



COMUNICACIONES ORALES

XLIV Congreso Nacional de la SEEIUC

Granada, 10-13 de junio de 2018

ID: 10. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI A LOS 3 MESES DEL ALTA

C. Cerro Serrano^a, I.M. Murcia Sáez^b, V. Rojano Ibáñez^b,
L. Tornero Sánchez^b y C. Carrilero López^b

^aUnidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Albacete. ^bHospital General Universitario de 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 más 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 intercuartil (RI) o por proporciones. Significativo $p \leq 0,05$.

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%) tomaron 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%); $p \leq 0,001$, 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%); $p \leq 0,001$ y consumo de psicofármacos 11 (84,6%) vs 2 (15,4%); $p: \leq 0,001$. 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 necesi-

dad de ayuda para el cuidado, no con fallecimiento del paciente o con grado de satisfacción de cuidados en UCI.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Familia. Calidad de vida percibida. UCI.

ID: 11. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI Y FACTORES RELACIONADOS

L. Tornero Sánchez, I.M. Murcia Sáez, V. Rojano Ibáñez,
C. Cerro Serrano y 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 posttraumático 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 $p \leq 0,05$.

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; IC95% (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 grave. 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 posttraumático 47 (79,7%). El síndrome de estrés posttraumático 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 más altos cuando el familiar fue mujer, el paciente hombre, tuvo un grado de incapacidad mayor y cuando se necesitó ayuda en los cuidados.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Estrés postraumático. Familiares. UCI.

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, I.M. Murcia Sáez, V. Rojano Ibáñez, C. Cerro Serrano, L. Tornero Sánchez, M.D. Saiz Vinuesa, V. Luengo Baidez, R. Guija Rubio y A. Joaquín González

Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción-objetivos: Valorar los cambios en la satisfacción familiar (SF) a raíz 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 $p \leq 0,05$.

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.

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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Satisfacción familiar. Comunicación. Información. Horarios. Música. UCI.

ID: 20. ¿QUÉ NECESIDADES EXPRESAN NUESTRAS FAMILIAS?

G. Tenor Salas y E. Márquez Flores

Hospital Juan Ramón Jiménez.

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. 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 (Gomez, Ballester). Consta de 11 ítems 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".

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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Cuestionario. Necesidades percibidas. Familia. Cuidados intensivos.

ID: 21. CARGA DE TRABAJO FÍSICA Y MENTAL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOLÓGICOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID

L.F. Carrasco Rodríguez-Rey^a, I. Zaragoza García^b, E. de la Vera Arias^a, G. Molina Pérez^a, M.C. Rodríguez Montero^a, M.D. Quintana Estellés^a, M. I. García Bodas^a, S. Madrid Echave^a y L. Torres Valverde^a

^aHospital Universitario 12 de Octubre. ^bUniversidad Complutense de Madrid.

Introducción-objetivos: Los principales factores que influyen de forma directa en la seguridad del paciente, son cargas de trabajo, recursos humanos, diseño de las unidades, creciente complejidad de las necesidades de los pacientes y el desarrollo de la tecnología. Todo ello hace que el personal de enfermería trabaje bajo un nivel de sobrecarga mental y física elevada, pudiendo provocar una deshumanización de los cuidados. Objetivos: calcular ESCAM (carga mental subjetiva) de enfermeras, pre y post intervención. Calcular la carga asistencial NAS y NEMS, así como su correlación. Proponer pautas encaminadas a una adecuada gestión de RRHH.

Metodología-observación clínica: Estudio comparativo analítico de 31 y 33 encuestas recogidas en enero de 2014 y 2017 respectivamente, tras intervención en la estructura de la unidad. Se recogieron 463 muestras de NAS y NEMS. Se analizaron las variables sociolaborales. Las variables cualitativas se describen mediante distribución de frecuencias y las cuantitativas mediante medias de tendencia central. Se comprobó la normalidad mediante test de Kolmogorov-Smirnov. Se analizó el comportamiento de la escala SCAM mediante t-Student. Las escalas NAS y NEMS mediante test no paramétricos de U-Mann Whitney y H Kruskal Wallis y su correlación mediante test de Spearman.

Resultados-intervenciones: En el periodo post-intervención mejoró la perspectiva sobre la organización temporal (p 0,000) y ritmo de trabajo (p 0,005) mejorando las demandas cognitivas y características de la tarea (p0,001). Las condiciones ambientales mejora el espacio (p 0,015). En pacientes críticos y cardiológicos (NAS 66,3 y 61,5) y (NEMS 35 y 29) tienen una correlación fuerte (0,606). Se obtiene un ratio de 1: 1,158 y 1: 1,63 respectivamente.

Conclusiones: Revisar y mejorar protocolos de trabajo. Delimitar tareas asistenciales de forma equilibrada entre diferentes pro-

fesionales y servicios. Seguir mejorando la estructura de la unidad y la higiene ambiental. Adecuar la plantilla de enfermería al nivel de cargas de trabajo analizadas.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Carga. Trabajo. Mental. Física.

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

S. Cordovilla-Guardia^a, M. Ortega-Ortega^b, R. Vilar-López^c, E. Fernández-Mondéjar^d, C. Franco-Antonio^a y M.Y. Castaño Blanco^e

^aFacultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. ^bDepartamento de Economía Aplicada VI. Universidad Complutense de Madrid. ^cDepartamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada. ^dHospital Universitario Virgen de las Nieves. ^eDepartamento de Enfermería. Universidad de Extremadura.

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 fi-

nanciero importante al SNS. Estos resultados deberían ser considerados para el establecimiento de futuras políticas sanitarias.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Intervención Motivacional Breve. Alcohol. Drogas. Traumatismos. Coste-beneficio.

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

M. Torralba Melero, R.C. Estévez y J.M. Gutiérrez

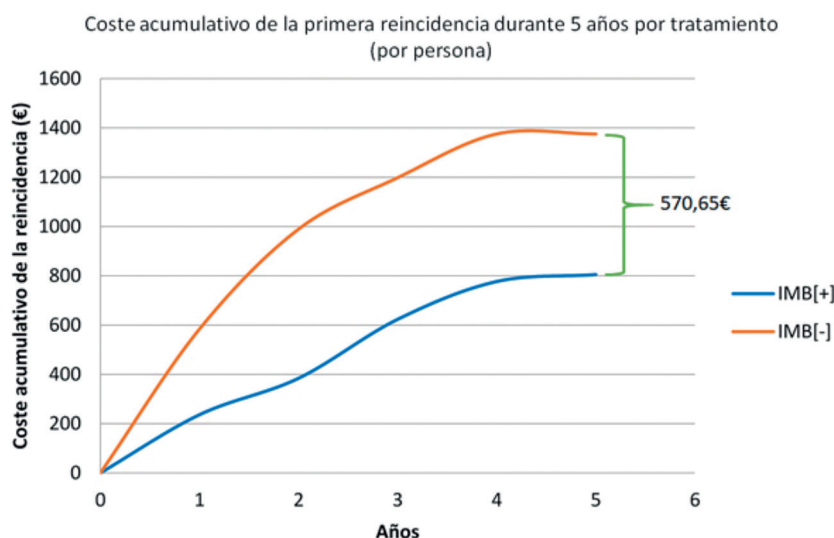
Helicóptero Sanitario 112 Castilla-La Mancha.

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 soltar-nos 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



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

Figura Comunicación ID: 38

Desfibrilación en vuelo = EM Tipo 3



Figura Comunicación ID: 39

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.

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

Y.G. Santana Padilla, L. Santana Cabrera y M.E. Dorta Hung

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Introducción-objetivos: El incremento en la tasa de infecciones multirresistentes intrahospitalarias 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 *Staphylococcus aureus* meticilín resistente

(10,9%), *Pseudomonas aeruginosa* (12,5%) y *Stenotrophomonas maltophilia* (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: Ninguna.

Palabras clave: Teléfonos móviles. Infección hospitalaria. Cuidados Críticos. Prevención de enfermedades.

ID: 47. LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

C. Rodríguez Núñez, J. Irigoien Aguirre, M. Martín Martínez, M. García Corres, A. Iglesias Rodríguez, M. Fernández Martínez, R. Garrido García, P. Bragado Capataz, V. Pérez González y N. Fernández Alonso-Mardones

Hospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza.

Introducción-objetivos: Las lesiones relacionadas con la dependencia (LRD) son un importante problema de salud con serias consecuencias para pacientes, instituciones y profesionales, repercutiendo en la calidad de vida, costes directos e indirectos, repercusiones legales e impacto institucional. objetivos: Analizar la Incidencia de LRD (úlceras por presión (UPP), lesiones por fricción (LF), lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) y lesiones mixtas) en Unidad Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Araba-Sede Txagorritxu. Determinar que categoría de LRD es más frecuente, su localización y características clínicas

Metodología-observación clínica: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Todos los pacientes ingresados en UCI durante el año 2017. Los datos sobre LRD se registraron en el programa informático Metavision. Análisis estadístico descriptivo de las variables sobre LRD con SPSS23.0. Variables: tipo LRD, categoría, localización, características clínicas.

