SEEIUC
Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC

1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA

Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

www.seeiuc.org

COMUNICACIONES

ORAL y PÓSTER

CÓDIGO ISBN: 978-84-09-11329-3

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Comunicaciones orales

Pósters

Comité Científico del Congreso

Coordinadores:

- Miriam del Barrio Linares (Vicepresidenta)
- Joan Daniel Martí (Coordinador programa fisioterapia)
- Candelas López López
- Jaume Uya Muntaña
- Gemma Robleda Font
- Mª Teresa Ruiz García
- Luís Fernando Carrasco Rodríguez-Rey
- Juan Ignacio Torres González

Comité Organizador Sección Enfermería de la Sociedad Portuguesa de Cuidados Intensivos

- María Manuel Varela
- Antonio Almeida

Miembros Comité Científico y Organizador Local

- Mónica Maqueda Palau
- Xisca Verd Auli
- María del Carmen Barbado Monge
- Celia Sánchez Calvín

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

índice comunicaciones orales

- Lunes, 10 de Junio de 2019. *Auditorio Illes Balears*
- Lunes, 10 de Junio de 2019. *Sala Menorca 1*
- Lunes, 10 de Junio de 2019. *Sala Menorca 2*
- Martes, 11 de Junio de 2019. *Auditorio Illes Balears*
- Martes, 11 de Junio de 2019. *Sala Menorca 1*
- Martes, 11 de Junio de 2019. *Sala Menorca 2*
- Miércoles, 12 de Junio de 2019. *Auditorio Illes Balears*
- Miércoles, 12 de Junio de 2019. *Sala Menorca 1*
- Miércoles, 12 de Junio de 2019. *Sala Menorca 1*

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Comunicaciones orales

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 153
ESTADO DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES Y/O CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ID 213
SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO EN CHILE

ID 231
FACTORES LIMITANTES Y FAVORECEDORES DE LA IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL CUIDADO A LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 319
VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CUESTIONARIO “FAMILY SATISFACTION WITH CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT - 24” (FS ICU-24) EN FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS EN CHILE

ID 362
¿ES NECESARIO AJUSTAR LA METODOLOGÍA DOCENTE DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y USO DEL DEA A FAMILIARES DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

De 09:15 a 10:00 h.

ID 129
PRÁCTICA COLABORATIVA EN LA LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO EN UNA UCI: DEL CONCEPTO A LA PRÁCTICA

ID 176
MINDFULNESS Y AUTOCOMPASIÓN COMO MEDIADORES DE LOS NIVELES DE VIOLENCIA HORIZONTAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 287
FACTORES INTRAPERSONALES Y DEL ENTORNO VINCULADOS A LA INTENCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE CRÍTICOS DE COLOCAR CONTENCIONES MECÁNICAS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y CORRELACIONAL

ID 318
NECESIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR DE LARGA DURACIÓN Y SUS CUIDADORES PRINCIPALES

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 153

ESTADO DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES Y/O CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Luis Fernando Carrasco Rodríguez-Rey[1]; I. Zaragoza García[2]; MD. Quintana Estellés[1]; L. Torres Valverde[1]; E. Tortosa Sirvent[1]; S. Madrid Echave[1]; E. de la Vera Arias[1]; C. Sánchez Jiménez[1]; MJ. Frade Mera[1]; I. Ortuño Soriano[2]
1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Universidad Complutense de Madrid

Objetivos/Introducción

Conocer el perfil de los familiares y/o cuidadores principales así como detectar su grado de ansiedad durante el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. De los trastornos emocionales, la ansiedad es el más frecuente en la población. Si a esto le añadimos que un ser querido es ingresado en una unidad de cuidados intensivos, esto puede poner en riesgo el bienestar biopsicosocial de familiares y/o cuidadores principales (FCP).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal. La población diana son los FCP de pacientes ingresado en una UCI cardiológica de un hospital terciario. La muestra se obtiene entre abril y diciembre de 2018. Se incluye al FCP que más tiempo pasa con el paciente durante su ingreso. El estado de ansiedad es obtenido mediante el test de STAI-S. Se informa del propósito del estudio y se pide consentimiento informado. Se calculan proporciones para variables cualitativas y media con desviación para cuantitativas, realizando finalmente un análisis bivariado.

Resultados/Intervenciones

Participan 145 FCP, el 71,7% mujeres. La edad media es de 49,3±13,1 años. Casi la mitad viven con el paciente (42%), seguido de los que están con ellos más de 1 vez por semana (32,9%). El 40,6% ha sufrido un ingreso anterior y el 38,5% viven en una ciudad diferente a la del hospital. Más de la mitad son hijos/as y el 30,8% su pareja. Los FCP hombres muestran una ansiedad media de 16,7±11,34 puntos, siendo significativamente superior para las mujeres (22,33±10,74 puntos (p=0,001)). El 27,28% de los FCP muestra signos moderado-elevados de ansiedad. El grupo masculino presenta una correlación moderada entre el grado de ansiedad y gravedad del paciente.

Conclusiones

El perfil de los FCP son mujeres, en edad laboral e hijas de los pacientes. Muestran un grado de ansiedad mayor que el de los hombres. Es necesario implementar un paquete de medidas que puedan atenuar dicha ansiedad.

Financiación

Beca “SEEIUC Investiga” 4.000 euros. Beca de Intensificación de la Actividad Investigadora. Ref: i+12-AY20-2018. Instituto de Investigación i+12 Hospital Universitario 12 de Octubre. 15.000 euros

Palabras clave

Ansiedad • Familia • Cuidador principal • Enfermería • Unidad Cuidados Críticos

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 213

SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO EN CHILE

F. Cristobal Padilla[1]; S. Noelia Rojas[1]; A. Jessica Espinoza[2]; J. Stefany Avendaño[2]; M. Yerko Molina[3]

1. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2. Unidad de Paciente Critico, Hospital UC - CHRISTUS; 3. Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez

Objetivos/Introducción

La satisfacción usuaria es un aspecto relevante de la calidad asistencial. No obstante, en las unidades de cuidados intensivos (UCI) gran parte de los pacientes se encuentran imposibilitados de evaluar la atención recibida. El objetivo fue conocer el grado de satisfacción de familiares de pacientes hospitalizados en una UCI de un hospital universitario en Santiago, Chile.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo realizado a partir del proceso de validación y adaptación cultural del cuestionario "Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit - 24" (FS ICU'24) en el cual se aplicó a una muestra de 240 familiares de pacientes críticos. El FS ICU-24 considera dos dimensiones: satisfacción con el cuidado y la toma de decisiones siendo el rango de respuesta entre 0 y 100. Adicionalmente, se recolectaron variables sociodemográficas.

Resultados/Intervenciones

La muestra estuvo constituida en un 70,8% por familiares de género femenino, siendo un 37,1% hijo/a del paciente. Asimismo, un 42,9% poseía estudios universitarios mientras que 67,9% declaró tener experiencia previa de un familiar en la UCI. Se observaron altos niveles de satisfacción familiar (86.4/DS=4.2), satisfacción con el cuidado (83.7/DS=3.3) y satisfacción con la toma de decisiones (90.1/DS=1.5). Los aspectos que presentaron mayores niveles de satisfacción familiar fueron el cuidado de las enfermeras al paciente (92.2/SD=13.7), la amabilidad, respeto y apoyo del personal hacia el paciente (91.9/SD=14.7) y hacia el familiar (91.2/SD=14.7). Por el contrario, el ambiente en la sala de espera (76.9/SD=22.6), el nivel de inclusión en el proceso de toma de decisiones (79.5/SD=27.1) y la frecuencia con que las enfermeras conversaron con la familia (80.4/SD=23.5) presentaron los menores niveles de satisfacción.

Conclusiones

En comparacion con la literatura, los familiares en este estudio presentan altos niveles de satisfacción. Futuras investigaciones deben clarificar el impacto del profesional de enfermeria en la satisfaccion familiar.

Financiación

Fondo de investigación Integración Docente Asistencial (IDA 2017). De la Dirección de Investigación y Doctorado de la Escuela de Enfermería (DIEE) de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Palabras clave

Satisfaccion Familiar • Unidad de Cuidados Intensivos • Analisis Secundario de Datos • Calidad Asistencial

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 231

FACTORES LIMITANTES Y FAVORECEDORES DE LA IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL CUIDADO A LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO

Laura de la Cueva-Ariza[1]; Pilar Delgado-Hito[1]; Marta Romero-García[1]; Gemma Via-Clavero[2]; Elena Farigola-Munuera[2]; Mª Teresa Lluch-Canut[3]; Mª Antonia Martínez-Momblan[1]; Llúcia Benito-Aracil[1]; Gemma Martínez-Estalella[4]; Mª Eulàlia Juvé-Udina[5]

1. Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona; 2. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Bellvitge; 3. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona; 4. Hospital Clínic de Barcelona; 5. Institut Català de la Salut

Objetivos/Introducción

Actualmente no hay una aplicación generalizada de las recomendaciones de la evidencia en el cuidado a la familia. Modificar la práctica clínica en entornos complejos como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) supone un problema descrito internacionalmente. Objetivo: Identificar los factores limitantes y favorecedores de la implantación de estrategias para la mejora del cuidado a la familia del paciente crítico en las 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

Se diseñaron las estrategias: información y pase de visita conjuntos, guía informativa para familiares, protocolo de acogida, flexibilización de las visitas, formación al personal, entre otras. Su implantación fue exitosa y generalizada excepto en intervenciones que requirieron colaboración interdisciplinar. Se identificó como principal factor limitante la no integración de los cambios por los médicos causada por: ausencia de liderazgo enfermero y médico coordinados bajo el mismo paradigma asistencial, insuficiente comunicación interdisciplinar y trabajo en equipo, falta de reconocimiento profesional y cansancio de las enfermeras ante dicha situación. Los aspectos favorecedores fueron la sensibilización y formación del equipo asistencial previa implantación; el empoderamiento y liderazgo informal de los participantes; el proceso participativo basado en la reflexión y el consenso; y la contextualización del cambio que fue progresivo y lento.

Conclusiones

La sensibilización y formación del equipo asistencial, junto a un proceso de cambio participativo, reflexivo, progresivo y adaptado al contexto permiten la implantación exitosa de la evidencia en el cuidado a la familia. Se precisa una mejora de las relaciones interdisciplinares para aumentar la calidad de los cuidados.

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

Cuidados enfermeros • Familia • Cuidados Intensivos • Investigación-Acción Participativa • Factores limitantes • Factores favorecedores

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 319

VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CUESTIONARIO "FAMILY SATISFACTION WITH CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT - 24" (FS ICU-24) EN FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS EN CHILE

S. Noelia Rojas[1]; F. Cristobal Padilla[1]; A. Jessica Espinoza[2]; J. Stefany Avendaño[2]; M. Yerko Molina[3]

1. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2. Unidad de Paciente Critico, Hospital UC - CHRISTUS; 3. Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez

Objetivos/Introducción

La satisfacción usuaria en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es un reflejo del grado de eficacia con que las necesidades del paciente y su familia son atendidas. El cuestionario "Family Satisfaction in the Intensive Care Unit - 24" (FS ICU-24) es el instrumento más utilizado para determinar el nivel de satisfacción familiar en la UCI, sin embargo, actualmente no se dispone de una versión en español que haya pasado por un proceso formal de validación. El objetivo de este trabajo fue adaptar y validar el FS ICU-24 en una muestra de familiares de pacientes críticos en Chile.

Metodología/Observación clínica

Estudio de validación y adaptación cultural del instrumento FS ICU-24. La versión en español del FS ICU-24 fue inicialmente adaptado partir de las recomendaciones de 10 expertos. Luego, 10 familiares de pacientes de UCI similares a la población en estudio evaluaron la claridad y comprensión de los ítems. Finalmente, el instrumento modificado en las etapas previas fue aplicado en una muestra de 240 familiares de pacientes críticos. Las propiedades psicométricas se evaluaron mediante análisis factorial exploratorio y el Alfa de Cronbach.

Resultados/Intervenciones

Tanto en las evaluaciones de los expertos como de los familiares, el FS ICU-24 tuvo modificaciones semánticas menores siendo eliminado únicamente un ítem. En cuanto a su solución factorial, tres factores explicaron el 51% de la varianza total. La confiabilidad de los factores fue adecuada con un Alfa de Cronbach de 0,81 (factor 1); 0,91 (factor 2) y 0,71 (factor 3).

Conclusiones

La versión chilena del FS ICU'24 es un instrumento válido y confiable para conocer el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes en estado crítico.

Financiación

Fondo de investigación Integración Docente Asistencial (IDA 2017). De la Dirección de Investigación y Doctorado de la Escuela de Enfermería (DIEE) de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 362

¿ES NECESARIO AJUSTAR LA METODOLOGÍA DOCENTE DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y USO DEL DEA A FAMILIARES DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

María del Carmen Hernández Sánchez[1]; MV. de la Torre-Prados[1]; A. García de la Torre[1]; J. Peña Huertas[2]; A. García Alcántara[1]

1. Hospital Universitario Virgen de la Victoria; 2. 061

Objetivos/Introducción

Introducción: La formación dirigida a familiares/cuidadores de pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) o Muerte Súbita Extrahospitalaria (MSE), se torna indispensable a la hora de reducir la mortalidad de esta enfermedad, así como sus secuelas. Objetivos: Determinar si la edad, género y nivel educativo inciden sobre el aprendizaje de Soporte Vital Básico (SBV), Desfibrilador Externo Automático (DEA), estilo de vida más saludable y aviso a tiempo al Sistema de Emergencia ante nuevo episodio.

Metodología/Observación clínica

Metodología: Entre 1998 y 2017, se desarrolla prospectivamente una intervención educativa en familiares/cuidadores de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con SCA o MSE. Evaluamos el conocimiento teórica antes y después del curso. Los test estadísticos se ajustaron a la naturaleza de las variables y a los objetivos del estudio. El proyecto fue aprobado por el Comité Provincial de Ética e Investigación.

Resultados/Intervenciones

Resultados: Se impartieron un total de 107 cursos-talleres a 2315 familiares/cuidadores de pacientes con SCA. Se apreció diferencias significativas antes del curso, mostrando los varones un valor superior, 6,98 vs. 6,54 (p=0,000, t=3,38; tras el curso el valor fue superior en las mujeres, 11,65 vs. 11,70 (p=ns). El grupo de universitarios muestra valor superior antes del curso (6,68 vs. 7,40 (t=4,7, p=0,000) y tras el taller 11,43 vs. 12,21 (t=7,5, p=0,000). El rango de edad de >65 años (5,23 vs. 9,7, p=0,000) y entre 51 a 65 (5,32 vs. 10,5, p=0,000) muestran valores inferiores; entre 15 a 25 (7,8 vs 12,4, p=0,000) y 26 a 50 años (6,92 vs. 12, p=0,000) los valores son superiores.

Conclusiones

Conclusiones: Las diferencias mostradas antes del taller en relación a edad y nivel de estudios se mantienen tras el taller, con mejores resultados en edad <50 años y estudios universitarios. Las diferencias en el género revierten. Es necesario ajustar la metodología al perfil del alumno

Financiación

Promotor: Asociación de Expacientes de Medicina Intensiva (EXPAUMI) del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Palabras clave

Familiares, SVB, DEA, Síndrome Coronario Agudo

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 129

PRÁCTICA COLABORATIVA EN LA LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO EN UNA UCI: DEL CONCEPTO A LA PRÁCTICA

Petra Martorell Servera[1]; Concepción Zaforteza Lallemand[2]; Margalida Miró Bonet[3]
1. HUSE/UIB; 2. HCI; 3. UIB

Objetivos/Introducción

Explorar los discursos que las enfermeras y los médicos tienen sobre el concepto y la práctica colaborativa interprofesional (PCI) en la limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV) de una UCI de un hospital de referencia, como primer paso de transformación hacia en un proceso más inclusivo y colaborativo.

Metodología/Observación clínica

Hemos llevado a cabo un análisis crítico del discurso a través de entrevistas semiestructuradas a 8 enfermeras y 8 médicos de las unidades. El fenómeno se aborda desde los conceptos habitus, capital y campus de Pierre Bourdieu (1990, 1991). Se ha construido un árbol de codificación a través de estrategias deductivas e inductivas de análisis.

Resultados/Intervenciones

El discurso dominante común entre médicos y enfermeras coincide con el discurso legal-normativo de las asociaciones científicas especialistas en el tema, donde la PCI es necesaria y beneficiosa para una atención eficiente centrada en el paciente y se concibe a la enfermera como una pieza clave las tomas de decisiones. El discurso dominante entre enfermeras es la reivindicación de mayor participación en la toma de decisiones y entre médicos es que la enfermera ya participa lo suficiente a lo largo del proceso. En el discurso de ambos profesionales se evidencia que su práctica no coincide con su discurso oral.

Conclusiones

El discurso oral de ambos empieza a emerger en el capital simbólico profesional pero aún no conforma el campus, ni en el habitus, por tanto esta tensión discursiva hay que tenerla en cuenta para llevar a cabo una transformación de la LTSV e integrar la PCI.

¡Financiación

Proyecto de Investigación financiado por el COIBA

Palabras clave

Intensive Care Unit / Unidad de Cuidados Intensivos • Limitation of Life-sustaining Treatment / Limitación • End-of-life decisions / Decisiones al final de la vi • Nurse / Enfermera • Physician / Médico • Collaborative Practice / Práctica Colaborativa

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 176

MINDFULNESS Y AUTOCOMPASIÓN COMO MEDIADORES DE LOS NIVELES DE VIOLENCIA HORIZONTAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS

Óscar Serna Fernández; MM. Sánchez Sánchez; S. Arias Rivera
Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

La violencia horizontal (VH) se asocia a un entorno con deterioro de la asistencia, elevado índice de burnout y abandono de puestos de trabajo. El abordaje de esta situación desde Mindfulness y Autocompasión podría influir en la percepción y manejo del estrés y en la regulación de las relaciones entre profesionales de enfermería. El objetivo es conocer y evaluar los niveles de VH, Mindfulness y Autocompasión existentes entre el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y analítico desarrollado en UCI polivalente (18 camas) y unidad de grandes quemados (UGQ) de 6 camas, entre Febrero-Junio de 2018. Fueron incluidos todos los profesionales (62 enfermeras y 38 Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería) que voluntariamente desearon participar. Principales variables: grado de VH percibida (Negative Acts Questionnaire-Revisado, NAQ-R), grado de Mindfulness (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ), nivel percibido de autocompasión (Self Compassion Scale, SCS), e Identificación con la organización (Mael and Ashforth-sScale, MAS).

Resultados/Intervenciones

Obtenidas 55 encuestas. La edad media (DE) fue 40 (9) años. Las Conductas Negativas (indicadores de VH) más señaladas fueron “haber sido expuesto a una excesiva carga de trabajo” (89,1%) y “sus opiniones y puntos de vista han sido ignorados” (83,6%). Los niveles de Mindfulness y autocompasión de la muestra son superiores al nivel medio de la escala. Puntuaciones obtenidas en las escalas y sus dimensiones, en la tabla adjunta.

	n = 55
NAQ-R, *puntos*, mediana (RIC)	34 (28-37,75)
Acoso psicológico	21 (17,5-24)
Acoso laboral	10 (8-12,5)
Acoso físico	2 (2-2)
FFMQ, *puntos*, media (DE)	3,11 (0,4)
Observación	2,86 (0,7)
Descripción	3,26 (0,7)
Actuar con conciencia	3,50 (0,7)
Actuar con reactividad	2,98 (0,6)
Ausencia de juicio	3,27 (0,8)
SCS, *puntos*, media (DE)	78,75 (10,65)
Autoamabilidad	2,99 (0,87)
Autojuicio	2,93 (0,98)
Humanidad compartida	2,97 (0,79)
Aislamiento	3,20 (0,99)
Atención plena	3,15 (0,73)
Sobreidentificación	2,96 (0,92)
MAS, *puntos*, mediana (RIC)	17 (14 – 21)

Conclusiones

En nuestra cohorte podría estarse produciendo Violencia Horizontal. Los niveles de Mindfulness y Autocompasión hallados pueden sugerir que nuestra muestra mantiene algunos mecanismos protectores y otros debilitadores, en relación con la percepción y producción de Violencia Horizontal. Los niveles de Aislamiento registrados podrían mostrar el principal factor de debilitamiento, ya que se relaciona con baja identificación con la organización y una mayor percepción e incluso producción de conductas negativas en el entorno laboral.

Financiación

No ha recibido financiación.

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 287

FACTORES INTRAPERSONALES Y DEL ENTORNO VINCULADOS A LA INTENCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE CRÍTICOS DE COLOCAR CONTENCIONES MECÁNICAS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y CORRELACIONAL

G. Via Clavero[1]; J. Guàrdia Olmos[2]; D. Gil Castillejos[3]; A. Ros Muñoz[4]; A. Lobo Cívico[5]; L. de la Cueva Ariza[6]; M. Romero García[6]; P. Delgado Hito[6]

1. Hospital Universitari de Bellvitge-GRIN-IDIBELL. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona; 2. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona; 3. Hospital Universitari Joan XXIII (Tarragona); 4. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró; 5. Hospital Universitari Josep Trueta (Girona); 6. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona. GRIN-IDIBELL

Objetivos/Introducción

Determinar los factores vinculados a la intención de las enfermeras de críticos de colocar CM desde la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP).

Metodología/Observación clínica

Estudio multicéntrico y correlacional llevado a cabo en 12 unidades de críticos de 8 hospitales en España (n=354). Para medir esos factores se utilizó el cuestionario validado Physical Restraint Theory of Planned Behaviour organizado en 4 subescalas (actitudes, normas subjetivas, control del comportamiento percibido-CCP, intención) más un apartado de datos sociodemográficos y profesionales. Se recogieron variables estructurales y clínicas de las unidades. Tras la descripción de los participantes se estimaron las relaciones entre las variables mediante las correlaciones de Pearson y se especificaron diversos modelos multinivel para la estimación del impacto de diversos factores sobre la variable intención.

Resultados/Intervenciones

Respondieron 250 enfermeras (70,6%), con edad media 36,8 (DE 9,5) y 10,7 (DE 8,4) años de experiencia profesional en unidades de críticos. Las enfermeras presentaron una intención moderadamente favorable al uso de CM. El factor que con más fuerza se correlacionó con la intención fue el CCP, seguido de la actitud y las normas subjetivas. Las enfermeras con formación previa sobre CM y que trabajan en unidades con visita familiar flexible, consentimiento informado para el uso de CM, protocolos de CM y analgo-sedación y con manejo autónomo de la analgo-sedación reportaron niveles de intención significativamente más bajos. Al agrupar los resultados por unidades, disponer de consentimiento informado (beta -4,82 [IC95%:-2,80;-6,85]) y trabajar en unidades con menos de 12 camas (beta -1,81 [IC95%:-0,18;-3,44]) fueron las variables que modificaron de forma estadísticamente significativa la intención.

Conclusiones

La intención de las enfermeras de críticos de colocar CM es moderada y está influida por factores intrapersonales y del contexto. Las enfermeras con menor intención de usar CM trabajan en unidades en las que las enfermeras disponen de más herramientas para manejar alternativas a la contención.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB) en el marco de las Ayudas a Proyectos de Investigación (PR-2080/15).

Palabras clave

Restricción física • enfermería • UCI • intención

Auditorio Iles Balears. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 318

NECESIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR DE LARGA DURACIÓN Y SUS CUIDADORES PRINCIPALES

Verónica Martínez Leache
UCI, CHN-B

Objetivos/Introducción

El éxito de la terapia con asistencias ventriculares a largo plazo precisa de un alto grado de autocuidado por parte del paciente y su cuidador. Los pacientes requieren de una educación para la salud óptima centrada en el conocimiento y las habilidades basado en el enfoque de aprendizaje de los adultos.Los objetivos planteados son describir las necesidades de educación para la salud de los pacientes portadores de asistencias ventriculares y sus cuidadores principales; analizar su satisfacción; y proponer mejoras alternativas en caso necesario.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo un estudio de tipo fenomenológico centrado en un estudio exploratorio con un enfoque cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y cuestionarios con preguntas cerradas. Se analiza la media y desviación estándar de la puntuación obtenida en los cuestionarios.

Resultados/Intervenciones

En el periodo del pre-implante no se señalan necesidades de educación por parte de los pacientes y sus cuidadores. En el periodo del post-implante la necesidad más demanda está relacionada con la resolución de las alarmas. Los resultados ponen de manifiesto algunas diferencias entre la literatura y los resultados de este estudio. Así, se ha evaluado la necesidad formativa de los pacientes y sus cuidadores, información no explorada en los estudios analizados. El pequeño número de participantes limita la validez externa del estudio.

Conclusiones

La experiencia respecto a la educación recibida es satisfactoria tanto para los pacientes como para los cuidadores. Las necesidades educativas surgen en el periodo del post-implante. El método por simulación así como los folletos informativos son bien valorados.

Financiación

No se ha contado con ningún tipo de financiación ni remuneración para el desarrollo de este trabajo.

Palabras clave

Asistencia circulatoria mecánica • Larda duración • Educación para la salud • Necesidades • Familia

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Comunicaciones orales

Sala Menorca 1. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 69
EXTUBACIÓN ULTRA FAST-TRACK (EUFT) TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, POSTOPERATORIO INMEDIATO EN UCI

ID 112
APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTROL DE LA GLUCEMIA EN EL POST-OPERATORIO DE PACIENTES ADULTOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA

ID 145
SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PICC EN LAS UCI ESPAÑOLAS (ENCUESTA PICC-UCI)

ID 324
INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO DE ALTO RIESGO ASISTIDO POR ECMO Y RETIRADA EN EL MISMO PROCEDIMIENTO

De 09:15 a 10:00 h.

ID 41
¿VALORAMOS CORRECTAMENTE EL DOLOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

ID 110
VALORACIÓN Y MANEJO DE ANALGESIA, SEDACIÓN Y DELIRIO EN PACIENTES CRÍTICOS

ID 200
MÉTODOS DE MANEJO NO FARMACOLÓGICOS EN EL MANEJO DEL DOLOR Y CONFORT DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 265
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ACERCA DEL DOLOR DE LOS PACIENTES

Sala Menorca 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 69

EXTUBACIÓN ULTRA FAST-TRACK (EUFT) TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, POSTOPERATORIO INMEDIATO EN UCI

Francisco Javier Arroyo; A. Sánchez; MC. Vadillo
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Objetivos/Introducción

La EuFT consiste en realizar la misma en el quirófano al final de la intervención. Esta extubación temprana va a acelerar la recuperación tras cirugía cardiaca; sin embargo esto va a suponer un cambio del perfil del paciente, que requerirá un replanteamiento de los protocolos y cuidados de enfermería. Pretendemos identificar las nuevas necesidades del paciente en el postoperatorio inmediato para ofrecer unos cuidados eficientes y de calidad.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo descriptivo. Muestra aleatoria de pacientes que ingresan extubados entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de marzo de 2018. Se excluyen urgencias y reintervenidos en el primer día. Se realizó un seguimiento de parámetros de oxigenación, ventilación, equilibrio ácido/base, fármacos vasoactivos, analgesia, emesis y glucemias durante las primeras horas del postoperatorio.

Resultados/Intervenciones

Muestra válida 115. Se reintuban 5% (3% por fracaso cardíaco y/o respiratorio y el 2% por convulsiones). El 92% se han sometido a circulación extracorpórea. Presentan acidosis respiratoria al ingreso el 40%; el 96% tienen PO2> 60 mmHg y SatO2> 90%. Noradrenalina, el 35% no la traen al ingreso y en el 67% se retira el primer día de ingreso; Dobutamina, el 50% no la trae a ingreso y en el 70% también se puede retirar. Analgesia en las 6 primeras horas, el 49% recibió 3 o más dosis y el 19% 4 o más. Náuseas y vómitos en primeras 6h; el 25% de los pacientes precisó 1 o más dosis de antieméticos. Las glucemias mayores de 180 mg/dl al ingreso son el 26% y a las 6h el 74%.

Conclusiones

Los pacientes que ingresan extubados presentan mayor estabilidad hemodinámica. Sin embargo precisarán de ventilación no invasiva, así como intensificar el control del dolor y valorar la necesidad de analgésicos. Náuseas y vómitos requerirán de medidas preventivas y tratamiento adecuado. La elevación precoz de las glucemias conllevará un control estricto.

Palabras clave

ultrafast-track • cardiovascular • cirugía • enfermería • cuidados • postoperatorio

Sala Menorca 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 112

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTROL DE LA GLUCEMIA EN EL POST-OPERATORIO DE PACIENTES ADULTOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA

María Dolores González Caro; Rafael Jesús Fernández Castillo; Francisco Javier Arroyo Muñoz; Francisco Javier González Fernández; María Carmen González Delgado
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

La hiperglucemia está asociada con un aumento de la morbi-mortalidad y que su control reduce la misma y las complicaciones en la población quirúrgica. La evidencia constata que el mantenimiento del "Tiempo en rango" (TER) superior al 70% está correlacionado con una reducción de las complicaciones postquirúrgicas. Como objetivo tenemos conocer el TER en el cual permanecen los pacientes ingresados en UCI sometidos a cirugía cardíaca tras la aplicación de un protocolo de infusión continua de insulina, así como la aparición de complicaciones.

Metodología/Observación clínica

Estudio cuantitativo, observacional prospectivo, analizando los niveles de glucosa en sangre de pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca ingresados en UCI del Hospital Regional Universitario Virgen Macarena (mayo - noviembre de 2018), que presentasen glucemias al ingreso superiores a 180 mg/dl. Se midió el TER, definido como el porcentaje de horas totales que los niveles de glucemia de un paciente permanecían entre 140 - 180 mg/dl durante la infusión de insulina. Del mismo modo se describe la aparición de complicaciones como hipoglucemias ($x < 70$ mg/dl) e hiperglucemias ($x > 200$ mg/dl).

Resultados/Intervenciones

Ingresan en UCI 218 pacientes, 47 no son cirugía cardíaca y 86 no tienen niveles de glucemia elevados. Cumplen criterios de inclusión el 50,3% de los pacientes ($n = 85$). El promedio de TER fue del 53,8%, necesitándose 6,5 horas de media para conseguir entrar en el mismo. Un 63,5% ($n = 54$) de los pacientes se mantuvieron en rango durante la infusión de insulina. No se produjo ningún episodio de hipoglucemia. La media de glucemia de entrada en protocolo fue de 232,5 mg/dl, siendo el porcentaje de hiperglucemias del 76,5%.

Conclusiones

El protocolo de insulina consigue buenos resultados en cuanto a la aparición de complicaciones relacionadas con la glucemia, sin embargo, no mantiene el porcentaje recomendado por la literatura de TER.

Financiación

Financiación parcial procedente de fondos de B. Braun.

Palabras clave

Control de la glucemia • Protocolo de insulina • Cuidados intensivos • Tiempo en rango

Sala Menorca 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 145

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PICC EN LAS UCI ESPAÑOLAS (ENCUESTA PICC-UCI)

Juan Manuel López-Reina Roldán[1]; E. Bernal Pérez[2]; P. Gasco Gasco[2]; P. Rebollo Gómez[2]; A. Hernández Madrid[3]; MC. Martín Delgado[2]

1. Hospital Universitario de Torrejón - Universidad de Alcala; 2. Hospital Universitario de Torrejon; 3. Hospital Universitario Ramón y Cajal - Universidad de Alcalá

Objetivos/Introducción

El uso seguro de los catéteres venosos centrales (CVC) es fundamental en el manejo del enfermo crítico. Las ventajas que ofrecen los catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC) hacen que su uso esté creciendo rápidamente. Sin embargo, se sabe poco sobre el quién y cómo se están canalizando éstos; así como, la formación que se tiene al respecto. Conocer la situación actual y estandarizar la formación en la inserción de PICC es clave para la seguridad de nuestros pacientes.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Población: enfermeros/as de UCI que han rellenado la encuesta tras su difusión en la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) y a través de Blog de contenido sanitario. Las preguntas se diseñaron identificando aspectos relevantes de las guías basadas en la evidencia para obtener información sobre los participantes, la inserción y formación al respecto.

Resultados/Intervenciones

Se han analizado un total de 605 encuestas de enfermeras/os pertenecientes a hospitales de todas las provincias españolas. Un total de 534 (88,3%) canalizan PICC. Actualmente, 169 (31,6%) utilizan siempre el ecógrafo para canalizar los PICC, 193 (37,3%) siempre miden el calibre de la vena y 266 (51,5%) siempre miden la distancia antes de la inserción. La zona antecubital es donde más PICC se canalizan. El método más utilizado para comprobar la colocación del PICC fue la radiografía de tórax 508 (92,7%). Un total de 344 (56,9%) contestaron que no se ha realizado ningún tipo de formación sobre accesos vasculares ecoguiados en su unidad.

Conclusiones

La Encuesta PICC-UCI muestra la situación actual de la canalización de los PICC en las UCI españolas. El estudio muestra diferencias significativas entre cómo se realiza el procedimiento y las recomendaciones basadas en la evidencia científica. La formación y la especialización de enfermería son aspectos clave para la mejora de la práctica clínica.

Financiación

No

Palabras clave

PICC; Catéter venoso central; Catéter periférico • Catéter venoso central de inserción periférica • Cuidados críticos; Unidad de cuidados intensivos • Seguridad del paciente; Aprendizaje; Enfermería • Competencia; Canalización; Educación • Acceso vascular; Encuesta; Ecografía; Formación • Entrenamiento; Conocimiento; Evidencia

Sala Menorca 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 324

INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO DE ALTO RIESGO ASISTIDO POR ECMO Y RETIRADA EN EL MISMO PROCEDIMIENTO

Miryam González; H. Gómez; MJ. Calvo; M. Alonso; S. Merchan; E. Alzola; L. Corrionero; B. Valdunciel
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

El oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO), implantado en hemodinámica con acceso percutáneo, es utilizado no solo en la atención al paciente en shock cardiogénico refractario en situaciones de urgencia, sino también en pacientes con enfermedad coronaria grave que precisan intervencionismo coronario percutáneo de alto riesgo (ICPAR) electivo.

Metodología/Observación clínica

Registros de enfermería de nuestra unidad de Hemodinámica, los protocolos de enfermería en AC, la base de datos de la Unidad de Cardiología y búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos.

Resultados/Intervenciones

Descripción de un caso clínico. Paciente con ICPAR programado con ECMO de soporte: Varón de 66 años, ingreso por disnea y primer episodio de insuficiencia cardiaca. Exfumador sin factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de cardiopatía isquémica temprana. Enfermedad coronaria de tronco, 3 vasos y FEVI del 15%. Descripción del material, procedimiento y cuidados enfermeros en la implantación y posterior retirada en la sala tras el procedimiento. Se establece un programa de formación para la enfermería de hemodinámica para el entrenamiento en el implante y retirada de ECMO, estableciéndose un procedimiento normalizado de actuación tanto para pacientes programados como de urgencia.

Conclusiones

El uso electivo de ECMO, con acceso percutáneo en las salas de hemodinámica, permite tratar a pacientes que han sido desestimados para revascularización coronaria quirúrgica por su alto riesgo, haciendo el procedimiento más seguro y controlado. La utilización de ECMO en procedimientos electivos, proporciona un soporte más completo que otras AC, pero debería ser utilizado en centros con experiencia y programas establecidos que permitan reducir la tasa de complicaciones y los tiempo de implante. Retirar la ECMO tras el procedimiento en la propia sala de hemodinámica, permite menor repercusión hemodinámica del paciente y contribuye al éxito. El uso de AC hace necesaria la formación y entrenamiento de la enfermería para estar familiarizada y poder anticiparse en la toma de decisiones.

Sala Menorca 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 41

¿VALORAMOS CORRECTAMENTE EL DOLOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Inmaculada Vázquez Rodríguez Barbero; JC. Muñoz Camargo; M. García Ayala; RJ. Bernal Celestino; A. Puebla Martín; MJ. Espadas Maeso
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El dolor es la experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable que se asocia a un daño real o potencial de los tejidos. Evaluar el cumplimiento e implementación de una estrategia de valoración del dolor basado en la evidencia en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en una UCI de nivel II dentro del programa del Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia (CECBE) Se midieron variables sociodemográficas, variables de proceso (detección del dolor al ingreso, detección del dolor tras cambio en la situación clínica del paciente) y variables resultado (valoración de la intensidad del dolor, herramientas para la valoración de la intensidad del dolor y protocolización de la medición del dolor). Se realizó análisis univariado y bivariado de variables cualitativas y cuantitativas. El nivel de significación se estableció en una $p<0,05$. Se solicitó autorización al CEIC del centro.

Resultados/Intervenciones

Se evaluaron los registros de 69 pacientes durante el periodo de estudio. El 60,9% (42) fueron hombres frente al 39,1% (27) que fueron mujeres. La media de edad fue de 66,4+ 15,5 años, rango 16-88. Las mujeres participantes presentaban mayor edad, P= 0,07. Tan solo en el 2,9% de los pacientes estudiados se midió la presencia de dolor al ingreso del paciente. En el 44,9% se indicó la presencia de dolor tras la realización de algún tipo de intervención, aunque en tan solo un 5,7% aparece registrado el instrumento utilizado para la medición del dolor. En ninguno de los pacientes estudiados se protocolizó la evaluación continua del dolor.

Conclusiones

Se objetiva un cumplimiento inadecuado de la implementación de la estrategia de valoración del dolor en nuestra unidad. En este estudio se reafirma la importancia de unificar criterios para la valoración del dolor en los pacientes.

Financiación

Propia

Palabras clave

Dolor • Cuidados Críticos • Investigación en Enfermería Clínica

Sala Menorca 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 110

VALORACIÓN Y MANEJO DE ANALGESIA, SEDACIÓN Y DELIRIO EN PACIENTES CRÍTICOS

Isabel Martinez Yegles; MJ. Frade Mera; MT. Pulido Martos; C. López López; LF. Carrasco Rodriguez-Rey; N. Regueiro Díaz; MR. Hernández García; JC. Montejo González; C. Sánchez Jiménez
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Conocer cómo se valora y maneja la analgesia, sedación-agitación y delirio en pacientes críticos adultos. Explorar miveles de dolor y sedación- agitación, asi como prevalencia de delirio.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en unidades de cuidados críticos de adultos de hospital terciario, febrero 2018. Se utilizó cuestionario ad hoc, que recogía características de las unidades, existencia de protocolos y utilización de herramientas de valoración. Evaluación de pacientes con Escala verbal numérica(EVN) O Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID), Richmond Agitation Sedation-scale (RASS) y Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAMICU). Evaluación retrospectiva de utilización de herramientas de valoración. Se realizó estadística descriptiva y chi cuadrado, significación $p<0.05$.

Resultados/Intervenciones

Se estudiaron 4 unidades, 2 valoraban de forma normalizada el dolor en pacientes comunicativos y no comunicativos, 3 la sedación y ninguna el delirio. Existía un protocolo multidisciplinar con algoritmos de dosificación de sedación y analgesia en 2 unidades. Se observaron 35 pacientes, 13 (37%) mujeres, edad media 58±18. Tenían pauta de analgesia 32(91%), administración de analgesia 30 (85%), monitorización del dolor cada 8h 20(57%), administración sedación 20(57%), objetivo de sedación prescrito 16(80%), monitorización RASS cada 8h en pacientes sedados y ventilados 6(40%). Presentaron dolor 19(56%) y la ausencia de dolor mayor en unidades con valoración normalizada 11(32%)vs 4(12%):p=0.008. Pacientes con RASS 0 mas numerosos en unidades que valoraban sedación 13(37%)vs 2(6%):p=0.009. Ningún paciente presentó agitación y la prevalencia del delirio fue del 9%

Conclusiones

No existe una analgesia óptima ya que a pesar de su elevada prescripción y administración, no se realiza su correcta monitorización. Aunque no se monitorizó el delirio su prevalencia fue baja. En las unidades que se valoran de forma normalizada la analgosedación los pacientes tiene mayor control del dolor, encontrándose más tranquilos y colaboradores.

Financiación

No tiene financiación

Sala Menorca 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 200

MÉTODOS DE MANEJO NO FARMACOLÓGICOS EN EL MANEJO DEL DOLOR Y CONFORT DEL PACIENTE CRÍTICO

Sandra Peinado Pérez; MJ. Ruiz-Henestrosa Campos
HGU Gregorio Marañon, HGUGM

Objetivos/Introducción

El personal de enfermería realiza una labor importante a la hora de la valoración del dolor, por lo que se incentiva el papel de este profesional en su manejo. Actualmente aparecen técnicas no farmacológicas que, combinadas con el manejo del entorno, podrían generar resultados positivos en el manejo del dolor.

Objetivo:

- Identificar el manejo no farmacológico en el control del dolor
- Identificar el papel del entorno en el control del dolor

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos a partir de términos MESH, con aplicación de determinados criterios de inclusión y exclusión, y posterior lectura crítica de los mismos mediante la plantilla CASPe, así como comprobación de la validez de Guías de Práctica Clínica con el instrumento AGREE II.

Resultados/Intervenciones

Existen medidas no farmacológicas que pueden emplearse como complementarias y adyuvantes al tratamiento farmacológico, que suele ser más común en la práctica clínica. Entre las técnicas posibles, la música es una de las más estudiadas, así como la voz pausada, información previa, respiración profunda, coger de la mano, técnicas de distracción y humor.Los pacientes ingresados en cuidados intensivos recuerdan la sensación de encontrarse expuestos a múltiples tratamientos, procedimientos invasivos, falta de privacidad, separación del entorno familiar, inmovilidad, dolor, ventilación mecánica, ruido, escasa orientación, etc. La mayoría recuerdan el ingreso como algo desagradable.

Conclusiones

Hay resultados que indican que la combinación de preanalgesia y técnica no farmacológica podrían lograr un nivel de manejo de dolor óptimo. Enfermería puede contribuir en el entorno ajustando los estímulos sensoriales y perceptuales de los pacientes.

Sala Menorca 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 265

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ACERCA DEL DOLOR DE LOS PACIENTES

María Taínta Cuezva; Y. Arteche Nosellas; I. Martín Gil; V. Salas Bergües; R. Goñi Viguria
Clínica Universidad de Navarra

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) acogen pacientes en estado crítico que con frecuencia presentan dolor. La correcta valoración y el tratamiento óptimo del mismo es imprescindible para una atención de calidad. La enfermera se encuentra en una posición única para ello por su cercanía constante con el paciente. Por tanto es fundamental conocer el nivel de conocimientos de las enfermeras y las actitudes que manifiestan hacia el manejo del dolor en su práctica diaria.

Objetivos

1) Describir los conocimientos y las actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos en relación al dolor.
2) Relacionar los datos sociodemográficos de los profesionales de enfermería con los conocimientos y actitudes sobre el dolor.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo observacional en la UCI de un hospital universitario de nivel terciario. Se estudió el conocimiento y las actitudes en relación al dolor de las enfermeras, a través del cuestionario Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain traducido al español.

Resultados/Intervenciones

El 100% (n=37) de las enfermeras cumplimentaron el cuestionario. La puntuación media del cuestionario fue de 5,7/10 (Máximo:7,89 y Mínimo:3.68). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la edad, los años de experiencia profesional, los años trabajados en UCI, la formación especializada y la formación en dolor, con la puntuación del cuestionario. En cambio, las enfermeras con formación de máster obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el cuestionario (p= 0,018).

Conclusiones

Las enfermeras de la UCI poseen pocos conocimientos y actitudes en relación al dolor. La formación de máster mejora los conocimientos y actitudes en relación al dolor.

Palabras clave

UCI • Conocimientos • actitudes • dolor

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019
10/13 Junio 2018

Comunicaciones orales

Sala Menorca 2. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 14
ENFERMERO/A DE CUIDADOS CRÍTICOS EN EL PACIENTE ADULTO: MAPA DE COMPETENCIAS

ID 118
NIVEL DE CONSENSO NACIONAL EN LAS NECESIDADES FORMATIVAS DE LAS ENFERMERAS DE UCI

ID 122
NIVEL DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJAR EN UCI

ID 182
CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UCI: EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA VACTE

De 09:15 a 10:00 h.

ID 159
EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES DE UCI CON LAS RESTRICCIONES FÍSICAS

ID 298
VALORACIÓN DEL DOLOR, SEDACIÓN, DELIRIO Y USO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

ID 340
DELIRIO DE COTARD EN LA UNIDAD CORONARIA

ID 364
ESTUDIO COMPARATIVO DE DATOS ANALÍTICOS ENTRE GRUPO CONTROL Y GRUPO INTERVENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS CON DELIRIUM

Sala Menorca 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 14

ENFERMERO/A DE CUIDADOS CRÍTICOS EN EL PACIENTE ADULTO: MAPA DE COMPETENCIAS

Mª Isabel González Méndez[1]; C. Martín Castaño[1]; MR. Urbán Carmona[1]; B. Fernández Sacristán[2]; F. García Rioja[2]; MC. Torrejón[1]; J. Muriana[1]; O. Ceballos[1]

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

Objetivos/Introducción

Poner a disposición de profesionales y unidades asistenciales un documento que describa los conocimientos, habilidades y actitudes que deben estar presentes en cada puesto de trabajo de modo que les oriente en su desarrollo, garantice el cumplimiento de los objetivos de la Organización y proporcione herramientas que ayuden en los distintos procesos de gestión de personas.

Metodología/Observación clínica

El proceso de elaboración del mapa de competencias se ha fundamentado en el método DACUM (Developing a Curriculum) como instrumento metodológico a través de paneles de expertos. Utilizando el método Delphi y la técnica de la lluvia de ideas, los expertos describen sus ocupaciones y definen las competencias. Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) participaron como asesores metodológicos en la aplicación del procedimiento. La ACSA procedió a la validación del contenido a través del criterio de otros expertos mediante la cumplimentación de un cuestionario elaborado ad hoc. Para establecer la validez se empleó la V de Aiken que mide el acuerdo entre jueces.

Resultados/Intervenciones

Se han identificado dos grupos de competencias. Competencias transversales: respeto por los derechos de los ciudadanos, humanización de la asistencia, promoción de la salud, seguridad del paciente, atención al final de la vida, continuidad asistencial-trabajo en equipo-atención compartida, comunicación, valores-responsabilidad profesional, ética clínica, cultura digital, docencia, investigación-innovación-gestión del conocimiento y gestión de los recursos. Competencias específicas: valoración-monitorización del paciente crítico, atención a las necesidades de alimentación y eliminación, de higiene y movilización, mantenimiento de la integridad cutánea y tisular, administración de medicación, cuidados al paciente con problemas cardiorrespiratorios, atención al dolor y la muerte, atención a la persona que cuida.

Conclusiones

Para que los profesionales avancen en su desarrollo deben conocer las competencias clave para el desempeño óptimo en su puesto de trabajo. Así sabrán en qué aspectos de su práctica mejorar y qué formación deben adquirir.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Competencia profesional • Cuidados Críticos • Educación continua

Sala Menorca 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 118

NIVEL DE CONSENSO NACIONAL EN LAS NECESIDADES FORMATIVAS DE LAS ENFERMERAS DE UCI

Yeray Gabriel Santana Padilla[1]; JD. Martín Santana[1]; L. Santana Cabrera[1]; MD. Bernat Adell[2]; T. Linares Pérez[3]

1. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 2. Universidad Jaume I; 3. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

La formación de las enfermeras debe ser asegurada para poder cuidar de manera segura y eficiente en cuidados intensivos. Evaluar el nivel de consenso nacional en las necesidades formativas de las enfermeras de UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal multicéntrico de ámbito nacional nacional con N=573 enfermeras de UCI de 67 centros hospitalarios, entre enero y noviembre de 2018, para evaluar, a través de una escala tipo Likert de 12 ítems y 10 puntos (donde 1 significa la peor puntuación y 10 la mejor posible), diferentes aspectos relacionados con las necesidades de formación. Estos ítems se han definido a partir de la revisión de la literatura y posterior consenso, a través del método Delphi, con una muestra de 15 expertos en enfermería de UCI. El carácter multidimensional de la escala requería de la realización de un análisis factorial exploratorio con rotación varimax para identificar las dimensiones existentes en la misma y poder así evaluar, desde una perspectiva global, las necesidades formativas. El índice KMO y el de esfericidad de Bartlett aconsejaban este tipo de análisis para reducir su dimensionalidad.

Resultados/Intervenciones

Los resultados de este análisis son satisfactorios, al explicar el 63,1% de la varianza total. Se trata también de una escala con elevada fiabilidad (Alfa de Cronbach=0,818). La escala de medida estaba conformada por cuatro dimensiones claramente diferenciadas, cuyos valores medios se recogen en la tabla anexa, existiendo un consenso generalizado de la necesidad de formación en estas 4 áreas. Así mismo, no existen diferencias entre el grupo nacional y el grupo de expertos en las puntuaciones asignadas a cada área.

Conclusiones

Podemos concluir que los centros hospitalarios deberían destinar recursos no sólo a la formación de carácter clínico, sino también a otras áreas vinculadas con la relación de la enfermera con el paciente y familiares. Destacar la necesidad de formación ante la muerte.

Financiación

Sin financiación ni conflictos de intereses.

Palabras clave

Competencia profesional • Formacion continua • Cuidados críticos

Análisis descriptivo de los factores de la escala de necesidades formativas

DIMENSIONES	Grupo Nacional		Grupo de expertos		*t*	*p*
	Media	D.T.	Media	D.T.		
Formación a las enfermeras noveles	8,98	0,98	9,07	0,77	0,560	0,725
Habilidades sociales	8,95	0,91	9,11	0,84	0,758	0,510
Formación continua	8,82	0,98	9,18	0,63	0,030	0,155
Formación ante la muerte	8,48	1,57	8,87	1,25	0,219	0,341

Sala Menorca 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 122

NIVEL DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJAR EN UCI

Yeray Gabriel Santana Padilla[1]; JD. Martín Santana[1]; MD. Bernat Adell[2]; L. Santana Cabrera[1]; T. Linares Pérez[3]

1. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 2. Universidad Jaume I; 3. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

Evaluar el nivel de formación y experiencia con el que debe contar el personal de enfermería para trabajar en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se recogieron 573 encuestas válidas a las enfermeras de UCI de 70 centros hospitalarios, entre enero y noviembre de 2018, para conocer los requerimientos previos del personal de enfermería para incorporarse a una UCI. Se ha utilizado una batería de preguntas categóricas relativas a la experiencia previa y la formación.

Resultados/Intervenciones

Del total de los encuestados, el 92.1% considera preciso tener algún tipo de experiencia o formación previa para trabajar en UCI, debiendo contar con 2 o más años de experiencia laboral en hospitalización o con un año de experiencia laboral en urgencias y/o quirófano (56.87% y 66.15%, respectivamente). En lo relativo a la formación, el 40% de los encuestados considera que deben contar con planes de acogida de las propias unidades y un 39.8% formación post-universitaria. A pesar de ello, un 71.9% manifiesta que su unidad no dispone de un plan de acogida del personal de nueva incorporación. Finalmente, el 75% considera que se debe contar con una formación sanitaria especializada.

Conclusiones

Estos resultados indican que el personal de enfermería que desee incorporarse a la UCI debe contar con experiencia laboral previa y con una formación adicional más allá de la titulación que lo capacite para el ejercicio de la profesión. Estas exigencias se deben muy probablemente a las condiciones especiales en las que se desarrolla la labor de este personal en una UCI, en la que la tensión, la rapidez en la toma de decisiones y la agilidad, son capacidades con las que se debe contar y que se alcanzan con formación adicional y con experiencia.

Financiación

Sin Financiación ni conflicto de intereses

Palabras clave

Cuidados críticos • Competencia profesional • Formacion continua

Análisis descriptivo para definir el perfil idóneo de capacitación

FORMACIÓN	N	%
Formación mínima previa:		
No es necesario ninguna formación extra, salvo la proporcionada en los estudios de enfermería	45	7.9
Formación de post-grado con créditos de formación continuada de las profesiones sanitarias	71	12.4
Formación de post-grado mediante planes de acogida de las propias unidades	229	40.0
Formación de post-grado en forma de expertos universitario (Con prácticas incluidas)	146	25.5
Formación de post-grado en forma de master universitario (Con prácticas incluidas)	82	14.3
Formación especializada sanitaria tipo EIR:		
Sí	430	75.0
No	69	12.0
NS/NC	74	12.9

Sala Menorca 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 182

CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UCI: EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA VACTE

César Rodríguez Núñez[1]; D. Muñoz Martín[2]; M. García Corres[2]; J. Irigoien Aguirre[1]; M. Martín Martínez[1]; A. Castañeda Saiz[1]; W. Conde Orio[1]; G. Guinea Pardo[1]; R. Sereno Barrancas[1]; L. Samaniego Bóveda[1]

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

2. Hospital Universitario Araba (Santiago). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Objetivos/Introducción

Una de las herramientas que mejor valora y cuantifica el trabajo enfermero en unidades de críticos es la escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE). Con ella podemos justificar la dotación enfermera en UCI de una forma más fiable que otras escalas de valoración de cargas de trabajo.

Objetivo

Cuantificar el trabajo enfermero dedicado a los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) a traves de la Escala VACTE.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo. Año 2018. Se midió el trabajo enfermero en todos los turnos mediante la escala VACTE a todos los pacientes mayores de 18 años. Variables: puntuaciones VACTE, turno de trabajo. Se recogieron y analizaron las variables descritas en el registro enfermero ex professo en la historia clínica digital(metavision) y posteriormente se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante el SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

N= 1551 valoraciones, de las cuales 1305 fueron validas, un 15.8% erronéas. Los resultados válidos medidos a través de la escala VACTE fueron un 65.6% en carga de trabajo moderado-grande, un 11.9% excesiva-desproporcionada y un 22.5% adecuada. En turno de mañana, 64.3% moderada-grande, 19.1% excesiva desproporcionada, 16% adecuada; tarde, 68.6% moderada-grande, 8.1% excesiva-desproporcionada, 23.3% adecuada; noche, 64.1% moderada-grande, 8.5% excesiva-desproporcionada, 27.4% adecuada.

Conclusiones

VACTE es una herramienta que cuantifica las cargas de trabajo de enfermería de una forma fiable y más realista. 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. El turno de mañana es el que mayor carga asistencial tiene. Debemos realizar nueva formación sobre todo en épocas de mucha rotación de personal porque existió un porcentaje elevado de mala cumplimentación.

Sala Menorca 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 159

EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES DE UCI CON LAS RESTRICCIONES FÍSICAS

Dolores Mendoza Delgado; M. Gómez Diego
Hospital del SAS de Jerez de la Frontera

Objetivos/Introducción

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

Objetivos:

1- Conocer las experiencias de los pacientes inmovilizados durante su estancia en UCI.
2- Reflexionar sobre la utilización de las RF en nuestra Unidad.

Metodología/Observación clínica

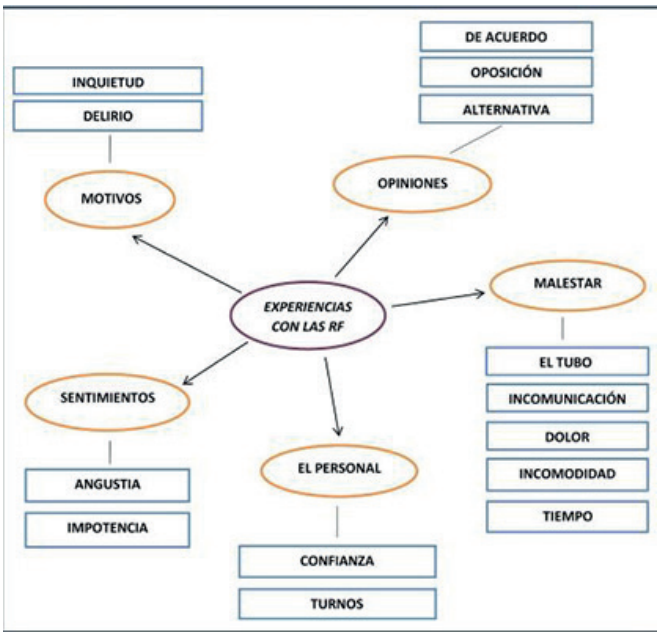
Investigación cualitativa descriptiva con metodología fenomenológica. La muestra está constituida por pacientes que estuvieron con RF, lo recuerdan, y hablan español. Se realizaron entrevistas semiestructuradas audio-grabadas una vez estaban en planta de hospitalización. El análisis de contenido del lenguaje siguió el método de codificación convencional, con ayuda del software Atlas.ti® 7.0. Se vigiló la adecuación en cuanto a relevancia, validez y reflexividad. Se obtuvo permiso del Comité de Ética de la Investigación de Andalucía y de la Dirección del Hospital. El consentimiento informado debía ser firmado previamente.

Resultados/Intervenciones

De 24 pacientes que estuvieron con RF durante el periodo de estudio, sólo 9 pacientes recordaban haber sido inmovilizados, y uno no quiso participar. Del análisis de las entrevistas realizadas surgen cinco temas o categorías: 1) Motivos; 2) Sentimientos; 3) Malestar; 4) Opiniones; 5) El personal.

Conclusiones

Muchos pacientes reconocen que el motivo por el que estuvieron inmovilizados fue porque podían quitarse los dispositivos terapéuticos. Los sentimientos expresados fueron impotencia y angustia. El tubo orotraqueal y la imposibilidad de comunicarse fueron temas recurrentes. La oposición a las RF fue citada frecuentemente, aunque algunos pacientes creen que esta medida es necesaria. Como alternativa a las RF se propone permitir a la familia permanecer más tiempo acompañándolos, lo cual comunicaremos al personal para intentar mejorar flexibilizando las visitas. Seguiremos buscando pacientes hasta la saturación de los datos.



Palabras clave

Restricciones físicas • Experiencias • Fenomenología

Sala Menorca 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 298

VALORACIÓN DEL DOLOR, SEDACIÓN, DELIRIO Y USO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

María Acevedo Nuevo[1]; S. Arias Rivera[2]; MM. Sánchez Sánchez[2]; MJ. Frade Mera[3]; C. López López[3]; I. Latorre Marco[1]

1. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 2. Hospital Universitario de Getafe; 3. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La seguridad y el confort del paciente crítico, está relacionada con el adecuado control del dolor, agitación, delirio y uso de contenciones mecánicas (CM)

Objetivo:

Valorar la práctica habitual en analgosedación, delirio y uso de CM en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de una comunidad autónoma.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico (febrero-2018), mediante auditoría de práctica habitual (protocolo existentes y valoración directa a pacientes) de las UCI que accedieron a participar y obtuvieron aprobación del Comité de Ética. Incluidos pacientes con estancia ≥ 24 horas. Variables principales: características de unidades; protocolos existentes; niveles de dolor (EVN/EVA/ESCID), sedación (RASS), delirio (CAM-ICU) y presencia de CM. Estadística básica descriptiva (SPSS 21.0).

Resultados/Intervenciones

Participaron 36 unidades (44% polivalentes) de 19 hospitales. Unidades que valoran y registran nivel de [n(%)]: dolor en paciente comunicativo (COM) [27(75)]; dolor en no COM (NCOM) [18(50)]; sedación [25(69)]; Delirio [9(69)]; registro de CM [27(75)]. Principales escalas utilizadas al valorar: dolor COM, EVA/EVN (97%); dolor NCOM, ESCID (67%); sedación, RASS (75%) y delirio, CAM-ICU (25%). Ausencia de protocolos de: analgosedación en 22 unidades (61%); prevención de delirio 29(81%); CM específico 29(81%). Evaluados 362 pacientes. Prescripción de analgesia con objetivo, 46 pacientes (13%); con pauta analgésica, 312 (87%); recibieron analgesia 294 (81%), tenían dolor 147 (41%). Prescripción de sedación con objetivo, 49 pacientes (14%); pautada sedación, 143 (40%); recibieron sedación, 153 (42%); agitados 39 (11%). Pacientes con delirio: 34 (9,4%). Pacientes con CM: 62 (17%), prescritas 2 (3%); Eventos adversos locales relacionados con CM, 19.

Conclusiones

En la mitad de las unidades, no se valora dolor en pacientes NCOM y en la mayoría no existen protocolos de los aspectos valorados. En nuestra cohorte de pacientes no se prescribe objetivo de analgosedación. El principal problema detectado es el control del dolor, seguido de la agitación y la ausencia de valoración del delirio. Las CM están relacionadas con eventos adversos locales.

Sala Menorca 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 340

DELIRIO DE COTARD EN LA UNIDAD CORONARIA

M. Nolla Benavent; Cl. Maiquez Santamaría; V. Moles Martorell; L. Sánchez Fernández; D. Gil Castillejos; G. Bonet Pineda; O. Gómez Tricio
Hospital Joan XXIII, Tarragona

Objetivos/Introducción

El síndrome de Cotard es un trastorno mental poco frecuente, y hasta hoy su prevalencia e incidencia no están bien establecidas. Se caracteriza por ideación delirante nihilista con la creencia irreductible de estar muerto, siendo la negación el elemento central. Tales ideas delirantes suelen producirse en el contexto de la depresión y / o psicosis severa.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 73 años, hipertensa, con asma severo. Antecedentes de fibrilación auricular paroxística anticoagulada con acenocumarol, y síndrome ansioso-depresivo. Acude a Urgencias por disnea y dolor torácico con broncoespasmo severo. A su llegada presenta parada cardiorrespiratoria resuelta con maniobras de reanimación cardíaca, intubación y drogas vasoactivas. En el TAC torácico se objetiva taponamiento cardíaco. Se realiza pericardiocentesis, pudiendo retirarse el drenaje pericárdico a las 72h por ecocardiograma. Weaning dificultoso con extubación en 48h. Se realiza consulta con el Servicio de psiquiatría para evaluar cuadro de ansiedad acompañado del “convencimiento de estar muerta”. Descartada la patología orgánica que explique los síntomas depresivos, particularmente los somáticos y neurovegetativos, finalmente es diagnosticada de síndrome de Cotard. Su evolución es tórpida, presentando un severo broncoespamo y síndrome febril, siendo éxitus al noveno día de ingreso por shock séptico.

Resultados/Intervenciones

El tratamiento de elección fueron los psicofármacos y la psicoterapia, teniendo en cuenta las necesidades básicas del paciente, mostrando una actitud empática y un abordaje multidisciplinar del trastorno.

Conclusiones

Las enfermedades mentales deben tenerse en cuenta en UCI, y es necesaria la colaboración con psiquiatría. Con una temprana identificación e iniciando lo antes posible el tratamiento, podremos tener mejor cuidado y aliviar el sufrimiento del paciente y de su familia. Es fundamental la observación y registro de enfermería, tanto de los síntomas que el paciente expresa como los del lenguaje no verbal.

Financiación

No hay financiación.

Palabras clave

Delirio • UCI • Síndrome de Cotard

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Sala Menorca 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 09:15 a 10:00 h.**

ID 364

ESTUDIO COMPARATIVO DE DATOS ANALÍTICOS ENTRE GRUPO CONTROL Y GRUPO INTERVENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS CON DELIRIUM

Juan José Rodríguez Mondéjar
Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS

Objetivos/Introducción

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) es una complicación que se puede asociar con el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Existen diversos aspectos que influyen tanto clínicos como ambientales.La situación de los parámetros analíticos es de interés porque puede influir en algunos aspectos. El objetivo: comparar los resultados analíticos de los pacientes con delirium entre un grupo control y el grupo intervención que lo desarrollaron en su estancia en UCI en una población estudiada en dos años consecutivos.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: experimental, prospectivo y longitudinal Lugar: UCI polivalente de un Hospital General Universitario. Temporalidad: 2 años continuados. Sujetos a estudio: todos los pacientes ingresados (desarrollaran o no delirium). Desarrollo: estudio experimental con dos grupos (control y estudio) dentro un entorno clínico. Variables sociodemográficas y clínicas. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v23, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Estadística inferencial con test Chi2, aceptando significación estadística si p<0,05. El estudio contó con la aprobación del CEIC del área sanitaria correspondiente.

Resultados/Intervenciones

Población 1093 pacientes. Se identificó el delirium en 67 casos, 34 grupo control y 33 intervención. Se tuvieron 163 exclusiones (15%). Lo que supone una prevalencia del delirium del 7,3%. El tiempo de hospitalización en cuidados intensivos media 5,75 días (0,1-135) DE 11,32. Datos obtenidos según grupo intervención versus grupo control: pH 7,35v7,32; PO2 42,90v51,87; PCO2 46,45v50,58; CO3H 25,64v24,00; Lactato 1,69v1,81; Na 138,6v140,2; K 4,21v4,32. Urea 60,06v62,97; Glucemia 177,42v146,59 mg/dl. Otros datos (tabla anexa). No se obtienen diferencias significativas desde el punto de vista estadístico salvo en la glucemia. Glucosa y grupo de randomización p<0,028.

Conclusiones

Se observan gran homogeneidad en los parámetros analíticos al comparar los dos grupos a estudio intervención y control, que desarrollaron delirium en UCI, por ello ayuda a obtener resultados coherentes en el estudio.

Financiación

No ha tenido ningún tipo de financiación

Palabras clave

Delirium • Cuidados críticos • Cuidados Intensivos

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Comunicaciones orales

Auditorio Illes Balears. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 92
APRENDIZAJE COOPERATIVO APLICADO EN SIMULACIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS CRÍTICOS

ID 131
CASOS CLÍNICOS SIMULADOS PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS ENFERMERAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 196
VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

ID 225
TRABAJO FIN DE MÁSTER. SOPORTE VITAL ESCOLAR: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD SOBRE RCP EN ALUMNOS DE BACHILLERATO

De 09:20 a 10:15 h.

ID 63
EFICACIA DE LA SUJECIÓN DE LA SONDA VESICAL EN LA DISMINUCIÓN DE INFECIÓN DE ORINA, LESIONES EN EL MEATO URINARIO Y MOLESTIAS, EN EL PACIENTE CRÍTICO: RESULTADOS PRELIMINARES

ID 128
¿SON LOS CABLES DE MONITORIZACIÓN UN FACTOR DE TRANSMISIÓN CRUZADA?

ID 326
EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS ZERO

ID 360
INFECCIONES RELACIONADAS CON LOS DISPOSITIVOS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS EN UCI

Auditorio Illes Balears. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 92

APRENDIZAJE COOPERATIVO APLICADO EN SIMULACIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS CRÍTICOS

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; G. Muñoz Pérez[2]; JA. Sánchez Pérez[3]; Mª. del L. López Iborra[3]; M. Martínez Martínez[4]; C. Alonso Villa[5]; FJ. Paredes Pérez[6]; JMª. Martínez Oliva[6]; AJ. López Amorós[6]; AB. Sánchez García[7]

1. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. Facultad de Enfermería (UMU). IMIB-Arrixaca; 2. HGURS. Gerencia área VII-Murcia Este. SMS. Facultad Enfermería (UMU); 3. HCUVA. Gerencia Área I-Murcia Oeste. SMS. Facultad Enfermería (UMU); 4. Residencia Vírgen del Mar. Mensajeros de la Paz. Cartagena; 5. UCI. Hospital Quirón. Murcia; 6. UCI. HGURS. Gerencia área VII-Murcia Este. SMS. Facultad Enfermería (UMU); 7. Reanimación.HGURS. Gerencia área VII-Murcia Este. SMS. Facultad Enfermería (UMU). IMIB-Arrixaca

Objetivos/Introducción

El aprendizaje es un proceso dinámico donde intervienen elementos diversos, entre ellos el modelo que trata de promover la colaboración, el equipo, la interrelación, entre los discentes y se encuadra en el llamado “aprendizaje cooperativo”.

Objetivo

Cuantificar el aprendizaje cooperativo que se produce en los laboratorios de simulación clínica en grado de Enfermería.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y transversal. Lugar: clase de simulación clínica en una Universidad pública española. Muestra: alumnos de 3º de grado de Enfermería. Temporalidad: febrero-abril 2018. Desarrollo: Tras la clase de simulación clínica dentro de cuidados críticos se realizó un cuestionario autoadministrado y validado (Atxurra C et al. 2015), para evaluar el aprendizaje cooperativo (escala CLAS). Procesamiento estadístico: SPSS v23, con cálculo de media y DE para las cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Normas éticas: se han aplicado las normas de confidencialidad y protección de datos.

Resultados/Intervenciones

184 alumnos participantes, edad media 22,9 DE 5,5 (20-47), mujeres 74,6%. Los miembros de mi grupo tienen destrezas y habilidades que se complementan 88,5%, El profesor nos enseña a desenvolvernos adecuadamente en situaciones grupales 92,7%, El profesor nos ayuda a identificar y definir las dificultades dentro del trabajo grupal 95,9%, el profesor plantea actividades que favorecen la reflexión individual sobre el aprendizaje 97,3%, nos da pautas para resolver los conflictos que pueden surgir en el grupo 96,2%. Los miembros del grupo poseen diferentes capacidades que facilitan la realización de la tarea 86,8%. Cada miembro del grupo se tiene que esforzar para ayudar al grupo a conseguir sus resultados 94%, mejorar las habilidades para relacionarnos con los demás, es un objetivo a lograr 95%.

Conclusiones

La medición del aprendizaje colaborativo en el laboratorio de simulación en cuidados críticos ha sido bien valorada por el alumnado, potenciando actitudes de este tipo dentro de la docencia grupal y participativa de la simulación clínica de alta fidelidad.

Financiación

Este estudio no ha tenido financiación ni pública, ni privada.

Palabras clave

Educación en Enfermería • Enseñanza Mediante Simulación de Alta Fidelidad • Cuidados críticos • Estudiantes de enfermería • Facultades de Enfermería

Auditorio Illes Balears. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 131

CASOS CLÍNICOS SIMULADOS PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS ENFERMERAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO

Óscar Arrogante[1]; GM. Gónzalez-Romero[1]; A. Polo[2]; L. Carrión[1]

1. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. Fundación San Juan de Dios; 2. Unidad de Cuidados Intensivos. HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

- Evaluar mediante la simulación clínica (SC) la adquisición de las competencias enfermeras necesarias para el adecuado manejo del paciente crítico en estudiantes pregrado de Enfermería.
- Determinar la satisfacción con la SC de los estudiantes.

Metodología/Observación clínica

- **Diseño:** Estudio descriptivo transversal.
- **Participantes:** 93 estudiantes de tercer curso del Grado en Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija (Madrid).
- **Instrumentos:** Hoja de evaluación de adquisición de competencias enfermeras y cuestionario de satisfacción con la SC de alta fidelidad.
- **Procedimiento:** Escenificación de casos clínicos simulados relacionados con las causas reversibles de parada cardiorrespiratoria (4Hs y 4Ts) mediante la metodología MAES (Metodología de Autoaprendizaje en Entornos Simulados) y posterior cumplimentación del cuestionario.
- Análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos (SPSS v.21).

Resultados/Intervenciones

- La mayoría de los estudiantes lograron adquirir de las competencias enfermeras específicas de los casos clínicos simulados para el manejo del paciente crítico.
- Se obtuvieron elevadas puntuaciones en la satisfacción de los estudiantes con: la utilidad de la SC, los casos clínicos, el feedback suministrado, la autorreflexión del rendimiento, el aumento de autoestima, la disminución de la brecha entre teoría y práctica, las instalaciones y el equipamiento empleados. Por el contrario, los estudiantes señalaron escasos aspectos negativos de la SC.

Conclusiones

- La SC es una metodología docente efectiva para que los estudiantes adquieran las competencias enfermeras necesarias para su futuro profesional.
- La satisfacción de los estudiantes con la SC es elevada, considerándola como una metodología útil para aprender, reduciendo la brecha entre teoría y práctica y ayudándoles a reflexionar sobre sus propios errores.
- Esta metodología se debería aplicar en los profesionales de Enfermería de intensivos, principalmente en el personal de nueva incorporación o que necesite reciclarse. Asimismo, se debería aplicar en el entrenamiento de nuevos protocolos, técnicas y/o procedimientos enfermeros o que no sean muy habituales en la práctica clínica enfermera de intensivos.

Palabras clave

Cuidados críticos • Educación basada en competencias • Enfermería de cuidados intensivos • Enseñanza mediante simulación de alta fidelidad • Estudiantes de enfermería

Auditorio Illes Balears. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 196

VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Óscar Arrogante; J. Ríos-Díaz; JM. Caperos; GM. Gónzalez-Romero; S. Samith; L. Carrión
Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. Fundación San Juan de Dios

Objetivos/Introducción

Evaluar la relación del peso, la talla, la fuerza muscular y los valores obtenidos por espirometría con la calidad de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional de 55 estudiantes del Grado en Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija (Madrid). Se registraron variables antropométricas: peso, talla, fuerza general y fuerza en la posición de RCP (dinamómetro NedVEP/IBV); variables espirométricas: capacidad vital forzada, volumen espiratorio forzado y flujo espiratorio medio (espirómetro Contec SP-10); y calidad de la RCP durante 2 minutos: calidad general, profundidad de la compresión, liberación del tórax y tasa de compresiones y de ventilaciones adecuadas (torso de entrenamiento Little Anne QCPR).

Resultados/Intervenciones

·La calidad general de la maniobra RCP se relacionó con la profundidad de las compresiones torácicas (r=0,452; IC95%=0,324-0,705; p=0,01) y con la tasa de compresiones torácicas (r=0,420; IC95%=0,175-0,616; p=0,01) y ventilaciones adecuadas (r=0,443; IC95%=0,202-0,633 p=0,01), pero no con la liberación de tórax. ·No se encontró relación entre las variables antropométricas ni de espirometría con la calidad general. ·La fuerza del individuo no se relacionó con la profundidad de las compresiones torácicas ni con la frecuencia adecuada, sin embargo, ejercer una mayor fuerza en la posición de RCP se relacionó con mayor profundidad en la compresión (r=0,315; IC95%=0,055-0,535; p=0,02) y con la tasa de compresiones torácicas adecuadas (r=0,267; IC95%=0,002-0,497; p=0,049). ·No se encontró relación entre las variables de espirometría y la tasa de ventilaciones adecuadas.

Conclusiones

- La calidad de la RCP se relaciona con la profundidad de las compresiones torácicas y con una adecuada tasa de compresiones y ventilaciones.
- La calidad de las compresiones torácicas se relaciona más con la capacidad técnica para ejercer fuerza adecuadamente que con la fuerza en sí del individuo.
- Estos resultados permiten concluir la importancia de la técnica frente a las características físicas a la hora de realizar maniobras RCP de calidad.

Palabras clave

Antropometría • Calidad • Cuidados críticos • Enseñanza mediante simulación de alta fidelidad • Estudiantes de enfermería • Reanimación cardiopulmonar (RCP)

Auditorio Illes Balears. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 225

TRABAJO FIN DE MÁSTER. SOPORTE VITAL ESCOLAR: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD SOBRE RCP EN ALUMNOS DE BACHILLERATO

Sergio Domínguez
Hospital Universitario Infanta Elena

Objetivos/Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) fuera del hospital es un importante problema de salud que con sencillas maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) puede revertirse. Sin embargo, la población está falta de conocimientos y entrenamiento adecuado en esta técnica. La edad escolar es una etapa ideal para enseñar dichas maniobras, como ya se está haciendo en otros países, cuyas iniciativas ayudan a disminuir la mortalidad en la PCR extrahospitalaria. El objetivo de este trabajo es diseñar un programa de salud para alumnos de 1o de Bachillerato, con el fin de transmitirles conocimientos y habilidades en RCP. Así mismo, se buscó conocer los conocimientos actuales en maniobras de resucitación de los alumnos, así como evaluar la efectividad de la intervención.