Resultados-intervenciones: La incidencia de LRD fue de un 11,52%. La incidencia de UPP en el periodo de estudio fue del 6,36%, un 0,83% de LESCAH, un 2,21% de lesiones por fricción o cizalla y un 1,57% de lesiones mixtas o combinadas. Localizaciones más frecuentes fueron sacro, glúteo y talones con un 26,4% en zona sacra un 10,7% en glúteo y 14,9% en talones. Estadíos más frecuentes fueron UPP Estadio II en un 49,5%, LESCAH 1B en un 3,3%, y lesiones por fricción III con un 5,8%. En un 16,5% de las LRD el paciente refería dolor. Características clínicas: tejido herida y exudado, existió un 59,5% y 11,6% de ausencia de registro. Piel perilesional: íntegra en un 60,3% y 28,1% eritema.

Conclusiones: Según estos datos, podemos concluir que la incidencia de LRD en nuestra unidad es muy similar a los datos comparados del año anterior. La formación continuada, la actualización del protocolo de prevención y una mejora en los registros han podido contribuir a obtener estos datos. Debemos mejorar los registros de las características clínicas de heridas.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Cuidados intensivos. Úlceras por presión. Heridas crónicas. Lesiones relacionadas con la dependencia. Incidencia.

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, M.G. Dean Gutiérrez y M.M. 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 Confusion 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 profeso y posteriormente se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante el SPSS 23.0.

Resultados-intervenciones: N = 1.085 pacientes. Del total, a 83 pacientes se les realizó CAM-ICU. El 50,6% presentó 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 más 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 infradiagnosticada (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: Ninguna.

Palabras clave: Delirio. Cuidados intensivos.

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

C. Rodríguez Núñez, A. Iglesias Rodríguez, J. Irigoien Aguirre, M. Martín Martínez, M. García Corres, M.J. Rodríguez Borrajo, Z.I. Gil García, M.R. Romero Montoya y 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 profeso en la historia clínica digital (metavision) y posteriormente se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante el SPSS 23.0. IC95%.

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% turno 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: Ninguna.

Palabras clave: Cargas de trabajo. NEMS. VACTE. UCI.

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 y 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 sobredosificación 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, diagnóstico de DAU (puntuación Medical Research Scale (MRC)), realizada por enfermeras y médicos, días VM, turno de realización 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: Ninguna.

Palabras clave: UCI. Debilidad muscular.

ID: 51. DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO: ¿VALORAMOS Y REGISTRAMOS LO SUFICIENTE?

C. Rodríguez Núñez, M. García Corres, M. Martín Martínez, D. Muñoz Martín, J. Irigoien Aguirre, B. García Flores, M. Albaladejo Perea, J. Aspuru Pérez, S. Fernández Garmilla y J. Pertiñez Moreno

Hospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza.

Introducción-objetivos: El dolor al ingreso es una de las mayores preocupaciones de los pacientes de UCI, pudiendo producir un inadecuado descanso o estrés. Procedimientos habituales en UCI han sido referidos como muy dolorosos. El dolor agudo desencadena respuestas inflamatorias al estrés que puede afectar a la evolución del paciente. El dolor 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: determinar la valoración del dolor y su intensidad al ingreso en UCI. Conocer la existencia de analgesia y tipo prescrita disponible al ingreso.

Metodología-observación clínica: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal que se desarrolló a todos los pacientes que ingresaban en la UCI del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu durante las primeras 24 horas al ingreso durante Enero 2016. Variables: valoración dolor (EVN,BPS), analgesia disponible (bolo y perfusión) y tipo, administración analgesia. 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. Aprobación Comité ética.

Resultados-intervenciones: El número de pacientes analizados fue de 143. En un 46,9% no hubo registro de presencia-ausencia de dolor y en un 30,8% hubo registro presencia de dolor. Las enfermeras en un 52,3% no tenían disponible analgesia prescrita para su administración y los fármacos más usados fueron paracetamol (56,75%) y asociaciones de varios (33,78%). Se administró analgesia cuando el paciente refería dolor en un 38,5%. El 21,7% se le administraba analgesia en perfusión continua siendo las más frecuentes las de fentanilo (48,3%) y morfina (25,8%). En un 12,6% se registró el grado de dolor.

Conclusiones: Existe un déficit de registro enfermero del dolor y sus factores relacionados. Se han implementado registros de la valoración del dolor automatizados obligatorios en la historia clínica digital. Debemos fomentar la prescripción de analgesia disponible para una mayor autonomía enfermera.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Dolor. UCI. Analgesia.

ID: 52. INCIDENCIAS DE SEGURIDAD DECLARADAS POR LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. Rodríguez Núñez, M. Martín Martínez, A. Iglesias Rodríguez, J. Irigoien Aguirre, M. García Corres, L. Nafarrate Ruiz, I. Mansilla Rosado, L. Samaniego Bóveda, L. Pascual Sánchez y M. Rubio Pérez

Hospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza.

Introducción-objetivos: Los sistemas de registro de incidentes y eventos adversos son una herramienta de notificación y cuantificación de los errores que se producen en UCI a favor de la seguridad y calidad asistencial. Su objetivo es que todo el personal aprenda de estos errores a través su difusión y se puedan elaborar medidas de prevención a través de su análisis. Objetivo: describir los incidentes declarados por los profesionales de UCI en relación con la asistencia sanitaria. Conocer las medidas implementadas tras su análisis.

Metodología-observación clínica: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en la UCI del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu durante el 2017. Variables: profesional que notifica, tipo de incidente, evitabilidad, medidas correctoras y mes. Se recogieron y analizaron las variables mediante un sistema de registro electrónico, de acceso restringido y autogestionado por el propio servicio (voluntario, anónimo, confidencial y no punitivo). En su gestión intervienen los responsables de la UCI, que ejercerían el liderazgo del sistema y su revisión; y todos los profesionales de UCI, que se encargarían de elaborar los registros conforme suceden los incidentes. Se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante el SPSS 23.0.

Resultados-intervenciones: Se declararon 141 incidentes, de los cuales 10 se descartaron por no proceder. Los incidentes fueron relacionados con: un 10,7% dispositivos, recursos humanos y otros; protocolos (31,3%); formación (14,5%); fármacos (13,7%); comunicación equipo (4,6%); emergencias (3,1%); ambiente (0,8%). En un 96,9% fueron evitables y en un 42,7% llegaron al paciente los incidentes, sin causar daño en un 99,2%. En función de la gravedad: leve (53,4%), moderado (31,3%) y grave (15,3%). Las acciones emprendidas en los factores predisponentes para los incidentes fueron

eliminados (6,1%), aceptados (3,1%), y controlados (90,8%). La época de mayor declaración fue en 4º trimestre (44,2%) en un 67,2% por enfermeras.

Conclusiones: Somos un colectivo implicado en la declaración de incidentes para mejorar la seguridad del paciente. Protocolos, recursos humanos, formación y fármacos son los eventos más declarados.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: UCI. Incidentes. Seguridad del paciente.

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

L.C. Quispe Hoxsas y 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.

Financiación: Ninguna.

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.

ID: 71. ANÁLISIS DE LOS MÉTODOS DE ANTICOAGULACIÓN EN LAS TCRR

J. Pérez Sánchez, M. González Romero, I. Romera Peregrina, J. Castaño Camúñez y 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.

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)	4.480	1.544	3.806
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

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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Anticoagulación.

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

M.P. Gracia

Hospital General de la Defensa.

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 multicéntrico. 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.

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

T. Esteban Galbete, V. Arnaiz Arnaiz y P.M. 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 transversal, 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 23:00h. 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.

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

E. García García, S. Lospitao Gómez, A.M. Caballero Perea, M.J. Luengo Alarcia y 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: $\leq 86\%$ 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: $0 \leq 159$ no confirmado en los comentarios), de los cuales 8 eran asistolas. En el aspecto legal, no existe ninguna ley que regule de quién es la responsabilidad, si 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: Ninguna.

Palabras clave: Historia clínica electrónica. Errores.

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

Y.G. Santana Padilla^a, T. Linares Pérez^b, J. Alemán González^a, R.F. Acosta Rodríguez^a, M.D. Bernat Adell^c y L. Santana Cabrera^a

^aHospital Universitario Insular de Gran Canaria. ^bGerencia de Atención Primaria de Gran Canaria. ^cUniversidad 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 reclutó 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 4 minutos y 16 segundos. 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.

Los aspectos éticos y científicos del estudio fueron avalados por el Comité de ética e investigación de la Universidad Jaume I.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Cuidados críticos. Educación basada en competencias. Educación en Enfermería. Educación de Posgrado en Enfermería. Enfermeras clínicas. Investigación en Enfermería Clínica.

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

R.M. Cruz Hernández, F.C. Martínez Huélamo, M.J. López Poveda, S. Sánchez-Marín Bustos, P.J. Miranda Baptista, C. Benito Vela, P. Benito Fernández, C. Sánchez Guevara, M. Flores Hernández y 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.

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 pueda 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): «reevaluar para mí es lo más importante» (N14): «las patologías son muchas en la UCI, porque no suele haber un paciente que tenga una patología sola, y también debes saber cuidar desde una neumonía hasta un paludismo y plicar los cuidados y controles adecuados» (N1): «el enfermero de UCI debe adaptarse y quizás, esta sea, una de las características más importantes del enfermero de intensivos»
Ámbito profesional	(N5): «consulta a compañeros profesionales es la fuente fundamental, si después de esto, no me quedo conforme, después iría a buscar por 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 la 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»

Tabla Comunicación ID: 93

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 diferencias 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 a 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Humanización. Categoría profesional.