Metodología/Observación clínica

Estudio quasi-experimental en el que se acudió a un centro de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) con el fin de impartir una charla educativa teórico-práctica. Se encuestó con un pre-test a los alumnos para observar sus conocimientos antes de la charla y se acudió cuatro semanas después para evaluar su aprendizaje (post-test). Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS v.24.

Resultados/Intervenciones

Un total de 116 alumnos participaron en el estudio, con una edad media de 16,5 años. En el pre-test, el resultado fue de 7,4 puntos sobre 10, mejorando en el post-test hasta 9,5 puntos, asociando significativamente la intervención a una mayor puntuación (p=0,001). El 99,1% de los alumnos consideraron útiles los conocimientos aprendidos, calificando el curso como “Muy bueno” un 75% de ellos.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio indican una mejoría de conocimientos acerca de la RCP tras la intervención realizada, como se ha demostrado en otras investigaciones. Estos datos avalan la docencia de RCP en las escuelas, siendo necesaria su instauración durante los próximos años. Futuros estudios deberán analizar su impacto sobre la supervivencia de las PCRs extrahospitalarias.

Financiación

-

Palabras clave

reanimación cardiopulmonar • formación • alumnos de instituto

Auditorio Illes Balears. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 63

EFICACIA DE LA SUJECIÓN DE LA SONDA VESICAL EN LA DISMINUCIÓN DE INFECIÓN DE ORINA, LESIONES EN EL MEATO URINARIO Y MOLESTIAS, EN EL PACIENTE CRÍTICO: RESULTADOS PRELIMINARES

Neus Calpe[1]; S. Rafart[2]; L. Wennberg[1]; M. Llaurado[1]
1. Hospital Universitari General de Catalunya; 2. Hospital del Mar

Objetivos/Introducción

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de la sujeción de la SV en la prevención de IOSV, lesiones en el meato urinario y molestias causadas por la SV, en pacientes críticos

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico aleatorizado no ciego, multicéntrico, realizado en dos hospitales terciarios. Criterios inclusión: Edad >18, SV insertada en UCI/Quirófano no>24 horas, consentimiento informado. Criterios exclusión: Imposibilidad de sujeción, patología urológica/prostática, Infección de orina, previsión de sondaje/ingreso en UCI no inferior a 48 horas. Al Grupo Control (GC) se le realizaron cuidados habituales de la SV. Al Grupo Intervención (GI) se le añadió la sujeción de la SV. Las variables se recogieron cada 12 horas incluyendo variables de la SV, variables clínicas, demográficas, LPP, molestias y IOSV. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado con el programa SPSS 21.

Resultados/Intervenciones

Han sido analizados 67 pacientes, edad media 59±14, de los cuales 47,8% hombres y 52,2% mujeres. Al GI se han asignado 37 pacientes (55,2%) y al GC 30 (44,8%). Se han diagnosticado 6 IOSV, 100% del GC ($p<0,05$). Los pacientes con IOSV han permanecido ingresados en UCI una media de 32,83±14 días, frente a 12,20±2 el GC ($p<0,05$). La LPP han aparecido en 10,4% pacientes sin diferencias significativas entre grupos. En 773 ocasiones se preguntó a pacientes comunicativos si sentían molestia por la SV. Respondieron afirmativamente un 5% de las ocasiones pacientes del GI frente al 25,5% del GC ($p<0,05$).

Conclusiones

La sujeción de la SV parece relacionarse con menor infección de orina y molestias por la SV, según el análisis preliminar. No se ha encontrado, hasta el momento, que la sujeción de la SV pueda disminuir las LPP en el meato urinario.

Financiación

El proyecto recibió el premio al mejor proyecto de investigación en enfermería del año 2017 de la Societat Catalana de Medicina Intens¡va i Crítica (SOCMIC). La dotación económica fué de 1200 Euros.

Palabras clave

Infección de orina • Sondaje Vesical • Sujeción de la sonda vesical • Paciente crítico • Lesión por presión • Molestias por sondaje • Unidad de Cuidados Intensivos

Auditorio Illes Balears. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 128

¿SON LOS CABLES DE MONITORIZACIÓN UN FACTOR DE TRANSMISIÓN CRUZADA?

Manuel Baeza Mirete; E. Muñoz Borrachero; J. Sáez Sánchez; F. Exposito Barroso; E. Andreu Soler; JH. de Gea García; ML. Alcaraz Escribano; JE. Martínez Abril; BC. Alloza Vicente
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos/Introducción

Los cables de monitorización son una superficie ambiental común que está en contacto directo con el paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos, estos podrían tener patógenos que se transfiriesen al paciente. Dado que son dispositivos no invasivos han sido categorizados como no críticos desde el punto de vista de la transmisión infecciosa. Sin embargo, hay múltiples factores de riesgo presentes que pueden convertirse en una causa de infecciones nosocomiales. El uso de cables reutilizables y el recorrido de estos por la unidad, aumentan el riesgo de infección adquirida en el hospital. La consecución del presente estudio nos llevará a conocer el estado del problema en nuestra unidad y poner en marcha las medidas necesarias para evitar las infecciones nosocomiales que pudiesen aparecer por medio de estos dispositivos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descritivo, se recogió una muestra de 75 cultivos de los diferentes cables de monitorización en la Unidad de Cuidados Intensivos general del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en una muestra aleatoria durante el mes de abril de 2018.

Resultados/Intervenciones

De la muestra n=75 resultaron negativos el 56,66% (41) cultivos, resultando positivos el resto (34) con las siguientes colonias: Staphylococcus epidermidis 17,33% (13), Staphylococcus coagulasa negativo 13.33% (10), Staphylococcus hominis 5.33% (4) y otros 9,33% (7).

Conclusiones

Estos gérmenes forman parte de la flora colonizante común de los dispositivos y materiales de un servicio de medicina intensiva. No hemos identificado ningún germen multirresistente en las distintas muestras tomadas. Estos resultados nos muestra que la limpieza y desinfección del material que se utiliza en el manejo del paciente crítico es efectiva.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Cables monitorización • Colonización • Unidad de Cuidados Intensivos

Auditorio Illes Balears. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 326

EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS ZERO

Noemí Alonso León; Luisa Banco Tura; David Roldán Rubio; Sonia Fernández Rozas; Pau Garro Martínez; Xenia Sist Viaplana
Hospital General de Granollers

Objetivos/Introducción

Los programas Zero, se han implantado en nuestras UCI desde el 2009 cuando se inició con el Programa Bacteriemia Zero (BZ), en 2011 Neumonía Zero (NZ), en 2013 Resistencia Zero (RZ).

Objetivos:

- Conocer los resultados de los programas BZ, NZ y RZ en nuestra unidad
- Conocer la evolución de los programas Zero en nuestra unidad del 2008 al 2018

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra: datos obtenidos del estudio Envin (periodo abril/junio) del 2008 hasta el 2018

Resultados/Intervenciones

- **Bacteriemia Zero**: Tasa Previa 5.59, Tasa en 2009 (BZ): 0. Desde 2009 hasta la actualidad siempre con tasas por debajo de <4 episodios por 1000 días de catéter (Objetivo BZ)
- **Neumonía Zero**: Tasas Previas: 3.6-7.75, Tasa en 2011 (NZ): 2.64. Desde 2011 siempre por debajo de 9 infecciones por 1000 días de Ventilación Mecánica (Objetivo NZ)
- **Resistencia Zero**: desde 2009 ya se inició una búsqueda activa de MMR tanto antes del ingreso como durante, con la implantación de RZ (2013) se consiguió reducir los MMR durante el ingreso más de un 20% los años 2013, 2016,2017

Conclusiones

- Enfermería juega un papel muy importante en los tres programas Zero y están involucrados de forma plena en ellos.
- Los programas NZ y BZ se han mantenido con buenos datos de su implantación.
- Resistencia Zero: tenemos un gran programa de detección de MMR. En futuros estudios se debería revisar las recomendaciones del programa para mejorar en la reducción de los MMR durante el ingreso en UCI

Palabras clave

Programas Zero • bacteriemia zero • Neumonia Zero • Resistencia Zero

Auditorio Illes Balears. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 360

INFECCIONES RELACIONADAS CON LOS DISPOSITIVOS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS EN UCI

M. Nolla Benavent; Belén de los Mozos Pérez; Cl. Maiquez Santamaría; C. Ruiz Castillo; M. Bodí Saera; Ch. Villavicencio Luján
Hospital Joan XXIII, Tarragona

Objetivos/Introducción

La mortalidad de los enfermos hematológicos ingresados en UCI en la actualidad ha disminuido, estimándose del 50%. Una de las claves ha sido la detección precoz y la prevención de complicaciones infecciosas mediante proyectos de seguridad llevados a cabo por la SEMICYUC. En este marco la Enfermería es responsable del mantenimiento i las curas de los dispositivos.

Objetivos:

Evaluar la incidencia de la infección por dispositivos en pacientes hematológicos en UCI. Estimar las cargas de trabajo de enfermería con la escala NAS.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo realizado en la UCI polivalente, entre el 2015 y 2017. Se incluyeron 75 pacientes con diagnóstico de enfermedad hematológica. Se analizaron datos demográficos, tipos de cáncer, estadíos, procedencia, causas de ingreso, scores de gravedad, escala NAS, infecciones asociadas a dispositivos, neutropenia severa y lesiones de la dependencia.

Resultados/Intervenciones

Edad media 64± 13, APACHE II 23±10, SOFA màxim 3 ± 2. El diagnóstico más frecuente fue linfoma (62%). La principal causa de ingreso fue infecciosa (32,4%), 50% recibió vasopresores, 40,3% VMC, 8% TCRR. La mortalidad en UCI fue 28%. El 6,6% de pacientes presentaron infecciones por dispositivos. El 35,7% de pacientes tuvieron un NAS > 80. El 12% presentó neutropenia y el 14,6% Lesiones de la dependencia.

Conclusiones

Se evidenció que la incidencia de infecciones relacionadas a dispositivos fue baja, a pesar que la alta complejidad de los enfermos conlleva cargas elevadas de enfermería.

Financiación

No existe financiación

Palabras clave

Proyectos Seguridad UCI • Hematología • UCI

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Comunicaciones orales

Sala Menorca 1. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 64
GRADO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES CORONARIOS INGRESADOS EN UNA UCI

ID 89
EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA GLOBAL EN LA REDUCCIÓN DE LAS LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 133
PROPUESTA PARA MEJORAR LA VALORACIÓN DE LA SUBESCALA HUMEDAD DE LA BRADEN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 365
VALORACIÓN DE LA ENTRADA DE HERMANOS A UCIN: OPINIÓN DE LOS PADRES

De 09:20 a 10:15 h.

ID 42
ELIMINACIÓN EXTRACORPOREA DE CO_2 CON SISTEMA PRISMALUNG. CASO CLÍNICO

ID 160
TRAQUEOTOMÍA EN UCI: UNA PUESTA AL DÍA

ID 164
LA HIPEROXIGENACIÓN INTRAOPERATORIA

ID 239
RELACIÓN ENTRE LA DEBILIDAD DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA Y EL NIVEL FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA A CORTO Y MEDIO PLAZO

Sala Menorca 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 64

GRADO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES CORONARIOS INGRESADOS EN UNA UCI

José Ángel Alcaraz
Hospital Insular de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en los países industrializados. Su origen es multicausal, siendo la dieta, uno de los pilares sobre los que se fundamenta su prevención.Según datos de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares (ECV) podrían evitarse siguiendo unos estilos de vida saludables entre los que se encuentra procurar llevar una dieta lo más sana posible. La Dieta Mediterránea fue declarada por la UNESCO Patrimonio Inmaterial Cultural de la Humanidad tratándose por tanto de una de las dietas reconocidas como más cardiosaludables. El objetivo es conocer el grado de adherencia a esta dieta de una muestra de pacientes coronarios.

Metodología/Observación clínica

Se trata de un estudio de tipo descriptivo observacional prospectivo en el que se evaluaron una muestra de 63 pacientes diagnosticados de síndrome coronario agudo. A los mismos se les pidió que respondieran verbalmente a una serie de preguntas sobre hábitos alimenticios. El estudio incluye además el análisis de variables como la edad, el sexo, medidas antropométricas, si el evento coronario fue de debut o era de repetición.

Resultados/Intervenciones

El 71% de la muestra de este estudio presentó una baja adherencia a la dieta mediterránea. En pacientes reincidentes la misma fue del 67%. El 83% de la muestra de los pacientes reincidentes en patología coronaria presentaron sobrepeso u obesidad.

Conclusiones

La adhesión a la dieta mediterránea en este estudio fue baja y especialmente significativa en el grupo de pacientes reincidentes. En los pacientes con patología coronaria de repetición el consumo de aceite de oliva y pescado fue bajo y alto en el de reposteria industrial. Si existió el consejo dietético al alta, este no fue adecuado y creemos que la figura de enfermería puede ser clave para mejorar este aspecto.

Financiación

No se ha recibido ningún tipo de finaciación. No existen conflictos de intereses.

Palabras clave

Adherencia • dieta mediterránea • síndrome coronario

Sala Menorca 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 89

EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA GLOBAL EN LA REDUCCIÓN DE LAS LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mercedes del Cotillo; J. Valls; R. Ribal; M. Pujol; I. Sandalinas
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Valorar el impacto de un conjunto de medidas para reducir la incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio intervención (fase pre: 2014 / fase post: 2016) en una UCI de 12 camas y 44 profesionales. En ambas fases se incluyeron pacientes ingresados - 48h y sin lesiones. Se valoró diariamente la piel del área del pañal hasta la aparición de LESCAH, alta o durante 14 días. Se recogieron datos demográficos, estancia, tipo de LESCAH (dermatitis asociada a la incontinencia(DAI), dermatitis intertriginosa(DI) y dermatitis cutánea asociada al exudado(DCAE)) y registro, incontinencia, número de deposiciones/micciones, índice de masa corporal (IMC), pacientes no comunicativos, escala Braden y prevención. Intervención:formación on-line e implementación de un programa de cuidados de la piel (incorporación toallitas de baño y productos barrera). Estadística descriptiva: medias(desviación estándar), medianas(percentil 25-75) y proporciones. Análisis bivariante:prueba de X2 y t-Student o U-Mann-Whitney. Estimación impacto: OR (Odds Ratio).

Resultados/Intervenciones

Se formó al 85,4% del personal. Se estudiaron 145 pacientes en cada fase. La tabla 1 describe sus características e incidencia de lesiones.La incidencia de LESCAH en la fase-pre fue del 29% y del 14,5% en la fase post, OR=0,42 (IC95%:0,23-0,75), p=0,003. La OR ajustada por las variables de confusión (estancia, obesidad, incontinencia fecal y pacientes no comunicativos)fue de 0,45(IC95%:0,24-0,84), p=0,012. En la fase-pre se realizó prevención al 33,6% de los pacientes y en la fase-post al 81,3%, p<0,001. Se registraron el 23,8% de las LESCAH de la fase-pre y el 66,7% de post, p<0,001.

Conclusiones

El abordaje integral ha reducido a la mitad las LESCAH, y en particular la DI. No hay disminución significativa en la DAI, probablemente por aumento de incontinencia fecal en la fase-post. Ha habido importante mejora en prevención y registro. El método on-line ha permitido una formación simultánea y homogénea en el servicio, favoreciendo la adhesión al programa de cuidados.

Tabla 1. Características de los pacientes e incidencia en ambas fases.

		Pre	Post	p
Edad(años)	Mediana[P_{25}-P_{75}]	69 [58-76,5]	62 [50,3-73]	0,003
Sexo (hombre)	n(%)	96(66,2)	82(56,6)	0,09
Estancia(días)	Mediana[P_{25}-P_{75}]	5[3-10]	4[3-8]	0,08
Obesidad (IMC≥30)	n(%)	41(29,9)	31(21,7)	0,11
Incontinentes: -Urinaria -Fecal -Mixta	n(%)	43(29,7) 9(20,9) 33(76,7) 1(2,3)	46(31,7) 3(6,5) 43(93,5) 0	0,60 0,05 0,03 *
Nº deposiciones	Mediana[P_{25}-P_{75}]	4[2-8]	3[2-7]	0,24
Escala Braden(puntos)	Media(DE)	12,4(2,6)	12,8(3,0)	0,42
Pacientes no comunicativos	n(%)	78(53,8)	60(41,4)	0,03

Incidencia de LESCAH		Pre	Post	OR (IC95%)	p
DAI	n(%)	11(25,6)	10(21,7)	0,81(0,30-2,16)	0,67
DI	n(%)	23(15,9)	10(6,9)	0,39(0,17-0,85)	0,02
DCAE	n(%)	5(3,4)	0	*	*

*n pequeña para prueba de X_2

Financiación

El proyecto de este estudio fue premiado en 2016 por la Sociedad Catalana de Medicina Intensiva y Crítica con una ayuda económica.

Palabras clave

Lesiones cutáneas asociadas a la humedad • Dermatitis asociada a la incontinencia • Dermatitis intertriginosa • Incidencia • Formación continua • cuidados intensivos

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Sala Menorca 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 133

PROPUESTA PARA MEJORAR LA VALORACIÓN DE LA SUBESCALA HUMEDAD DE LA BRADEN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Josefa Valls Matarín; M. del Cotillo Fuente; R. Ribal Prior; M. Pujol Vila; I. Sandalinas Mulero
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Comprobar la eficacia de una modificación en la subescala humedad Braden para su valoración en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio secundario de un estudio de intervención (fase pre: 2014 y fase post: 2016) en una UCI polivalente. Se recogió diariamente la puntuación total de la Escala Braden y la subescala humedad (SH). Se realizó un póster donde se sustituyó el cambio de sábana, especificado en la SH original, por parámetros objetivos en relación a incontinentes y obesos (tabla 1). Motivos de inclusión: edad-18 años, estancia-48 horas. Motivos exclusión: lesiones cutáneas previas. Se recogieron datos sociodemográficos, tipo de incontinencia y desarrollo de lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). Estadística descriptiva con medias(desviación estándar), medianas (percentil 25-75) y proporciones. Análisis bivariante con prueba de X2 y t-Student o U de Mann-Whitney.

Resultados/Intervenciones

Se recogieron 788 valoraciones de la SH en la fase pre y 764 en la post. La tabla 1 recoge las características de los pacientes estudiados. Las valoraciones correctas de la SH fueron del 11,4% en la fase pre frente al 56,7% de la post, p<0,001. La puntuación de los pacientes incontinentes en la fase pre y post fue de 3,4(0,4) y 2,9(0,8) puntos, respectivamente, p<0,001. De la misma manera, en los pacientes obesos fue de 3,4(0,5) y 2,8(0,6), p<0,001. Las puntuaciones de la SH en pacientes que desarrollaron LESCAH en la fase pre fue de 3,4(0,5) y de 2,6 (0,8) puntos en la fase post, p<0,001.

Conclusiones

Especificar cada nivel de exposición a la humedad ha permitido hacer la subescala más objetiva para enfermería mejorando su valoración, aunque de manera insuficiente. Los valores de exposición a la humedad en los grupos de riesgo y en los pacientes que desarrollaron LESCAH parecen acercarse más a la realidad. Se ha incorporado esta modificación en la unidad.

Tabla 1. Modificación subescala humedad y características de ambos grupos

Puntuación	1	2	3	4
Humedad (orina, heces, sudor)	**Completamente húmeda** (Se detecta humedad en cada movilización) ✓ Obesos con lesiones ✓ +3 deposiciones/ micciones/día	**Muy húmeda** (Cambio sábanas por turno) ✓ Obesos sin lesiones ✓ 3 deposiciones micciones/día	**Ocasionalmente húmeda** (Cambio sábanas 1 vez al día) ✓ 1-2 deposiciones micciones/día	**Raramente húmeda** (Cambios sábanas según rutina) ✓ Piel generalmente seca

Características de ambos grupos		pre	post	p-valor
Edad (años)	Mediana [P_{25}-P_{75}]	69 [58-76,5]	62 [50,3-73]	0,003
Sexo (Hombres)	n(%)	96 (66,2)	82(56,6)	0,09
Incontinentes: -Urinaria -Fecal -Mixta	n(%)	43(29,7) 9(20,9) 33(76,7) 1(2,3)	46(31,7) 3(6,5) 43(93,5) 0	0,60 0,05 0,03
Escala Braden (puntos)	Media(DE)	12,4(2,6)	12,8(3,0)	0,24
LESCAH	n(%)	42(29)	21(14,5)	0,003

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Escala Braden • Cuidados Intensivos • Enfermería • Lesiones Cutáneas Asociadas a la Humedad

Sala Menorca 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 365

VALORACIÓN DE LA ENTRADA DE HERMANOS A UCIN: OPINIÓN DE LOS PADRES

Mª Ronda Delgado de la Fuente; TR. Velasco Sanz
Hospital Clínico San Carlos

Introducción

La familia es el entorno natural y fundamental donde el recién nacido se desarrolla desde su nacimiento. Aquellos que se ven obligados a ingresar en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) deben intentar mantener este vínculo familiar, facilitando así su desarrollo

Objetivo

Valorar las opiniones de los padres en los cuidados de los pacientes ingresados en UCIN con respecto a la entrada y participación de sus otros hijos en la unidad y los posibles inconvenientes.

Metodología/Observación clínica

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en la unidad de neonatología de un hospital terciario, durante los meses de febrero y marzo del año 2018.Los criterios de inclusión fueron todos los padres de los pacientes ingresados en la unidad en dicho período que tuvieran más hijos como la población a estudio. Para la recogida de los datos, se diseñó un cuestionario adhoc con respuesta múltiple tipo Likert, anónimo a sobre cerrado y autoadministrado. Para su validación se sometió panel de experto y prueba piloto. Análisis estadístico con SPSS Statistics 18.0.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvo un total de 19 encuestas. Además de las variables socio-demográficas destaca que casi el 80% de los encuestados se muestra a favor de permitir la entrada de los hermanos menores a la unidad. Aproximadamente el 53% de los encuestados está a favor de involucrar a los hermanos en los cuidados y realizar el método canguro con el hijo que permanece ingresado. El 100% coincide en la necesidad de una preparación previa a la entrada. El inconveniente más destacado con un 78,9% es el riesgo de infección.

Conclusiones

Existe una gran demanda por parte de los padres en permitir la entrada de hermanos menores a la unidad y de involucrarlos en los cuidados del hermano ingresado.

Palabras clave

Visitas hermanos • NIDCAP

Sala Menorca 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 42

ELIMINACIÓN EXTRACORPOREA DE CO_2 CON SISTEMA PRISMALUNG. CASO CLÍNICO

Inmaculada Vázquez Rodríguez Barbero; A. Puebla Martín; MP. Rubio Serrano; S. García Velasco Sánchez Morago; FS. Alañón Varón; MA. Puebla Martín; MG. García Fernández; MP. Núñez Jiménez; A. Muñoz Torrero Peña; RM. Ayuso Rivas
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El síndrome de distrés respiratorio agudo se caracteriza por una inflamación aguda persistente acompañado de activación de la coagulación, aparición aguda, presencia de infiltrados pulmonares bilaterales, una relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspiratoria de oxígeno menor o igual a 200 mmmHg y sin haber una evidencia de una elevación de la presión de la aurícula izquierda. La eliminación extracorporea de CO_2 ó descarboxilación es un proceso por el cual la sangre pasa a través de un intercambiador de sangre, Prismalung, para eliminar el CO_2 del paciente. El objetivo planteado es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia necesarios en un paciente con Síndrome de distrés respiratorio agudo sometido a una descarboxilación con Sístema Prismalung

Metodología/Observación clínica

Mujer de 60 años que ingresa el 20 de octubre en una Unidad de Cuidados Intensivos por Neumonía Nosocomial. Como antecedentes de interés: no alergias conocidas, hipertensa, dislipémica, fumadora de 25 cigarrillos/día., artrosis, síndrome depresivo, síndrome fatiga crónica. Intervenida el 12 de octubre de Lobectomía LII + linfadenectomía mediastínica por adenocarcinoma posiblemente mucinoso.

Resultados/Intervenciones

Los principales diagnósticos enfermeros son:

- 00004 Riesgo de infección relacionado con procesos invasivos
- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
- 00030 Deterioro del intercambio de gases
- 00032 Patrón respiratorio ineficaz

Conclusiones

La extracción extracorpórea de CO^2 en este caso de Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo aumentó la supervivencia y mejoró el patrón respiratorio de la paciente. Ante los beneficios obtenidos, debemos considerar la necesidad de implantar protocolos enfermeros de Extracción extracorpórea de CO_2 en sangre en las Unidades de Cuidados Intensivos para proporcionar a los pacientes los cuidados indicados en esta terapia.

Financiación

Propia

Palabras clave

Síndrome Respiratorio Agudo Grave • Dióxido de Carbono • Enfermería de Cuidados Críticos

sigue –>

HORA DÍA	19/10 14:00 INGRESO	21/10 18:30 IOT	9:52 6/11	13:16 6/11 PRONADA	12:51 7/11 SUPINO	2:59 9/11	11:40 9/11 INICIO	14:39 9/11	15:57 13/11 FIN	16:20 16/11	24/11 1:00	26/11 11:00 DECANULADA	20:00 28/11 ALTA UCI
MODALIDAD RESPIRATORIA	VMNI CPAP 60% PS +9 +4	IPPV 100% FR 18 370 +7	IPPV AUT 100% FR 30 325 +4	BIPAP 100% FR 30 PS+13 +7	BIPAP 50% FR 30 PS+13 +7	IPPV 70% FR 30 240 +6	IPV 60% FR 34 280 +5 1,1,2	IPPV 50% FR 30 250 +5 1,1,2	IPPV 45% FR 27 300 +3 1,1,3	VMI CPAP 35% PS +15 +5	VMK TX 30% 5L	VMX 50% 10 L	GN 2 L
PH	(15:28) 7,38	(16:38) / (19:15) 7,39 / 7,06	7,27	7,11	7,32	7,1	(9:19 H.) 7,2	7,33	7,45	(16H.) 7,45	7,51	(15H.) 7,43	(27/11, 16H.) 7,47
PCO2	41	29 / 63	66	**99**	55	**105**	**82**	59	51	54	46	47	**40**
PO2	95	66 / 297	123	106	65	94	90	92	79	186	107	219	159
HCO3	24,3	17,6 / 17,8	30,3	31,5	28,3	32,6	32	31,1	35,4	37,5	36,7	31,2	29,1
%O2SAT	97	92 / 100	95	96	91	94	95	97	96	100	99	100	100

Sala Menorca 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 160

TRAQUEOTOMÍA EN UCI: UNA PUESTA AL DÍA

Leire Gallego Moreno; T. Esteban Galbete; A. Marculeta Juanicorena
Hospital Galdakao-Usansolo

Objetivos/Introducción

La traqueotomía en pacientes críticos es una práctica en auge. La función de la enfermería es esencial a lo largo de toda la evolución del paciente traqueotomizado.Analizar y establecer cuidados unificados de enfermería en todas las fases del paciente portador de una traqueotomía.Comparar los datos obtenidos con el protocolo de nuestra unidad y actualizarlo.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en base de datos (Pubmed, Cuiden, Cochrane Library) y revistas especializadas (Enfermería Intensiva, Critical Care Nurse, American Journal of Critical Care) 2013-2018. Los términos utilizados: traqueotomía, traqueostomía, paciente crítico traqueostomizado, cuidados de enfermería, unidad cuidados intensivos; combinación con los operadores boleanos (and, y on).

Resultados/Intervenciones

Quedan seleccionados 16 artículos por el contenido relevante para el objetivo del estudio. Se establecieron cuidados unificados de enfermería para cada una de las fases del paciente traqueostomizado: desde la inserción (durante o inmediatamente después), pasando por el postprocedimiento temprano (menor o igual a 7 días) y el postprocedimiento tardío (mayor a 7 días) hasta la decanulación. Se objetivaron, principalmente, las intervenciones enfermeras necesarias para la evolución adecuada, tan importantes como la humidificación, terapia respiratoria, deglución y fonación, así como posibles complicaciones. Se cotejaron los cuidados consensuados para cada una de las etapas con los comprendidos en el protocolo vigente en nuestra unidad de críticos ("Cuidados del paciente traqueostomizado"). Observamos que los cuidados generales estaban correctamente incluidos, no así los específicos de cada momento evolutivo del proceso, requiriendo una especificación de los mismos y precisando su actualización.

Conclusiones

Es necesario, además de los cuidados generales que toda intervención clínica debe observar, establecer cuidados específicos unificados para cada una de las fases que atraviesa el paciente portador de una traqueotomía. Como resultado de este estudio, se ha elaborado un nuevo procedimiento de enfermería.

Palabras clave

Traqueotomía • Paciente crítico traqueostomizado • Cuidados enfemería • Unidad de cuidados intensivos • Traqueostomía

Sala Menorca 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 164

LA HIPEROXIGENACIÓN INTRAOPERATORIA

Encarnación Quero Díaz; Francisca Yuste Bustos; Cristina López Martín; José Carlos Igeño Cano
Hospital San Juan de Dios de Córdoba

Introducción

La VM es una medida de soporte temporal, que usa tanto en pacientes críticos como en procedimietos quirúrgicos. Conocidos los efectos beneficiosos que presenta, pero también sus consecuencias negativas. Existen múltiples estudios que han demostrado complicaciones y efectos negativos de la VM, como la inhalación de altas concentraciones de oxígeno induce la formación de radicales libres, ocasionando cambios estructurales en el pulmón. La hipocapnia secundaria provoca una vasoconstricción arterial, paralela en intensidad al grado de disminución de la PaCO2, que conlleva a una reducción del flujo sanguíneo cerebral.

Objetivo

Conocer los índices de oxigenación y ventilación al ingreso en UCI, que presentan los pacientes postquirúrgicos sometidos a VM intraoperatoria.

Metodología

Estudio descriptivo prospectivo con datos recogidos en un periodo de 22 meses.

Criterios de inclusión

- Pacientes postquirúrgicos mayores de 18 años sin patología pulmonar conocida, que requirieron VM bajo sedoanalgorelajación, durante la intervención.
- Portadores de acceso vascular arterial.
- Conectados a VM o extubados previo ingreso en UCI.

Intervenciones

- Recogida de gasometría arterial al ingreso.
- Recogida de variables epidemiológicas, tipo de intervención, valores gasométricos, concentración de oxígeno y modo ventilatorio.
- Análisis estadístico mediante SPSS, utilizando medidas de frecuencia para variables cuantitativas y medias con IC95% para cualitativas.

Resultados

Se incluyeron 83 pacientes con edad media de 63.6 años, 45.8% varones. En un 56.6% de los casos, los pacientes llegaron extubados con oxigenoterapia con mascarilla ventimask (38.6%) y un 42% bajo VM. PO2 media de 227mmHg, sin problemas ventilatorios (pH medio 7.36, pCO2 media 39.8mmHg) con una FiO2 media de 57.4%. Tipo de cirugía predominante fué general. Lactacidemia media de 2.95mmol/L. No se encontraron correlaciones entre los niveles de pO2 con duración, tipo de intervención y modo ventilatorio usado.

Conclusiones

- Los pacientes postquirúrgicos, aún siendo extubados, presentan valores de hiperoxigenación a su ingreso en UCI.
- Deberíamos individualizar la FiO2 según gasometrías seriadas en pacientes que precisan VM intraoperatoria.

Sala Menorca 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 239

RELACIÓN ENTRE LA DEBILIDAD DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA Y EL NIVEL FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA A CORTO Y MEDIO PLAZO

Anna García Segura; N. Carrasco Rodríguez; M. Alvarado Paneso; M. Carrillo Arolas; M. Salamero Amorós; I. Sandalinas Mulero; M. Fernández Fernández; J. Trenado Álvarez
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Introducción

La debilidad adquirida en UCI unida a la disfunción diafragmática puede conducir a una discapacidad que perdure en el tiempo con su impacto en la calidad de vida de los pacientes que han estado en ventilación mecánica (VM).

Objetivos

Determinar los efectos de la VM en la fuerza de los músculos inspiratorios, en la fuerza muscular periférica y en el nivel funcional a corto y medio plazo.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, prospectivo, en una UCI polivalente de 12 camas. Criterios inclusión: pacientes en VM>72h. Exclusión: inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria grave, RASS>2 ó <-4 y/o PIC >20mmHg. Se registraron al alta de UCI y del hospital: presión inspiratoria máxima (PIM), fuerza muscular con MRC (Medical Research Council) y nivel funcional con FSS-ICU (Functional Status Score). Al mes y tres meses del alta hospitalaria se registraron PIM, Barthel y Walking Test (6MWT). Se estudió la relación entre las variables con el índice de correlación de Pearson.

Resultados/Intervenciones

21 pacientes, 65±11 años, IMC 28±6. Relajantes musculares 62% y con corticoides 71%. Traqueostomizados 81%. Estancia en UCI 25+13 y hospitalaria 42+23 días. Al alta de UCI (n=21) correlación significativa PIM con MRC (p=0.018) y no entre PIM y FSS-ICU (p=0.33). Al alta hospitalaria (n=20) sí correlación PIM y 6MWT (p=0.014) pero no entre PIM y MRC (p=0.37) ni PIM y FSS-ICU (p=0.10). Al mes (n=16) correlación entre PIM con Barthel (p=0.023) y con 6MWT (p<0.001). A los 3 meses(n=11) se correlacionaron PIM y 6MWT (p=0.003) y no PIM y Barthel (p=0.153).

Conclusiones

Los pacientes sometidos a VM presentan debilidad de la musculatura respiratoria y periférica al alta de UCI. Al mes y a los tres meses del alta hospitalaria la PIM siguió mejorando así como la funcionalidad y la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria con la consecuente mejora de su calidad de vida.

Financiación

Ninguna financiación

Palabras clave

Ventilación Mecánica • Debilidad diafragma • Debilidad periférica • PIM • Walking Test

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Comunicaciones orales

Sala Menorca 2. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 08:30 a 09:15 h.

ID 12
PRÁCTICA COLABORATIVA EN LAS SESIONES CLÍNICAS CONJUNTAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERCEPCIONES DE ENFERMERAS Y MÉDICOS

ID 51
LA VIVENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO DEL TRASLADO DE LA UCI A LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN: UN ENFOQUE FENOMENOLÓGICO HERMENÉUTICO

ID 114
¿CÓMO NOS ENCONTRAMOS? DESGASTE PROFESIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

ID 170
IMPACTO DEL USO DEL HYANEB® EN EL MANEJO DE SECRECIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CRÍTICOS

De 09:20 a 10:15 h.

ID 155
SEDACIÓN DIFÍCIL (SD) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS AL ALTA

ID 168
PERCEPCIÓN DEL PERSONA DE UCI RESPECTO EL NUEVO PLAN DE HUMANIZACIÓN

ID 224
¿SE PUEDE HUMANIZAR A TRAVÉS DE LA SEDACIÓN?

ID 238
¿CÓMO SE PERCIBE LA MÚSICA EN DIRECTO EN UNA UCI?

Sala Menorca 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 12

PRÁCTICA COLABORATIVA EN LAS SESIONES CLÍNICAS CONJUNTAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERCEPCIONES DE ENFERMERAS Y MÉDICOS

Xisca Verd Aulí, Mònica Maqueda Palau
Hospital Universitari Son Espases

Objetivos/Introducción

La práctica colaborativa es un proceso interpersonal en el que interactúan diferentes disciplinas profesionales que comparten objetivos, participan en toma de decisiones y proporcionan atención integral y de calidad. Las sesiones clínicas conjuntas ofrecen la oportunidad de interactuar y mejorar la comunicación entre profesionales y optimizar los resultados en la práctica.

Objetivos:

Explorar las percepciones de enfermeras y médicos sobre la práctica colaborativa en las sesiones clínicas conjuntas. Identificar factores que promueven y dificultan dicha práctica.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo. Participantes: enfermeras y médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos que fueron reclutados mediante muestreo intencional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y posteriormente un análisis de discurso. Las entrevistas fueron codificadas por todos los investigadores, posteriormente se hizo una puesta en común y se interpretaron los datos en el contexto en el que fueron recogidos. Para garantizar el rigor metodológico, se triangularon los datos y reflexividad entre los investigadores durante todo el proceso.

Resultados/Intervenciones

Los profesionales entrevistados describen que el concepto de práctica colaborativa se basa en la integración e implicación de los miembros de un equipo. Perciben que en las sesiones clínicas conjuntas existe una ausencia de estructura comunicativa, la participación se basa en la confianza y experiencia profesional y la toma de decisiones son jerárquicas y unilaterales. Los participantes describen que sesiones clínicas conjuntas de corta duración puede mejorar la práctica colaborativa, así como estandarizando el horario y la ubicación mejorarían la efectividad de las mismas.

Conclusiones

Existe una necesidad de empoderamiento en la participación activa por parte de enfermería en las sesiones clínicas conjuntas. El colectivo médico debe tener más en cuenta las percepciones humanísticas que pueden aportar otros profesionales. Fomentar la escucha activa en los médicos, mejorar la comunicación real por parte de enfermería y generar un espacio donde impere el respeto y la confianza, favorecerá la dinámica de trabajo interprofesional

Palabras clave

Práctica colaborativa • Sesiones clínicas • Percepción • Satisfacción • Trabajo en equipo • Unidad de Cuidados Intensivos

Sala Menorca 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 51

LA VIVENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO DEL TRASLADO DE LA UCI A LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN: UN ENFOQUE FENOMENOLÓGICO HERMENÉUTICO

Cecilia Cuzco[1]; R. Marín Pérez[2]; A. Núñez Delgado[3]; I. Carmona Delgado[1]; P. Castro Rebollo[1]; G. Martínez Estalella[1]; MA. Martínez Momblan[4]; M. Romero García[4]; P. Delgado Hito[4]

1. Hospital Clínic Barcelona; 2. Hospital de Bellvitge; 3. Hospital Valle Hebrón; 4. Universidad de Barcelona

Objetivos/Introducción

Introducción Los trastornos por estrés postraumático y el síndrome post-cuidados intensivos son problemas identificados tras el alta de pacientes críticos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Uno de los posibles factores favorecedores puede ser una transición UCI-sala de hospitalización inadecuada. Escuchando las experiencias de los pacientes al alta de la UCI, las enfermeras pueden mejorar los cuidados y ayudar a reducir estos efectos negativos. Objetivo Comprender la experiencia vivida del traslado del paciente de la UCI a la sala de hospitalización de hospitales terciarios

Metodología/Observación clínica

Metodología Estudio fenomenológico hermenéutico según Ricoeur desde el paradigma constructivista. El ámbito de estudio fueron tres hospitales universitarios de tercer nivel. Participaron 48 pacientes seleccionados mediante un muestreo teórico. Los datos se recogieron a través de entrevistas en profundidad en el período 2016-2018. Se utilizó el diario de campo para el registro de notas descriptivas y teóricas. Se realizó un análisis de contenido y se utilizó el programa informático NVivo. Se siguieron los criterios de rigor de Guba y Lincoln. El estudio cumple con los criterios éticos (consentimiento informado, aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Ética de Investigación Clínica).

Resultados/Intervenciones

Resultados Emergieron cuatro temas principales: (i) necesidades de los pacientes (necesidad de información al paciente y familia), (ii) sentimientos (ansiedad, miedo, humillación, decepción, frustración, soledad y tristeza) y preocupaciones (por la autonomía, por la familia y por no saber a dónde irán) (iii) elementos facilitadores (información, estar con la familia) y limitadores (no recordar momentos vividos, falta de autonomía, falta de información, apoyo psicológico y emocional) y (iv) expectativas (continuidad de los cuidados y recuperar la autonomía).

Conclusiones

Los hallazgos encontrados resaltan la necesidad de información de los pacientes. Los sentimientos, preocupaciones y expectativas expresadas implican la necesidad de una reflexión cuidadosa al planificar el traslado de los pacientes de la UCI a la sala de hospitalización.

Financiación

PR-248/17 2017 Fundación Enfermería y Sociedad

Palabras clave

alta de la UCI • cuidados intensivos • enfermería • investigación cualitativa • PICS (post-intensive care síndrome) • PTSD (post-traumatic stress disorders)

Sala Menorca 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 114

¿CÓMO NOS ENCONTRAMOS? DESGASTE PROFESIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Teresa Esteban Galbete; V. Arnaiz Arnaiz; PMª. Olaechea Astigarraga; M. Orive Calzada; A. Antón Ladislao; N. González Hernández
Hospital Galdakao-Usansolo

Objetivos/Introducción

Conocer la prevalencia del degaste profesional y los factores con los que se relaciona (sociodemográficos y laborales) de los profesionales de una UCI. Examinar el impacto de la ampliación del horario de visitas en ese desgaste profesional.

Metodología/Observación clínica

Estudio analítico descriptivo en la UCI del Hospital de Galdakao. Encuesta anónima de 25 items y cuetionario Malach Burnout Inventory.
Estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, porcentajes y frecuencias para las cualitativas.
Análisis bivariante: test Chi cuadrado, tests no paramétreicos de Wilcoxon y Kruskal-Wallis.

Resultados/Intervenciones

Participaron 54 personas (54,7% enfermeras, 24.5% auxiliares, 20.7% médicos). 50% reconoce sentirse estresado, relacionado con no descansar 48 horas seguidas en la última semana (p 0.004) y con haber tenido algún conflicto con un médico (p 0.049). 92.4% valora su carga de trabajo como alta / muy alta. Los médicos tienen menor grado de satisfacción profesional, las enfermeras las más satisfechas (p0.01). Los 3 grupos se sienten bien valorados por compañeros de su propio colectivo, los facultativos lo perciben en menor proporción (p 0.02). La ampliación del horario de visitas ha supuesto, para enfermeras y auxiliares, aumento de trabajo y fiscalización del mismo, opinión que difiere de la de los médicos (p0.04); el hecho de que genere conflictos se ve como un problema entre enfermeras y auxiliares, no así entre los médicos ($p<0.05$). 83.3% está satisfecho con la ampliación, las auxiliares lo están en menor medida (p0.009). La escala MBI refleja niveles de agotamiento emocional altos en 35% y medios en 29.6%; niveles altos de despersonalización en 12.9% y medios en 27.8%; la realización personal es baja en 12.9% y media en 40.7%.

Conclusiones

La mitad del personal se siente estresado.Un porcentaje importante refleja niveles altos de agotamiento emocional. Aunque la ampliación del horario visitas les haya afectado la mayoría está satisfecha.

Palabras clave

desgaste profesional • unidad de cuidados intensivos • síndrome de burnout • profesionales sanitarios

Sala Menorca 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 08:30 a 09:15 h.**

ID 170

IMPACTO DEL USO DEL HYANEB® EN EL MANEJO DE SECRECIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES CRÍTICOS

Anna Andrés Herrero; C. Vilà Vilardell; A. Alabart Llinas; C. Tevar Gómez; S. Gómez Fernández; RM. Balaguer Blasco; JR. Masclans Enviz; J. Marin Corral
Hospital del Mar. PSMAR

Objetivos/Introducción

Evaluar los cambios en las características de las secreciones respiratorias (fluidificación) en relación al uso de Hyaneb® en pacientes ingresados en una UCI.

Metodología/Observación clínica

Se incluyeron prospectivamente pacientes ingresados en UCI en tratamiento con Hyaneb® (Chiesi S.A.U.) (1 vial cada 8h, nebulizado en jet) durante más de 48h entre noviembre/2017 y mayo/2018. Se recogieron datos demográficos y clínicos, y se valoró la fluidificación de secreciones mediante una escala numérica de evaluación subjetiva ad hoc que incluyó: valoración previa al tratamiento, a las 24h, 48h, y 72h, con un rango de puntuación del 1 (tapón mucoso) al 10 (fluidas). Se analizaron los datos mediante ANOVA y test de Bonferroni post hoc, considerando significativa $p<0.05$. Se presentan los resultados en porcentajes, media (SD), y mediana (IQR). CEIC PSMAR 2017/7545/I.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron un total de 57 pacientes. Predominaron los hombres (64%), con una edad media de 67 (15) años, APACHE II de 22 (9), y estancia media de 21 (22) días. La neumonía fue el motivo principal de ingreso (32.6%), seguido de patología neurológica (28.3%), y respiratoria no infecciosa (10.9%). El 47.8% necesitaron soporte respiratorio con cánulas de alto flujo, el 30.4% ventilación mecánica no invasiva, y el 84% ventilación mecánica invasiva en algún momento del tratamiento; el 32.6% requirieron traqueostomía. En el 61.1% de los casos se pautó Hyaneb® por secreciones espesas, con una duración del tratamiento de 8 (5-14) días. En los datos de fluidificación se observó una mejoría respecto al valor pre-tratamiento (4 (2-5)) a las 24h (5 (3-6); $p=0.01$), 48h (6 (4-7); $p<0.01$), y 72h (6 (4-8); $p<0.001$); ningún paciente presentó efectos adversos al tratamiento.

Conclusiones

En pacientes críticos en tratamiento con Hyaneb® se observa una mejoría en el grado de fluidificación de las secreciones respiratorias medidas mediante una escala numérica de evaluación subjetiva ad hoc.

Palabras clave

Secreciones • Fluidificación • Hyaneb®

Sala Menorca 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 155

SEDACIÓN DIFÍCIL (SD) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS AL ALTA

Diana Gil Castillejos[1]; ML. Rubio Rico[2]; C. Ferré Grau[3]; M. Bodí Saera[4]; A. Sandiumenge Camps[5]

1. Hospital Universitario Joan XXIII; 2. Universidad Rovira i Virgili, Departamento de Enfermería; 3. Universidad Rovira i Virgili, Departamento de Enfermería; 4. Hospital Universitario Joan XXIII / IISPV / URV Tarragona / CIBERES; 5. Hospital Universitario Vall Hebron, Barcelona

Objetivos/Introducción

La SD en UCI afecta negativamente el estado clínico y cognitivo de los pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM) después del alta. Las secuelas a largo plazo son ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Pretendemos conocer la prevalencia de alteraciones emocionales durante los 6 meses de alta de UCI y su asociación con el desarrollo de SD

Metodología/Observación clínica

Análisis descriptivo y prospectivo de analgosedación y trastornos psicológicos en pacientes sometidos a VM y AS>24h en una UCI polivalente. La ansiedad, TEPT y depresión se midieron con escalas validadas mediante entrevista telefónica 1-3-6 meses posteriores al alta de UCI. Comparamos complicaciones, pronóstico y trastornos psicológicos de pacientes que desarrollaron SD con los que no la presentaron. Datos expresados en frecuencias, porcentajes, índices de tendencia central y de dispersión según su distribución. SPSSv.21.

Resultados/Intervenciones

Ver resultados en la tabla adjuntada como archivo jpg.

		Población Total (n=195)	Sedación Difícil		Valor p
			Si (n= 60)	No (n=135)	
Edad media(DE)		58,6(15,4)	52,2(16,4)	61,4(14,1)	,000
Apache II Score media(DE)		25 (9,5)	22(9,9)	26,3(9,1)	,004
Consumo de alcohol de riesgo n (%)		86(26,3)	32(40,5)	54(21,8)	,001
Psicoactivos/psicótropos n (%)		74(22,6)	28(35,4)	46(62,2)	,002
Estancia UCI(días) media(DE)		20,8(19,7)	17,6(15,4)	28,1(25,8)	,001
VM(días) media(DE)		54,39(18,2)	51,4(18,6)	61,1(15,4)	,000
Traqueotomías n (%)		48(24,6)	22(45,8)	38(25,85)	,009
Ansiedad	Psíquica1m n (%)	109(55,9)	59(43,7)	50(84,7)	,000
	Somática1m n (%)	73(37,4)	33(24,4)	40(66,6)	,000
Ansiedad	Psíquica3m n (%)	76(39)	27(20,1)	34(57,6)	,000
	Somática3m n (%)	44(22,6)	19(14,2)	25(41,6)	,000
Ansiedad	Psíquica6m n (%)	61(31,3)	27(20,1)	34(57,6)	,000
	Somática6m n (%)	30(15,4)	13(9,7)	17(28,8)	,001
TEPT n (%)		31(15,9)	15(11,2)	16(26,7)	,007
Depresión1m n (%)		102(52,3)	56(41,5)	46(76,6)	,000
Depresión3m n (%)		77(39,5)	42(31,3)	35(38,3)	,000
Depresión6m n (%)		60(30,8)	31(23,3)	29(49,1)	,000

Conclusiones

Los fenómenos psicológicos adversos ocurren a frecuencias superiores entre pacientes que han desarrollado SD. Por eso es importante prevenir y detectar precozmente la SD y tratar las necesidades psicológicas al mismo nivel que las físicas.

Palabras clave

Analgesia • Unidad Cuidados Intensivos • Sedación Difícil • Ansiedad • Depresión • Trastorno de Estrés Postraumático

Sala Menorca 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 168

PERCEPCIÓN DEL PERSONA DE UCI RESPECTO EL NUEVO PLAN DE HUMANIZACIÓN

Mireia Martínez Albertín; J. Martos Rojas; S. Rodríguez Ruiz; E. García Puvia; L. Jaile Dalfo; OC. Vidal Pérez; J. Caballero López; M. Almansa Gómez; M. Escarp Sans
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

Aprovechando el cambio de infraestructura de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, hemos creado un grupo de trabajo que pretende mejorar la humanización. Una vez creado el Plan de Humanización hemos advertido que supone un cambio radical en la forma de trabajar, lo que genera la necesidad de readaptación en todos los profesionales. Por ello, hemos realizado un estudio para medir el grado de satisfacción de los profesionales tras su implantación.

Metodología/Observación clínica

El estudio consta de dos fases. La primera fase es la creación de un cuestionario con metodología de grupos nominales (facultativos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores). El test está formado por trece preguntas, cuya respuesta puede ser única, múltiple o abierta. Además, el cuestionario se diferencia en dos partes: la primera pretende conocer la percepción del personal previa y la segunda a los seis meses de la instauración. La segunda fase sería el análisis del cuestionario voluntario una vez ha sido contestado por el personal de la UCI.

Resultados/Intervenciones

Los resultados obtenidos aportan numerosos datos, pero lo más destacable es que de todo el personal que ha participado (n=52), el 61,5% eran partidarios de la humanización antes de aplicarla; el 27% no eran partidarios y el 11,5% se decantan como indiferentes. Seis meses tras la instauración, el 98,1% de los encuestados son partidarios del nuevo plan de humanización porque creen que es beneficioso para el paciente y solo el 1,9% creen que no.

Conclusiones

En términos generales, el nuevo plan de humanización y su implantación ha sido bien incorporado en el día a día por los profesionales de la UCI y se ha objetivado una clara percepción de beneficio hacia el paciente y sus allegados por parte de los profesionales.

Palabras clave

Humanizanción • Cuestionario • Satisfacción • Beneficio

Sala Menorca 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 224

¿SE PUEDE HUMANIZAR A TRAVÉS DE LA SEDACIÓN?

Sergio Domínguez
Hospital Universitario Infanta Elena

Objetivos/Introducción

El uso de sedantes es una amplia práctica en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Su inadecuado uso podría producir efectos como aparición de delirio y síndrome de estrés post-traumático (SEPT), entidades que podrían estar relacionadas con el deterioro cognitivo de los pacientes a largo plazo. El objetivo de esta revisión de la literatura es identificar la posible asociación del uso de sedantes con las entidades anteriormente nombradas y su efecto sobre el deterioro cognitivo.

Metodología/Observación clínica

Revisión de la literatura en las bases de datos de PubMed, Medline, Cinhal y Scopus, con las palabras clave “sedation”, “effects”, “intensive care”, “cognitive impairment”, “delirium” y “post traumatic stress disorder”, descartando artículos de idiomas diferentes al inglés o español y de unidades neonatales o pediátricas. Se encontraron 12 artículos los cuales fueron indagados en profundidad.

Resultados/Intervenciones

Se agruparon los resultados en dos grupos: delirio y SEPT. Varios artículos no encontraron asociación directa entre el uso de sedación y delirio o SEPT, mientras que otros sí lo hicieron. Tampoco se observó una relación directa entre su aparición y un deterioro cognitivo a largo plazo.

Conclusiones

A pesar de que la literatura no es concluyente, no se puede dejar de lado el uso optimizado de la sedación mediante escalas y protocolos validados. Nuevos estudios deberían continuar indagando en dicha cuestión para observar su verdadera implicación.

Financiación

-

Palabras clave

sedation • effects • intensive care • cognitive impairment • delirium • post traumatic stress disorder

Sala Menorca 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 09:20 a 10:05 h.**

ID 238

¿CÓMO SE PERCIBE LA MÚSICA EN DIRECTO EN UNA UCI?

Francisco Martínez Quesada; C. Carrilero López; IM. Murcia Saez; MD. Saiz Vinuesa; MC. Arenas Morcillo; MI. Cebrián Camins; RM. Guija Rubio; J. Pérez González; ME. Buendia Alarcón
Complejo Hospitalario Universirario de Albacete

Objetivos/Introducción

Conocemos el efecto traumático que supone para pacientes y familiares la estancia en UCI, por el estado de gravedad, por la propia estructura y funcionamiento del servicio. Hecho que genera ansiedad y estrés dejando secuelas físicas, cognitivas y psicológicas en pacientes y familiares. La música ha mostrado efectos beneficiosos en enfermos críticos, mejorando la ansiedad, el dolor y disminuyendo la necesidad de fármacos sedantes y analgésicos. Con este fin se puso en marcha un programa de música en directo en UCI (MUCI), que forma parte de nuestro proyecto de Humanización, queriendo conocer los sentimientos y grado de satisfacción que generaban las sesiones musicales en pacientes, familiares, personal sanitario y músicos.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo longuitudinal prospectivo, realizado en la UCI del Hospital General Universitario de Albacete marzo y abril 2017. Encuestas tipo Likert. Programa estadístico SPSS 19.0. Variables cuantitativas y cualitativas. Analisis bivariante Chi cuadrado.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron sesiones musicales en directo, por músicos voluntarios, coincidiendo con la visita de la tarde, con duración de 30 minutos, una vez por semana. Previo consentimiento verbal, al finalizar las sesiones pasábamos unas encuestas a la población a estudio. 134 encuestas, 43 (32,1%) pacientes, 52 (38,8) familiares, 21 (15,7) sanitarios y 18 (13,4) músicos.121 (90,3%) se sintieron satisfechos o muy satisfechos.123 (91,8%) refirieron encontrarse muy relajados durante la sesión, siendo en el grupo de profesionales el 100%, presentando menor relajación los músicos.

Conclusiones

El alto grado de satisfacción fue mayor en el grupo de profesionales y músicos; cuyas preferencias radicaban en la música en directo frente a las grabaciones musicales, siendo la música clásica, el estilo más recomendado en este ámbito. El efecto relajante quedó patente sobre todo en familiares y profesionales, ya que los músicos experimentaron cierto grado de estrés, por ser la UCI un auditorio inhóspito.

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Comunicaciones orales

Auditorio Illes Balears. **Miércoles 12 de Junio de 2019**

De 09:00 a 09:45 h.

ID 34
SEGURIDAD DE PACIENTES: INCIDENTES NOTIFICADOS, ANÁLISIS DE RESULTADOS Y PLAN DE MEJORA

ID 62
ESTUDIO OBSERVACIONAL PRE-POST PARA CONOCER CUMPLIMIENTO EN HIGIENE DE MANOS (HM) TRAS REALIZACIÓN DE SESIONES FORMATIVAS

ID 157
SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PACIENTE CRITICO: INCIDENCIAS DECLARADAS POR LOS PROFESIONALES

ID 291
ÚLCERAS POR PRESIÓN Y AUTOEXTUBACIONES CON UNA ESTRATEGIA DE CAMBIOS POSTURALES CADA 2-4 HORAS EN COMPARACIÓN CON UNA PAUTA DE CAMBIOS NO ESTANDARIZADOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

De 09:50 a 10:35 h.

ID 8
¿Y TÚ CUÁNTO DESECHAS? ANÁLISIS DEL VOLUMEN SANGUÍNEO DESECHADO PARA LA EXTRACCIÓN DE ANALÍTICAS EN UCI

ID 53
VARIABLES ASOCIADAS AL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 178
REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDÍACO: VALORACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE. ESTUDIO PILOTO

ID 235
RESULTADOS DE UN PLAN EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN DONACIÓN EN ENFERMERAS DE UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Auditorio Illes Balears. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 34

SEGURIDAD DE PACIENTES: INCIDENTES NOTIFICADOS, ANÁLISIS DE RESULTADOS Y PLAN DE MEJORA

Gema Tenor Salas; MJ. Gonzalez Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

Seguridad de Pacientes es la ausencia para un paciente de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. La notificación de incidentes de seguridad nos enseña a determinar dónde están los fallos de nuestro sistema y qué tenemos que solucionar para que no ocurran daños innecesarios a los pacientes.

Objetivos:

Analizar los principales incidentes notificados así como las posibles causas descritas Establecer áreas de mejora para evitar su incidencia

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del complejo hospitalario universitario de Huelva, de junio a diciembre 2018. Para la recogida de datos se utilizó la base de notificación de eventos adversos específica de nuestro hospital disponible para los profesionales desde la intranet.

Resultados/Intervenciones

El 100% de las notificaciones las realizó el personal de enfermería. Se registrarón un total de 35 notificaciones: 13 pérdidas de SNG, 7 extubaciones no programadas, 12 pérdida de catéter (9 venosos centrales y 3 arteriales), 1 caída, 1 error de medicación y 1 pérdida de drenaje ventricular En todas las notificaciones excepto en la de error de medicación se describen como causa desencadenate la alteración cognitiva del paciente (desorientación), mal control de la sedoanalgesia. En el caso del error de medicación se describe situación de estress en parada cardiorrespiratoria. Una vez obtenidos los resultados y tras su análisis se plantea como plan de mejora:

- Comunicación a los profesionales.
- Monitorización del dolor, sedación y delirio mediante escalas validadas
- Valoración de pacientes de riesgo
- Implantación de protocolo específico

Conclusiones

Los principales incidentes notificados se relacionan directamente con el manejo inadecuado del paciente desorientado, haciéndose necesaria la implantación de un adecuado protocolo.

Palabras clave

seguridad • dolor • sedación • delirium

Auditorio Illes Balears. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 62

ESTUDIO OBSERVACIONAL PRE-POST PARA CONOCER CUMPLIMIENTO EN HIGIENE DE MANOS (HM) TRAS REALIZACIÓN DE SESIONES FORMATIVAS

Irene Porres Revuelta; JA. Espín Faba
Hospital Clínico San Carlos

Objetivos/Introducción

En sanidad es un reto mejorar el cumplimiento HM para prevenir infecciones relacionadas con asistencia sanitaria (IRAS). Los "5momentos (5M)" constituyen la herramienta principal para identificar ocasiones donde aplicar HM durante dicha asistencia. En España, la prevalencia IRAS -EPINE'2017- es de 7'7%. Según datos ENVIN'2017, los pacientes que adquirieren infecciones asociadas a dispositivos o durante su estancia hospitalaria han disminuido.

Objetivo:

Conocer, por observación directa, grado cumplimiento HM después de realización formación específica.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional unicéntrico pre-post en 2º trimestre 2018 en UCI tercer nivel, donde se evalúa HM antes-después de sesiones formativas. La evaluación del cumplimiento se realiza mediante observación directa HM según metodología de la OMS. Se recogen variables demográficas y se observan diferentes escenarios, en diferentes días, turnos y categorías en relación a la acción y los 5M. El tratamiento estadístico se realiza usando herramienta SPSS-v.22.0 y considerando tipos de variables (media, desviación estándar, distribución frecuencias) y su simetría.

Resultados/Intervenciones

Se analizan 350 observaciones (72%-mujeres), donde más del 50% tiene >10 años experiencia.

- Momento-2 tiene menos observación y momento-4 aumenta frente al estudio pre. En post, disminuye porcentaje de no realización HM y aumenta uso de guantes.
- En post existe mayor porcentaje de categoría enfermera formada/observada.
- Independientemente de formación, resalta acción de no HM por momentos: momento-1 empeora, se mantiene en momentos-2y4, mejora ligeramente en 3 y notablemente en 5 (aumento hidroalcohol).
- Resultados con formación, destaca aumento HM en momento-4y5 y uso hidroalcohol (valores ajustados por categoría/experiencia).

Conclusiones

El análisis de ítems permite detectar aspectos mejorables para adoptar medidas que conlleven incremento en adhesión del cumplimiento HM, como facilitar comprensión de la aplicación práctica de los 5M. Es necesaria la formación orientada a incrementar la seguridad del paciente, donde exista estandarización de cuidados. Es esencial crear compromiso real en profesionales sanitarios, reforzando cultura de seguridad en UCI e incidiendo en personal nueva incorporación

Palabras clave

Hand Hygiene • Cross Infection • Patient Safety • Primary Prevention

Auditorio Illes Balears. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 157

SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PACIENTE CRITICO: INCIDENCIAS DECLARADAS POR LOS PROFESIONALES

Janire Irigoien Aguirre; C. Rodríguez Núñez; M. Martín Martínez; M. García Corres; A. Iglesias Rodríguez; MJ. Rodríguez Borrajo; N. Mingo Elguea; ZI. Gil García; MT. Ruiz Armetia; JF. Castedo González
Hospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Objetivos/Introducción

Introducción 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.

Objetivos

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 2018. 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 151 incidentes. En un 100% se registraron como evitables los incidentes. De los cuales, causaron daño al paciente 5 casos. Posteriormente, el equipo multidisciplinar de seguridad categorizó en función de la gravedad como leve (54.31%%), moderado (36.42%) y grave (9.27%). En un 62.91% los incidentes llegaron al paciente. Las declaraciones de los incidentes fueron en gran parte declarados por personal de enfermería (112/ 74,18%), personal médico (36/ 23.84%), un farmacéutico (0.66%), un técnico (0.66%) y otros (0.66%). Los meses de mayor declaración de incidentes fueron Junio y Diciembre con un 14% en ambos casos. Los incidentes más declarados fueron relacionados con cumplimiento de protocolos (28,47%) y dispositivos (17,22%).

Conclusiones

Somos un colectivo implicado en la declaración de incidentes para mejorar la seguridad del paciente. Protocolos, dispositivos, formación y fármacos son los eventos más declarados. Los meses de mayor rotación de personal son los que más incidencias de seguridad se declaran.

Palabras clave

seguridad • cuidados intensivos • sistemas de seguridad

Auditorio Illes Balears. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 291

ÚLCERAS POR PRESIÓN Y AUTOEXTUBACIONES CON UNA ESTRATEGIA DE CAMBIOS POSTURALES CADA 2-4 HORAS EN COMPARACIÓN CON UNA PAUTA DE CAMBIOS NO ESTANDARIZADOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

María José Navarro Fernández; MM. Camino Batista; MC. Guerrero Martínez; F. Manzano; AN. Pérez Pérez
UCI Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción

En el paciente crítico con ventilación mecánica (VM) se demostró en el estudio PUPPAS(1)que una pauta de cambios posturales (CP) cada 4 horas es igual de efectivo que una estrategia cada 2-4 horas, y en cambio con una menor incidencia de efectos adversos.

Objetivos

Conocer la efectividad y seguridad de un regimen de CP cada 2-4 horas en comparación con una estrategia de CP no pautados en la prevención de úlceras por presión (UPP) en enfermos con VM - 24h en una UCI utilizando superficies que reducen la presión.

Metodología/Observación clínica

Estudio cuasi experimental realizado en UCI médico-quirúrgica comparando 2 periodos; uno del estudio PUPPAS y otro en un periodo previo sin cambios pautados estandarizados. Se incluyeron pacientes con VM - 24h. La variable principal de efectividad fue la incidencia de ulceras por presión de UPP grado II. La principal variable de seguridad fue la incidencia de autoextubaciones.

Resultados/Intervenciones

Resultados: Se incluyeron 529 en el primer periodo sin CP y 330 en el segundo con cambios de 2-4 horas. Las características basales de los dos grupos fueron similares. En el primer periodo sin CP, la incidencia de UPP fue 19,5% (110/563) y en el segundo periodo, con CP, fue de 11,9% (39/330) (HR crudo 0,47 IC95% 0,33-0,69; p<0,001). La incidencia de autoextubaciones fue de 5,2% (29/529) y 9.1% (30/329) (p=0,02. Los factores predictivos asociados al desarrollo de UPP identificados en el análisis ajustado de Cox fueron: la edad, la realización de cambios posturales y la anemia.

Conclusiones

Conclusión. La implementación de un régimen de CP cada 2-4 h en comparación con un régimen sin CP es efectivo en la reducción de la frecuencia de UPP en pacientes con ventilación mecánica usando superficies que reducen la presión. La seguridad de los regímenes de movilización de los pacientes no está garantizado en la práctica actual.

Financiación

No.

Palabras clave

Ventilación mecánica • Autoextubación • Úlceras Por Presión • Cambios posturales

Auditorio Illes Balears. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 8

¿Y TÚ CUÁNTO DESECHAS? ANÁLISIS DEL VOLUMEN SANGUÍNEO DESECHADO PARA LA EXTRACCIÓN DE ANALÍTICAS EN UCI

Eva Pérez Juan; Mònica Maqueda Palau
Hospital Manacor, Hospital Universitari Son Espases

Objetivos/Introducción

Para la extracción de muestras de laboratorio a través de catéteres, se debe desechar un volumen de sangre anteriormente a la recolección de la muestra para garantizar la exactitud de los resultados.

Objetivos:
analizar el volumen sanguíneo desechado previamente a la obtención de la muestra a través de catéter vascular en las UCIs de les Illes Balears.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo multicéntrico transversal. Realizado de abril a diciembre de 2018. Ámbito de estudio: Unidades de Cuidados Intensivos de adultos de les Illes Balears. Población y muestra: profesionales de enfermería de dichas unidades. Instrumento de recogida de datos: cuestionario ad hoc anónimo y voluntario. Variables estudiadas: volumen de desecho, tipo de catéter, hospital, sexo y experiencia profesional. Análisis estadístico descriptivo, desviación estándar, coeficiente de variación, y pruebas no paramétricas: Kruskal -Wallis y prueba de la Mediana con un IC: 95%, mediante el programa SPSS vs20.0.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvieron 142 encuestas, participaron 12 hospitales: 6 públicos y 6 privados. 72,5% mujeres y 27,5% hombres. El volumen medio total desechado fue de 5,98 ml (±3,01): catéter venoso periférico (CVP) 5,74ml (±2,85), cánula arterial 4,37ml (±2,93), catéter central acceso periférico (PICC) 7,34ml (±3,03) y catéter venoso central (CVC) 6,49ml (±2,99). Los mayores volúmenes de desecho correspondieron a los PICC y CVC. Las medianas de volumen de desecho son muy variables entre las diferentes UCIs ($p<0,001$). Los hospitales privados desechan mayores volúmenes que los públicos a través de CVP ($p=0,023$), PICC ($p=0,004$) y CVC ($p=0,026$).

Conclusiones

Existe una gran variabilidad en el volumen de sangre desechado en función del hospital donde se realiza la extracción. No se ha encontrado asociación entre la sangre desechada y el resto de variables estudiadas. Se deberían utilizar técnicas de extracción más conservadoras.

Palabras clave

volumen de desecho • catéter • unidad de cuidados intensivos • pruebas de laboratorio

Auditorio Illes Balears. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 53

VARIABLES ASOCIADAS AL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Marta Romero García; P. Delgado Hito; L. de la Cueva Ariza; MA. Martínez Momblan; Ll. Benito Aracil; MT. Lluch-Canut; M. Raurell Torreda; ME. Juvé Udina; MC. Moreno Arroyo
Universidad de Barcelona

Introducción

La satisfacción del paciente es un indicador de calidad de la atención. Por lo tanto, es esencial identificar los factores asociados con el nivel de satisfacción.

Objetivos

Analizar el nivel de satisfacción de los pacientes críticos en relación con los cuidados enfermeros recibidos y determinar la relación entre el nivel de satisfacción, las variables sociodemográficas y clínicas.

Metodología/Observación clínica

Diseño correlacional prospectivo, descriptivo. Ámbito: tres unidades de críticos, hospital de nivel-III. Población: pacientes dados de alta, enero 2013 a enero 2015, que cumplieron criterios inclusión: 1) Orientado en tiempo, lugar. 2) Capaz de hablar, leer y escribir; y exclusión 1) Dado de alta a otro hospital o domicilio. Muestreo consecutivo (n=200). El nivel de satisfacción se evaluó a partir de la Nursing Intensive Care-Satisfaction Scale, 49 ítems con 4 factores: Cuidado_holístico, Formas_de_comunicación, Comportamientos_profesionales y Consecuencias. Cada ítem presentó 6 opciones de respuesta (Likert). Datos sociodemográficos y clínicos se registraron a través de un formulario.Análisis descriptivo e inferencial a partir del test no paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, de Kruskal Wallis y el test de correlación de Spearman. R-versión 3.1.2 Windows.

Resultados/Intervenciones

La edad media (n=200) fue de 65.9 (SD 13.4 años), siendo un 66% hombres (n=132). La satisfacción con relación a los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia fue muy elevada 5.73 (SD 0.41). No existe correlación entre el nivel de satisfacción y las variables sociodemográficas recogidas, sin embargo, la puntuación media del nivel de satisfacción global presentó diferencias estadísticamente significativas (rho=0.182, p=0.010) con la percepción del estado de salud.

Conclusiones

Evaluar la satisfacción de los cuidados desde la perspectiva del paciente de modo cuantificable e identificar las variables sociodemográficas y clínicas asociadas al nivel de satisfacción permitirá diseñar estrategias para mejorar la calidad de los cuidados mediante la modificación, cambio o fortalecimiento de comportamientos, habilidades, o actitudes susceptibles de mejora que intervienen en el proceso de cuidados.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barceloa (PR-3663/10) y por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competición)(FIS11/00447).

Palabras clave

Patient satisfaction • Nursing care • Critical care • Nursing research • Associated factors

Auditorio Illes Balears. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 178

REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDÍACO: VALORACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE. ESTUDIO PILOTO

Eva Pérez Juan[1]; MC. Soteras Llompart[2]; SM. Babot Rebassa[1]; M. Verger Serra[1]; MA. Pérez Aixartell[1]; A. López Cabrera[2]

1. Hospital de Manacor; 2. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos/Introducción

Los problemas de comunicación durante la transferencia asistencial son la principal causa de eventos adversos. En Mallorca los pacientes que requieren una coronariografía cardíaca deben ser trasladados al Hospital de referencia.

Objetivos:

Diseñar y validar un registro de enfermería que garantice la transferencia de la información en el proceso de la coronariografía cardíaca entre hospitales de diferente nivel asistencial.

Metodología/Observación clínica

Se constituyó un grupo de trabajo formado por enfermeras de la UCI del hospital de Manacor (HM) y hemodinámica del Hospital Son Espases (HUSE). Se elaboró un documento según el modelo de Virginia Henderson. Los ítems estuvieron consensuados por ambas unidades. Este registro fue pilotado durante dos meses, realizándose algunas mejoras. Posteriormente se realizó una encuesta de 4 preguntas, mediante una escala tipo liker, sobre algunos aspectos del mismo: estructura, claridad y comprensión, facilidad de cumplimentación, si aportaba información relevante, y una pregunta abierta donde podían aportar sugerencias. Fue cumplimentada por todos los profesionales que participan en el proceso: auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos. El análisis estadístico descriptivo se realizó con el programa SPSS vs 20.0.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvieron 54 encuestas, 33 del HM y 21 HUSE. El índice de respuesta fue 78%. El 72,2% mujeres. 24,1% auxiliares de enfermería, 55,6% enfermeras y 14,8% médicos. El 71,7% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que el registro estaba bien estructurado. El 28,3% estuvieron de acuerdo y 62,3% muy de acuerdo de que era claro y comprensible. El 73,6% respondió que era muy fácil de cumplimentar. El 75,5% proporcionaba información muy útil. En la valoración global del registro, 24,5% respondió que estaba de acuerdo y 73,6% muy de acuerdo con los items.

Conclusiones

La valoración del registro fue muy positiva. La utilización de herramientas que estructuran la comunicación en la transferencia de pacientes mejoran la seguridad y reducen los errores asistenciales asociados.

Palabras clave

registro de enfermería • cateterismo cardíaco • atención de enfermería • transferencia de pacientes • comunicación

Auditorio Illes Balears. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 235

RESULTADOS DE UN PLAN EDUCATIVO DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN DONACIÓN EN ENFERMERAS DE UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

María Dolores Gil Carrasco; J. Ledesma; S. Sabell
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

El personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) es reponsable de los cuidados y manejo del potencial donante. Conocer la formación de estas unidades es imprescindible para garantizar la viabilidad de los órganos. El objetivo es evaluar el nivel de aprendizaje tras la intervención educativa sobre los conocimientos del proceso de donación en el personal de enfermería de las UCC.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio cuasiexperimental de tipo antes / después. Ámbito de estudio: UCC en un hospital de alta complejidad. Población de estudio: enfermeras asistenciales de las UCC. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar y un análisis bivariante comparando la media de conocimientos antes y después con el test de medidas pareadas.

Resultados/Intervenciones

El estudio fue llevado a cabo entre abril y noviembre de 2018. La intervención consistió en una sesión presencial de 5 horas de duración sobre tipos de donación, legislación, información y cuidados a la familia durante el proceso de donación. Participaron 138 enfermeras de tres UCC. El 84,8%(117) eran mujeres y la media de edad de 39,73 (DS 9,06). El 33,6% (46) trabajan en Cuidados Críticos Médicos, el 43,8% (60) en Cuidados Críticos Postquirúrgicos, el 21,1% (29) en Cuidados Críticos Cardiacos. La media de conocimientos antes de la intervención fue de 4,208 (DS 1,78) puntos. Tras la intervención todos los participantes alcanzaban puntuaciones superiores a 5 con una media de 8,140(DS 2,21), siendo estadísticamente significativas estas diferrencias p<0,000.

Conclusiones

El proceso de donación conlleva una gran complejidad de cuidados en UCC y precisa de una periódica actualización de conocimientos. Diseñar actividades formativas para la actualización y manejo de estos pacientes, es imprescindible para garantizar la seguridad y calidad del preoceso de donación.

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Comunicaciones orales

Sala Menorca 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019**

De 09:00 a 09:45 h.