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

J. Valls, M. del Coto, M. Pujol, R. Ribal e I. Sandalina

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 χ^2 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 período pre-formativo, las fotografías con LESCAH se diagnosticaron correctamente en el 64,8%, frente al 87,7% del post, $p \leq 0,001$. Un 18,9% de LESCAH fueron consideradas como UPP 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 UPP que fueron diagnosticadas como LESCAH en el 23,2% y 28,4%, respectivamente (tabla). 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Úlceras por presión. Lesiones cutáneas asociadas a la humedad. Fotografías. Formación. Concordancia. Cuidados intensivos.

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

T.R. Velasco Sanz

Hospital Clínico San Carlos.

Tabla Comunicación ID: 107

Clasificación de las fotografías

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

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 $p \leq 0,05$. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS ver.18.0.

Resultados-intervenciones: Resultados: 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 $p \leq 0,001$.

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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Atención Paliativa. NECPAL (NEcesidades PALiativas). Paciente crítico.

ID: 124. ENFERMERA REFERENTE DE LA HIGIENE DE MANOS EN LA UCI: ¿ES IMPORTANTE?

I. Palomino Sánchez, D. Gómez Pérez, M.A. Murillo Pérez, M. García Iglesias, M. del Barrio Jiménez, V. Arjona Díaz y J.L. 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Higiene de manos. Enfermera referente.

ID: 140. SUJECIONES FÍSICAS: ASPECTOS ÉTICOS Y CLÍNICOS Y PAPEL DE LA ENFERMERÍA

M. Martí Miquel

Hospital Universitario Infanta Elena.

Introducción-objetivos: La sujeción física es un procedimiento dirigido a la inmovilización del paciente con el fin de evitar que se produzcan daños a sí mismo, a terceras personas y/o al entorno cuando hayan fallado otras alternativas. Se trata de una práctica controvertida por afectar directamente a derechos fundamentales y, paradójica en tanto en cuanto su uso no sólo no logra disminuir alguno de los problemas para los que se indicó, sino que de lo contrario, aumenta la gravedad de los mismos. Analizar la prevalencia de la sujeción física y los aspectos éticos derivados de su práctica, valorar la experiencia enfermera en su manejo e identificar las posibles alternativas.

Metodología-observación clínica: Revisión bibliográfica en la que se consultaron artículos (con fecha de publicación comprendida entre el año 2000 y 2017) de revistas indexadas en bases de datos como PUBMED, Elsevier, Dialnet, Cuiden y ENFISPO, protocolos hospitalarios, tesis doctorales e información de tipo legal recogida en el Boletín Oficial del Estado.

Resultados-intervenciones: Emergen 7 grandes temas: 1) confrontación entre los principios de no maleficencia, beneficencia y autonomía, 2) las medidas de sujeción física brindan una falsa sensación de seguridad, 3) se emplean en situaciones para las cuales los protocolos indican contraindicación absoluta, 4) prevalencia excesivamente elevada con respecto a otros países destacando en el medio residencial y las unidades de cuidados intensivos 5) existe actitud positiva que predispone su utilización, 6) desconocimiento de alternativas y consecuencias derivadas y, 7) la enfermera toma la decisión inicial.

Conclusiones: Existe una prevalencia relevante de sujeción física en España siendo la enfermera quien toma la decisión inicial. La formación de los profesionales de enfermería se hace necesaria por las repercusiones éticas derivadas de su práctica, mejora la correcta utilización de estas medidas y reduce su uso poco racional y con escaso control.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Restricción física. Bioética. Atención de Enfermería.

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

R. Goñi Viguria, M.P. López Alfaro, I. Echarte Nuin, P. Fernández Sangil y B.M. 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 do-

sis 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 $5,64 \pm 0,31$ y $2,23 \pm 0,23$ respectivamente. La que se registró en el sistema informático fue $4,52 \pm 0,29$ y $0,72 \pm 0,14$. Hubo diferencias significativas entre el registro y la percepción ($p \leq 0,0001$). 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Dolor postquirúrgico. Valoración. Percepción.

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

M.Á. García Martínez^a, T. Cherednichenko^a, F. Martínez Lozano^b, L. Macaya Redín^c, R. Carreño Ponfil^d, C. Serón Arbeloa^e, S. Borrás Palles^f, R. Gastaldo Simeón^g, J. Molina Jaime^h y G. Masdeu Eixarchⁱ

^aHospital Universitario de Torrevieja. ^bHospital Reina Sofía de Murcia. ^cComplejo Hospitalario de Navarra B. ^dHospital de Fuenlabrada. ^eHospital San Jorge. ^fHospital Universitario Dr. Peset. ^gHospital de Manacor. ^hClinica de Vistahermosa. ⁱHospital 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 influenciados 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 ($p \leq 0,001$). El ABC demostró escasa capacidad discriminativa de las 4 escalas como variables cuantitativas, pero Charlson fue la mejor (ABC = 0,666, $p \leq 0,001$).

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, $p \leq 0,001$).

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: Ninguna.

Palabras clave: Índice de comorbilidad de Charlson. APACHE II. SAPS 3. SOFA. Mortalidad hospitalaria post-UCI. Paciente crítico.

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

E. Gallart, A. Riera, A. Vicálvaro, J. Gómez, M. Lolo, A. Mont y 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: evaluar el 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 fueron 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 Intraclass (dimensiones) y el índice de kappa ponderado (ítems). Nivel de confianza: 95%. Se obtuvo el consentimiento informado y la aprobación 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; IC95%: 0,73 a 0,84), mientras que el Rol Emocional fue la que tuvo una correlación más baja (CCI = 0,39; IC95%: 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.

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

E. Gallart, A. Riera, M. Lolo, A. Vicálvaro, A. Mont, A. Solsona y 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 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.

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

Y. López de Audicana^a, Z.I. Gil^b, A.A. Margüelo^b, P.M. Pelegrín^b, A. Vallejo^b, C. Rodríguez^b, N. Aretxabala^b, M.M. Arana^b, V. Sanz^b y R. Romero^b

^aEscuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. ^bHospital Universitario de Álava.

Introducción-objetivos: 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 infradiagnosticado 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: 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, analgosedados en pc, con BPS basal 3 y ESCID basal de 0, y RASS entre -1 y -4. Con consentimiento informado firmado. Exclusión: Presencia de miorelajantes, enfermedades neuromusculares/ polineuropatía, afectación pupilar, Glasgow ≤ 6 , clonidina, dexmedetomidina, tramadol, ketamina, adrenalina, y antagonistas del calcio, noradrenalina $\geq 0,6$ y/o dobutamina ≥ 10 $\mu\text{g/kg/min}$. Descripción: variables continuas: media $\pm$ DE (distribución normal) o mediana y rango intercuartílico (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. $p \leq 0,05$.

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 ($p = 0,01$).

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)
Propofol	8 (33,3)
Tipo de analgésico	
Fentanilo	16 (56,7)
Remifentanilo	6 (25)
Morfina	1 (4,2)
Media (DE)	
Edad	67,4 $\pm$ 11,5
Fármacos en pc durante AS	
Propofol (mg/kg/h)	1,8 $\pm$ 0,8
Midazolam (mg/kg/h)	0,08 $\pm$ 0,05
Fentanilo durante (mg/kg/h)	1,10 $\pm$ 0,83
Remifentanilo durante ($\mu\text{g/kg/h}$)	7,7 $\pm$ 4,7
Morfina (mg/kg/h)	0,7
Noradrenalina ($\mu\text{g/kg/h}$)	0,25 $\pm$ 0,3
Medianas	
IMC	27,8 (24,2-30,8)
APACHE	21,0 (18-24,5)
Nº de dispositivos	6,0 (5-8)

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

Indicativo de dolor	No, n (%)	Sí, 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%)	20 (100%)	0,833	0,002
PDR var	17,6 $\pm$ 11,3	47,0 $\pm$ 27,6		0,010

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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Dolor. Cuidados críticos. Reflejo. Pupilar.

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

E. García García, J.C. Nuñez Mansilla, M. Gutiérrez Pozuelo, C. Narino Martínez, A.M. Caballero Perea, S. Lospitao Gómez y M.J. 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: Ninguna.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Aplicación informática.

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

Y. López de Audicana^a, C. Rodríguez^b, P.M. Pelegrín^b, L. Aparicio^b, A. Vallejo^b, M.J. Rodríguez^b, N. Aretxabala^b, Z.I. Gil^b, N. Parraza^b y A. Quintano^b

^aEscuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. ^bHospital Universitario de Álava.

Introducción-objetivos: La valoración del dolor en pacientes en críticos analgo sedados continúa siendo un reto asistencial. El reflejo de dilatación pupilar (PDR) cuenta con las estructuras anatómicas fisiológicas que permiten relacionarlo con el estímulo 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 (10-20-30-40 mA) y ante el aspirado de secreciones (AS), con respecto a la presencia de dolor/no dolor según Behavioral Pain Scale (BPS), en pacientes analgo sedados, en ventilación mecánica (VM), sin posibilidad de comunicación verbal o escrita.