ID 185
EVOLUCIÓN DE LA RETIRADA ACCIDENTAL DE TUBO ENDOTRAQUEAL, CATÉTER VASCULAR Y SONDA ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 216
AUTORRETIRADA Y RETIRADA ACCIDENTAL POR MANIOBRAS DEL TUBO ENDOTRAQUEAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 331
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE UCI EN RELACIÓN A LA SEGURIDAD DE LA CANALIZACIÓN DE VÍAS ARTERIALES

ID 350
CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO

De 09:50 a 10:35 h.

ID 84
ALTA ASISTIDA DE CUIDADOS INTENSIVOS: LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES A FAVOR DEL PACIENTE

ID 247
DESTINO DE LOS PACIENTES ASISTIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS DURANTE EL AÑO 2018

ID 260
REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE SED EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN QUIRÚRGICA

ID 363
PROGRAMA DE INTERVENCIONES ENFERMERAS EN TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN BÁSICA Y ASISTIDA EN EL PACIENTE CRÍTICO (PROGRAMA CONECTEM)

Sala Menorca 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 185

EVOLUCIÓN DE LA RETIRADA ACCIDENTAL DE TUBO ENDOTRAQUEAL, CATÉTER VASCULAR Y SONDA ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

María del Mar Sánchez Sánchez; R. Jareño Collado; S. Barba Aragón; V. López López; E. Casado Osa; R. Sánchez Izquierdo; J. Cidoncha Moreno; P. Castejón Barruso; MT. Alcalá Ponce de León; S. Arias Rivera
Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

El seguimiento en pacientes críticos de la retirada accidental de tubo traqueal (TT), catéter vascular (CV) y sonda enteral (SE) se considera un indicador de calidad en la administración de cuidados de enfermería.

Objetivo:
Valorar la evolución de las retiradas accidentales de los dispositivos en un servicio de Cuidados Intensivos-Grandes Quemados (UCI-UGQ).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo, realizado en una UCI de 18 camas y una UGQ de 6 camas, entre 15 de octubre de 2018 y 15 de enero de 2019. Incluidos todos los pacientes ingresados portadores de al menos uno de los dispositivos. Variables: demográficas, diagnóstico al ingreso, tiempo de permanencia y motivo de retirada de dispositivos. En las autorretiradas (AUT): nivel de dolor (EVN/ESCID), sedación/agitación (RASS), presencia de delirio (CAM-ICU) y contenciones mecánicas (CM). Estadística descriptiva y tasas de incidencia (eventos por 1000 días de dispositivo). Aprobado por Comité de Ética de Investigación del centro.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 220 pacientes (210 en UCI y 10 en UGQ); el 41% mujeres; edad (años), media (DE)=64 (15); el principal diagnóstico al ingreso fue neurológico (29%), exitus 7,7%. Tasas de retirada accidental en tabla.En los pacientes con AUT, el 22% presentaron un nivel de dolor de moderado a muy intenso (EVN-ESCID - 4), el 63% un RASS - 1, el 35.2% tenían delirio (CAM-ICU positivo) y el 57% tenía CM. Se recolocaron 33 dispositivos, de los cuales el 94% fueron SE. No se produjo ningún evento adverso en la recolocación de los dispositivos.

Conclusiones

Las tasas de retiradas accidentales de TT y CV son inferiores a los estándares publicados, aunque ligeramente superiores a estudios previos realizados en la unidad, salvo en el catéter venoso central. En nuestra cohorte actual de pacientes se registran importantes niveles de dolor, agitación y delirio en el caso de AUT. La CM no evita la AUT de dispositivos.

Tasa de retirada de dispositivos (por 1.000 días)

	Autorretirada (AUT)	Maniobras (MAN)	Retirada Accidental (AUT + MAN)	
	2018	2018	2011	2018
Tubo endotraqueal	4.1	2.7	5.3	**6.8**
Catéter venoso central	1.5	0.8	2.5	2.3
Catéter arterial	3.6	3.6	5.3	**7.2**
Sonda enteral	48	8.5	50.8	**56.5**

Sala Menorca 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 216

AUTORRETIRADA Y RETIRADA ACCIDENTAL POR MANIOBRAS DEL TUBO ENDOTRAQUEAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

María del Mar Sánchez Sánchez; R. Jareño Collado; S. Barba Aragón; V. López López; E. Casado Osa; R. Sánchez Izquierdo; J. Cidoncha Moreno; P. Castejón Barruso; MT. Alcalá Ponce de León; S. Arias Rivera
Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

La autorretirada (AUT) y la retirada accidental por maniobras (MAN) de tubos endotraqueales (TET) en el paciente crítico son indicadores de calidad (número 20 y 21) de cuidados de enfermería y de seguridad del paciente. El objetivo es conocer las tasas de AUT y MAN del TET en un Servicio de Cuidados Intensivos/Unidad de Grandes Quemados (UCI-UGQ).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, prospectivo en un Servicio de Cuidados Intensivos (18 camas polivalentes) y Unidad de Grandes Quemados (6 camas) entre 15 de octubre de 2018 y 15 de enero de 2019. Incluidos todos los pacientes con vía aérea artificial. Variables demográficas, diagnóstico médico, días de permanencia del TET, motivo de retirada, reintubación tras AUT/MAN. En AUT: nivel de dolor (EVN-ESCID), sedación/agitación (RASS), delirio (CAM-ICU), presencia de contención mecánica (CM). Análisis: descriptivo y tasa de incidencia por 1.000 días de dispositivo. Aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica del hospital.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvieron 150 TET en 105 pacientes, de los cuales el 34.3% fueron mujeres; edad (años), media (DE)=65 (16); principal diagnóstico al ingreso fue neurológico (30%), exitus 14.3%. Características relacionadas con la vía aérea en tabla. Tasa de AUT: 4.1 x 1.000 días de TET y MAN: 2.7. x 1.000 días de TET. De los 3 pacientes con AUT, 2 presentaban dolor muy intenso (EVN-ESCID 8 - 10) de los cuales, uno estaba agitado (RASS=4) y presentaba delirio (CAM-ICU positivo); los 3 tenían CM. Las 3 AUT tuvieron lugar en las primeras 24 horas de TET y ningún paciente con AUT fue reintubado. De las 2 retiradas por MAN, se reintubó a un paciente.

	n = 150
Tipo de TET, n (%)	
Orotraqueal	117 (78)
Orotraqueal anillado	6 (4)
Nasotraqueal	1 (0.7)
Cánula traqueotomía con globo	14 (9.4)
Cánula de traqueotomía plata	11 (7.3)
Tubo anillado en traqueotomía	1 (0.7)
Días permanencia de TET, mediana (RIC)	3 (1 – 7)
Días total de TET	731
Tubos traqueales	564
Cánulas traqueotomía	167
Motivo retirada TET, n (%)	
Planificada	110 (73.3)
Autorretirada	3 (2)
Maniobras	2 (1.3)
Mal funcionamiento	3 (2)
Obstrucción	4 (2.7)
Alta con TET	28 (18.7)

Conclusiones

Nuestras tasas de AUT y MAN están por debajo de los estándares establecidos. En nuestra cohorte de pacientes, la CM no evita la AUT. Se produce en pacientes con dolor, despiertos y/o agitados.

Sala Menorca 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 331

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE UCI EN RELACIÓN A LA SEGURIDAD DE LA CANALIZACIÓN DE VÍAS ARTERIALES

Gloria María Muñoz Rubio; A. Rojo Rojo; R. Gallego Fernández; E. Martínez Abril
Hospital Universitario Virgen Arrixaca

Objetivos/Introducción

La canalización de catéteres en las vías arteriales periféricas (radial, braquial y pedia anterior entre otras), es una actividad comunmente desarrollada por la enfermería de las UCIs, para el manejo y monitorización hemodinamico y respiratorio de paciente. Su uso implica una serie de riesgos asociados, como el fenómeno del “dedo azul”. La evidencia muestra, que aspectos como el lugar de colocación del paciente, el tipo de cateter, la realización de pruevas de valoración de circulación y calibre arterial, así como la patología y drogas vasoactivas del paciente, condicionan el riesgo de aparición de este sindrome. A raiz de un caso negativo, nuestro objetivo, es determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería de nuesta UCI en relación a la técnica de canalización de vías arteriales radiales y braquiales.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre el personal de enfermería de UCI del HUVA. Se diseñó un cuestionario ad hoc. tomando variables independientes (edad, experiencia...) y dependientes (lugar de punción, tipo de catéter, uso de eco, test Allen, etc).

Resultados/Intervenciones

El personal de enfermería es el respobsable de la canalización de las vías arteriales periféricas en un 95%, prefiriendo su canalización en arteria radial frente a la braquial (83% vs 17%). El uso de la ecografía lo realizan un 5% de los entrevistados; el Test de Allen no es usado. Esto muestra concepciones erroneas e inseguras (evidencia muestra mayor seguridad art braquial vs radial), y prácticas inseguras en relación al riesgo de eventos tromboticos de las vias arteriales (No uso de Allen, no uso de Ecolocalización)

Conclusiones

El personal de enfermería de la UCI del HUVA, muestra conocimientos y actitudes deficientes en relación a la canalización de vías arteriales periféricas (braquiales vs radiales), realizando prácticas inseguras y no usando por contra recomendaciones seguras segun evidencia.

Sala Menorca 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 350

CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO

Juan José Rodríguez Mondéjar; RMª. Cascales Rubio
UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. Facultad de Enfermería. UMU. IMIB-Arrixaca. Campus Mare Nostrum, Servicio Murciano de Salud

Objetivos/Introducción

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el cuidado del paciente neurocrítico incluye medidas específicas, como la monitorización invasiva de presiones y el control neurológico, clínico e instrumental. La monitorización de la presión intracraneal (PIC) es fundamental detectar precozmente complicaciones.

Objetivo:
Analizar las intervenciones y cuidados de Enfermería de la monitorización de la PIC, comparándolos con los estandarizados en los protocolos.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo, longitudinal. Lugar: UCI de Hospital Clínico Universitario de 33 camas Temporalidad: Primer cuatrimestre 2018. Sujetos a estudio: todos aquellos pacientes con monitorización intracraneal. Desarrollo: se desarrolló un cuestionario ad hoc con 69 items. Con datos sociodemográficos y clínicos. Procesamiento estadístico: con programa IBM SPSS Statistics v23., calculando variables cuantitativas con media y DE, y cualitativas con frecuencias y porcentajes. Normas éticas: aplicado la normativa vigente con relación a la intimidad del paciente y a la protección de datos personales.

Resultados/Intervenciones

49 valoraciones de la PIC y relacionados. El 55.1% eran mujeres (n=27), siendo la edad media de 47,31 años DE10 (36-63). en 85,7% el cero se encontraba a la altura del pabellón auricular; en 93,9% se cubría y curaba la zona de inserción del catéter; en el 85,7% se encontraba la posición de la cama en 25-30º; en el 100% se medía la PIC, en el 95,9% se medía la Presión de perfusión cerebral (PPC), y en el 98% el reflejo pupilar de forma eficaz. Se observó que en el 93,9% de las valoraciones, la PIC era mayor a 20 en las últimas 24h, la PPC era menor de 60 en el 85,7% y la temperatura era mayor de 37,5ºC, en un 95,9% de las valoraciones.

Conclusiones

Se observan buenos resultados respecto al manejo de enfermería en el paciente con monitorización de la PIC. La PIC, PPC y Tª obtenidos pueden indicarnos en estos pacientes una ligera hipertensión endocraneal.

Financiación

No ha habido ningún tipo de financiación para este estudio.

Palabras clave

Presión Intracraneal • Cuidados críticos • Monitorización • Cuidados enfermería • Monitorización Neurofisiológica

Sala Menorca 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 84

ALTA ASISTIDA DE CUIDADOS INTENSIVOS: LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES A FAVOR DEL PACIENTE

Manuel Montes Vázquez; Ascensión Ruíz Flores; Ana Troya Becerra; Gema Rubio Gallardo; Vanesa García Cañadas; Castillo Sánchez Vidal; Carolina Duarte Muñoz
Hospital Universitario Virgen de Valme

Objetivos/Introducción

La estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), superada una enfermedad crítica, provoca en los primeros días post-uci cuadros de ansiedad, sensación de desatención, miedo. El alta asistida consiste en el acompañamiento del paciente por el equipo asistencial a su unidad de destino e intercambio de información con el equipo de referencia. Esta nueva actividad que va a desarrollar nuestra unidad se encuadra en dos líneas de trabajo que están de actualidad en este momento y en las que los servicios especiales deben ser líderes, la seguridad del paciente y la humanización de los cuidados intensivos.

Objetivo General:

Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes dados de alta de UCI. Objetivos específicos: Disminuir la ansiedad y fomentar la confianza en paciente y familiares/cuidador en la continuidad de los cuidados.

Metodología/Observación clínica

Criterio de inclusión, estancia superior a 20 días. El alta pacientes se planteará en las 48 horas anteriores a ser efectiva. La unidad se pondrá en contacto con la enfermera responsable del paciente para coordinar el traslado. El equipo de UCI estará formado por el enfermero y auxiliar referentes del paciente. En la unidad de destino la recepción la llevará a cabo el enfermero y auxiliar que tienen asignado el paciente. A pie de cama, se hará la transmisión oral de aquellas observaciones que se consideren deban ser tenidas en cuenta por el enfermero referente.

Resultados/Intervenciones

El 1 de Marzo del 2018 se inició el programa, de los 764 pacientes ingresados en nuestra unidad, 17 pacientes han sido acompañados por el equipo de enfermería de UCI, 9 cumpliendo los criterios iniciales, 8 se han beneficiado del programa atendiendo a las necesidades de los pacientes.

Conclusiones

Para paciente y familia aporta tranquilidad y confianza en el sistema, es individualizado, facilita la comunicación entre unidades, pretende garantizar la continuidad de cuidados.

Palabras clave

Traslado • seguridad • equipo de UCI

Sala Menorca 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 247

DESTINO DE LOS PACIENTES ASISTIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS DURANTE EL AÑO 2018

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; R. Guillamón Candel[2]; A. Soriano Román[1]; M. Andía Chong[1]
UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Servicio Murciano de Salud; 2. Facultad de Enfermería. UMU. IMIB-Arrixaca. Campus Mare Nostrum

Objetivos/Introducción

Las unidades de urgencias y emergencias prehospitalarias tienen como uno de sus fines la atención precoz en situaciones graves o con compromiso vital de los pacientes. Con el uso inadecuado y la sociedad de complacencia se ha aumentado la demanda de la atención domiciliaria.

Objetivo

Cuantificar el destino de los pacientes atendidos por una unidad móvil de emergencias, y el recurso utilizado para el mismo.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y longitudinal. Lugar: Unidad móvil de emergencias (UME). Muestra: Pacientes atendidos en dos guardias del equipo. Temporalidad: De enero a diciembre del 2018. 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: SPSS v23, con cálculo de media y DE para las cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Normas éticas: se han aplicado las normas de confidencialidad y protección de datos.

Resultados/Intervenciones

834 avisos, edad media 59,3 años DE24,2(0-99), con 80 o más años 27%, varones 432 (52%), tiempo medio de respuesta 9,2 minutos DE5,1(0-34), tiempo medio de llegada al lugar 9,5 minutos DE5,5(0-46), con percentil 50 establecido en 8 min. Destino del paciente: hospital nivel III 48,8%, domicilio 30,4%, se envía a domicilio (no estaba allí) 3,9%, hospital nivel II 11,8%, centro de salud 1,6%, en el lugar del aviso (judicial) 1%, hospital psiquiátrico 0,7%, hospitales privados 0,7%, otros 1,1%. El 63,7% se remiten a centros asistenciales, y 36,3% no los precisan. La unidad utilizada fue la UME 35%, ambulancia no asistencial (ANA) 25,3%, por medios propios 39%, otros 0,8%.

Conclusiones

Los pacientes son atendidos dentro de una isócrona inferior a 12-15 minutos, y su destino corresponde mayoritariamente a un centro asistencial. El medio utilizado para llegar al destino definitivo fué por medios propios, seguido de la UME.

Financiación

No ha existido financiación para este proyecto,

Palabras clave

medicina de emergencia • urgencias médicas • ambulancias

Sala Menorca 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 260

REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE SED EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN QUIRÚRGICA

Sonia Aparicio Ibáñez; M. Juncos Gozalo; D. Molina Villaverde; I. Araque Criado; A. Ponce Figuereo
Hospital Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Una de las mayores preocupaciones de los profesionales de las unidades de críticos es el bienestar de los pacientes durante su estancia. Esta preocupación deriva de la verbalización que los pacientes tienen respecto a su confort durante el ingreso; habitualmente refieren alto grado de malestar en relación al ruido, dolor, temperatura, aspectos que se pueden mejorar con el establecimiento de protocolos. Uno de los aspectos que mayor disconfort produce es la sed, por ello el objetivo del presente trabajo fue establecer un protocolo para reducir la sensación de sed en los pacientes ingresados en la unidad.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio cuasiexperimental de tipo antes/después Ámbito: Unidad de Reanimación Periodo de estudio: 2017-2018 Tamaño muestral: todos los pacientes con estancia en la unidad Intervención: En 2017 se realiza encuesta creada ad hoc para monitorizar el bienestar a los pacientes que ingresan en la unidad previa al alta. Tras análisis de los resultados, se crea protocolo mediante revisión bibliográfica. Previo a implementación en la unidad, se realizan sesiones de formación a todo el personal y se aloja en la intranet para mayor accesibilidad. Tras implantación en 2018, se realiza nuevamente encuesta a todos los pacientes al alta. Variable principal: cambios en la sensación de sed antes y después de intervención

Resultados/Intervenciones

Se forma al 100% del personal de la unidad. Se incluye el protocolo en el manual de acogida al personal de nueva incorporación. Tras la implantación y seguimiento del protocolo, se detecta reducción de un 10% de la sensación de sed.

Conclusiones

La aplicación de un protocolo basado en la evidencia tras análisis y detección del problema, con formación del personal garantiza una mayor implicación y mayor grado de adherencia, favoreciendo de ese modo una mejora en la calidad del cuidado al paciente crítico.

Financiación

No.

Palabras clave

BIENESTAR • CONFORT • REANIMACION • SED

Sala Menorca 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 363

PROGRAMA DE INTERVENCIONES ENFERMERAS EN TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN BÁSICA Y ASISTIDA EN EL PACIENTE CRÍTICO (PROGRAMA CONECTEM)

Marta Prats Arimón[1]; MC. Moreno Arroyo[2]; MT. Lluch Canut[2]; J. Roldan Merino[2]; MA. Hidalgo Blanco[2]; M. Puig Llobet[2]

1. Hospital de la Cerdanya; 2. Universidad de Barcelona

Objetivos/Introducción

El cambio repentino y grave sobre la salud que experimentan los pacientes críticos suele tener un efecto psicoemocional negativo que puede influenciar la evolución de su estado. La comunicación en este proceso es la clave para comprender la vulnerabilidad emocional de estos pacientes y poder mejorar su cuidado.

Objetivo:

evaluar la efectividad de un programa de intervenciones enfermeras en técnicas de comunicación básica y asistida en pacientes críticos transferidos en el Servicio de Emergencias Médicas (SEM)

Metodología/Observación clínica

Diseño cuasi-experimental pre-post test con grupo intervención y control. Se ha llevado a cabo SEM de Catalunya. La muestra estuvo compuesta por 52 n grupo control y 68 n grupo intervención. Para evaluar la efectividad del programa, se recogieron a través de tres escalas validadas las variables psicoemocionales del paciente crítico dolor, ansiedad y estrés postraumático.

Resultados/Intervenciones

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparativa entre el grupo intervención y el grupo control, a favor del grupo de intervención ($p < 0,05$). En el grupo de intervención, el dolor disminuyó en un 29% (72,4 vs 43%), la ansiedad se redujo en un 61% (86,1% vs 24,6%) y los síntomas de trastorno de estrés postraumático se redujeron en un 12% (61,5 vs 49%).

Conclusiones

El Programa CONECTEM fue eficaz para reducir los resultados psicoemocionales (dolor, ansiedad y estrés postraumático) de pacientes críticos en el SEM.

Palabras clave

comunicación básica • comunicación asistida • paciente crítico • ambulancia • intervenciones enfermeras

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Comunicaciones orales

Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019**

De 09:00 a 09:45 h.

ID 78
SMART UCI Y ENFERMERA DE MONITORES

ID 134
COLOCACIÓN SONDA POST-PILÓRICA Y DETERMINACIÓN DEL PH A PIE DE CAMA: ¿PUEDE SER UNA ALTERNATIVA?

ID 150
ELIMINACIÓN EXTRACORPÓREA DE CO_2 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ID 246
PROGRAMA FORMATIVO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA ECCO2R

De 09:50 a 10:35 h.

ID 40
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPOSICIÓN LUMÍNICA EN UNA UCI

ID 179
CUIDADOS ENFERMEROS EN EL DESCANSO NOCTURNO: ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO IMPLEMENTADO EN UCI

ID 252
CALIDAD DEL DESCANSO NOCTURNO EN PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 282
MUSICOTERAPIA ¿PUEDE MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO DE PACIENTES DE UCI? ESTUDIO PILOTO

ID 314
NIVEL DE RUIDO Y EL SUEÑO DE LOS PACIENTES EN UNA REANIMACIÓN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 78

SMART UCI Y ENFERMERA DE MONITORES

Gustau Zariquiey Esteva[1]; X. Nuvials Casals[2]; N. Vila Batllori[3]; E. Gallart[2]; A. Riera Badia[2]; S. Francés Julián[2]; A. Palomino Barbero[2]

1. Unitat de Processos Vall d'Hebron Campus; 2. UCI Vall d'Hebron; 3. Seguretat del Pacient Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

La monitorización del paciente crítico es una necesidad indiscutible no sólo en términos de seguridad, sino también en lo que respecta a la vigilancia y anticipación al posible deterioro del paciente. Existe un indicador de calidad titulado "Manejo de las alarmas de monitorización que justifica la necesidad de "una formación específica del personal" ya que "el incorrecto manejo de las alarmas aumenta la morbi-mortalidad […] y disminuye así la calidad del cuidado y la seguridad del enfermo" (1). El objetivo es definir el rol de la "enfermera de monitores" de una UCI de tercer nivel recientemente inaugurada.

Metodología/Observación clínica

Trabajo realizado en la central de alarmas de una UCI de nivel 3, con el pretexto de centralizar todas las alarmas. En el contexto de un nuevo espacio y nuevo equipamiento la presencia de la enfermera de monitores se consideró imprescindible. Se abordó desde el paradigma Lean, que es una filosofía de organización basada en un conjunto de principios y herramientas que aportan método científico y que en nuestro centro se emplea como modelo de gestión. Se creó un grupo de mejora, se llevó a cabo observación directa y posteriormente se analizaron en grupo todos los datos y se planteó el objetivo.

Resultados/Intervenciones

El principal resultado es haber definido el rol de la enfermera de monitores. Otros resultados son la creación del grupo de mejora que será el encargado de liderar la mejora continua en lo que respecta a este proyecto. Además de la cohesión del equipo o la mejora de la experiencia durante el turno de trabajo, que son difíciles de cuantificar.

Conclusiones

- El enfoque Lean aborda los problemas de raíz y con una visión global.
- El trabajo en equipo es crucial para la resolución de retos.
- El análisis centrado en el paciente focaliza los esfuerzos cuando se trabaja un proyecto.

Palabras clave

Alarmas clínicas • Lean Healthcare

Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 134

COLOCACIÓN SONDA POST-PILÓRICA Y DETERMINACIÓN DEL PH A PIE DE CAMA: ¿PUEDE SER UNA ALTERNATIVA?

Josefa Valls-Matarín; A. Jorge Castillo; RM. Peradejordi Torres; I. Sandalinas Mulero
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Conocer la tasa de éxito en la colocación de la sonda post-pilórica después de la incorporación de la técnica de inserción a pie de cama con técnica ciega en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Determinar si la medición del pH del líquido aspirado al final de la técnica es un método seguro para comprobar su ubicación.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal en una UCI polivalente de 12 camas. Se incluyeron pacientes 18 años entre octubre-2017 a octubre-2018 que se insertó una sonda nasoyeyunal (SNY) modelo Tiger2. Se recogieron datos demográficos, motivo y tiempo de colocación, número de intentos, Rx, administración de peristálticos, determinación de pH (tiras Siemens/Multistix) de la muestra obtenida al final de la técnica. Se consideró pH>5 el punto de paso post-pilórico. Estadística descriptiva con porcentajes y medias. Prueba exacta de Fisher.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 36 intentos de inserción de SNY a 18 pacientes, el 77,8% fueron hombres y la media de edad de 64,1(DE=9,3)años. El principal motivo (83,3%) por gastroparesia. El 61,1%(n=22) de los intentos la colocación fue post-pilórica. De estos el 50% se colocó en el primero, el 18,2% en el segundo y el 31,8% en 3 intentos. La media de tiempo de colocación fue de 4h 36 min(DE=1h21min). Todos recibieron medicación peristáltica y se comprobó su ubicación por Rx. La media de Rx/paciente fue de 2(DE=1) De los 21 intentos que había registro de pH final, el 52,4%(n=11) no se obtuvo muestra. De las que se obtuvo y tenía un pH>5, el 70% (n=7) estaba en posición post-pilórica frente al 20% (n=2) que no lo estaba, p=1. (Tabla1)

Conclusiones

La colocación a pie de cama de la SNY puede ser una alternativa viable. La determinación del pH por sí solo no parece ser un indicador seguro de la posición de la sonda, aunque sería necesario ampliar la muestra para validar dicha opción.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

intubación gastrointestinal • concentración de iones de hidrógeno • enfermería • cuidados intensivos

Tabla 1: Relación entre colocación post-pilórica/pH

Inserción post-pilórica	pH>5	pH=5
Si(n)%	(7)70%	(1)10%
No(n)%	(2)20%	-

Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 150

ELIMINACIÓN EXTRACORPÓREA DE CO_2 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Fernanda Gil Almagro; Francisco Javier Carmona Monge; Belén Barranco García; Juan Carlos Sánchez García; Sonia Navarro Ortega
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos/Introducción

La eliminación extracorpórea de CO_2 se realiza mediante dispositivos que extraen CO_2 de la sangre venosa mediante su paso a través de una membrana. Se utiliza principalmente en pacientes con Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA), en los que es frecuente la aparición de hipercapnia importante.

Metodología/Observación clínica

Paciente de 71 años de edad con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda en el contexto de un shock séptico. La situación respiratoria no mejora tras soporte ventilatorio, cobertura antibiótica y colocación en decúbito prono; continuando con niveles de CO_2 de 74.9 (gasometría venosa). Se inicia terapia de eliminación extracorpórea de CO_2 mediante Prismalung, añadiendo además terapia de HDFVVC por fracaso renal agudo. Tras el inicio de la terapia, se consiguió una mejora progresiva de las cifras de pCO_2 (52.9 y 67.2). Ocho días tras el inicio de la terapia se consiguen cifras de pCO_2 venosas de 40.4, decidiéndose la suspensión de la terapia, manteniendo HDFVVC.

Resultados/Intervenciones

DE 00030 Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión manifestado por hipercapnia DE 00004 Riesgo de infección manifestado por procedimientos invasivos y defensas secundarias inadecuadas DE 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con el tratamiento DE 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c el tratamiento 084003 Colocar en la posición terapéutica indicada 0804036 Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición CP Sepsis 6680 Monitorización de signos vitales 2440 Mantenimiento del dispositivo de acceso vascular

Conclusiones

La terapia de eliminación extracorpórea de CO_2 mediante Prismalung es una técnica altamente eficaz para el difícil manejo de la hipercapnia. En nuestra paciente, se consiguieron solucionar los diagnósticos de enfermería identificados, así como controlar y evitar la aparición de las complicaciones potenciales identificadas. La estandarización de los cuidados de enfermería en pacientes con una elevada necesidad de atención de enfermería es fundamental para asegurar la calidad de los cuidados proporcionados.

Palabras clave

Plan de cuidados • Prismalung

Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:00 a 09:45 h.**

ID 246

PROGRAMA FORMATIVO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA ECCO2R

M. Cots; J. Prados; X. Castillo; E. García; M. Escarp; N. Ramon; E. Juan; M. de la Llana; T. Pérez; M. Miralbes
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

En los últimos años, los avances técnicos han permitido que la ECCO2R sea una técnica simple y factible, y se ha posicionado como una herramienta más para el soporte de pacientes con SDR grave y alta mortalidad. Sin embargo, la asistencia con ECCO2R sigue siendo compleja y sigue estando asociada a complicaciones. Es por esto, que ha de generarse un entorno adecuado alrededor del paciente crítico que requiere la técnica. La asistencia de excelencia, se alcanza mediante formación y se mantiene con una asistencia mínima en un período de tiempo, todo ello, ayuda a afinar en las indicaciones, minimiza las complicaciones y optimiza el equipamiento, por lo que se lleva a cabo una técnica segura y eficaz. Realizar un programa formativo dirigido a los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos para afrontar la llegada de pacientes que precisen la instauración de Prismalung.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un revisión bibliográfica en diversas bases de datos. Diversos estudios experimentales demuestran que la ECCO2R es factible, eficaz y segura, y que un correcto uso de la técnica la concibe como un tratamiento complementario en los pacientes con SDRA grave.

Resultados/Intervenciones

Se realiza un programa formativo a los profesionales de enfermería del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Se proponen dos ámbitos de formación: práctico y teórico. Se impartirán sesiones con los puntos más importantes para poder llevar a cabo una correcta técnica, videosesiones dónde se muestren los diferentes pasos para iniciar el dispositivo, etc.

Conclusiones

La realización de un programa formativo ayudaría a los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Arnau de Vilanova a adquirir conocimientos y habilidades específicas sobre la ECCO2R para poder llevar a cabo una técnica segura y eficiente, y así asegurar la eficacia de la técnica y reducir el riesgo de complicaciones.

Palabras clave

ECCO2R • Prismalung • Programa formativo

Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 40

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPOSICIÓN LUMÍNICA EN UNA UCI

P. García Pazo[1]; A. del Castillo[2]; MC. Nicolau[1]
1. Universidad de las Islas Baleares; 2. Hospital Universitario Son Llàtzer

Objetivos/Introducción

Los ritmos circadianos(RC) se sincronizan por diferentes señales biológicas siendo la de más peso el ciclo luz-oscuridad. Numerosas investigaciones relacionan el desarrollo del delirio con la precipitación de factores de riesgo como niveles anormales de melatonina y pérdida de RC. La estancia en UCI podría influir en la alteración del ciclo sueño-vigilia. El objetivo de este trabajo es valorar los cambios de luz-oscuridad que reciben los pacientes ingresados en UCI y si la luminosidad está acorde con la normativa europea(tabla 1).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional no intervencionista realizado en la UCI del Hospital Son Llàtzer (17 camas) durante diez días consecutivos, mediante la colocación de dos sensores lumínicos por habitación para evaluar la luminosidad y los cambios de luz-oscuridad a lo largo del día, consiguiendo un registro de luxes cada 15 minutos. Análisis de los datos con el programa HOBOwareR, realizando una descripción horaria de los luxes de forma individual por box. Se compararon los datos obtenidos con las recomendaciones de la normativa europea de iluminación de interiores(UNE-EN 12464-1).

Resultados/Intervenciones

Análisis descriptivo por zonas, diferenciando camas orientación oeste (ZO), este (ZE) y sin luz natural directa (ZC) (gráfico 1). No se observaron diferencias entre las camas agrupadas en la ZE y ZO (C.I.=0,956;C.I=0,984), si en la ZC (C.I=0,586). Analizando por franjas horarias durante el periodo nocturno (22-7h) no existen diferencias entre zonas, mientras que en el periodo diurno (7-22h) la zona E es la de mayor exposición lumínica (ZE vs ZO $p<0.001$; ZE vs ZC $p<0.001$), cumpliendo la normativa, seguido de ZO y de ZC, que estarían por debajo de la normativa.

Conclusiones

Existe una importante diferencia de exposición lumínica durante el periodo diurno, respetando el descanso nocturno en todas las camas. La ZE es la única que cumple la normativa, por lo que sería adecuado ubicar en esta a los pacientes con alto riesgo de delirio.

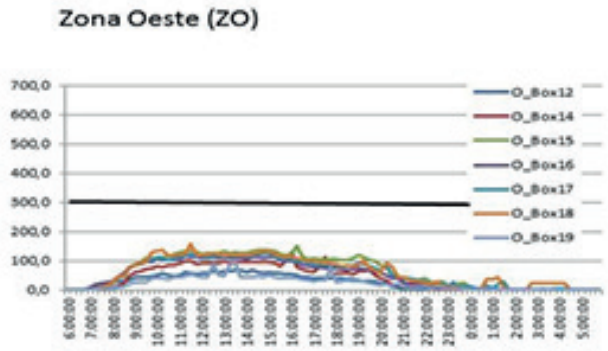
Palabras clave

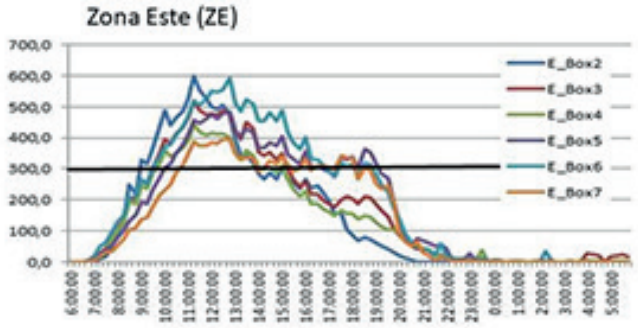
Ritmos Circadianos • Luz • Delirio

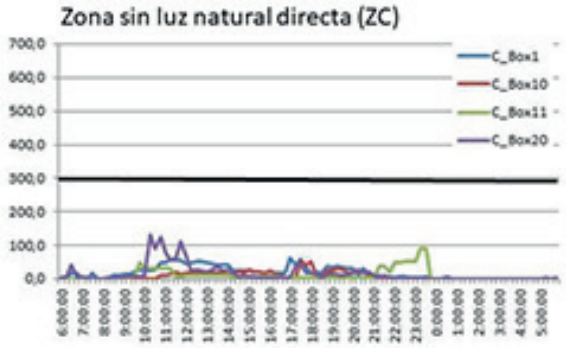
sigue –>

	E_m lux	Observaciones
Alumbrado general	100	A nivel suelo
Exámenes Simples	300	A nivel suelo
Exámenes tratamiento	1000	A nivel cama
Vigilancia nocturna	20	

Tabla 1.
"E_m" iluminación media horizontal: valor medio de la iluminación horizontal en la superficie considerada.







Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 179

CUIDADOS ENFERMEROS EN EL DESCANSO NOCTURNO: ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO IMPLEMENTADO EN UCI

Marta Martín Martínez[1]; L. Ruilope Alvaro[2]; C. Rodríguez Núñez[1]; A. Vallejo de la Cueva[2]; N. Aretxabala Cortajarena[1]; A. Iglesias Rodríguez[1]; M. García Corres[2]; J. Irigoien Aguirre[1]; R. Martínez Ciudad[1]; ME. García Lorenzo[1]

1. Hospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza; 2. Hospital Universitario Araba (Santiago). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) por su alta complejidad son lugares con numerosos factores disrruptores del descanso nocturno en los pacientes ingresados.

Objetivos

Analizar el cumplimiento de las medidas de fomento del descanso-sueño tras la implementación de un protocolo en UCI. Conocer el tratamiento analgesico e inductor del sueño utilizado UCI.

Metodología/Observación clínica

Tipo Estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Población: Pacientes que ingresan en la UCI del Hospital Universitario Araba (HUA) Criterio exclusión: Ingreso <48 horas. Pacientes con alguna alteracion mental, déficit cognitivo y/o sensorial. Pacientes menores de 18 años Periodo estudio: Diciembre 2018- Enero 2019. Variables: Cierre puertas y persianas, Monitores en silencio, espaciar constantes, Ajustar tratamiento entre las 00h y 07h, ofrecer tapones, apagar luces boxes y controles, Administracion inductores sueño y cuáles, administración de anagésicos y tipo de los mismos. Herramientas: Programa informático Metavision, check list ex professo. Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0. Aprobación Comité de Ética HUA.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 61 revisiones. En un 93,4% se habían cerrado puertas de boxes y en un 62,3% se bajaron las persianas. Los monitores en modo silencio alcanzó un 96,7%. En un 36,1% se espaciaron constantes (diuresis y presión arterial). No se ofrecieron tapones en un 91,8%. Las luces interiores del box se apagaron en un 90,2%. En el caso de las luces exteriores se apagaron en un 80,3% de los casos. A un 49,2% de los pacientes se les administró inductores del sueño. Los fármacos más usado fueron, lorazepam (21,3%) y lormetazepam (13,1%). Al 73,8% de los pacientes se les administró tratamiento para el dolor, siendo el más utilizado el paracetamol (27,9%).

Conclusiones

Debemos mejorar la medida de ofrecer tapones y espaciar constantes en los casos que sean oportunos, ya que son medidas eficaces para disminuir el ruido ambiental. La mitad de pacientes recibieron medicación para inducir el sueño; sería beneficioso primero realizar medidas no farmacológicas, y no ser una medida rutinaria.

Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 252

CALIDAD DEL DESCANSO NOCTURNO EN PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Martín Martínez[1]; C. Rodríguez Núñez[1]; L. Ruilope Álvaro[2]; N. Aretxabala Cortajarena[1]; A. Vallejo de la Cueva[2]; D. Muñoz Martín[2]; M. García Corres[2]; J. Irigoien Aguirre[1]; G. Martínez de la Pera Martínez[1]; SJ. Iribarren Diarasarri[1]
1. Hospital Universitario Araba (TXAGORRITXU). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza; 2. Hospital Universitario Araba (SANTIAGO). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Objetivos

Evaluar la calidad del sueño percibida por los pacientes críticos. Conocer los factores relacionados que influyen en el descanso nocturno.