Metodología-observación clínica: 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 $\geq$ 3. Mediciones de PDR: pupilómetro AlgiScan®. Tiempo entre estímulos: 5 min. Aprobado por CEIC Euskadi. Inclusión: $\geq$ 18 años, con analgo sedantes en pc, con BPS basal 3 y ESCID basal de 0, y RASS entre -1 y -4. Con consentimiento informado firmado. Exclusión: presencia de miorelajantes, enfermedades neuromusculares/ polineuropatía, afectación pupilar, Glasgow $\leq$ 6, clonidina, dexmedetomidina, tramadol, ketamina, adrenalina, y antagonistas del calcio, noradrenalina $\geq$ 0,6 y/o dobutamina $\geq$ 10 μ g/kg/min. Descripción: Variables continuas: media $\pm$ DE (distribución normal) o mediana y rango intercuartílico (distribución no normal). Variables categóricas: N/%. Comparación: U Mann Whitney. $p \leq 0,05$.

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

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)
Propofol	8 (33,3)
Tipo de analgésico	
Fentanilo	16 (56,7)
Remifentanilo	6 (25)
Morfina	1 (4,2)
Media (DE)	

Edad	67,4 $\pm$ 11,5
Fármacos en pc durante AS	
Propofol (mg/kg/h)	1,8 $\pm$ 0,8
Midazolam (mg/kg/h)	0,08 $\pm$ 0,05
Fentanilo durante (mg/kg/h)	1,10 $\pm$ 0,83
Remifentanilo durante (μ g/kg/h)	7,7 $\pm$ 4,7
Morfina (mg/kg/h)	0,7
Noradrenalina (μ g/kg/h)	0,25 $\pm$ 0,3
Medianas	

IMC	27,8 (24,2-30,8)
APACHE	21,0 (18-24,5)
Nº de dispositivos	6,0 (5-8)

PDR	Medianas
ND	1,5 (0,2-3,0)
10 mA	2,5 (0-7,5)
20 mA	6,0 (3,00-11,8)
30 mA	7,0 (3,0-20,3)
40 mA	16,0 (8,0-20,0)
AS	37,5 (22,7-53,2)

Estudio comparativo PDR vs BPS

	BPS dolor	BPS no dolor	p
ND	Sin pacientes	1,5 (0,2-3,0)	-
PDR 10 mA	Sin pacientes	2,5 (0-7,5)	-
PDR 20 mA	14,0 (12,0-0)	4,5 (2,7-11,0)	0,074
PDR 30 mA	24,5 (7-61,5)	4,5 (3,0-7,7)	0,006
PDR 40 mA	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

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

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Dolor. Cuidados críticos. Reflejo. Pupilar.

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

M. Sánchez Pozo^a, I. Palomino Sánchez^a, M.A. Murillo Pérez^a,
M. Chico Fernández^a, S. Bazarra Rodríguez^b,
M. del Barrio Jiménez^a y M. Poyo Tirado^a

^aHospital Universitario 12 de Octubre. ^bUniversidad Pontificia de Comillas.

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 resolutoria 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.

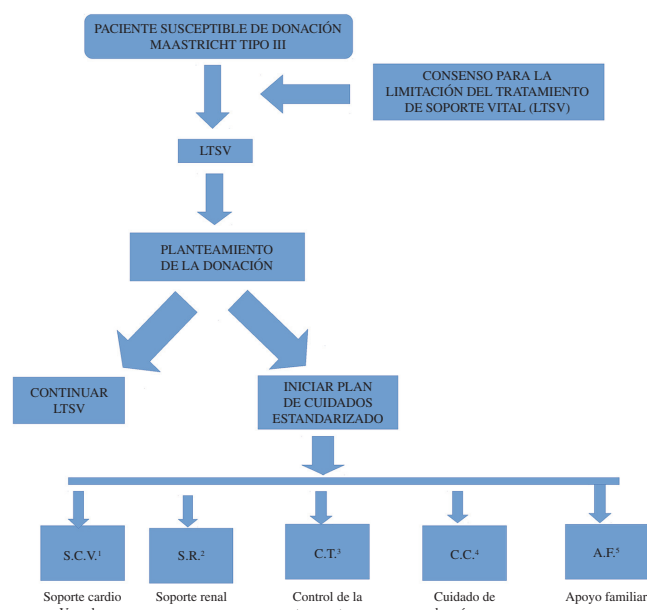
Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Equipo. Unidad de Cuidados Intensivos. Trauma.

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).



Palabras clave:

LENGUAJE NATURAL	DeCS	MESH
Donación de órganos	Donantes de tejidos	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

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: Ninguna.

Palabras clave: Donantes de tejidos. Paro cardíaco. Cuidados paliativos de Enfermería. Enfermería basada en la evidencia. Enfermería de cuidados críticos.

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

J.J. Santos Pérez, A. Valdés Solís, M.J. Aranda Ruiz,
V. Paradas Torralvo y 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

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

L. Tornero Sánchez^a, M.C. Ruiz Inieta^a, M. Munera Valero^a, M.P. García López^a, E. Ruiz-Escribano Taravilla^a, A. Prado Mira^a, B. Bonaga Serrano^b, V. Rojano Ibáñez^a, F. Romero Navarro^a y M.D. Saiz Vinuesa^a

^aComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. ^bHospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Introducción-objetivos: Los enfermos críticos que presentan dolor tienen mayor morbilidad, situación que agrava la estancia de pacientes ≥ 80 años pluripatológicos, 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 ≥ 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 grave 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 grave en los pacientes con enfermedad psiquiátrica previa [DM 7 (78%) vs 10 (26%); $p 0,03$ y DS 2 (22%) vs 3 (8%); $p 0,03$] y los que precisaron cirugía tuvieron más dolor [DM 12 (63%) vs 4 (14,8); $p \leq 0,01$ y DS 4 (21,1%) vs 1 (3,7%); $p 0,08$]. Con sedación profunda, tuvieron más DM los tratados con midazolam que con propofol [MDZ 7 (70%) vs 7 (27); $p 0,05$]. 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%; $p 0,1$)].

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 reevaluación.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Dolor. Pacientes críticos.

ID: 202. ANÁLISIS DE LAS CIRCUNSTANCIAS CON CAPACIDAD DE CAUSAR ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN LA MEDICACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

S. Suclupe^a, A. Font-Vaquero^b, A.M. Castillo-Masa^c, I. Viñoles^c y G. Robleda^d

^aUniversitat Autònoma de Barcelona. ^bUnidad de Cuidados Semiintensivos. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ^cUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ^dEscuela Superior de Enfermería del Mar. Universidad Pompeu Fabra. Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Introducción-objetivos: El estudio de los errores de medicación en el paciente crítico contribuye a la mejora del cuidado en el marco de la seguridad clínica. Objetivo: determinar la prevalencia de errores de medicación en la prescripción y los factores asociados en el paciente crítico.

Metodología-observación clínica: Estudio unicéntrico, observacional, analítico, transversal y retrospectivo en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y de Semicríticos. Los errores

evaluados fueron: nombre incorrecto del fármaco, omisión de dosis, frecuencia y/o vía de administración, letra ilegible, uso de nombres comerciales, uso de abreviaturas. Las variables analizadas fueron la prevalencia global y por familias de fármacos de los errores, tipo de errores más frecuentes y la magnitud del error. Se registraron también variables sociodemográficas y clínicas del paciente. Se calculó que era necesaria la inclusión de 500 registros de fármacos, con una precisión del 5% y unas pérdidas del 5%.

Resultados-intervenciones: Se evaluaron 961 fármacos prescritos en 90 pacientes con una edad media de 64 ± 16 años. La prevalencia de error fue del 47% (453), siendo estadísticamente más frecuentes los errores de omisión de la frecuencia en la UCI (48% vs 37%; $p = 0,025$) y los de letra ilegible en semicríticos (70% vs 23%, $p \leq 0,01$). La magnitud del error fue del 12% siendo estadísticamente superior en semicríticos que en la UCI ($14\% \pm 6\%$ vs $11\% \pm 6\%$; $p 0,013$). Los pacientes que ingresaban en semicríticos tenían un riesgo 27% mayor de tener errores de prescripción relacionado con la letra ilegible (OR 27,73 IC95% 3,26-235,93; $p 0,002$). Los analgésicos/anestésicos y los fármacos de terapia cardiaca fueron los grupos terapéuticos con más errores (24% y 18,5%, respectivamente).

Conclusiones: Los errores de medicación en la prescripción son muy prevalentes en las unidades de críticos, siendo las causas más frecuentes la omisión de información y la letra ilegible.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Paciente crítico. Errores de medicación. Prescripción.

ID: 208. NIVEL DE BURNOUT EN LAS ENFERMERAS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

S. Suclupe y G. Robleda

Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción-objetivos: El síndrome Burnout hace referencia al estrés laboral que se genera en profesionales que mantienen una relación constante de ayuda. Objetivo: conocer el nivel de Burnout de las enfermeras de cuidados críticos asociado a factores personales y laborales.

Metodología-observación clínica: Estudio observacional, descriptivo y transversal del nivel de Burnout en las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos y Semicríticos de un hospital de tercer nivel. Se evaluó el Burnout con la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) formada por tres subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Cualquier puntuación ≥ 67 se consideró como riesgo alto, de 34 a 66 riesgo medio y ≤ 33 riesgo bajo. Como factores personales y laborales se los profesionales se incluyeron la edad, sexo y antigüedad en el servicio (≤ 5 años, de 5-10 años, ≥ 10 años). Se invitó a participar a todas las enfermeras de ambas unidades.

Resultados-intervenciones: Participaron 59 enfermeras (65,5% del total) con una edad media de 36 ± 12 años, siendo el 81% (48) mujeres. Un 75% (45) de las enfermeras tenían un nivel de Burnout medio y el 25% (15) un nivel alto. Las puntuaciones medias más altas fueron en la subescala de realización personal con una media de 37 ± 8 , que evalúa sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo; seguida de la subescala de agotamiento emocional o sentimientos de sentirse exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo (17 ± 11) y la escala de despersonalización ($7,6 \pm 5,6$) que evalúa actitudes de frialdad y distanciamiento. No surgieron diferencias significativas en el nivel de Burnout entre semicríticos y UCI.

Conclusiones: El nivel de Burnout en las enfermeras de cuidados críticos es elevado y se relaciona principalmente con sentimientos de agotamiento físico y mental por falta de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Paciente crítico. Burnout.

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

M. Nadal Servera^a, E. Sánchez Marimón^b, A.J. Montes Aguilera^c, A.B. Expósito Torres^a, M.A. Martínez Teruel^c, M.J. Muñoz Serrano^a y M.A. Valverde Entenza^c

^aHospital Son Llàtzer. ^bDepartament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de les Illes Balears. ^cHospital Universitari Son Espases.

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: Ninguna.

Palabras clave: Enfermeras. Médicos. Cuidados Intensivos. Seguridad del paciente. Cultura de seguridad.

ID: 219. REFERENCIA A LA PRESENCIA DE DELÍRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO A TRAVÉS DEL REGISTRO DE ALTA

J.J. Rodríguez Mondéjar^a, L. Navarro-Sanz^b, J.M. Martínez-Oliva^b, M. Martínez-Huésca^b, J.G. las Heras-Galacho^b, M.J. Mayor-Serrano^c, I. Mayor-Serrano^b, M. Martínez-Martínez^d, C. Alonso-Villa^e y M.C. Rubio-Rodríguez^f

^aUME-2. Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. Facultad de Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. IMIB-Arrixaca. ^bUCI. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. ^cHospital General Universitario Santa Lucía. ^dResidencia Virgen del Mar. Cartagena. ^eServicio Murciano de Salud. ^fGerencia 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

Tabla Comunicación ID: 218

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	0,4352	0,65135		
Estrés (secundaria)	Enfermera	120	3,5406	0,70323	0,699	0,05104
	Médico	36	3,4896	0,65559		

con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Estadística inferencial con test t de Student, aceptando significación estadística si $p \leq 0,05$. El estudio contó con la aprobación del CEIC del área sanitaria correspondiente.

Resultados-intervenciones: Población 1.093 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: Ninguna.

Palabras clave: Delirium. Síndrome confusional agudo. Cuidados críticos.

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

M. Mialdea Alcocer

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción-objetivos: 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 $p \leq 0,05$.

Resultados-intervenciones: Se recogieron un total de 164 cuestionarios, la tasa de respuesta fue 82,41%. Además de las variables sociodemográficas 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 incómodas al hablar con la familia sobre el proceso de muerte ($p \leq 0,001$). 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: Ninguna.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Enfermería. Proceso de muerte. Cuidados Intensivos.

ID: 251. ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS EN CONTENCIÓNES MECÁNICAS DE LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

G. Via-Clavero^a, L. Claramunt-Doménech^b, A. García-Lamigueiro^c, M.M. Sánchez-Sánchez^d, M. Secanella-Martínez^e, E. Aguirre-Recio^f, I. Sandalinas-Mulero^g, A. Ortega-Guerrero^h, F. Yuste-Bustosⁱ y P. Delgado-Hito^j

^aHospital Universitari de Bellvitge-GRIN-IDIBELL; ^bFacultad de Enfermería y Ciencias de la Salud-Universitat de Barcelona.

^cHospital Joan XXIII. ^dHospital Universitari Dr. Josep Trueta.

^eHospital Universitario de Getafe. ^fCorporació Sanitària Parc Taulí.

^gConsorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. ^hHospital Universitari Mútua Terrassa. ⁱHospital Quirónsalud Málaga.

^jHospital San Juan de Dios de Córdoba. ^kFacultad de Enfermería y Ciencias de la Salud. 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, ($p \leq 0,001$). Las enfermeras con mayor nivel de conocimientos es más probable que trabajen en unidades con consentimiento informado para el uso de CM ($p \leq 0,001$); visita familiar flexible ($p \leq 0,001$); y que dispongan de protocolo de analgo-sedación ($p = 0,011$), o que la enfermera tenga autonomía en el manejo de la analgo-sedación ($p \leq 0,001$). 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.

ID: 267. SÍNDROME AL ALTA DE CUIDADOS CRÍTICOS

J.M. Cachón Pérez, M. Márquez Cava y J.C. 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 diagnósticas a utilizar para llegar al diagnóstico de PICS.

Metodología-observación clínica: La metodología elegida para dar respuesta a los objetivos propuestos es la realización de una revisión de la bibliografía 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 inglés 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 estrés postraumático y pesadillas. Alteraciones físicas: debilidad, tetraplejia o cuadraplejia, dificultad para las actividades de la vida diaria, disfunción respiratoria y malnutrición. Las principales pruebas diagnósticas 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 estrés postraumático. Para el diagnóstico 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; Espirometría funcional.

Conclusiones: La etiología del PCIS está 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 diagnóstico como el tratamiento y prevención del PICIS.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Síndrome al alta de cuidados críticos. Cuidados de Enfermería.

ID: 277. IDONEIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN UNA UCI POLIVALENTE

G. Zariquiey-Esteva y D. Galeote-Cózar

UCI. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta.

Introducción-objetivos: La enfermería basada en la evidencia reúne teoría, investigación, razonamiento crítico y valores y condiciones del paciente. Los protocolos adaptan las guías de práctica clínica a un entorno local, especificando quién hace qué, cómo y cuándo. Pueden basarse en la evidencia, en la opinión de expertos y en el juicio clínico. Según la National Health and Medical Research Council de Australia se diferencian de las guías por tener un carácter normativo. Por un lado, los protocolos dotan de autonomía a la enfermera, garantizan la estandarización y la seguridad durante los cuidados, y disminuyen el tiempo para llevar a cabo un procedimiento. Por otro lado, pueden poner en riesgo el razonamiento del profesional y convertir su intervención en un "check-list" sin juicio clínico. El reto de los profesionales es equilibrar la consigna del protocolo con la toma de decisiones. El grado de cumplimiento viene condicionado por los factores humanos y contextuales. Objetivo principal: conocer el grado de cumplimiento de los protocolos existentes por parte de las enfermeras de la UCI. Secundarios: Identificar el conocimiento que tienen las enfermeras sobre la existencia de los protocolos y Estudiar la vigencia de los protocolos que actualmente tienen como ámbito de aplicación la UCI.

Metodología-observación clínica: Estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en una UCI polivalente, con muestreo por conveniencia entre enero y abril de 2018. Variables: año de aprobación del protocolo, bibliografía y si son específicos de UCI.

Resultados-intervenciones: El 52% de los protocolos no han sido actualizados, el 56% se basan en fuentes de más de 5 años y un 17% no tienen bibliografía. Ninguno de ellos cumple la normativa Vancouver. Pendiente administrar el cuestionario a los profesionales para identificar su conocimiento acerca de dichos protocolos y su grado de aplicación.

Conclusiones: Casi tres cuartas partes de los protocolos no se basan en bibliografía actual y ninguno está referenciado mediante Vancouver.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Protocolos. Proceso de Enfermería.

ID: 283. IMPLEMENTACIÓN DE LA DEXMEDETOMIDINA EN EL ABORDAJE DEL DOLOR EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDIACA

S. Rodríguez Navarro, L. Nacher Fuentes, A. Sánchez Pujol y 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 grave.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Dolor. Analgesia. Sedación. Dexmedetomidina. Cirugía cardiaca. Unidad de cuidados intensivos

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

D. Gómez-Pérez, M. Sánchez-Pozo, M.S. Martínez-Ávila, A. Arranz-Esteban, M.V. Martínez-Ureta y 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 cuadros 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Mindfulness, Estrés. Yoga.

ID: 287. MOTIVOS DE LLAMADA CIUDADANA EMITIDA AL TELÉFONO 112 Y ATENDIDA POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS

J.J. Rodríguez Mondéjar^a, A. Soriano-Román^b,
R. Guillamón-Candel^b, J. López-Ruiz^b, M.C. Rubio-Rodríguez^b
y M. Martínez-Martínez^c

^aUME-2. Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. Facultad Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. IMIB-Arrixaca. ^bUME-2. Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. ^cResidencia 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 DE 23,4 (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: Ninguna.

Palabras clave: Urgencias Médicas. Medicina de Emergencia. Ambulancia. Enfermería de Urgencia. Enfermería de Cuidados Críticos.