Metodología/Observación clínica

Estudio Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Población: Pacientes conscientes y orientados que pernoctan al menos 48 horas en la UCI del Hospital Universitario Araba(HUA). Criterios exclusión: Ingreso menor a 48 horas. Pacientes con alteración mental, déficit cognitivo y/o sensorial. Pacientes<18 años. Pacientes sin capacidad de comunicación verbal o no verbal. Periodo de estudio: Diciembre 2018-Enero 2019. Variables: Calidad del sueño de los pacientes en su casa, calidad del sueño en UCI, grado de somnolencia diurno, factores ambientales, medicación hipnótica administrada, temperatura de la habitación así como variables sociodemigraficas. Herramientas: Programa informático Metavision, encuesta Freedman, cuestionario Richards-Cambpell, análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0. Aprobación Comité de Ética HUA.

Resultados/Intervenciones

La calidad del sueño de los pacientes en su casa fue de 7/10 (DE 2.055) siendo en la UCI 5/10 (DE 2.465). Más del45% de los pacientes refiere dormir mal durante el ingreso. Cerca del 60% (DE 2.53) de los encuestados refiere estar alerta durante el día. Las alarmas del monitor fueron el factor que más interrumpía el sueño (30%, DE 2.75). El ruido, luz, cuidados de enfermería fueron factores disruptores con un 19,6% de los encuestados (DE2.79) En general, refieren dormir regular (5/10). El50% de los pacientes refieren tener un sueño ligero, con dificultades para conciliarlo despertandose a media noche y no pudiendo volver a dormise. Más del 73% de los encuestados refieren que la temperatura del box fue adecuada. Un 79% no tomaba tratamiento inductor al sueño en casa y casi un 51% si toma en la UCI.

Conclusiones

A pesar de haber aplicado un protocolo de descanso nocturno en UCI, la mayoría de los pacientes refieren que la calidad del sueño en sus noches de ingreso ha sido regular. Haremos hincapié al revisar el protocolo en el factor disruptor del sueño que más altera el descanso de los pacientes, el ruido.

Palabras clave

sueño • calidad • cuidados intensivos

Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 282

MUSICOTERAPIA ¿PUEDE MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO DE PACIENTES DE UCI? ESTUDIO PILOTO

Carmen Carrilero López[1]; F. Martínez Quesada[1]; MJ. García Corcoles[1]; MD. Saiz Vinuesa[1]; C. Ramón Rodríguez[1]; I. Murcia Sáez[1]; M. Munera Valero[2]; E. Beltrán Escavy[1]; F. Romero Navarro[1]; RM. Jiménez Parra[1]

1. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2. Centro de Terapias Artísticas y Musicoterapia "Soy Música"

Objetivos/Introducción

La privación del sueño es una preocupación en pacientes críticamente enfermos. La incapacidad para dormir son factores productores de estrés y ansiedad durante la estancia en la UCI La música puede disminuir la angustia y preocupación en pacientes de UCI Nuestro objetivo es estimar el efecto de la musicoterapia en la mejora del sueño.

Metodología/Observación clínica

Estudio experimental controlado aleatorio de dos brazos (grupo de estudio y grupo control), unicéntrico realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos. En el grupo intervención o estudio recibirán una sesión de musicoterapia con el fin de disminuir la ansiedad y estrés. Se recogen variable demográficas, antecedentes, motivo ingreso, APACHE II, nivel de ruido, EVA, CAM-ICU, estancia en UCI y éxitus. Instrumento: Escala Richards-Campbell Sleep (RCS). Aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del Hospital.

Resultados/Intervenciones

Se han reclutado 9 pacientes, 5 grupo convencional y 4 musicoterapia, la mayoría han sido hombres 7 (77,8%), edad media 60;DE:16 IC95%(48-73), motivo ingreso mas frecuente insuficiencia respiratoria 4 (44,4%), APACHE II medio ingreso 15;DE:7; IC95%(10-20), antecedentes de alcohol 2(22%) de toma psicótropos 2 (22%). Vemos una mejoría en la evaluación del sueño a lo largo de los días en el grupo estudio (día 1: R-C=57(RI:12-196), día 4: R-C=350(RI:110-360)) y una disminución en el tratamiento convencional (día 1: R-C=315(RI:90-425), día 4: R-C:125(RI:120-180)).

Conclusiones

Nuestros datos preliminares muestran que la musicoterapia podría mejorar la calidad de sueño durante los primeros 4 días. Creemos que medidas como la musicoterapia podrían mejorar la calidad de sueño, por este motivo se ha implantado un protocolo de estudio.

Palabras clave

Musicoterapia • Unidad de Cuidados Intensivos • Enfermería • Sueño

Sala Menorca 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 09:50 a 10:35 h.**

ID 314

NIVEL DE RUIDO Y EL SUEÑO DE LOS PACIENTES EN UNA REANIMACIÓN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cristina González Blasco; Cristina Bravo Páramo; Virginia Díaz Teruel; Blanca Isabel Fernández Alonso; M. Rosario Hernández García; Beatriz Hernández Iglesias; Pilar Cantizano Carrasco; Sandra Ramos Sánchez; Francisco Javier Sánchez Chillón; Marta María Torres Romero
Hospital 12 de Octubre, Madrid

Objetivos/Introducción

La teoría del entorno fue descrita por F.Nightingale en 1980, en ella se hace referencia al control del ruido, temperatura e iluminación. Investigaciones más actuales apuntan que el ruido y la luz son los problemas que más entorpecen el sueño nocturno en unidades de cuidados intensivos.

Objetivo:
Conocer los niveles de ruido y su relación con el sueño de los pacientes críticos ingresados en una reanimación de un hospital terciario.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal, llevado a cabo entre junio y julio de 2018 en una reanimación de un hospital terciario. La población diana son pacientes críticos cuidados en dicha unidad. El ruido es medido mediante unos sonómetros clase II (precisión ±0,1 dB). El sueño de los pacientes se obtiene mediante la escala Richards-Campbell. Además se recogen variables como edad, sexo, fármacos analgosedantes y dolor. Se informa al paciente del propósito del estudio y se pide su consentimiento. Se calculan porcentajes para variables cualitativas y media con desviación estándar para cuantitativas.

Resultados/Intervenciones

Participan 32 pacientes, con una edad de 69,06±14,22 años, siendo el 68,8% hombres. Solo el 31,3% manifiesta tener una calidad de sueño adecuada. El 84,4% no tiene prescrita medicación para dormir. Los niveles de dolor se encuentran en 3,75±2,9 encontrando que el 93,8% tienen prescrito analgesia durante el día. Se han realizado 32 mediciones de ruido en la cabecera del paciente, con valores nocturnos medios de 54,26±1,25 dB, situándose por encima de lo recomendado por la OMS. Durante la noche el 100% de los monitores de cabecera se encuentra con un nivel acústico 5/5. El 66,7% de las bombas de infusión están en niveles acústicos de 3/3 y el 20% 2/3.

Conclusiones

Los niveles de ruido durante la noche sobrepasan las recomendaciones de la OMS, encontrando una calidad del sueño moderadamente mala, siendo necesario tomar medidas para mejorarlo

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

- Lunes, 10 de Junio de 2019. *Sala Formentera 1*
- Lunes, 10 de Junio de 2019. *Sala Formentera 2*
- Lunes, 10 de Junio de 2019. *Sala Formentera 3*
- Martes, 11 de Junio de 2019. *Sala Formentera 1*
- Martes, 11 de Junio de 2019. *Sala Formentera 2*
- Martes, 11 de Junio de 2019. *Sala Formentera 3*
- Miércoles, 12 de Junio de 2019. *Salas Formentera 1 y 2*

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 10:10 a 10:30 h.

ID 48
¿QUÉ OPINAN LOS FAMILIARES DE LA AMPLIACIÓN DE HORARIO DE VISITA EN EL ÁREA DE VIGILANCIA INTENSIVA (AVI) DEL HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA?

ID 228
EFECTOS DE UNA POLÍTICA DE VISITAS ABIERTA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 336
ACOGIDA FAMILIAR DE PACIENTES NEUROCRITICOS AL ALTA DE UCI

ID 349
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACA

De 10:30 a 10:50 h.

ID 258
PACIENTES CORONARIOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN (HGO) DE ESTELLA (NAVARRA) TRAS LA REALIZACIÓN DE UN CATETERISMO CARDÍACO

ID 259
ASISTENCIA CIRCULATORIA MEDICA PERCUTÁNEA DE CORTA DURACIÓN IMPELLA® COMO PUENTE AL TRANSPLANTE CARDÍACO: VÍA DE ACCESO FEMORAL VS ACCESO SUBCLAVIA

ID 290
DISPOSITIVOS DE CIERRE VASCULAR RADIAL TRAS ESTUDIO HEMODINÁMICO: TIPOS Y COMPLICACIONES

ID 320
ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PROCEDIMIENTOS DE CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL

De 10:50 a 11:10 h.

ID 120
DIFERENCIAS EN LA NECESIDAD FORMATIVA EN ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMERAS DE UCI EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CENTRO

ID 251
EXPERIENCIA FORMATIVA EN TÉCNICAS CONTINUAS DE REMPLAZO RENAL, EN UNA UNIDAD CORONARIA

ID 316
OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 11:10 a 11:30 h.

ID 22
PLAN DE FORMACIÓN DE ALUMNOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 30
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL ALUMNO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y PUESTA EN MARCHA DE UNA GUÍA DE ORIENTACIÓN

ID 151
ENTRENAMIENTO A TRAVÉS DE SIMULACIÓN ANTE SITUACIÓN EMERGENTE DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

ID 173
APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE SENSIBILIDAD MORAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

De 12:15 a 12:35 h.

ID 177
IMPACTO TRAS LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE VESICAL (ITU-SV) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 194
REDUCCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN EN HEMOCULTIVOS TRAS LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

ID 199
INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A CATETERISMO VESICAL EN EL PACIENTE CRÍTICO: FACTORES DE RIESGO

ID 332
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN EL ENFERMO CRÍTICO

De 12:35 a 12:55 h.

ID 109
DELIRIO POST SEDOANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

ID 111
DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO DE LA ESCALA CAM-ICU. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN EN NUESTRA UCI

ID 115
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL DELIRIUM EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 334
CONSECUENCIAS DEL FALLO COMUNICATIVO EN PACIENTES INTUBADOS Y DESPIERTOS

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 12:55 a 13:15 h.

ID 66
MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA OXIGENACIÓN CEREBRAL EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO: CUIDADOS DEL SENSOR DE PTIO2

ID 100
IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA EFICACIA DE LA POSICIÓN DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON DISTRÉS RESPIRATORIO EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

ID 295
CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO POR EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA): A PROPÓSITO DE UN CASO

ID 310
DECÚBITO PRONO EN EL PACIENTE ADULTO CON SDRA

De 13:15 a 13:35 h.

ID 172
LA MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 232
LA MUSICOTERAPIA COMO HERRAMIENTA REHABILITADORA EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 250
BENEFICIOS DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO MULTIDISCIPLINAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN UNA ERA TECNOLÓGICA

ID 294
MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS EN UNA UCI QUIRÚRGICA: RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE SEGURIDAD

De 13:40 a 14:00 h.

ID 38
CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LA UCI SOBRE LA HIGIENE DE MANOS

ID 130
RONDAS DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID 148
PREVENCIÓN Y VERIFICACIÓN PARA UN ECMO SIN COMPLICACIÓN

ID 262
RONDAS DE SEGURIDAD ENFERMERAS EN UCI: CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE BACTERIEMIA ZERO

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 14:00 a 14:20 h.

ID 16
APLICACIÓN CLÍNICA DE LOS MODELOS ESTANDARIZADOS DE TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN SBAR E IDEAS DURANTE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO POLITRAUMATIZADO

ID 267
RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI: CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO ITU ZERO

ID 286
¿EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ENCUENTRA SATISFECHO CON FLEXIBILIZAR LAS VISITAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

ID 297
PERCEPCIONES SOBRE LA REITERACIÓN DE INCIDENTES EN UN GRUPO DE SEGURIDAD DE PACIENTES DE UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

De 14:20 a 14:40 h.

ID 149
¿QUÉ PASA CUANDO ENFERMERÍA TOMA EL RELEVO EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES?

ID 208
VALIDEZ DE UN SISTEMA NO INVASIVO DE MEDICIÓN CONTINUA DE LA TENSIÓN ARTERIAL: MONITOR CLEARSIGHT

ID 268
RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS AISLAMIENTOS

ID 366
MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN TISULAR DE OXIGENO CEREBRAL: COMPARATIVA DE DOS SISTEMAS

De 14:40 a 15:00 h.

ID 124
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DONACIÓN EN ASISTOLIA TIPO III. DONANTES POTENCIALES ASISTOLIA CONTROLADA

ID 126
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO A UN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 184
ACTIVIDAD DE DONACIÓN TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA(MAASTRICHT III) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO NO TRANSPLANTADOR

ID 308
ESTANDARIZANDO LOS CUIDADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN EL MARCO DE UNA CERTIFICACIÓN ISO

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 48

¿QUÉ OPINAN LOS FAMILIARES DE LA AMPLIACIÓN DE HORARIO DE VISITA EN EL ÁREA DE VIGILANCIA INTENSIVA (AVI) DEL HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA?

Laura Salvador Zamora; I. Carmona; C. Cuzco
Hospital Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

Interpretar la opinión de los familiares sobre la ampliación de horarios de visita y su participación en la realización de los cuidados en los pacientes ingresados en el AVI del Hospital Clínic Barcelona.

Metodología/Observación clínica

Estudio de enfoque fenomenológico hermenéutico. Se realizaron 21 entrevistas individuales a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad, durante los 15 días que se llevó a cabo la ampliación de horario de visitas. Se elaboró un guión de preguntas en base a los temas de estudio. Se siguieron los criterios de fiabilidad, autenticidad y reflexividad durante el análisis de los datos. El análisis de contenido se realizó teniendo como base la metodología fenomenológica hermenéutica de la teoría de Ricoeur y como soporte informático se utilizó el programa Nvivo 11. Los participantes fueron informados por escrito y verbalmente del propósito del estudio y se les explicó también que su participación seria voluntaria. Se proporcionó a todos los participantes un formulario de consentimiento informado antes de ser entrevistados o de ser incluidos en el estudio.

Resultados/Intervenciones

Cinco temas principales surgieron de las entrevistas realizadas a los familiares: necesidad de estar más tiempo con el paciente, sentimientos de soledad y tristeza de los pacientes, disminución de la ansiedad de los familiares, participación de los cuidados conjuntamente con el personal de enfermería y flexibilidad horaria.

Conclusiones

Los hallazgos resaltan la necesidad de los familiares en permanecer con el paciente ingresado y la posibilidad de participar en los cuidados durante el ingreso de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos.

Palabras clave

Humanización • familia • cuidados intensivos • horarios • régimen de visitas • paciente crítico • apertura de puertas

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 228

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

Linda Cynthia Quispe Hoxsas[1]; M. Piñol Pérez-Rejón[1]; ME. Portillo Jaurena[1]; MA. Martínez Momblan[2]
1. Hospital de Barcelona; 2. Profesora agregada Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-quirúrgica. Escuela de enfermería. Facultad de ciencias de la salud. Universidad de Barcelona

Objetivos/Introducción

Hay una tendencia nacional e internacional a la ampliación de horarios y visitas en las UCIs(Unidad de Cuidados Intensivos). Los beneficios que supone el cambio en la política de visitas, con una ampliación horaria y de acompañamiento familiar continuo, es beneficioso para el conjunto paciente-familia y favorece una interacción con los profesionales.

Objetivos:
Evaluar la percepción de los familiares y profesionales en una política de visitas abierta. Determinar si mejora la confianza y la seguridad en los familiares al estar más informados y familiarizados con el entorno. Valorar si una política de visitas abierta disminuye la sensación de soledad, da apoyo emocional, y tranquilidad al paciente. Determinar si los familiares desean implicarse en los cuidados.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal Marzo-Junio-2017 en la UCI del Hospital de Barcelona. Población: Profesionales=43 y familiares=30. Muestreo por conveniencia (38 y 25 respectivamente). Se evaluó la percepción de los profesionales y familiares con un cuestionario ad-hoc: 25 ítems=profesionales y 19 ítems=familiares. Escala tipo Likert (5 opciones de respuesta). Microsoft Excel 2016, SPPS version-22, análisis estadístico descriptivo univariante usando porcentajes y frecuencias.

Resultados/Intervenciones

78,9% de profesionales (n=30) y 92%de familiares (n=23) están a favor de un régimen de horario sin restricciones. Profesionales opinan que una UCI con una política de visitas abiertas: Disminuye la sensación de soledad 81,6% (n=31), da apoyo emocional 78,9% (n=30), da tranquilidad al paciente 71,1% (n=27). Profesionales 92% (n=35) opinan que las familias pueden implicarse en los cuidados, contrariamente un 40% (n=10) de familias desean implicarse.

Conclusiones

Una política de visitas abierta favorece el acompañamiento familiar, confianza, seguridad y la comunicación con los profesionales. Implica una mejor comprensión de la evolución del paciente. Profesionales valoran que esta política disminuye la sensación de soledad, mejora el apoyo emocional, y da tranquilidad al paciente. La mayoria de profesionales valoran positivamente la implicacion familiar en los cuidados por el contrario un porcentaje inferior de familias desean implicarse.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas especificas provenientes de agencias del sector publico, del sector comerciales o entidades sin ánimo de lucro.

Palabras clave

politica de visitas en uci

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 336

ACOGIDA FAMILIAR DE PACIENTES NEUROCRITICOS AL ALTA DE UCI

Mónica García Iglesias; Mª del Ara Murillo Pérez; Clara Cornejo Bauer; Marina Sánchez Pozo; Verónica Moreno Esquiliche; Mª Ángeles Alcaide Rodríguez; Blanca Navarro Main
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La transferencia de pacientes desde unidades de cuidados intensivos (UCI) hasta unidades de hospitalización (UH) debe ser planificada con la finalidad de garantizar la continuidad en el cuidado y reducir la ansiedad de la familia al alta.

Objetivo:

Normalizar la transferencia desde una UCI de pacientes neurocríticos a una UH de neurocirugía mediante un procedimiento de acogida familiar previo al alta de la UCI.

Metodología/Observación clínica

Revisión de la bibliografía en principales bases de datos. Se desarrollan 5 reuniones por profesionales de ambas unidades para lograr consenso y desarrollar el plan de acogida.

Criterios de inclusión:

- Familiares de pacientes neurocríticos con una estancia mayor a 7 días que necesiten continuidad de cuidados como aspiración de secreciones, movilización pasiva, entre otros.
- Acuerdo y predisposición por parte de los familiares.
- Demostrar habilidades del cuidador principal.

Resultados/Intervenciones

- Los familiares que reúnan los criterios establecidos se implicarán progresivamente en cuidados básicos tras recibir una formación y supervisión por las enfermeras de la UCI que continuará en la Unidad de Neurocirugía.
- Cuando se decida la solicitud de alta antes del traslado a la unidad de hospitalización comenzará el plan de acogida para la familia por las supervisoras de ambas unidades y la neuropsicóloga: se les enseñará la unidad de hospitalización, se les proporcionará toda la información necesaria para que se sientan integrados en la Unidad lo antes posible y se les asesorara sobre el acompañamiento a los pacientes. Además, se indicará el cronograma de intervención por neuropsicóloga sobre el daño cerebral adquirido.

Conclusiones

Normalizar la trasferencia de los pacientes al alta de UCI con la familia, permitirá mejorar la seguridad del paciente, la continuidad del cuidado y la ansiedad de la familia al alta. Las intervenciones deberán ser monitorizadas mediante indicadores sobre el impacto en la práctica clínica de la preparación de la familia al alta de UCI.

Palabras clave

Critical care • Needs family • Family-centered care • Relocation stress

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 349

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACA

Soraya Hamed Loukili; S. González del Hoyo; M. Martínez Orellana; A. Cardenete Villarroya; R. Nogales Ibáñez; S. Serrano Jaureguizar
Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos/Introducción

Conocer el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos Cardíaca (UCI Cardíaca), considerando tres dimensiones: las condiciones medioambientales, la relación entre familia y personal médico/ sanitario y el régimen de visitas.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo- transversal que se realizó a partir de una encuesta diseñada y validada de 30 preguntas cerradas, con respuesta afirmativa y negativa, donde el número de respuestas afirmativas era directamente proporcional al nivel satisfactorio de los familiares. Durante un mes, se pasaron 30 cuestionarios a familiares de pacientes ingresados en la UCI Cardíaca, con diferentes diagnósticos, y se tuvo en cuenta, que hubiesen estado ingresados en la unidad, un mínimo de 48 horas. Para llevar a cabo el análisis de los datos y síntesis de los resultados se utilizó IBM SPSS versión 25.

Resultados/Intervenciones

De los familiares encuestados, el 66,7% fueron mujeres. El 76,7% de las personas encuestadas resultó ser familiar de 1º grado. En cuanto a las condiciones medioambientales, destacó que un 73,3% de los familiares opinaron que la sala de espera no era adecuada; un 50%, que la higiene acústica tampoco lo era. En referencia a la relación entre familia y personal médico/ sanitario, cabe destacar que un 100% de los familiares creyeron que el trato recibido por parte del personal fue humano. Y en relación al régimen de visitas, un 70% contestaron que preferían que el horario de visita fuese abierto de 10h a 23h.

Conclusiones

Se observó que el entorno medioambiental fue lo que más insatisfacción produjo, frente a la relación con el personal, que, por contra, obtuvo mejor valoración, lo cual ha promovido que se tenga en cuenta la necesidad de cada familia, individualizando el trato en cada caso. El estudio ha detectado áreas de mejora en las que sería conveniente intervenir.

Financiación

No se precisa.

Palabras clave

Satisfacción • Unidad de cuidados intensivos • Familiares • Personal médico/sanitario • Condiciones medioambientales • Régimen de visitas.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 258

PACIENTES CORONARIOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN (HGO) DE ESTELLA (NAVARRA) TRAS LA REALIZACIÓN DE UN CATETERISMO CARDÍACO

Sandra Arizcun González; MB. Moyano Berardo; C. Laplaza Santos
Hospital García Orcoyen

Objetivos/Introducción

El Hospital Garcia Orcoyen (HGO) es un hospital comarcal con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente que presta atención al paciente médico-quirúrgico. Los pacientes sometidos a cateterismo cardíaco y sometidos a intervencionismo coronario son ingresados en la UCI tras el procedimiento para el control de complicaciones.

Objetivos:

Examinar y analizar las características de los pacientes ingresados en la unidad durante el 2018 tras cateterismo cardíaco con intervencionismo coronario. Describir las intervenciones realizadas en el paciente, garantizando la continuidad de sus cuidados y evitar las posibles complicaciones. Trabajar en la minimización de riesgos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados en la unidad. El periodo de estudio comprende desde el 1 de Enero de 2018 al 31 de Diciembre de 2018. Se evalúan un total de 49 pacientes del Área de Salud de Estella. Los datos han sido registrados mediante un check-list. Las variables obtenidas han sido sexo, edad, factores de riesgo, proceso, arteria afectada, cantidad y tipo de stent así como accesos e incidencias de la técnica.

Resultados/Intervenciones

La recogida de datos nos ha permitido conocer las características más habituales del paciente candidato al procedimiento coronario. El 87-75% de los pacientes han sido de sexo masculino, con una media de edad de 66,88 años. Como factor de riesgo, el más abundante el colesterol. Las técnicas han sido programadas en un 87% con 45 intervencionismos y con acceso radial en el 85,2% siendo el hematoma el incidente más frecuente. La coronaria derecha (CD) ha sido la arteria más afectada y 43 pacientes salieron con un stent como mínimo.

Conclusiones

En la atención inmediata al paciente son muchos los factores a tener en cuenta. Este trabajo nos ha permitido ampliar nuestro conocimiento sobre el tipo de paciente coronario y características de su estado de salud así como incidir en la educacion sanitaria.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 259

ASISTENCIA CIRCULATORIA MEDICA PERCUTÁNEA DE CORTA DURACIÓN IMPELLA® COMO PUENTE AL TRANSPLANTE CARDÍACO: VÍA DE ACCESO FEMORAL VS ACCESO SUBCLAVIA

Mª Isabel Muñoz Díez; A. Recio Platero; SA. Juarros Martínez; A. Suárez Pérez; I. Martín Orozco; CC. Heras Moraleja; V. Aladro Abad; F. Paniagua Serrano; L. Vegas López; B. Díez Rabadán
Hospital Clínico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

En la Insuficiencia Cardiaca (IC) con indicación de trasplante cardiaco (TxC) urgente puede precisar, como puente, una asistencia circulatoria percutánea (ACP). Nuestro objetivo es comparar dos accesos de implantación de un sistema ACP (vía femoral o subclavia), en cuanto a pronóstico, estancia hospitalaria y complicaciones.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo en Hospital Clínico Universitario (Valladolid) de pacientes sometidos al ACP Impella® CP,como puente a TxC urgente, hasta diciembre 2018. Variables: datos antropométricos, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiológica, días asistencia, estancia postTxC en UCI/planta, perfil INTERMACS inicial y preTxC. Análisis estadístico: comparación medias y frecuencias (T-Student, Chi-cuadrado), correlaciones de Pearson. Significación estadística $p<0,05$. SPSS 20.0.

Resultados/Intervenciones

Estudiados 7 pacientes: edad media 48,1±7 años, 71,4% varones. El 71,4% miocardiopatía dilatada idiopática. El nivel inicial INTERMACS fue 2 en 71,4% y preTxC fue 3 en 100% independientemente del acceso (subclavio en 57,1%). La duración media de la asistencia fue 10,7 días superior en acceso subclavio (IC95%: 2-19,4; p0,025). La duración media del ingreso fue de 12,7±3,3 días sin diferencias según el acceso. Sin ser estadísticamente significativo, hubo 4 días más de ingreso-UCI y 2,2 días más de ingreso-planta en acceso femoral. Encontramos correlación Pearson negativa entre días de asistencia y estancia en UCI/planta para acceso axilar y positiva entre días asistencia y estancia en planta para el femoral. Ningún paciente sufrió complicaciones relacionadas con la asistencia.

Conclusiones

En nuestra experiencia el dispositivo Impella® CP mejora el nivel IMTERMACS preTxC independientemente de la vía de acceso. A pesar de mayor duración de asistencia con acceso subclavio, la estancia en UCI y planta son inferiores, pudiendo ser debido a la movilización precoz del paciente y una mejor respuesta al tratamiento rehabilitador.

Palabras clave

Asistencia circulatoria percutánea • Trasplante cardiaco

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 290

DISPOSITIVOS DE CIERRE VASCULAR RADIAL TRAS ESTUDIO HEMODINÁMICO: TIPOS Y COMPLICACIONES

M. Rosario Romero Montoya[1], C. Rodríguez Núñez[1]; ML. Marañón Díaz de Cerio[1]; V. Pankiv[1]; M. García Corres[2]; O. Santamaría Jiménez[1]; L. Jiménez Mendia[1]; E. Ruiz de Ocenda Sanz[1]; Y. Colmenero Salgado[1]; MT. Val Armentia[1]
1. Hospital Universitario Araba (TXAGORRITXU). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza; 2. Hospital Universitario Araba (SANTIAGO). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Objetivos/Introducción

Conocer los diferentes tipos de dispositivos empleados en el cierre vascular tras estudio hemodinamico Analizar las complicaciones mas frecuentes

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal Material: Base de datos creada ex professo para el registro de las variables descritas. Muestra: Todos los pacientes sometidos a estudio hemodinamico. Periodo de estudio: año 2018 Variables: nº estudios y mes., tipo de cierre, complicaciones. Se realizó analisis estadistico descriptivo con spss 23.0.

Resultados/Intervenciones

N estudios= 828. El mes que más estudios fue octubre (n=79). Dispositivo cierre radial por presion 20.5%, mecánico 13.6%, otros 6%, no consta 60.7%. Con hematoma un 20.72%.

Conclusiones

Cada vez es mayor el acceso radial en estudios hemodinamicos con los beneficios post cateterismo de la técnica. Sigue siendo el cierre radial por presión el más usado. Existe un bajo grado de complicaciones de la técnica de acceso y cierre radial. Nos proponemos realizar formación en UCI y cardiologia sobre los diferentes tipo de cierres y su manejo para unificar criterios de cuidado. Lineas de investigación futuras: Realizar un ensayo clínico aleatorio.

Palabras clave

acceso radial • hemodinamica • uci

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 320

ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PROCEDIMIENTOS DE CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL

Miryam Gonzalez Cebrión: H. Gómez; MJ. Calvo; EO. González; M. Barreiro; I. Cruz; L. Rivas; M. Alonso
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

La ecocardiografía transesofágica (ETE) en cardiopatia estructural es indiscutible. La ETE permite guiar y evaluar durante el procedimiento. La necesidad de anestesia general para la ETE sigue siendo un tema controvertido. En los últimos años, el intervencionismo percutáneo ha aumentado lo que ha llevado a plantearse alternativas al ETE. En nuestra unidad, utilizamos una microsonda transesofágica (MTE) de menor calibre, longitud y rigidez en algunos procedimientos, tras una selección adecuada de casos

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Incluimos a todos los pacientes sometidos a intervencionismo estructural guiado con MTE. Recogiendo características demográficas, diagnostico, indicación, tipo sedación, vía de acceso ecográfico y complicaciones. Utilizamos una hoja de registro de ecografía mínimamente invasiva desarrollada en nuestra unidad para estos procedimientos.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 30 pacientes entre agosto de 2017 y marzo de 2018. 53% varones, edad media 78 años. Indicaciones: 10% Leak paravalvular, 80% Cierre de orejuela, 6,6% Foramen oval y 3,3% Comunicación Interauricular. 16% acceso vía nasal y un 84% vía oral. Sedación consciente en un 97%. 93% de éxito en el procedimiento. Disconfort manifestado por el paciente 10%. Necesidad de cambio a ETE tradicional 6.6%. Complicaciones por sangrado, molestias o parestesias 16.6%.

Conclusiones

El uso de MTE ha favorecido el cambio de anestesia general a sedación consciente, reduciendo tiempos totales de procedimiento y complicaciones sin renunciar a la calidad de imagen y a la seguridad del paciente. El uso de sedación consciente nos ha permitido tener más independencia en la programación de los procedimientos por requerir anestesista. Permite colaborar al paciente y disminuir la estancia hospitalaria. El abordaje nasal fue más dificultoso, molesto para el paciente y sujeto a complicaciones, lo que llevó a realizar el resto de casos vía oral. No todos los procedimientos se benefician de esta sonda como son los procedimientos complejos o aquellos que precisan imagen en 3D.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 120

DIFERENCIAS EN LA NECESIDAD FORMATIVA EN ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMERAS DE UCI EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CENTRO

Yeray Gabriel Santana Padilla[1]; JD. Martín Santana[1]; L. Santana Cabrera[1]; MD. Bernat Adell[2]; T. Linares Pérez[1]
1. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 2. Universidad Jaume I

Objetivos/Introducción

Estudios previos han destacado que la formación de las enfermeras debe ir relacionada con el tipo de pacientes atendidos. Analizar la existencia de diferencias significativas en las percepciones del personal de enfermería sobre las necesidades formativas en atención integral en función de la vinculación de los centros con la Universidad.

Metodología/Observación clínica

Descriptivo transversal multicentrico con 573 encuestas válidas de enfermeras de UCI, entre enero y noviembre de 2018, para evaluar, a través de una escala tipo Likert de 11 ítems y 10 puntos (donde 1 significa la peor puntuación y 10 la mejor posible), diferentes aspectos relacionados con las necesidades formativas en atención integral. El carácter multidimensional de la escala requería de la realización de un análisis factorial exploratorio con rotación varimax para identificar las dimensiones existentes en la misma y poder así evaluar, desde una perspectiva global, las necesidades formativas. El índice KMO y el de esfericidad de Bartlett aconsejaban este tipo de análisis para reducir su dimensionalidad.

Resultados/Intervenciones

Los resultados de este análisis son satisfactorios, al explicar el 60.9% de la varianza total. Se trata también de una escala con elevada fiabilidad (Alfa de Cronbach=0,70). La escala de medida estaba conformada por cuatro dimensiones claramente diferenciadas, cuyos valores medios se recogen en la tabla anexa, existiendo un consenso generalizado de la necesidad de formación en estas 4 áreas. Así mismo, no existen diferencias entre el grupo nacional y el grupo de expertos en las puntuaciones asignadas a cada área.

Conclusiones

Podemos concluir que el personal de enfermería, en general, otorga una gran importancia a la formación en estas cuatro áreas relacionadas con la atención integral del paciente crítico. Ahora bien, el personal de los centros no universitarios da mayor importancia a la formación en las habilidades específicas (monitorización y aplicación de cuidados) y a la rapidez de respuesta.

Financiación

Sin financiación ni conflicto de intereses

Palabras clave

Cuidados críticos • Competencia profesional • Formación continua

Análisis descriptivo de los factores de la escala de necesidades formativas

DIMENSIONES	Hospitales universitarios (N=494)		Hospitales no universitarios (N=79)		*t*	*p*
	Media	D.T.	Media	D.T.		
Conocimiento de soporte vital	8.07	1.39	8.25	0.93	1.138	0.255
Visión integral de la información sobre el paciente crítico	9.37	0.67	9.47	0.56	1.247	0.213
Habilidades específicas en la atención directa	9.47	0.62	9.64	0.47	2.363	0.018
Rapidez de respuesta en la atención	9.28	0.83	9.53	0.84	2.405	0.016

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 251

EXPERIENCIA FORMATIVA EN TÉCNICAS CONTINUAS DE REMPLAZO RENAL, EN UNA UNIDAD CORONARIA

Héctor Gómez; M. González-Cebrián; MJ. Calvo; M. Farias; A. Hernández
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

Nuestra unidad coronaria empezó a realizar TCRR (Técnicas Continuas de Remplazo renal) hace 4 años, cada vez ingresa mas pacientes criticos y semicriticos, realizando estas terapias en 20 pac./año. En relación a esto en nuestro hospital, de 1100 camas, el servicio de medicina intensiva, con 28 camas, realiza TCRR todos los días, desde hace 20 años. En esta se creó un equipo de formación, constituido por enfermeras, para la formación del personal de nueva incorporación. A través de este se propone la formación del personal de la unidad coronaria.

Objetivo:

Instaurar un programa formativo para una unidad coronaria que realiza TCRR de forma esporádica.

Metodología/Observación clínica

A través del equipo de formación en TCRR, se establece un programa teórico-practico con simulación con PRISMAFLEX©, dirigido a enfermeras. Este incluye: test inicial, formación teórica, formación practica con simulación, test final y test tras dos meses de la formación. Estos test constan de 11 preguntas relacionadas con: Mecanismo de depuración, indicaciones, tipos de terapias, elementos de la máquina, monitorización e interpretación de presiones y solución de problemas

Resultados/Intervenciones

20 enfermeras formadas, 40% solo habían estado en una TCRR. En el test inicial, el 80% no esta entrenado en los mecanismos de depuración, monitorización y solución de problemas. Tras el test final el 90% supera el 100% de las preguntas. Tras dos meses de la formación, existe un 50% con errores en monitorización de presiones y solución de problemas.

Conclusiones

En las TCRR es necesario que el personal de enfermería este seguro, necesita entrenamiento y formación continua, sobre todo en unidades en las que su uso es poco frecuente. Todo esto permitirá tanto mejorar la seguridad del paciente, como la de los profesionales, consiguiendo que la terapia sea más eficiente. Tras los resultados obtenidos se ha implementado un programa educativo individualizado, de simulación cada tres meses.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 316

OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Virginia Larios Reyes; M. Navarro; P. Rojo; MA. Moya; N. Arriero; L. Torres; JM. Román; MI. Jiménez
HUGU

Objetivos/Introducción

La parada cardiorespiratoria (PCR) es una causa común de muerte en España. Aunque principalmente representa un problema extrahospitalario, también lo es en los hospitales, siendo un reto de primer orden para el personal sanitario. Éste, debe ser consciente de la importancia de su formación en el tema y mantener actualizados sus conocimientos. Por tanto, la oferta formativa debe ser suficiente para todo el personal del centro. Analizar el estado actual de la formación en RCP del personal sanitario del HUGU, y cómo creen que debería mantenerse actualizada.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, empirico y transversal. Se consultó de forma voluntaria y anónima mediante una encuesta al personal sanitario del HUGU entre Noviembre/2018 y Enero/2019. Se registraron: edad, sexo, servicio en el que desempeña su labor, última vez que asistió a una PCR, última vez que realizó un curso de RCP, si considera necesario un reciclaje y cada cuanto tiempo.

Resultados/Intervenciones

Se evaluaron 131 encuestas realizadas. Respecto a las características de los encuestados, el 61,06% son enfermeras, el 25,2% auxiliares de enfermería, 6,1% fisioterapeutas, 2,3% logopedas, 1,5% matronas. El 36,15% del personal han asistido a una PCR en el último año y el 18,46 no ha asistido nunca. El 68,46% del personal ha realizado un curso sobre RCP hace más de 2 años, e incluso un 6, 15% no ha realizado nunca un curso sobre el tema. Solo el 24, 61% ha realizado formación hace menos de 1 año. El 90,76% considera necesario realizar un reciclaje en la materia, y el 72,30% cree adecuado que ese reciclaje sea cada 6 meses- 1 año.

Conclusiones

El personal sanitario considera importante la formación y el reciclaje periódico, pero el porcentaje de personas que lo mantiene actualizado es bajo. Los principales motivos podrían ser la falta de motivación del personal o deficiencia de la oferta formativa del hospital.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 22

PLAN DE FORMACIÓN DE ALUMNOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Concepción Faura Santos; E. Bernal Pérez; JM. López Reina Roldán
Hospital Universitario de Torrejón

Introducción

El grupo de trabajo de formación de la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Torrejón considera la formación como un elemento clave para el desarrollo seguro de las funciones enfermeras. Por ello, se crea un Plan de formación en el que participarán alumnos de cuarto curso de grado de enfermería, con la doble misión de reforzar los conocimientos impartidos por las escuelas de enfermería y proporcionar formación práctica en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Objetivos

El objetivo fundamental es formar profesionales competentes garantizando la máxima eficacia y eficiencia en la prestación de cuidados. Los objetivos específicos son:

- Dotar a los futuros profesionales de las competencias necesarias para el adecuado desempeño del puesto.
- Instruir en cultura de seguridad del paciente.
- Propiciar un cambio organizativo que responda al reto modernizador y a las nuevas demandas sociales.
- Obtener un óptimo aprovechamiento de los recursos humanos.
- Poner a disposición de todos los alumnos los recursos necesarios para su formación y perfeccionamiento.
- Impulsar un proceso de formación adaptado a las necesidades y demandas del alumnado.
- Enseñar la importancia de la comunicación eficaz dentro del equipo multidisciplinar y potenciar los canales de información.

Metodología/Observación clínica

El proceso de formación que hemos adoptado responde a una estructura básica con cuatro etapas que forman un bucle interactivo:

1. Detección de necesidades
2. Programación de la Formación
3. Gestión e implementación de la formación
4. Evaluación

Resultados/Intervenciones

Al tratarse de un servicio especial, la formación está dirigida a las nuevas demandas de la población y adaptada a las novedades tecnológicas, dando respuesta a su vez a las necesidades y expectativas de los pacientes.

Conclusiones

Después del paso de nueve rotaciones de alumnos se ha conseguido:

- Alto grado de satisfacción, tanto del personal propio de la unidad como de los alumnos.
- Mejor coordinación entre universidad y hospital.
- Mayor alcance de las competencias marcadas por los centros docentes.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 30

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL ALUMNO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y PUESTA EN MARCHA DE UNA GUÍA DE ORIENTACIÓN

Jesús Sánchez Martín[1]; A. Sánchez Gómez[1]; Y. Pérez Morera[1]; JA. de Haro Ávila[1]; F. Muñiz Brenes[1]; MRM. Hernández Barroso[1]; GC. Rodríguez Pérez[2]

1. Hospital General de la Palma, Hospital; 2. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Introducción

Conocemos empoderamiento como el proceso por medio del cual se dota a un individuo, comunidad o grupo social de un conjunto de herramientas para aumentar su fortaleza, mejorar sus capacidades y acrecentar su potencial, todo esto con el objetivo de que pueda mejorar su situación social, política, económica, psicológica o espiritual.

Objetivos

examinar la existencia de guías prácticas en Unidades de Cuidados Intensivos para alumnos de enfermería. Elaborar unauna guía práctica para la orientación de los alumnos de Enfermería de prácticas a su paso por la Unidad de Cuidados Intensivos

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en varios metabuscadores sin encontrar resultados sobre la existencia de guías especificas para estudiantes de enfermería a su paso por UC Elaborar una guia sucinta practica de los cuidados principales en la UCI

Resultados/Intervenciones

En la búsqueda bibliográfica no encontramos artículos sobre el uso en España de guias de aprendizaje adaptadas para alumnos y profesionales de enfermería en las UCIs. Elaboramos una guia practica para la orientacion del aprendizaje del alumno a su paso por UCI, con una division semanal con los objetivos a alcanzar

Conclusiones

La implantación de una guía práctica para los alumnos y profesionales en la UCI del Hospital General de la Palma creemos que aporta seguridad a los alumnos y profesionales. Se adapta a sus necesidades y se convierte en una herramienta eficaz para la progresión de su aprendizaje. La escasa bibliografía sobre este respecto nos hace creer en que no existe esta práctica de forma extendida en otras UCI. Se hace necesario un seguimiento de esta experiencia en los cursos académicos siguientes para mejora del mismo y posible extensión a otras unidades y/o servicios hospitalarios adaptándose al trabajo diario de los mismos.

Financiación

NO

Palabras clave

Estudiante de enfermería • Enseñanza • cuidados criticos • practicas clinicas • guia

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 151

ENTRENAMIENTO A TRAVÉS DE SIMULACIÓN ANTE SITUACIÓN EMERGENTE DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Elena Botillo Pérez; Fernanda Gil Almagro; Francisco Javier Carmona Monge; Juan Carlos Sánchez García
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos/Introducción

La asistencia sanitaria en UCI es un proceso interdependiente realizado por profesionales con entrenamiento y habilidades técnicas avanzadas, que desempeñan diferentes papeles y responsabilidades, con una alta efectividad en las tareas. Sin embargo, el control de las técnicas no asegura la protección frente a errores desencadenados por factores humanos, tales como la comunicación eficaz, el reparto de roles, la asunción de liderazgo o la anticipación. El objetivo de los talleres es implementar la cultura de seguridad del paciente a través de la simulación en UCI ante PCR, repasando las maniobras de RCP y utilizando la herramienta de Crisis Resource Management (CRM) para desarrollar habilidades no técnicas en equipos multidisciplinares.

Metodología/Observación clínica

Se elaboraron talleres de formación multidisciplinar a través de simulación para realizar las maniobras de RCP en un entorno seguro. Se impartieron 2 talleres de 3h de duración. Se preparó escenario de UCI con Simulador de Alta Fidelidad. Cada taller se distribuyó en 2 casos clínicos donde participaban los profesionales, realizando tras cada uno de ellos un debriefing y resumen de protocolo de actuación. Al finalizar el taller, el alumnado realizó una encuesta de evaluación.

Resultados/Intervenciones

Al final del taller los profesionales de la UCI afirmaron sentirse mucho más seguros y capacitados para realizar las maniobras de RCP. La formación basada en simulación también provocó que reflexionaran sobre las habilidades no técnicas como la importancia del liderazgo, la comunicación eficaz y el trabajo en equipo necesario para garantizar la seguridad del paciente. Todos los participantes valoraron como muy recomendables y útiles los talleres para su labor asistencial.

Conclusiones

El entrenamiento de equipos multidisciplinares mediante simulación en talleres de RCP es una herramienta de gran utilidad para la adquisición de habilidades específicas como comunicación eficaz, asunción de roles, trabajo en equipo y definición de liderazgo, fundamentales para garantizar la seguridad del paciente.

Palabras clave

Simulación • Entrenamiento • Formación • Soporte vital avanzado • RCP • Evaluación

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 173

APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE SENSIBILIDAD MORAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Esther Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; M. Baeza Mirete[1]; RB. Fernández Ariza[2]; ML. Alcaraz Escribano[1]; E. Martínez Abril[1]; J. Inocencio Sánchez[3]; A. Inocencio Sánchez[4]; N. Molina Sánchez[5]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 4. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 5. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor

Objetivos/Introducción

Analizamos mediante una encuesta relacionada con la sensibilidad moral, con el rigor científico dentro del instrumento CuSMCE-23 de la Universidad de Barcelona con la cual nos queremos aproximar al estudio de estos aspectos en los profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Según los últimos estudios, los profesionales de enfermería deben de poseer una competencia basada en valores y actitudes morales que debe de preceder y acompañar cualquier actividad de cuidados.

Objetivos:

Conocer los instrumentos de los que disponemos en la actualidad para poder medir la necesidad moral necesaria en la relación terapéuticas ante el paciente critico.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de los últimos 5 años en las bases de datos nacionales e internacionales de la ciencia de la salud: Pubmed-Medline, Cinahl y Cuiden, que lo investigan con palabras claves: nursing values, nursing attitudes, nursing behaviors, values and fundamental attitudes in care, moral sensitivity y nursing o nursing care. Incluimos en nuestro estudio todo lo que hace referencia a la temática estudiada en dicho periodo de tiempo, y excluidos lo que se aparta del ámbito de las ciencias de la salud.

Resultados/Intervenciones

Siendo un tema de actualidad se encontró muy poca referencia bibliográfica que haga referencia explícita a esta temática y solo disponemos a nivel nacional del instrumento mencionado en versión castellana.

Conclusiones

Inmersos en la era de la humanización de los cuidados intensivos debemos reforzar y profundizar en instrumentos que nos ayuden a valorar la sensibilidad moral en el ámbito de la salud y cuidados de los pacientes en nuestras unidades.

Palabras clave

Moral • Sensibilidad • Encuesta • Humanización

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 177

IMPACTO TRAS LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE VESICAL (ITU-SV) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Soraya Gonzaléz Ruiz; S. Martín Cano; M. Amores Atance; M. García Rojas; A. Rubio Correal; M. García Arias; A. Abella Álvarez; F. Gordo Vidal
Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid

Objetivos/Introducción

Evaluar el efecto de un protocolo de prevención de ITU-SV sobre las tasas de infección.

Metodología/Observación clínica

Estudio before-after en una UCI polivalente evaluando la tasa de ITU en ambos periodos, años 2016 y 2017. Se incluyeron todos los pacientes ingresados. Se realizó formación del personal en la prevención de ITU-SV basado en las recomendaciones del Center of Diseases Control (CDC). Se realizó la formación mediante sesiones y visualización de vídeos dos veces al mes durante el periodo after. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media y desviación estándar y las variables cualitativas en frecuencia y porcentaje. Se llevó a cabo inferencia estadística mediante test Chi-cuadrado para la comparativa de variables cualitativas y test T-Student para cuantitativas. Se consideraron valores estadísticamente significativos aquellos con valor $p<0.05$.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 1107 pacientes, 526 pacientes en el grupo before y 581 pacientes en el grupo after. No hubo diferencias significativas en cuanto a edad (63 +/- 15.57 vs 62.9 +/- 15.15; p=0.902), sexo (hombres 313 (59,5%) vs 342 (58,9%); p=0.828). Se encontró una disminución significativa de la densidad de incidencia de ITU-SV por mil días de sondaje vesical (2.73 vs 0.54; p<0.001). La tasa de utilización de sonda vesical por estancia fue similar (0.87 vs 0.84; p=0.853), aunque el número de pacientes con sondaje vesical fue significativamente inferior (76,8% vs 69,7%; p 0.008). La supervivencia en UCI fue similar en ambos grupos (502 (95.4%) vs 560 (96.4%); p=0.425) con una tendencia no significativa a menor estancia en días en UCI (4.60 +/- 6.48 vs 3.90 +/- 5.26; p=0.050)

Conclusiones

La formación e implantación de un protocolo es fundamental en la prevención de ITU-SV, se asoció a una disminución de la tasa de ITU-SV y una tendencia a menor estancia en UCI, con un descenso en el número de pacientes con sondaje vesical.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 194

REDUCCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN EN HEMOCULTIVOS TRAS LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Alejandra Azahara Margüello; V. Sanz; L. Álvarez; A. Ibáñez; H. Barrasa; A. Martín; O. Martín; N. Ruiz de Escudero; MI. Vega; BR. González de Zarate
HUA Araba Sede Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz

Objetivos/Introducción

La extracción de hemocultivos es una técnica habitual que precisa de la aplicación exhaustiva del protocolo para obtener resultados fiables. Dado que en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de nuestro hospital se vio que la tasa de resultados falsos positivos de 2017 era elevada, se decidió dar sesiones formativas al personal de enfermería de recuerdo del protocolo y técnica correcta en la extracción de dichas muestras para valorar si la tasa tras esta intervención bajaba.

Metodología/Observación clínica

Estudio cuasiexperimental pre-post de una intervención educacional en la unidad de UCI del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria, realizada durante 2018. Se revisaron los resultados y tasa de falsos positivos de las extracciones de hemocultivos de 2017 pre- formación. Tras ello, se realizaron las sesiones de formación sobre la técnica y protocolo de extracción de hemocultivos al personal de enfermería de la unidad y finalmente se compararon con los resultados de las extracciones realizadas en 2018 tras las sesiones formativas.

Resultados/Intervenciones

En 2017 se recogieron un total de 522 hemocultivos, 62 fueron positivos y de ellos 39 falsos positivos. El porcentaje de falsos positivos en la UCI de nuestro hospital fue del 7,47%. El total de muestras recogidas en 2018 fue de 562 de las cuales 50 fueron positivos y de ellos 20 falsos positivos, con lo cual el porcentaje de falsos positivos tras la formación fue de 3,56%.

Conclusiones

Tras comprobar los resultados podemos decir que en nuestro servicio de cuidados intensivos la aplicación de un programa de formación sobre el protocolo y la técnica de extracción de hemocultivos fue eficaz para la reducción de contaminación en las muestras recogidas.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 199

INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A CATETERISMO VESICAL EN EL PACIENTE CRÍTICO: FACTORES DE RIESGO

Rosaura Toribio Felipe; D. Picón; E. Rodríguez
Hospital Virgen del Puerto

Objetivos/Introducción

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones adquiridas en el hospital más comunes, representando el 20% de las infecciones relacionadas a la asistencia sanitaria. Más del 90% son atribuibles a la presencia de una sonda urinaria (SU). En las UCIs, el porcentaje de pacientes con SU asciende al 50-80%. Aunque la morbi-mortalidad atribuible es baja, la alta tasa de SU y el aumento de microorganismos multirresistentes propio de las UCIs, las hace ser un problema importante en el desarrollo de complicaciones genitourinarias y sistémicas, además de ser un importante reservorio de microorganismos multirresistentes.

Objetivo:
Conocer los factores de riesgo intrínseco y extrínseco en el desarrollo de ITU en el contexto del paciente crítico.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de artículos publicados en castellano, inglés o francés ente 2013 y 2018 en: Medline, Europe PMC, Cochrane Library, Cuiden, Scielo, Essential evidence plus, Evidence-Based Nursing (BMJ), Trip database, y Google Scholar. Adicionalmente, se realizó una búsqueda inversa a partir de las referencias bibliográficas de los estudios seleccionados. Como terminos de búsqueda: “Risk Factors” AND “Urinary Tract Infections” AND “Catheter-Related Infections” AND “Critical Care” OR “Intensive Care Units”.

Resultados/Intervenciones

Los factores de riesgo identificados:

- Duración del sondaje.
- Sexo femenino.
- Sistema de drenaje abierto.
- Gravedad de la enfermedad
- Lugar donde se realiza el SU.
- Cuidados y manipulación.
- Incontinencia fecal.
- Anemia
- Obstrucción del catéter.
- Edad.
- Diabetes
- Hipercreatinemia
- Inmunodepresión.
- Inserción
- Enfermedad neurológica.
- Volumen urinario retenido.
- Hipoalbuminemia
- Tamaño del catéter.
- Sondaje tras > 6 días de hospitalización. Sondas de látex.

Conclusiones

La duración del cateterismo es el factor mejor establecido para el desarrollo de ITU asociado a SU, seguido de la edad, sexo femenino, diabetes y sistema de drenaje abierto. Se deben desarrollar actuaciones encaminadas a limitar los factores de riesgo modificables, así como incluir el conocimiento sobre los factores de riesgo en la selección, cuidados y retirada del catéter.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido financiación de ninguna entidad pública o privada

Palabras clave

Factores de riesgo • Infección urinaria asociada a cateterismo vesical • Unidades de Cuidados Intensivos

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 332

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN EL ENFERMO CRÍTICO

Alba Gort Mas; S. Aulet Lucas; E. Bonet Cruces; M. López Cuerva; M. Mas Xancó; R. Mata López; C. Ramos Salido
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) tienen un elevado riesgo de sufrir TEP, enfermedad grave que presenta un alto grado de morbimortalidad. Además, la clínica asociada es muy variable, lo que puede retrasar el diagnóstico. Por lo tanto, es fundamental una adecuada prevención de la enfermedad.OBJETIVODescribir los cuidados de enfermería para prevenir el TEP en el enfermo crítico.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: CINAHL, Medline Pubmed, Dialnet Plus y SCOPUS. Las palabras clave/términos MESH utilizados son: pulmonary embolism, prevention, primary prevention, intensive care unit, nursing, tromboembolismo pulmonar, tromboembolismo venoso, prevención. Los criterios de inclusión comprenden enfermos críticos adultos con TEP o trombosis venosa profunda (TVP) agudos. Los criterios de exclusión comprenden pacientes pediátricos o adolescentes, artículos donde no se describe la prevención primaria de TEP o TVP y artículos publicados antes de enero de 2009. Finalmente se seleccionan 11 artículos.

Resultados/Intervenciones

Para prevenir el TEP hay distintas medidas:

- **Profilaxis farmacológica:** administración de anticoagulantes, los más efectivos son las heparinas no fraccionadas (HNF) y heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Las HBPM presentan mayores ventajas.
- **Profilaxis mecánica:** cuando existe contraindicación para la anticoagulación, los dispositivos de compresión neumática intermitente son los indicados.
- **Movilización precoz:** se ha demostrado que reduce el riesgo de tromboembolismo.

Conclusiones

Los cuidados de enfermería para la prevención del TEP son la administración de anticoagulantes, la colocación de dispositivos de compresión neumática y la movilización precoz.

Palabras clave

tromboembolismo pulmonar • tromboembolismo venoso • prevención • pulomary embolism • prevention • primary prevention • intensive care unit|nursing

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 109

DELIRIO POST SEDOANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

María Isabel Hinojosa Ramírez[1]; MD. Sánchez[1]; JA. Jiménez[1]; MM. Casares[2]; F. Lachica[1]; M. Benavides[1]; EP. Fuentes[1]

1. Hospital Universitario San Cecilio de Granada; 2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Objetivos/Introducción

Identificar las intervenciones no farmacológicas y farmacológicas que favorecen la prevención y tratamiento del delirio en el paciente en UCI. El delirio es un estado de alteración mental aguda en el que se produce gran intranquilidad y excitación, inatención, desorden de ideas y alucinaciones. Afecta a un alto porcentaje de los pacientes en UCI tras la suspensión de sedoanalgesia.

Metodología/Observación clínica

Revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron las incluidas en el buscador Gerión de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los descriptores utilizados fueron “delirio en cuidados intensivos” y “tratamiento del delirio en cuidados intensivos”. Se aplicaron filtros de: tipo de contenido (artículo de revista) y fecha de publicación (últimos cinco años). De un total de 140 referencias encontradas, fueron seleccionados 6 artículos para su estudio que cumplían con los criterios de selección establecidos.

Resultados/Intervenciones

Factores no farmacológicos como la monitorización habitual del delirio, la reorientación precoz con la recuperación del uso de gafas y audífonos, la promoción de la visita de los familiares, la movilización precoz del paciente, la optimización ambiental en cuanto a ruidos y luminosidad para favorecer el sueño nocturno y factores farmacológicos entre los que destaca el uso de Dexmetomidina influyen positivamente en la prevención y tratamiento del delirio.

Conclusiones

En la seguridad del paciente cobra relevancia la prevención y el tratamiento del delirio post sedoanalgesia por las consecuencias negativas que conlleva como la prolongación de la duración de la ventilación mecánica y por tanto la estancia hospitalaria, el aumento del riesgo de disfución cognitiva invalidante que se puede prolongar incluso durante años y el incremento de la mortalidad. Es necesario fomentar la implementación de las medidas no farmacológicas identificadas e impulsar la investigación de combinaciones farmacológicas en pro de la prevención y control del delirio en estos pacientes.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 111

DESCRIPCIÓN DEL REGISTRO DE LA ESCALA CAM-ICU. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN EN NUESTRA UCI

Abel Miranda Reyes; I. Loder; D. Córdoba Sánchez; MC. Espíritu Payumo; L. Renedo Miró; J. Baldirà Martinez de Irujo; JC. Suárez Montero; M. Torrens Sonet
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos/Introducción

Los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tienen un elevado riesgo de desarrollar delirium. La escala CAM-UCI (Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit) es un instrumento para su detección registrado por enfermería. Describir el uso de la CAM-ICU, su incidencia y las variables relacionadas con la presencia de delirium.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y monocéntrico en la UCI de nuestro hospital, aprobado por el comité de ética 18/253 (R-OBS). Se incluyen consecutivamente todos los pacientes adultos ingresados durante 90 días. Las variables de estudio fueron el registro de la escala CAM-ICU y sus resultados. Otras variables relacionadas con la presencia de delirium fueron valoradas diariamente. Los resultados están expresados en mediana e rango intercuartílico (RIQ).

Resultados/Intervenciones

Se incluyen 113 pacientes, de los cuales 20 fueron excluidos por ingreso <24 horas. Se registró la CAM-ICU en 68 pacientes (73,1%) en algún momento de su ingreso; CAM-ICU positiva un 41% (n=28), CAM-ICU negativa un 24% (n=16) y CAM-ICU no valorable un 35% (n=24). Los 28 pacientes con CAM-ICU positiva tuvieron una mediana de 8 días de ingreso (RIQ 5- 10,75), 2 días de delirium (RIQ 1 - 2,75), 4 días de contención mecánica (RIQ 2 - 7,75), 3 días de sedación (RIQ 1 - 5,75) y 5 días de medidas no farmacológicas (RIQ 2,25 - 8). El delirium hipoactivo fue el más frecuente (46%), destacando una incidencia elevada de no registro (36%).

Conclusiones

Tras un año de implementación, el uso de la CAM-ICU en nuestra UCI ha sido elevado, aunque con margen de mejoría, sobretodo en el registro del tipo de delirium. La incidencia de delirium es elevada, siento el hipoactivo el más frecuente, coincidiendo con la bibliografía existente. En los pacientes con delirium se objetiva un uso elevado de contención mecánica y sedación, aunque se registra un uso elevado de medidas no farmacológicas.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

delirium • CAM-ICU • registro

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 115

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL DELIRIUM EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

M. Ribas; A. Navarro; J. Mezzo; AJ. Ferrer
Hospital Quirón Palmaplanas

Objetivos/Introducción

El deliro se caracteriza por ser un estado de inicio agudo caracterizado por cambios fluctuantes en el estado mental, es una complicación frecuente en pacientes críticos. Según el nivel de conciencia y la activad psicomotora el deliro puede clasificarse como: hipoactivo, hiperactivo o mixto (1). A pesar de ser una situación que a menudo se pasa por alto en la atención clínica de rutina, existen diferentes escalas para diagnosticar el delirio como son CAM-ICU y ICDSC (2). El objetivo de nuestra revisión es implementar el uso de alguna escala en nuestra unidad y poder aplicar los indicadores NIC NOC para prevenir o paliar los efectos del deliro en nuestros pacientes.

Metodología/Observación clínica

Realizamos una búsqueda bibliográfica estructurada y revisada por pares, en los motores de búsqueda y bases de datos de Pubmed, CINAHL, SciELO, Cochrane y metabuscadores EBSCOhost y BVS. Inicialmente se obtuvieron más de 800 artículos relacionados con las palabras clave delirio, confusión, diagnostico, cuidados críticos y Unidades de Cuidados Intensivos. Dicha búsqueda fue limitada a los últimos 10 años, eliminando documentos que por el contexto o por la calidad del propio documento no se adecuaban a los objetivos. Tras esta búsqueda y selección de contenidos pasaron a una primera lectura crítica 60 documentos, de los cuales se seleccionaron 30.

Resultados/Intervenciones

Dentro de esta revisión se observó la presencia de dos escalas para evaluar, monitorizar y prevenir la incidencia de delirio en las unidades de cuidados intensivos. Hablamos de la escala CAM-ICU y la ICDSC, siendo la primera la que más consistencia interna presentaba y mayor extensión en la práctica clínica.

Conclusiones

El cuidado del delirio es amplio y no específico, lo que determina su aspecto multifactorial (3) por ello concluimos que aunque existe mucha bibliografía sobre el delirio, creemos que se deberían hacer mas estudios exhaustivos sobre como detectarlo precozmente.

Palabras clave

delirio • confusión • diagnostico • cuidados críticos

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 334

CONSECUENCIAS DEL FALLO COMUNICATIVO EN PACIENTES INTUBADOS Y DESPIERTOS

Catalina Perelló-Campaner[1]; J. Molina Mula[2]; C. Alorda Terrassa[2]; JA. Pérez Castello[2]; JM. Morales Asencio[3]
1. IBSALUT. 061 Illes Balears/SATSE Baleares; 2. Universitat de les Illes Balears; 3. Universidad de Málaga

Objetivos/Introducción

- Describir la respuesta emocional y conductual al fallo comunicativo en el paciente crítico intubado y sus interlocutores.
- Identificar los efectos del fallo comunicativo en la dimensión ética de los cuidados a pacientes intubados.
- Explorar la percepción de las consecuencias del fallo comunicativo en la seguridad y los resultados clínicos.

Metodología/Observación clínica

Diseño cualitativo fenomenológico. Se realiza análisis de discurso de dos fuentes: 1) profesionales de enfermería de UCI que atienden a usuarios intubados y despiertos y 2) pacientes de UCI que experimentaron deterioro comunicativo mientras estaban intubados, entrevistados junto con un familiar. El estudio se desarrolló en tres hospitales públicos de Mallorca. Se reclutaron participantes a través de profesionales de enlace, trabajadores de esas unidades. Se realizaron entrevistas semiestructuradas. Proceso de análisis de los datos: 1) preparación y codificación de los datos, 2) organización y reducción de códigos/categorías, 3) búsqueda de relaciones y relativización de los hallazgos. Se garantizó el rigor metodológico mediante los criterios de Lincoln y Guba. El estudio se aprobó por el Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears y las comisiones de investigación de los centros implicados. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los mismos.

Resultados/Intervenciones

Las consecuencias del fallo comunicativo en el paciente intubado despierto y sus interlocutores se articulan en cuatro temas: los efectos a nivel emocional, la respuesta actitudinal/conductual, las consecuencias éticas y las relacionadas con la seguridad y resultados clínicos.

Conclusiones

La respuesta emocional al fallo comunicativo emerge como un determinante de ciertas conductas y actitudes de usuarios/familiares/profesionales que actúan a su vez como limitadoras de la eficacia comunicativa. El fallo comunicativo potencia la deshumanización y la falta de garantía del derecho a la autonomía del usuario. Futuras investigaciones deben empezar a incorporar las consecuencias del fallo comunicativo como variables de resultado de las intervenciones en comunicación.

Financiación

Proyecto financiado por el Colegio Oficial de Enfermería de les Illes Balears (COIBA), PI 373/11.

Palabras clave

intubación • respuesta emocional|deterioro de la comunicación verbal • seguridad del paciente • derecho de autonomía • fenomenología

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 66

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA OXIGENACIÓN CEREBRAL EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO: CUIDADOS DEL SENSOR DE PTIO2

Laura Juguera; R. Jurado Pellicer; ME. López Martínez; MI. del Saz Caja; S. Tenorio Torres; F. Hernández Gil; P. Leal Cano
UCI Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos/Introducción

La monitorización continua de la oxigenación cerebral en pacientes neurocríticos la podemos obtener con la medición directa y continua de la presión de oxigeno en el tejido cerebral (PtiO2). Esta técnica destaca por su fiabilidad y valor, e incrementa la capacidad diagnóstica en la detección de la hipoxia cerebral. El objetivo de nuestro estudio es describir e identificar los cuidados que el personal de enfermería debe desarrollar durante la implantación y posterior manejo del sensor de PtiO2.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión sistemática de la evidencia científica publicada en los últimos cinco años. La estrategia de búsqueda se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, EBSCO, WEB OF SCIENCE desde octubre a diciembre de 2018. En la selección de artículos se siguieron las premisas del programa CASPe y la declaración Prisma, incluyendo un total de 13 artículos.

Resultados/Intervenciones

El valor objetivo de la PtiO2 es superior a 20 mmHg. Los valores más bajos pueden indicar una hipoxia inminente. Una PtiO2 de 55 mm Hg sugiere un valor umbral definido como “perfusión óptima”. Los problemas de malfuncionamiento se deben principalmente a la manipulación del paciente, en este caso el personal de enfermería debe tener especial precaución. No hay que registrar el valor de la PtiO2 después de aspirar secreciones, hiperoxigenar al paciente o incluso si estamos administrando aerosolterapia. Es fundamental evitar tener en tensión el sensor así como evitar su acodamiento. Una de las formas de comprobar si su valor real, sería aumentar la FiO2, con lo que debería observarse un aumento de la cifra de la PtiO2.

Conclusiones

El personal de enfermería debe controlar el sensor de PtiO2 evitando su retirada accidental durante la manipulación del paciente. Además debe conocer cuáles son los márgenes de normalidad para detectar signos de hipoxia cerebral.

Palabras clave

Presión tisular de oxígeno • Neuromonitorización • Paciente neurocrítico • Cuidados de enfermería

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 100

IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA EFICACIA DE LA POSICIÓN DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON DISTRÉS RESPIRATORIO EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Maria del Mar Casares Rivas[1]; F. Lachica[2]; M. Benavides[2]; JA. Jiménez[2]; MD. Sánchez[2]; MI. Hinojosa[2]; EP. Fuentes[2]
1. Hospital Virgen de las Nieves; 2. Hospital Universitario San Cecilio

Introducción

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una complicación respiratoria grave que suelen presentar pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y se asocia con una alta incidencia y mortalidad. La ventilación mecánica en decúbito prono (DP) mejora la oxigenación y la redistribución pulmonar de los pacientes con SDRA, aunque la eficacia de la maniobra siempre ha estado bajo sospecha ante las complicaciones asociadas.

Objetivos

Describir los cuidados de la enfermera de UCI para reducir las múltiples complicaciones de la terapia decúbito prono y aumentar así la efectividad de la misma.

Metodología/Observación clínica

Realizamos una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet y Scielo, estableciendo como criterios de inclusión estudios primarios sobre el uso y efecto del decúbito prono en el tratamiento del SDRA, publicados desde 2014 hasta la actualidad, en castellano e inglés. La ecuación de búsqueda usada fue: insuficiencia respiratoria aguda AND decúbito prono AND cuidados de enfermería. Se obtuvieron seis artículos y finalmente quedaron cuatro que cumplían los criterios establecidos.

Resultados/Intervenciones

Existen numerosos estudios que han demostrado la mejoría de la oxigenación con el DP en pacientes que presentan SDRA. Esto se debe, a que gracias a este posicionamiento se optimizan parámetros relacionados con el binomio ventilación/perfusión. Se ha demostrado que la SatO2 aumenta significativamente tras dos horas del giro, manteniéndose este aumento durante la permanencia en DP.

Conclusiones

El decúbito prono en pacientes con SDRA es una medida terapéutica bastante frecuente en UCI, por lo que requiere unos protocolos de Enfermería adecuados que mejoren nuestra actuación antes, durante y después de la maniobra, así como su seguimiento para evitar las posibles complicaciones. En los últimos tiempos existe una carencia de protocolos unificados que guíen los cuidados de enfermería, aunque la mayoría de los estudios resalta la importancia del papel de enfermería cualificada en la reducción de las complicaciones.

Palabras clave

Insuficiencia respiratoria aguda • Decúbito prono • Posición • Cuidados enfermería • Cuidados críticos

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 295

CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO POR EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA): A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Villanueva Cendán
Hospital Clínic

Objetivos/Introducción

El decúbito prono (DP) mejora la morbi-mortalidad de los pacientes con SDRA al facilitar el intercambio gaseoso. Durante el cuidado en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de un paciente en DP por SDRA, es esencial evitar lesiones cutáneas y cerebrales secundarias e identificar situaciones que precisen atención urgente.
Objetivo: Establecer un plan de cuidados enfermeros específico para pacientes en DP, y difundir su importancia.

Metodología/Observación clínica

Paciente y Método (Caso clínico)Paciente mujer de 21 años, trasladada a nuestro centro por hemoptisis masiva, acompañada de tres días de malestar general y coluria. Tras evolución desfavorable se decide intubación orotraqueal (TOT). Tras SDRA que se evidencia con una PaO2/FiO2 de 77 y una FiO2 de 0.9, se decide pronar a la paciente durante 24h para la mejora del intercambio gaseoso.

Resultados/Intervenciones

Plan de cuidados enfermeros
- Movilización c/2h
- Control neurológico estricto (exploración horaria)
- Control de accesos vasculares
- Control hemodinámico estricto
- Control de nivel de sedación y dolor
- Control de la ventilación mecánica y la oxigenación
- Profilaxis de las ulceras por presión
- Curas oculares
- Fisioterapia pasiva
- Otros controles:
  - Revisión de alarmas de monitorizacióno
  - Control de glicemiao
  - Nutrición adecuadao
  - Control y manejo de la fiebre /hipertermiao
  - Profilaxis de la trombosis venosa profunda

Resultados

Dada su correcta evolución respiratoria se decidió revertir la posición de prono a decúbito supino y proceder a las 24h con la extubación. Tras la extubación se mantuvo a la paciente oxigenada con VMK.

Conclusiones

Las complicaciones que pueden aparecer en el paciente en DP pueden constituir una emergencia. Por ello es esencial trabajar de manera protocolizada y formar a los profesionales para una correcta actuación en el cuidado del paciente.

Palabras clave

decúbito prono • cuidados enfermeros

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 310

DECÚBITO PRONO EN EL PACIENTE ADULTO CON SDRA

Estefanía Padilla Álvarez[1]; Carlos Martorell Campins[2]; Sergio Jiménez Piña[1]
1. Hospital Universitario Son Espases; 2. UIB

Objetivos/Introducción

Exponer la técnica del decúbito prono y sus resultados en pacientes con SDRA a través de una revisión de la literatura.

Metodología/Observación clínica

Realizamos una revisión bibliográfica sobre el SDRA y la realización de la técnica de pronación en el paciente crítico. A lo largo de la revisión se citan 15 artículos. La revisión se ha llevado a cabo de noviembre 2018 a enero 2019 en las bases de datos EBSCHOST, CINHAL, CUIDEN, PUBMED haciendo uso de las siguientes palabras clave: respiratory distress syndrome, prone position, adult, compliance, mortality y oxygenation.

Resultados/Intervenciones

El decúbito prono es una técnica segura que se asocia con un incremento significativo de la PaO2 en el 60-80% de los pacientes con SDRA previamente tratados con ventilación mecánica y PEEP, y que raramente se asocia con un deterioro gasométrico. A pesar de ello, no se ha demostrado una disminución de la mortalidad de los pacientes con SDRA tratados con DP, por lo que en la actualidad su uso debe considerarse opcional.

Conclusiones

Se ha observado que la precocidad con que se empieza la técnica en el curso del SDRA es un factor importante, ya que el DP realizado en fases iniciales presenta un índice de respuesta superior que en fases tardías. También se ha sugerido una asociación entre el éxito de la técnica y la presencia de valores iniciales de PaO2/FiO2 más deteriorados con un porcentaje de shunt superior. La existencia de distensión abdominal puede aumentar la respuesta gasométrica a la maniobra de DP. En este sentido, estudios experimentales han demostrado que el DP en presencia de distensión abdominal se acompaña de un descenso del gradiente alveoloarterial de oxígeno y de una homogeneización de las relaciones V/Q, sin que ello se asocie con un aumento de la CRF.

Palabras clave

respiratory distress syndrome • prone position • compliance • adult • oxygenation|mortality

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 172

LA MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Javier Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; RB. Fernández Ariza[2]; ML. Alcaraz Escribano[1]; E. Martínez Abril[1]; J. Inocencio Sánchez[3]; A. Inocencio Sánchez[4]; B. Alloza Vicente[1]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 4. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Introducir la musicoterapia en la unidad de cuidados intensivos, es hacer de la música un elemento que proporcionará tanto a los pacientes y sus familiares como a los profesionales, bienestar físico y emocional, estimulación cognitiva y motora, y ayudar a mejorar situaciones de estrés y ansiedad propias de las circunstancias emocionales en este tipo de unidades.

Objetivo:

Describir la implantación de un programa de musicoterapia en nuestra unidad, reconociendo la satisfacción de los usuarios y profesionales.

Metodología/Observación clínica

Comenzamos con un programa de sesiones de musicoterapia, llevadas a cabo por músico voluntarios del conservatorio de música de la Región de Murcia en las distintas áreas de la unidad de cuidados intensivos del hospital clínico universitario virgen de la Arrixaca (HCUVA). Durante su estancia de dos horas en la unidad, los voluntarios desarrollan de manera aleatoria según criterio multidisciplinar, sesiones de unos 20 minutos por paciente. Siempre en el caso de que el paciente este consciente y/o se encuentra acompañado de la familia, se les solicita su permiso, intentando en la medida de lo posible que la música responda a sus gustos personales.

Resultados/Intervenciones

Este proyecto de humanización se lleva a cabo en un total de 50 sesiones durante el año 2018, dirigido a un total aproximado de 300 pacientes. La participación ha sido siempre favorable siempre por parte de los paciente y familiares, siendo de agradable satisfacción para ellos y para el resto de profesionales.

Conclusiones

Con el programa de musicoterapia siempre se han derivado emociones positivas tanto para el paciente, familiares y profesionales. Permitiendo en algunos de los casos sacar a luz sentimientos y emociones positivas dentro la situación particular de cada enfermo que les ha permitido relativizar su proceso.