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

M.D. Saiz Vinuesa, M.C. Ruiz Iniesta, M.D. Castillo Lag,
M.P. García López, E. Ruiz-Escribano Taravilla, A. Prado Mira,
L. Tornero Sánchez, C. Carrilero López, M. Munera Valero
y 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

Tabla Comunicación ID: 289

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)	3,21 (dt: 13,12)	
Estancia media	5,43 días (dt: 6,22)	4,96 (dt: 7,37)	
Tipo de dolor	No postoperatorio 77,5% Postoperatorio 22,5%	72,1 77,5% 27,9 22,5%	0,465
Máxima intensidad de dolor (1 ^{as} 24h)	2,8 (dt: 2,75)	2,5 (dt: 2,20)	
Máxima intensidad de dolor en cualquier momento	4 (dt: 2,72)	3,6 (dt: 2,40)	
Niveles de máxima intensidad de dolor (1as 24h)	0 30,8% 1-2 leve 24,4% 3-5 mod 24,4% 6-10 grave 20,5%	0 28,8% 1-2 leve 20,3% 3-5 mod 42,4% 6-10 grave 8,8%	0,077
Niveles de máxima intensidad de dolor durante la estancia	0 15,0% 1-2 leve 13,8% 3-5 mod 42,5% 6-10 grave 28,8%	0 16,7% 1-2 leve 16,7% 3-5 mod 46,7% 6-10 grave 20,0%	0,696

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 primeras 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 (χ^2) comparación de medias (t-Student); significación $p \leq 0,05$. SPSS v.12.

Resultados-intervenciones: 141 pacientes, grupos homogéneos (tabla). Elevada detección de dolor y valoración de dolor con escala en las 1^{as} 24 horas, presentando un descenso en la reevaluación del dolor contrastado con mejora significativa de planificación de cuidados (T1: 0 vs T2: 72,1%) $p \leq 0,001$. 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% vs T2: 20% ($p = 0,49$)). Los pacientes quirúrgicos tienen más dolor severo T1: 29,4% vs T2: 18,8% p no significativa (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 grave en las primeras 24 horas, sobre todo en quirúrgicos. El dolor moderado no debe ser interpretado como aceptable y se debe intensificar la reevaluación periódica. La planificación de cuidados ha mejorado por lo que asegura la continuidad y hace visible la labor de enfermería.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Pacientes críticos. Dolor. Guía de buena práctica.

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

L. Gallego Aguirre, A. Parra Castillo, C. Bonillo Cabellero, A.I. Quesada Merino, M. Sancho Concha y 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. Modificación 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 aleatorizado 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. Acondicionamiento de un espacio de simulación y material didáctico basado en las recomendaciones 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 utilizarán: disminución del nivel de estrés en el paciente, mayor grado de satisfacción de los familiares y mejoría de la calidad asistencial al paciente.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Familiares, Visitas. UCI.

ID: 300. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE FORMACIÓN PRESENCIAL Y VIRTUAL EN SVB Y DEA EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

J. Castillo^a, A.M. Aliberch^b, E. Rodríguez^a, R. Belmonte^c, D. Esteve^d, M. Llaurador^a, C. Rodríguez^e, J.A. Nieto^f y R. Díaz^f

^aUniversitat Internacional de Catalunya. ^bHospital Clínic de Barcelona y Universitat Internacional de Catalunya. ^cHospital Vall d'Hebron. ^dHospital Clínic de Barcelona. ^eHospital Universitari de Bellvitge. ^fSEM 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, 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) $p \leq 0,001$. 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Aprendizaje semipresencial. Resucitación cardiopulmonar. Simulación. Educación.

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

G.M. Sala Gómez, D. Gómez-Pérez, I. Palomino-Sánchez, M.A. Murillo-Pérez, M. Sánchez-Pozo, M.V. Martínez-Ureta y 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 descritas en la 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 di-

ciembre 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 $p \leq 0,05$.

Resultados-intervenciones: Fueron incluidos 51 pacientes (81,5% hombres) con una media de edad de 40,3 ($\pm 16,05$) años. El 85,1% presentó un TCE grave 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Traumatismo craneoencefálico. Higiene oral. Presión intracraneal.

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

L. de la Cueva-Ariza^a, P. Delgado-Hito^b, M. Romero-García^a, G. Via-Clavero^c, J. Uya-Muntaña^c, B. Ruiz-de Pablo^d, L. González-Barrera^a, M.A. Martínez-Monblan^b, G. Martínez-Estalella^e y M.T. Lluch-Canut^f

^aDepartamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Miembro del Grupo de Investigación Enfermera GRIN-IDIBELL. Miembro del Proyecto HUCI. ^bDepartamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. ^cHospital Universitario de Bellvitge. Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Miembro del Grupo de Investigación Enfermera GRIN-IDIBELL. ^dHospital Universitari de Bellvitge. ^eHospital Clínic de Barcelona. ^fDepartamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Escuela de Enfermería. Universidad 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 enferme-

ra 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.

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

A.M. Rodríguez Valverde, J. Cornellana, R. Marques y M.M. Mateu
Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí.

Introducción-objetivos: 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Música. Enfermería. UCI. Terapias complementarias.

ID: 326. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN POR LOS PROFESIONALES *VERSUS* UN EXPERTO EN HERIDAS MEDIANTE LA ESCALA BRADEN

C. Rodríguez Núñez^a, M. García Corres^b, J. Irigoien Aguirre^a, A. Iglesias Rodríguez^a, M. Martín Martínez^a, G. Ruiz Pérez de Nanclares^a, E. Nieto Muñoz^a, E. Corredra Baz^a, M.P. Estévez Pérez^a y Z. Rodríguez Berciano^a

^aHospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza, ^bHospital Universitario Araba (Santiago). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Introducción-objetivos: La valoración del riesgo de UPP (VRUPP) es una herramienta fundamental en la prevención de este tipo de heridas crónicas en las unidades de intensivos (UCI). La escala de VRUPP-Braden está validada y es utilizada ampliamente en UCI pero en ocasiones su uso e interpretación no es la misma en función del profesional que la realiza. Objetivo: analizar el grado de acuerdo interobservador (profesionales enfermería y experto en heridas) de cada uno de los ítems que componen la EVRUPP-Braden cuando se utiliza en cuidados intensivos.

Metodología-observación clínica: Estudio observacional descriptivo prospectivo. Se analizaron las variables a todos los pacientes ingresados en UCI durante el noviembre-diciembre 2016 con ingreso superior a 24 horas. Los datos sobre la VRUPP de los profesionales se obtuvieron del programa informático Metavision y posteriormente se realizó una VRUPP por parte de un experto en heridas. Variables: ítems Braden profesionales y experto, riesgo UPP, puntuación obtenida, nº ítems diferentes. Análisis estadístico descriptivo de las variables y cálculo de la fiabilidad interobservador mediante el coeficiente de correlación interclase con intervalo confianza 95% con SPSS23.0.

Resultados-intervenciones: N = 143. El riesgo de UPP (RUPP) alto-moderado 52,3% por los profesionales mientras que por el experto alcanzó 46,3%. En un 42,6% ambas VRUPP correspondieron los resultados. En un 21% cambiaba el RUPP respecto a la valoración de los profesionales y la realizada por el experto. El número de ítems diferentes más frecuente fue entre 1 y 2 con un 24,1% y 18,2% respectivamente. La correlación (CCI) entre los diferentes ítems es de 0,674 (actividad), 0,768 (humedad), 0,838 (movilidad), 0,496 (nutrición), 0,796 (percepción sensorial), 0,672 (roce). Puntuación total EVRUPP 0,826.

Conclusiones: Existe un acuerdo alto entre la VRUPP interobservador en cuanto al RUPP tanto para valores bajos como altos. Nos proponemos ofrecer formación continuada para mejorar en la cumplimentación de la EVRUPP sobre todo en los ítems de actividad, roce y nutrición.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Valoración del riesgo de UPP. Úlceras por presión. UCI.

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

L. Bordonado Pérez^a, R. Vidal^b, C. Faura^c, M. García^d, I. Sandalinas^e, M.L. Fortes^a, M. Olona^a, C. Muñoz^c, G. Sirgo^a y M. Bodí^a

^aHospital Universitario de Tarragona Juan XXIII. ^bHospital Río Hortega. ^cHospital Universitario de Torrejón. ^dHospital Universitario del Henares. ^eHospital Universitario Mutua de Terrassa.

Introducción-objetivos: 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 χ^2 . Nivel de significación aceptado $p \leq 0,05$.

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, $p \leq 0,05$). 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% vs 23,9%, $p \leq 0,05$) y sus profesionales manifestaron un mayor deseo de estar más involucrados en el proyecto (60,0% vs 30,4%, $p \leq 0,05$).

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.

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

L. Ventura Expósito^a y A. Arreciado Maraño^b

^aHospital Universitario Vall d'Hebron. ^bDepartament d'Infermeria. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción-objetivos: 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 como 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: UCI. Familiares. Participación. Cualitativo.

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

P. Mauri Mauri, T. Cornelles Ferre, M.A. Piñol Tena, R. Sabaté Ortigues e 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 flecaínida desmascarado con una prueba de provocación con ajmalina (PPA) se decidió el uso sistemático de ajmalina. La administración de ajmalina se realizó en dosis de 1 mg/kg (máximo de 100 mg) a 1 mg/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, 3º y 4º espacio intercostal. Des de 2015 hemos realizado 65 PPA. 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 30 ms) 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 flecaínida. 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: Ninguna.

Palabras clave: Ajmalina. Brugada.

ID: 341. ABORDAJE INICIAL DE LAS QUEMADURAS POR FRÍO CAUSADAS POR CO₂ LICUADO. GESTIÓN DE UN CASO CLÍNICO

G.M. Muñoz Rubio, A. Rojo Rojo y R. Gallego Fernández

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción-objetivos: Las lesiones por frío ocurren en un grupo especial de pacientes (trabajadores con gases licuados industriales, montañeros, etc.). En nuestro contexto son extremadamente raras. La fisiopatología y el aspecto de la quemadura por frío es distinto a la producida por fuego. Las lesiones deben ser manejadas como cualquier quemadura según su profundidad, localización y extensión. Cualquier vesícula debe desbridarse. En la bibliografía existe la controversia en relación al calentamiento o no de las lesiones por congelamiento. El tratamiento pretende prevenir las secuelas, evitar las amputaciones y conseguir lo antes posible la curación de las lesiones. El objetivo de este trabajo es describir la

atención inicial de este tipo de pacientes tan raros en nuestro medio.

Metodología-observación clínica: Se realiza un estudio de caso, en paciente de 45 años, transportista de líquidos peligrosos (CO₂ licuado). El paciente sufre de forma accidental la fuga instantánea de este gas a -140 °C. Como consecuencia del incidente el paciente sufre quemadura en torso, miembros superiores e inferiores, con una extensión aproximada del 45-50% de la superficie corporal, y una profundidad estimada inicial entre de 2º grado profunda y 3º grado.

Resultados-intervenciones: En la UCI se procede al manejo hemodinámico y respiratoria; controlando el dolor. Se indica realizar limpieza y desbridamiento de las ampollas. Se aplica sulfamida argéntica, y el vendaje y cubrimiento de las zonas lesionadas. Tras 24 horas las lesiones quedan limitadas a las zonas iniciales. No se realiza calentamiento de las lesiones.

Conclusiones: Las quemaduras por gas licuado a muy baja temperatura, presentan una fisiopatología y aspecto distinto a las producidas por agentes calientes. Su manejo es similar a las producidas por agentes convencionales: manejo hemodinámico, respiratorio, dolor, y manejo de las lesiones. A diferencia de las quemaduras por calor. Estas lesiones no modificaron su superficie lesional inicial y producen menor edema en las zonas lesionadas.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Gas licuado. Lesión por frío.

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

R. Gallego Fernández, A. Rojo Rojo y G.M. Muñoz Rubio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción-objetivos: Los CVC son indispensables en la práctica médica actual. Su uso somete a los pacientes a un riesgo de complicaciones mecánicas e infecciosas. Estas complicaciones se asocian con un aumento de la morbi-mortalidad, alargan la estancia hospitalaria y elevan los costes médicos. La perforación de cavidades cardíacas y grandes vasos es una complicación de baja incidencia (0,2%) pero de una alta mortalidad que oscila entre el 50 y el 95%. Nos planteamos como objetivo describir las complicaciones dadas por la perforación de gran vaso, tras la inserción de un PICC.

Metodología-observación clínica: Estudio de caso sobre una paciente de 53 años, derivada a UCI desde servicio de cirugía para canalizar un PICC para infusión de Nutrición Parenteral. Se canaliza un catéter Cafavix Duo, sin incidencias durante la técnica. A las 48 horas de la canalización, la paciente ingresa en UCI en situación de PCR. Tras RCP Avanzada, presenta de derrame pericárdico. Durante su punción, se observa salida de líquido compatible con NPT. Ante este hallazgo se realiza TAC torácico, que evidencia presencia de CVC en pericardio. La paciente permanece ingresada en la unidad por un total de 31 días, resultando en situación de coma vigil, compatible con encefalopatía hipóxica.

Resultados-intervenciones: Tras la comunicación del evento en el portal SINAP, se identificaron distintos puntos de mejora en el proceso de inserción CVC derivados de los servicios de hospitalización y cirugía del centro. Como mejora se desarrolla consentimiento informado, registro por escrito del control de Rx del catéter, registro de la distancia insertada en el momento de la canalización.

Conclusiones: La perforación de cavidades y vasos mayores tras la canalización de un PICC, supone una complicación extremadamente rara, pero potencialmente grave. El manejo del evento indeseable, como una situación propia de estudio y seguridad del paciente supone una medida de mejora para evitar futuros casos.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Inserción PICC. Complicaciones. Seguridad clínica. Perforación grandes vasos.

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

A. García Segura, N. Carrasco, M. Alvarado, A. Girbau, M. Salameo, I. Sandalinas, M. Carrillo y M.M. Fernández

Hospital Universitario Mutua Terrassa.

Introducción-objetivos: 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 ($FC \leq 40$ y ≥ 110 , $PAM \leq 60$ y ≥ 110 mmHg, inotropos a dosis medias/altas), insuficiencia respiratoria grave ($FiO_2 \geq 0,6$, $PEEP \geq 10$ cm H₂O), $RASS \geq 3$ o ≤ -4 y/o $PIC \geq 20$ mmHg 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: 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: Ninguna.

Palabras clave: Rehabilitación. Unidad de cuidados intensivos. Movilización precoz.

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

R.C. Estévez-Montes^a, M. Torralba Melero^b, J.M. Gutiérrez Rubio^c, R. García Tascón^a, E.A. Torres Casanova^a, F.J. Mirón Muñoz^a y A. Pacheco Rodríguez^a

^aHelicóptero Medicalizado Gigante 2-Ciudad Real. Sescam.

^bHelicóptero Medicalizado Gigante 2-Albacete. Sescam. ^cBabcock MCS España.

Introducción-objetivos: Los programas HSEM internacionales están desarrollando procedimientos de reposición hemostática con administración de concentrados de hemáties. Existen elementos de reposición complementarios a los concentrados de hemáties 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 hemáties 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 antidoto 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 hemáties. Conformando una Bleeding Box. Esta estrategia ya se usa en el helicóptero medicalizado gigante 2 de Ciudad Real.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Hemorragia. ATX. Cristaloides. HEMS.

ID: 349. MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA

M.D. González Caro, F.J. Vega Vázquez y 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.ccardiaca.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%). Vigilancia: 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: Ninguna.

Palabras clave: Monitorización hemodinámica. UCI. Vigileo.

ID: 351. GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UCI EN EL MANEJO Y LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS VASOACTIVOS

P. Ruiz García, A. Rojo Rojo y G.M. Muñoz Rubio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción-objetivos: En el contexto de la UCI, el manejo de Drogas Vaso-Activas (DVA) es frecuente y su error en el manejo, preparación y administración puede devenir en daños potenciales sobre el paciente. Es igualmente una labor exclusiva de la enfermera, así como la interpretación del tratamiento indicado.

Metodología-observación clínica: Estudio descriptivo, cualitativo usando ítems sobre el manejo y administración de los principales fármacos vasoactivos usados en eUCI: noradrenalina, dopamina y dobutamina. El periodo de estudio, fue entre el 1 y el 25 de junio de 2017. La población, fueron enfermeras/so de la UCI del Hospital Santa Lucía de Cartagena. Se recopilaron datos del 93% del total de la población de estudio. Se realizó el tratamiento estadístico sencillo de las respuestas y la correlación de variables como el grado de acierto/fallo del ítem, con la experiencia en la unidad y la formación previa.

Resultados-intervenciones: Se aprecian respuestas erróneas significativas en el manejo, preparación y administración de NA, dobuta y dopamina. Se aprecian aumento de errores en noveles (≤ 6 meses) y expertos (≥ 10 años); en ambos grupos o bien no se había realizado formación específica o ésta hacía más de 6 años que había sido realizado. Los entrevistados manifiestan preferir el uso de DVA, en base a orden dada en ml/h sobre la dada en $\mu\text{g/kg/min}$, por comodidad (65%) e inseguridad en el cálculo de dosis (33%).

Conclusiones: Los errores en el manejo de las DVA en las UCIs son un problema relevante dado el impacto potencial sobre la salud del paciente. Estos errores son más frecuentes en los extremos de grupos de población (menos de 6 meses y más de 10 años de experiencia). Se encuentran relacionados con el tiempo de formación específica dada. Por ello como práctica segura, se debería estimular la participación en programas de formación continua en DVA, a los profesionales noveles y veteranos.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: UCI. Fármacos vasoactivos.

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

J.J. Rodríguez Mondéjar^a, J.A. Sánchez-Pérez^b, G. Muñoz-Pérez^c, J.M. Xandri-Graupera^b, M.L. López-Iborra^b, C. Carrillo-García^d, M. Martínez-Martínez^e, J. López-Ruiz^f, R. Martínez-Castillo^g y A. Cano-Reyes^h

^aUME-2. Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. Facultad de Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. IMIB-Arrixaca. ^bHospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Facultad de Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. ^cHospital General Universitario Reina Sofía. Facultad de Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. ^dFacultad de Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. ^eResidencia Virgen del Mar. Cartagena. ^fGerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. ^gServicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Gerencia de Área VII-Murcia Este. SMS. ^hHospital General Universitario Reina Sofía. Gerencia de Área VII-Murcia Este. SMS.

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 cómo se ha percibido el trabajo en equipo.

Metodología-observación clínica: Tipo de estudio: cualitativo y cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. Muestra: alumnos de enfermería (3^{er} 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 DE 3,7 (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, DE 2,3 (0-10). El nivel de estrés detectado se define con un valor medio de 5,7 DE 2,3 (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 inexperience.

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: Ninguna.

Palabras clave: Estudiantes de Enfermería. Simulación. Cuidados críticos. Enseñanza mediante simulación de alta fidelidad.

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

M.C. Hernández Sánchez^a, M.V. de la Torre-Prados^b y A. García de la Torre^b

^aHospital de la Serranía de Ronda. ^bHospital 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 $38,3 \pm 15$ 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 77% falleció y el resto trasladado por O61.

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

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Soporte vital básico. DEA. Síndrome coronario agudo. Formación. Familiares.

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

M. Acevedo-Nuevo, N. Laiz-Díez, A. García-Alonso e I. 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 posttraumático (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 homogeneidad 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Cuidados críticos. Diarios de UCI. Trastornos de estrés. Posttraumático. Ansiedad. Depresión.

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

A.I. Clement Pérez, R. Ferrer Dauder, J. Inat Carbonell, F. Adrián Fuentes, M. Sánchez Cuesta, M. Pérez Ibáñez y 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 equi-

tativa. 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 $p \leq 0,05$ como significativa.

Resultados-intervenciones: NAS/Enfermera. UCI global. Día: 99 ± 15 (65-157). Noche: 100 ± 15 (67-126), p : ns. Unidad 1. Día: $104,4 \pm 18$ (54-197). Noche: $97,2 \pm 19$ (54-120), p : 0,006. Unidad 2. Día: $94,9 \pm 18$ (36-113). Noche: $105,35 \pm 26$ (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: Ninguna.

Palabras clave: Cargas de trabajo. Calidad asistencial. Enfermería.

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

F. Núñez Fuentes^a, T. Herrera-Romero^a, J.J. Rodríguez-Mondéjar^b, R. Bermejo-Jiménez^a, A.J. López-Amorós^a, R. Navarro-Lozano^a, M. Martínez-Guerrero^a, J. Rodríguez-Soler^a, A. Pedreño-Vera^a y M.F. Sánchez López^a

^aUCI. Hospital General Universitario Reina Sofía. Gerencia Área VII-Murcia Este. SMS. ^bAlcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias O61. SMS. Facultad de Enfermería (UMU). Campus Mare Nostrum. IMIB-Arrixaca.

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 $p \leq 0,05$. 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 DE 6,1 (rango 22), experiencia profesional media 10,2 años DE 6 (rango 24), mujeres (76%). Valores de los distintos campos estudiados: clima emocional 14,4 puntos DE 11,9 (R 41), relaciones 4 DE 4,2 (R 15), reconocimiento 4,3 DE 4,2 (R 16), Proyecto 6,2 DE 5 (R 19), Comunicación 11,2 DE 9,9 (R 37). 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: Ninguna.

Palabras clave: Clima emocional. Clima laboral. Cuidados críticos. Enfermería.

ID: 387. FACTORES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ASOCIADOS A LA ESTANCIA PROLONGADA TRAS CIRUGÍA CARDÍACA

H.J. M. Mármol Alonso

Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Introducción-objetivos: La estancia media prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en post-operados de cirugía cardíaca es un parámetro que influye en la morbi-mortalidad y el coste sanitario, además de incrementar el volumen de trabajo del personal de Enfermería. Pese a los numerosos estudios sobre este tema, siguen sin delimitarse los factores asociados.

Metodología-observación clínica: Análisis observacional retrospectivo. Se incluyeron 2.939 pacientes intervenidos en UCI-coronaria del Hospital Universitari de Bellvitge (enero 2006 a junio 2012). Se evalúan distintos subgrupos según la definición de estancia media prolongada (PICULOS): de más de tres, cinco y siete días. Las variables recogidas son pre-, intra- y post-operatorias. Los datos se clasificaron utilizando el programa Microsoft Excel versión 2010 y se analizaron con el programa SPSS statistics versión 20.0 (IBM Corp., Armonk, EEUU).

Resultados-intervenciones: En PICULOS ≥ 3 días las variables fueron: baja hemoglobina preoperatoria (OR = 0,847; IC95% 0,768-0,934; $p = 0,001$), presión arterial pulmonar elevada (OR = 1,020, IC95% 1,009-1,031; $p \leq 0,001$), cociente PaO₂/FiO₂ bajo a las 24 horas (OR = 0,994; IC95% 0,992-0,997; $p \leq 0,001$) y puntuación en el APACHE II elevada (OR = 1,048; IC95% 1,008-1,089; $p = 0,018$). En el caso ≥ 5 días, las variables son coincidentes añadiéndose tiempo de circulación extracorpórea prolongado (OR = 1,005; IC95% 1,001-1,009; $p = 0,11$) y niveles bajos de albúmina tras 24 horas (OR = 0,924; IC95% 0,887-0,963; $p \leq 0,001$). En el grupo ≥ 7 días las variables son iguales al anterior.

Conclusiones: Una estancia media prolongada en UCI se asoció a variables relacionadas con oxigenación, coagulación y respuesta inflamatoria fundamentalmente. Esto orienta hacia el patrón alterado y el tipo de cuidados específicos del cual los profesionales de Enfermería son una parte fundamental. La monitorización exhaustiva, el análisis de los datos obtenidos en las distintas pruebas y la aplicación de los conocimientos adquiridos por parte del equipo enfermero facilitará la detección de pacientes con alto riesgo de sufrir una estancia media prolongada tras cirugía cardíaca.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Cirugía cardíaca. Estancia prolongada en UCI. Cuidados de Enfermería. Factores de riesgo.

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

V. Paradas Torralvo, M.J. Aranda Rui y J.J. 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 $p \leq 0,001$.

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: Ninguna.

Palabras clave: Marcapasos. Calidad de vida. Educación sanitaria.

ID: 395. PROPUESTA DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

A.I. Clement Pérez^a, R. Ferrer Dauder^a, J. Inat Carbonell^a, F. Adrián Fuentes^a, R. Albert Ginés^a, M. Sánchez Cuesta^a, M. Pérez Ibáñez^b y G. Martínez Catalá^b

^aHospital Clínico de Valencia. ^bHospital 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 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 $p \leq 0,05$ 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 $48,82 \pm 6,7$ versus de noche $74,47 \pm 10,94$ con una $p \leq 0,0001$. 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

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Carga de trabajo. Calidad asistencial.

ID: 402. ESTUDIO DEL CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVIM)

M.L. Bravo Arcas, I. Porres-Revuelta, J.I. Torres-González, D. Moyano-Rubiales y S. Ramírez-López

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 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 χ^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 $\leq$ 3 años-); 39,3% TCAEs. En segunda sección, 94,3% realizan higiene manos (antes/después manipular vía aérea); descontaminación digestiva selectiva y mantenimiento cabecero 30°-45° 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Neumonía, Infección cruzada. Seguridad del paciente. Prevención primaria.

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

D. Gil^a, M.L. Rubio^b, C. Ferre^b, M.A. de Gracia^a, S. Rosich^a, M.L. Fortes^a, M. Bodí^c y A. Sandiumenge^d

^aServicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Joan XXIII.

^bUniversitat Rovira i Virgili. Departament d'Infermeria. ^cHospital Universitario Joan XXIII/ISP/UR/CIBERES. ^dHospital Universitari Vall d'Hebron.

Introducción-objetivos: Una adecuada analgesia (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 analgesia/sedación en una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente en pacientes con VM y AS $\geq$ 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 benzodiazepinas ($p = 0,031$). Presentaron periodos de sedación más prolongados, así como más periodos de sobredosificación ($p = 0,031$)/infradosificación ($p = 0,024$). En cuanto a la analgesia, no existió diferencia en el agente utilizado pero sí respecto al tiempo de analgesia con Fentanilo ($p \leq 0,001$) y Cloruro morfínico ($p = 0,014$), 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 ($p \leq 0,001$) y sufrieron más complicaciones como lesiones derivadas de la dependencia ($p \leq 0,001$), 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Paciente crítico. Analgesia/sedación. Sedación difícil.

ID: 415. POSOPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS TRAS SOMETERSE A HIPEC

S. Barreda y 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 Críticos tras someterse a HIPEC, así como valorar la necesidad de fármacos vasoactivos 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 fármacos vasoactivos, 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 fármacos vasoactivos. La media de Tª en los que no se emplearon fármacos vasoactivos es (36,746 °C), respecto a los que sí emplearon (36,623 °C). La media de FC de los pacientes que sí precisaron

fármacos (98'113 x') frente a los que no (84 x'). La TAM media en los que precisaron fármacos (69,99 mmHg) sobre los que no (80,89 mmHg).

Conclusiones: La mitad de la muestra requiere el uso de fármacos vasoactivos. En las correlaciones, la TA es superior en los pacientes que no precisan fármacos vasoactivos, 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. Hemodinámico. Fármacos vasoactivos. Quimioterapia intraoperatoria. Hipertermia.