Palabras clave

Musicoterapia • Familia • Paciente • Voluntarios

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 232

LA MUSICOTERAPIA COMO HERRAMIENTA REHABILITADORA EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Evelin Bernal Pérez; C. Faura Santos; B. Ramos González; JM. López Reina Roldán; G. Heras La Calle; MC. Martín Delgado
Hospital Universitario de Torrejón

Objetivos/Introducción

Se define la musicoterapia como una terapia no verbal que utiliza la música y sus elementos como medio para producir cambios motivacionales y emocionales en el individuo. La terapia musical en UCI puede fomentar el bienestar físico, psicológico y emocional de los pacientes críticos y sus familias a través de la estimulación cognitiva y/o motora favoreciendo la reducción del estrés y ansiedad derivada del proceso. El objetivo principal es analizar el impacto clínico sobre pacientes críticos que recibieron sesiones de musicoterapia durante su estancia en cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Un estudio observacional longitudinal y retrospectivo en el cual se analizan las sesiones de musicoterapia, promovidas por "Fundación Diversión Solidaria" en la UCI polivalente del Hospital Universitario de Torrejón. El programa consta de evaluaciones semanales de entre diez y veinte minutos de duración por paciente, desarrolladas por dos musicoterapeutas profesionales. La selección de paciente es consensuada de forma multidisciplinar, siendo candidatos preferentes pacientes con media o larga estancia en los que la terapia puede tener un mayor impacto y efecto sumativo. Se solicita el consentimiento al paciente y/o familia.

Resultados/Intervenciones

Se analizan las constantes vitales desde dos horas antes de la sesión, durante la misma y hasta dos horas después. Los signos vitales incluyen frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial y escala de dolor visual analógicai/o escala ESCID. Además, se tienen en cuenta variaciones en la modalidad ventilatoria, fracción inspirada de oxígeno (FIO2), necesidad de soporte vasoactivo y niveles de sedación.

Conclusiones

Los primeros resultados obtenidos reflejan una clara mejoría emocional en pacientes y familiares frente a la discreta variación clínica de los signos vitales que también se ven alterados por otros factores.

Financiación

Promovida por Fundación Diversión Solidaria que incluye a los profesionales y los instrumentos que se facilitan a pacientes y familiares.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 250

BENEFICIOS DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO MULTIDISCIPLINAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN UNA ERA TECNOLÓGICA

Galis Cecilia Rodríguez Pérez[1]; AM. Leal Pérez[1]; P. González Castaño[2]; S. Rodríguez Rodríguez[3]; MP. Martín González[2]; T. Rodríguez Padrón[1]; J. Sánchez Martín[4]; C. Rojas Linares[4]; JA. Clemente Concepción[4]

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria; 2. Hospital Universitario de Canarias; 3. CS Ofra; 4. Hospital General de La Palma

Objetivos/Introducción

1. Describir el grado de humanización que presentan las Unidades de Cuidados Intensivos.
2. Identificar los beneficios que aporta, a los familiares y pacientes, el humanizar nuestras prácticas diarias en la unidad de cuidados intensivos.
3. Identificar las dificultades o barreras encontradas para la aplicación de cuidados humanizados.

Metodología/Observación clínica

Se ha utilizado los buscadores científicos PuntoQ y Google Académico. Las bases de datos obtenidas han sido muy diversas, destacando, entre otras, Scielo, Dialnet y Researchgate. Para refinar la búsqueda he seleccionado por materia (unidad de cuidados intensivos, enfermera, familia, adulto...), rechazando unidades de cuidados intensivos pediátricos o neonatal. No se ha acotado por tiempo ya que la mayoría de los artículos son recientes al tratarse de un tema de actualidad.

Resultados/Intervenciones

Prestar un cuidado con estas características requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupal y compromiso explícito de la institución. Es necesario una inversión y una gestión eficiente de los recursos que permita, entre otras cosas, la contratación de más personal sanitario y una reestructuración de los servicios para ofrecer una atención centrada en el usuario y su familia.

Conclusiones

Los profesionales de la salud se encargan de humanizar la llegada a la vida en los recién nacidos, con técnicas como la postura del canguro, insistir en la lactancia materna, en el piel con piel de sus progenitores, etc. Sin embargo,en el proceso de la posible trayectoria haca la muerte, no se han hallado resultados que muestren la presencia de la humanización de ese tipo de cuidados. Cuando la tecnología no formaba parte de nuestra vida, el cuidado-paciente era más directo, con unas historias clínicas más enriquecidas derivadas de la comunicación profesional-familiar-paciente. El uso intensivo de la tecnología ha podido relegar las necesidades humanas y emocionales del paciente, familias y profesionales de salud, a un segundo plano.

Palabras clave

Humanización • Cuidados intesivos • Tecnología

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 294

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS EN UNA UCI QUIRÚRGICA: RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE SEGURIDAD

Yasmina Díaz López; S. Benito: M. Carme; C. Cubillas; S. García; J. García; A. Farre; N. Marsà; MD. Martín; J. Talleda
Hospital Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

El presente estudio explica las medidas que se han llevado a cabo tras la implementación de un grupo de trabajo de seguridad clínica en la UCI Quirúrgica de un hospital de tercer nivel.

Objetivo Principal:

• Analizar los incidentes reportados desde el sistema e-cloud.

Secundarios:

• Reflexionar de manera crítica sobre los incidentes.
• Divulgar recomendaciones.
• Promover el sistema de notificación de incidentes.

Metodología/Observación clínica

En la unidad se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar de 12 personas, derivado del interés por las iniciativas de formación del personal promovido por los protocolos BZ y RZ y NZ. Analizamos los incidentes reportados a través del sistema E-Cloud desde la UCI, en sesiones grupales multidisciplinares y bimensuales. En cada reunión se discutieron y acordaron las iniciativas que podrían ser más viables para la mejora de la calidad asistencial. Los incidentes reportados, se trataron clasificándolos por gravedad, frecuencia y área de impacto. El grupo elaboró recomendaciones que se imprimieron en formato tríptico para toda la unidad de manera anual, y cada responsable de turno las comunicó de manera informal a sus compañeros.

Resultados/Intervenciones

Se diseñaron trípticos anuales que agrupaban las recomendaciones elaboradoras por el grupo de seguridad. Se incrementaron el número de notificaciones desde el inicio en 2013. Mejoró la cultura de seguridad y se derivaron grupos de trabajo para UPPs, control de contenciones, identificación inequívoca de pacientes, control del carro de paros y del material de traslado.

Conclusiones

Las reuniones para evaluar los incidentes reportados, y la valoración de dichos incidentes por el personal de la unidad, es un método adecuado para establecer medidas de mejora adaptadas a cada contexto asistencial. El diseño en formato tríptico se ha determinado como el más efectivo para la difusión de las recomendaciones del grupo de seguridad.

Financiación

El presente trabajo no tiene financiación.

Palabras clave

Seguridad Clínica • Calidad Asistencial • Eventos Adversos • Grupos de trabajo

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 38

CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LA UCI SOBRE LA HIGIENE DE MANOS

Borja Nicolás Santana López[1]; YG. Santana Padilla[1]; JD. Martín Santana[2]; J. Molina Cabrillana[3]; L. Santana Cabrera[1]
1. Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas; 2. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 3. Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas

Objetivos/Introducción

Identificar los conocimientos sobre la HM que tienen los profesionales de UCI. 5-10% de los pacientes en un hospital desarrolla alguna Infección Relacionada con la Atención Sanitaria (IRAS), 50% en UCI. Es necesario impulsar medidas para concienciar que la higiene de manos (HM) es el punto de partida para reducir estas infecciones.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal, prospectivo, descriptivo y comparativo, mediante una encuesta publicada y validada por la OMS. Se usaron las pruebas de la «t» Student y Chi-cuadrado para comparar variables continuas y categóricas, respectivamente.

Resultados/Intervenciones

187 encuestados, (> 80% de la población). >90% había recibido formación reglada sobre HM en los últimos 3 años y usan con regularidad producto de base alcohólica (PBA). > 70% creen que la fuente más frecuente de microorganismos causantes de IRAS son el entorno o las superficies hospitalarias, solamente 25% es capaz de identificar a los microorganismos ya presentes en el paciente como la principal causa. El 39,6% de los profesionales de UCI consideran que el lavado de manos (LM) tradicional es más eficaz que la fricción de manos (FM) con PBA contra los microorganismos. Más de una tercera parte cree que es recomendable realizar el LM y la FM de forma secuencial. Sólo el 55,8% conoce que el tiempo mínimo adecuado para eliminar microorganismos mediante FM con el PBA es de 20 segundos. Acerca de los momentos del tipo de higiene a llevar a cabo en las diferentes situaciones propuestas, y sobre elementos o circunstancias a evitar asociadas a una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos, en líneas generales conocen la actuación correcta.

Conclusiones

A pesar de tener formación reglada sobre la HM, poseen unos conocimientos incompletos. Es necesario establecer en el futuro estrategias que refuercen los conocimientos entre los profesionales respecto a la HM tal como la presencia de un líder.

Financiación

No.

Palabras clave

Critical care • Hand hygiene • Healthcare workers • Compliance • Nocompliance • WHO

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 130

RONDAS DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Manuel Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; ML. Alcaraz Escribano[1]; E. Martínez Abril[1]; BC. Alloza Vicente[1]; RB. Fernandez Ariz[2]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos/Introducción

La implementación de rondas de seguridad (RS) en un servicio permite que los profesionales de primera línea puedan comprobar el compromiso del equipo directivo y de la organización con la seguridad del paciente. Durante las mismas los líderes pueden demostrar su interés e implicación en temas de seguridad y contribuir a la construcción de una nueva cultura centrada en la seguridad del paciente. Sus objetivos son facilitar la mejora continua en seguridad del paciente, fomentar la implicación de los directivos en temas de seguridad, conocer la realidad de la organización e identificar oportunidades de mejora en la seguridad del paciente.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo longitudinal realizado en 2018. Se utilizó una hoja de registro compuesta por 16 ítems que se midieron en tres rondas distintas midiendo el grado de cumplimiento y comparándolo entre las tomas.

Resultados/Intervenciones

Se ha obtenido una mejora en el grado de cumplimiento de 5 de los indicadores, uso de barandillas (80-90-100%), ausencia apósitos caídos o sucios en vías periféricas (80-100-100%), Escala Bradem primeras 24 horas (60-100-100%), manejo adecuado alarmas de monitorización (95-100-100%) y revisión del carro de parada (25-100-100%). En la segunda ronda de seguridad 2 (RS2) se obtuvo un grado de cumplimiento del 100% en 9 de los indicadores mientras en la ronda de seguridad 3 (RS3) solo obtuvimos un 100% en 6 indicadores.

Conclusiones

Las rondas de seguridad nos ayudan a tener una visión clara de lo que está ocurriendo en el Servicio de Medicina Intensiva. Vistos los resultados arrojados por los indicadores tenemos un amplio campo de mejora en la seguridad del paciente ingresado en UCI. La intervención de los equipos directivos en las rondas de seguridad favorece la comunicación entre el personal de la Servicio y la Dirección del centro.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Ronda de seguridad • Indicadores • Unidad de Cuidados Intensivos

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 148

PREVENCIÓN Y VERIFICACIÓN PARA UN ECMO SIN COMPLICACIÓN

Mª Cristina Moreno Jiménez; Mónica Muñoz Pérez
Hospital Universitario Son Espases

Objetivos/Introducción

La Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) es un sistema de asistencia mecánica circulatoria/respiratoria extracorpórea que proporciona un soporte cardíaco y/o pulmonar durante un período de días o semanas. Es fundamental el conocimiento del sistema ECMO y la estandarización de los cuidados, para mejorar la práctica clínica. Las listas de verificación o checklist permiten realizar de forma rápida, eficaz y eficiente, comprobaciones sistemáticas, que garantizan la seguridad del paciente y evitan posibles complicaciones. Estandarizar los cuidados de enfermería en pacientes portadores de ECMO mediante la realización de listas de verificación antes de la inserción, durante la terapia y para traslado inter e intrahospitalario y reducir la variabilidad de la práctica clínica. Dirigido a profesionales de enfermería implicados en el cuidado de pacientes portadores de ECMO.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Scielo, Dialnet) y artículos publicados sobre las listas de verificación en pacientes portadores de ECMO, adultos y pediátricos.Puesta en común de los resultados encontrados, consenso y elaboración de diferentes listas de verificación adaptadas a cada situación. La terapia con estos dispositivos requiere de profesionales cualificados y entrenados.

Resultados/Intervenciones

- Elaboración de 4 checklist en pacientes portadores de ECMO: antes de la inserción, durante la terapia, traslado inter e intrahospitalario.
- Formación teórico-práctica al equipo interdisciplinar sobre ECMO.
- Implementación “a pie de cama” de los 4 checklist y del material informativo relacionado con el mantenimiento/funcionamiento del sistema y cuidados del paciente.

Conclusiones

La estandarización de los cuidados mediante el uso de checklist en pacientes portadores de ECMO, pueden reducir complicaciones y prevenir errores. Su uso “a pie de cama”, aumenta la seguridad del paciente y mejora la confianza del profesional. Unos cuidados proactivos pueden garantizar el éxito de la terapia.

Financiación

No se ha necesitado financiación

Palabras clave

Protocolo • ECMO • listado verificación • seguridad

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 262

RONDAS DE SEGURIDAD ENFERMERAS EN UCI: CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE BACTERIEMIA ZERO

César Rodríguez Núñez[1]; M. Ruiz de Eguino Berasategui[1]; ZI. Gil García[1]; M. Martín Martínez[1]; A. Iglesias Rodríguez[1]; J. Irigoien Aguirre[1]; M. García Corres[2]; P. López Reguero[1]; E. Gutiérrez Fernández[1]; M. Albaladejo Perea[1]

1. Hospital Universitario Araba (TXAGORRITXU). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza; 2. Hospital Universitario Araba (SANTIAGO). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Objetivos/Introducción

Desde que comenzó el proyecto Bacteriemia Zero(BZ), numerosos Hospitales Españoles nos adherimos por la importancia que tiene para la seguridad del paciente, un protocolo basado en la evidencia para prevenir infecciones relacionadas con los catéteres.

Objetivo:

Analizar el cumplimiento de las medidas y cuidados enfermeros del protocolo BZ.

Metodología/Observación clínica

Estudio Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Periodo: 2017 Población: pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años. Muestra: pacientes portadores de catéteres venosos centrales o arteriales. Material y método: Los datos clínicos y sociodemograficos se obtuvieron de la historia clínica digital(Metavision). Se realizaron observaciones directas mensuales sin previo aviso con cuestionario ex professo sobre las medidas del protocolo como herramienta de verificación de lo observado en el cumplimiento de los cuidados. Variables: diagnostico, catéter (ubicación tipo y luces). Medidas recomendadas por el protocolo BZ. Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

Se realizó la observación en 177 oportunidades de cura(64 internas). El origen de ingreso más frecuente fue de origen fue médico(39%). Un 66% fue CVC, siendo en un 25% inserción yugular y otro 25% ante cubital de 3 luces en un 40%. Un 25% se observo higiene de manos pero en un 75% no fue valorable. Un 23% se desinfecto con clorhexidina previo a punción, en un 77% no se puedo valorar. El apósito estuvo limpio en un 92,2% de los casos. Se cambiaron los sistemas en un 22%, un 8% no y estaban limpios en un 86%.Existía presencia de tapón obturador en un 87,5%. Desinfección tapón previo administración 19%.

Conclusiones

Aunque se prioriza el acceso venoso central de forma periférica, se siguen usando otros accesos centrales en buena medida. Debemos mejorar los cuidados y medidas de inserción y mantenimiento de CVC. Seguiremos realizando rondas de seguridad, actualizaremos el protocolo acceso y mantenimiento CVC. Se impartirá formación sobre las medidas recomendadas.

Palabras clave

bacteriemia • cuidados enfermeros • uci

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 16

APLICACIÓN CLÍNICA DE LOS MODELOS ESTANDARIZADOS DE TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN SBAR E IDEAS DURANTE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE CRÍTICO POLITRAUMATIZADO

Alba Fernández Bembibre[1]; AM Vázquez Casares[2]
1. Hospital Universitario de León (CAULE); 2. Facultad de Ciencias de la Salud

Objetivos/Introducción

La transferencia de pacientes entre los distintos profesionales sanitarios es entendida como un procedimiento informativo mediante el cual se delega la responsabilidad de la situación clínica actual del paciente a otro profesional. Con el fin de mejorar la comunicación durante este procedimiento y minimizar los errores, se crearon los dos métodos estandarizados de recogida de información denominados IDEAS y SBAR. En la actualidad no existe una práctica estandarizada que garantice una adecuada comunicación en el momento del traspaso. Se analizó la información transmitida durante la transferencia del enfermo crítico politraumatizado entre los servicios del 112, Urgencias y UCI del Hospital Universitario de León.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional transversal de revisión de historias clínicas de Enero a Diciembre de 2017 de pacientes que acuden al Hospital Universitario de León bajo el diagnostico principal de “politrauma”. La información transmitida durante las transferencias del paciente se analizó traspasándola a los ítems que identifican los dos métodos estandarizados (IDEAS y SBAR).

Resultados/Intervenciones

La UCI es el servicio donde se recoge más información en comparación al servicio del 112 y Urgencias. Las áreas con menos registros son las relacionadas con la identificación del paciente y las recomendaciones de los profesionales, en contraposición al estado o situación del paciente en las cuales existe una mayor información.

Conclusiones

A pesar de que no existe un método implementado para la transferencia de información durante el transpaso del paciente politraumatizado, los datos recogidos se relacionan con los bloques que se encargan de garantizar una actuación clínica inmediata. No obstante, la utilización de los métodos IDEAS y SBAR nos garantizarían una recogida de datos rápida y sistematizada contribuyendo a un aumento de la seguridad clínica.

Palabras clave

SBAR/SAER • IDEAS • Transferencia • Información • Comunicación • Cuidados críticos • Urgencias

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 267

RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI: CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO ITU ZERO

César Rodríguez Núñez[1]; M. García Corres[2]; A. Iglesias Rodríguez[1]; M. Martín Martínez[1]; J. Irigoien Aguirre[1]; M. Gómez Pablos[1]; L. Nafarrate Ruiz[1]; M. Velasco Martín[1]; E. Nieto Muñoz[1]; E. Unzalu Lerma[1]

1. Hospital Universitario Araba (TXAGORRITXU). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza; 2. Hospital Universitario Araba (SANTIAGO). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Introducción

Desde que comenzó el proyecto Infeccion Tracto Urinario Zero (ITU ZERO), numerosos Hospitales Españoles nos adherimos por la importancia que tiene para la seguridad del paciente, un protocolo basado en la evidencia para prevenir infecciones relacionadas con los catéteres urinarios.

Objetivos

Analizar el cumplimiento de las medidas y cuidados enfermeros del protocolo ITU ZERO.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Periodo de estudio: año 2017 Población de estudio: pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años. Muestra: pacientes portadores de catéteres urinarios. Material y método: Los datos clínicos y sociodemograficos se obtuvieron de la historia clínica digital(Metavision). Se realizaron observaciones directas mensuales sin previo aviso con cuestionario ex professo sobre las medidas del protocolo como herramienta de verificación de lo observado en el cumplimiento de los cuidados. Variables: diagnostico y medidas recomendadas por el protocolo ITU ZERO. Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

117 observaciones. 83 externas y 34 internas. Un 40% de los pacientes ingresaron por motivo médico. En un 20% hubo higiene de manos previa a la manipulación, 80% no valorado. 100% uso guantes para manipulación cateter vesical. En un 73,5% de las observaciones se realizó aseo de la zona perisondaje, en un 26,5% no se puedo valorar. En un 35% de las veces se pinzó la sonda ante las manipulaciones de distinto nivel, resto no valorable. el 100% de las ocasiones la bolsa estaba por debajo de la altura de la vejiga. En un 8,8% la bolsa colecor estaba en contacto con el suelo.

Conclusiones

Consideremos que los cuidados de enfermería relacionados con el mantenimiento del sondaje vesical se cumplen de forma rigurosa en un elevado porcentaje de las veces. Debemos mejorar a traves del refuerzo positivo, difusión de los datos y la formación continuada nuestros puntos débiles. Adherirse a proyectos zero estatales son una forma de evitar la variabilidad de la práctica clínica.

Palabras clave

seguridad paciente • itu zero • uci

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 286

¿EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ENCUENTRA SATISFECHO CON FLEXIBILIZAR LAS VISITAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Cristina Rojas Linares[1]; JA. Clemente[1]; AM. Pérez[1]; GC. Rodríguez[2]; E. Rocha[1]; I. Montelongo[1]; L. Cairós[3]; E. Ortega[3]; G. Péréz[1]

1. Hospital General de La Palma; 2. Hospital Nuestra Señora de La Candelaria; 3. Centro de Salud de Santa Cruz de La Palma

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ofrecen asistencia multidisciplinar para atender a pacientes que requieren soporte vital. Estudios previos realizados en UCI españolas muestran restricciones en cuanto al número y duración de las visitas, así como limitaciones en la información. La UCI a estudio, en el Hospital General de La Palma (HGLP), el horario de visitas es de dos horas al día y se informa una vez al día.

Objetivo:

Describir el grado de satisfacción del personal de enfermería que trabaja en la UCI del HGLP, relacinado con el horario de visitas.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal y prospectivo, en la UCI del Hospital General de la Palma (HGLP) para el cual se han seleccionado los enfermeros y auxiliares de enfermería (N=44). A la muestra se le ha suministrado un cuestionario que recoge variables demográficas y en una segunda parte, el resto de variables dependientes, englobadas en tres dimensiones, el efecto de la visita en el paciente, efecto de la visita en la familia y el efecto de la visita en los profesionales.

¡Resultados/Intervenciones

El índice de neto satisfacción de la muestra con la flexibilización de la visita se sitúa en un 55%. Los encuestados coinciden en reconocer la visita flexible como un apoyo para el paciente, que la misma mejora el aburrimiento del paciente, el deseo por vivir, la satisfacción familiar, sin embargo, también la identifican como generadora de carga física y psíquica para el personal de enfermería, sobre todo los profesionales con mayor experiencia en el servicio.

Conclusiones

El personal es reticente al cambio, aunque lo identifican como beneficioso para el paciente y familia, lo perciben como una carga añadida. Estos resultados son concordantes con otros estudios. La evidencia obliga a insistir en un cambio en el régimen de visitas analizando individualmente las necesidades de la triada paciente/familia/profesional.

Palabras clave

Unidad de Cuidados Intensivos • Cuidados de enfermería • Familia • Paciente crítico • Información • Visita

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 297

PERCEPCIONES SOBRE LA REITERACIÓN DE INCIDENTES EN UN GRUPO DE SEGURIDAD DE PACIENTES DE UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Raquel Jareño Collado; S. Barba Aragón; MP. Fraile Gamo; H. Bermejo García; GA. Garrido Jerez; L. Poves Pastor; R. Claudio Barahona; MM. Sánchez Sánchez; S. Arias Rivera
Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

Muchos de los incidentes de seguridad evitables, suceden frecuentemente, a pesar de que el personal asistencial es conocedor de sus consecuencias negativas. En otras ocasiones, las medidas preventivas de las organizaciones no son suficientemente efectivas para evitar incidentes

Objetivo:
Presentar y reflexionar sobre incidentes habituales analizados en un grupo de seguridad del paciente crítico.

Metodología/Observación clínica

Reflexión interpretativa de la actividad del grupo de seguridad en un servicio de cuidados intensivos/unidad de grandes quemados de 24 camas, tras 9 años de experiencia. Las notificaciones de seguridad son presentadas al grupo multiprofesional y multidisciplinar (celadora, técnicas en cuidados auxiliares de enfermería, enfermeras y médicas intensivista y cirujana plástica), en reuniones periódicas, donde se reflexiona sobre las causas y posibles medidas correctoras.

Resultados/Intervenciones

En los 9 años de actividad, se han analizado 2345 incidentes. Muy frecuentemente se analizan incidentes relacionados con el incumplimiento de la higiene de manos, de la identificación inequívoca de pacientes, de la revisión rutinaria de alarmas y tratamiento médico, comunicación entre profesionales, con errores en la identificación de fármacos como consecuencia de la isoapariencia.Los condicionantes analizados son la elevada carga asistencial, las “prisas”, la ausencia de identificación con la organización, falta de cultura de seguridad del paciente, exceso de rotación del personal sanitario que dificulta el cumplimento adecuado de los protocolos, fallos reiterados en las defensas del sistema que escapan a la competencia de los asistenciales.Las medidas correctoras implantadas durante estos años no están siendo eficaces.

Conclusiones

Se considera que el aumento de la implicación de los mandos intermedios, una formación adecuada, rigurosa y proporcionada a los medios materiales y capital humano existentes, así como el fomento de la cultura de seguridad, serían objetivos a desarrollar para disminuir estos incidentes.

Financiación

sin financiación

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 149

¿QUÉ PASA CUANDO ENFERMERÍA TOMA EL RELEVO EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES?

Adriana Baena Ruiz; E. Martínez; I. Hernández; E. Jou; L. Navas; M. Montserrat; R. Castrillo
Hospital Moisès Broggi Sant Joan Despí

Objetivos/Introducción

- Describir características y criterios de la colocación ecoguiada de un catéter venoso central (CVC) de acceso periférico.
- Describir las complicaciones tras su inserción. La terapia endovenosa por CVC está indicada en múltiples ocasiones.

La colocación por enfermería, mediante ecógrafo, permite canalizar venas en las extremidades superiores (EE.SS.), que con la técnica ciega sería imposible. También facilita su localización, la visualización del diámetro y profundidad, y diferenciar otras estructuras como arterias o nervios, disminuyendo así las complicaciones.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los CVC de acceso periférico colocados por enfermería, entre 2016-2017 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de segundo nivel, a pacientes procedentes de hospitalización, urgencias y UCI· Recogida datos: historia clínica, gráfica UCI y check-list Bacteriemia Zero. Variables continuas descritas con media y desviación típica. Variables categóricas mediante porcentajes. Se estudian variables sociodemográficas del paciente; relacionadas con colocación y complicaciones de la inserción del catéter. Estudio no intervencionista, evaluado por Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

Resultados/Intervenciones

Total de CVC colocados: 245, representan el 77%. 86% CVC son de 7 french, 60 cm y 2 luces. Promedio diámetro vena para 7 french es de 0,44cm, (desviación típica de 0,18). Se utilizó ecógrafo en el 76%. 89% CVC colocados en vena basílica. 83% insertado por un solo profesional. El 60,5% colocados al primer intento. 63% fueron de localización central. 94,7% ninguna complicación durante la técnica. Promedio días de permanencia de CVC, 14,8 (desviación típica 18,9). 67,5% sin complicaciones posteriores (7,8% obstrucción, 5,3% autoextracción, 4,1% flebitis, 2,5% extravasación, 0,8% bacteriemia).

Conclusiones

El diámetro de vena escogido para colocar los CVC es el recomendado por la bibliografía. La punción ecoguiada permite canalizar con mayor seguridad y eficacia. No hemos podido comparar, por déficit en la recogida de datos, la relación directa entre diámetro, tipo de catéter y complicaciones.

Palabras clave

Catéter • Central • Venoso • Enfermería • Ecógrafo

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 208

VALIDEZ DE UN SISTEMA NO INVASIVO DE MEDICIÓN CONTINUA DE LA TENSIÓN ARTERIAL: MONITOR CLEARSIGHT

Amaia Ibáñez; L. Álvarez; A. Bacete; H. Barrasa; Z. Iñiguez de Ciriano; AA. Margüello; A. Martín; I. Rodríguez; V. Sanz; A. Urruchua
HUA Araba sede Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz

Objetivos/Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), es imprescindible una medición precisa de la tensión arterial (TA) para el manejo de la situación clínica del paciente y la toma de decisiones respecto a su tratamiento y cuidados. Ciertas situaciones clínicas precisan del registro continuo de la TA, pero esto no siempre es posible en las fases iniciales, por ejemplo, en el área de urgencias o en el angiógrafo. El sistema ClearSight permite una medición continua, no invasiva, de la TA a través de un sistema de pinzamiento volumétrico utilizando un manguito colocado en un dedo. En este estudio preliminar quisimos valorar la validez de la toma de la TA con el monitor ClearSight respecto a la obtenida con el sistema invasivo convencional en pacientes ingresados en la UCI.

Metodología/Observación clínica

Se incluyeron pacientes ingresados en la UCI con un sistema de medición de TA invasiva, tanto radial como femoral a los que se les monitorizó la TA no invasiva mediante el sistema ClearSight. Registro de TA por ambos sistemas. La validez del sistema Clearsight se evaluó mediante el cálculo de la correlación de Pearson de ambas mediciones, nivel de significación de 0,05.

Resultados/Intervenciones

Se registraron 15 mediciones. La correlación entre la TA sistólica (TAS), TA diastólica (TAD) y TA media (TAM) fue de 0.76, 0.95 y 0.96, respectivamente, $p<0,01$. Se observó una muy buena correlación global especialmente en la medición de TAD y TAM siendo ésta algo inferior para la TAS.

Conclusiones

En este estudio preliminar el sistema ClearSight permite una medición no invasiva, continua y precisa de la TA pudiendo ser una alternativa a la monitorización de la TA invasiva en situaciones clínicas en las que ésta no sea posible.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 268

RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS AISLAMIENTOS

César Rodríguez Núñez[1]; R. Martínez Ciudad[1]; D. Muñoz Martín[2]; J. Irigoien Aguirre[1]; M. García Corres[1]; M. Martín Martínez[1]; L. Tapia Barrera[1]; MI. Acebes Fernández[1]; I. Santamaría Durana[1]; E. Navarro Pérez de Albeniz[1]

1. Hospital Universitario Araba (TXAGORRITXU). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza; 2. Hospital Universitario Araba (SANTIAGO). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Objetivos/Introducción

Desde que comenzó el proyecto Resistencia Zero (RZ), numerosos Hospitales Españoles nos adherimos por la importancia que tiene para la seguridad del paciente, un protocolo basado en la evidencia para prevenir infecciones a traves de los aislamientos protectores.

Objetivo:

Analizar el cumplimiento de las medidas del protocolo RZ.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Periodo de estudio: año 2017 Población de estudio: pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años. Muestra: pacientes con aislamientos. Material y método: Los datos clínicos y sociodemograficos se obtuvieron de la historia clínica digital (Metavision) Se realizaron observaciones directas mensuales sin previo aviso con cuestionario ex professo sobre las medidas del protocolo como herramienta de verificación de lo observado en el cumplimiento de los cuidados. Variables: diagnostico,y medidas de aislamiento recomendadas por el protocolo RZ. Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 11 rondas de seguridad externas. Por patología, la mayoría de las observaciones se realizaron en paciente con patología médica (64%). Las medidas recomendadas que cumplieron el 100% fueron: box individual-puerta cerrada, Cartel informativo, materieles fuera box, equipos exclusivos paciente. Un 75% información a familiares. Colocacion guantes-bata fuera box y retirada guantes-batas dentro box(75% cumplimiento). Higiuene manos dentro del box(50%), 25% no valorado, 25% no realizado dentro sino fuera. Los profesionales observados fueron: 37% enfermeras, 27% TCAE, 9% celadores, resto no valorado.

Conclusiones

Con los resultados observados consideramos que la adherencia a este proyecto en medio-bajo. Por ello intensificaremos las medidas correctoras necesarias para mejorar la seguridad del paciente. Formación e implicación por parte del equipo asistencial son los puntos claves donde debemos incidir para mejorar.

Palabras clave

aislamientos • seguridad paciente • uci

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 366

MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN TISULAR DE OXIGENO CEREBRAL: COMPARATIVA DE DOS SISTEMAS

Mercedes Garrido Martín; L. Expósito Mozas; Miguel Puigbarraca; L. Rodríguez Corominas; A. Blancafort Escalé; I. Argente Bono
Hospital Vall d'Hebron Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología

Objetivos/Introducción

La presión tisular de oxigeno (PtiO2) es un método de monitorización invasiva y regional. Ofrece información de los niveles de oxigenación cerebral midiendo la presión parcial de oxígeno en el parénquima cerebral. Refleja el equilibrio entre la perfusión cerebral, la difusión del oxígeno en el tejido cerebral y el consumo celular de oxígeno. Para monitorizar la PtiO2 existen básicamente dos sistemas: el Licox® y el Neurovent-PTO®. El objetivo del trabajo es mostrar las diferencias entre ambos.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cinahl, PubMed y Cochrane con los descriptores "PtiO2, Licox®, Neurovent-PTO®, nursing care" entre los años 2017-2019. Consenso de expertos del equipo multidisciplinar.

Resultados/Intervenciones

Sistema Licox®

1. Medición mediante sensor electroquímico tipo Clark.
2. Cálculo en un área de 13mm^2.
3. Almacenar el sensor en frío.
4. Precisa tarjeta de calibración asociada al catéter.
5. Una vez conectado el catéter al monitor esperar 1-2 h para que se estabilicen las lecturas.
6. Si no disponemos de lecturas de Temperatura (Tª) cerebral, introducirla manualmente de forma horaria (1ºC superior a la Tª corporal).

Sistema Neurovent-PTO®

1. Medición mediante catéter de fibra óptica fluorescente.
2. Sistema multiparamétrico, un solo catéter mide la presión intracraneal, Tª cerebral y PtiO2.
3. No requiere refrigeración en su almacenaje.
4. No calibración previa.
5. Amplitud>375 para garantizar lecturas correctas.
6. Compatibilidad con Resonancia Magnética (RM).
7. Fijación con tornillo PEEK (no metálico).
8. Extracción de información mediante USB.

Conclusiones

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las mediciones de PtiO2 de ambos sistemas. El sistema Neurovent-PTO® ofrece el beneficio que con un solo trepano y catéter mide presión, Tª y oxigenación cerebral. Permite también el traslado a la RM.

Financiación

No hay

Palabras clave

Presión tisular de oxigeno cerebral • neuromonitorización • cuidados enfermería • catéter multiparamétrico

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 124

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DONACIÓN EN ASISTOLIA TIPO III. DONANTES POTENCIALES ASISTOLIA CONTROLADA

Coral Checa Osma; R. Checa Osma; V. Osma Pérez; JA. Simarro Blasco; M. Noheda Recuenco; I. Martínez Toledo; M. Abanades Contreras; JM. Blanco Calonge; N. Abanades Bascuñana; S. Bascuñana Nieto
Hospital Virgen de la Luz SESCAM, Cuenca

Objetivos/Introducción

Los donantes potenciales de órganos requieren unos cuidados que la enfermería presta. Éstos son esenciales e irán encaminados a conseguir una óptima utilización de los órganos.

Objetivo:
Definición donante potencial en asistolia controlada (tipo III) Elaborar un protocolo con los cuidados y objetivos principales del paciente en situación de donante potencial en asistolia controlada.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en: PubMed, Dialnet, Elservier, google académico, ONT. Realización de protocolo por consenso de expertos. Difusión de protocolo en curso y sesiones clínicas en el equipo.

Resultados/Intervenciones

Donante potencial en asistolia controlada (tipo III): Persona que se espera el cese de la función circulatoria y respiratoria en un periodo de tiempo de dos horas desde la retirada de medidas en el proceso de Limitación de Esfuerzo Terapéutico, permitiendo la extracción rápida de órganos.

Cuidados: - Mantenimiento de la función respiratoria. Objetivo correcta oxigenación y función ácido-base. Cuidados Neumonía Zero. - Mantenimiento de la temperatura. Objetivo evitar hipotermia e hipetermia con medidas complementarias. - Cuidados oculares para el mantenimiento de córneas. Obj. evitar que la córnea se seque o ulcere. - Prevención de infección. Por puntos de accesos, manipulaciones. Bacteriemia Zero. - Medidas preparación preoperatoria. Arteria radial, vena yugular, sangre cruzada, ox. 100% - Atención a la familia del donante. Objetivo no tengan dudas, dar apoyo, no juzgar, escucha empática,....

Conclusiones

Es determinante para el buen resultado y la viabilidad de los órganos, el tiempo de isquemia caliente. Aplicando estrictamente el protocolo del manejo del donante potencial se disminuye las posibles complicaciones. La donación en asistolia debe desarrollarse como una alternativa para disminuir las listas de espera de trasplantes.

Financiación

NO

Palabras clave

Donación • Asistolia • Cuidados de enfermería • Muerte encefálica • Mantenimieto del donante

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 126

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO A UN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS

Marta María Chust Álvarez; L. Giera Vives; NM. Martínez Lucas; JA. Simarro Blasco
Hospital Virgen de la Luz SESCAM, Cuenca

Objetivos/Introducción

Elaborar un plan de cuidados de enfermería estandarizado en el postoperatorio inmediato a un paciente trasplantado hepático ingresado en cuidados intensivos, que ofrezca homogeneizar la actuación de los profesionales de enfermería y que sea a la vez práctico, dinámico y eficaz.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en: PubMed, Dialnet, Elservier, google académico, Database.Los diagnósticos elaborados según la taxonomía NANDA interrelacionados con los NOC y NIC.

Resultados/Intervenciones

Se reducen los diagnósticos de enfermería a los necesarios para que nos permitan actuar con la mayor eficiencia en UCI y se plantean las intervenciones de enfermería así como los resultados esperados. Destacamos:NANDA: Riesgo de infección (00004). NOC: Severidad de la infección (0703) Curación de la herida por primera intención (1102) Control de riesgo (1902). NIC: Control de infecciones (6540) Cuidados de las heridas (3660).NANDA: Dolor agudo (00132). NOC: Nivel del dolor (2102) Control del dolor (1605) Nivel de ansiedad (1211). NIC: Manejo del dolor (1400) Administración de Analgésicos (2210) Disminución de la ansiedad (5820).NANDA: Riesgo de desequilibrio de electrolitos (00195). NOC: Equilibrio de líquidos (0601) Equilibrio de electrolitos y acido base (0600). NIC: Manejo de líquidos (4120).NANDA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031). NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) Estado respiratorio: intercambio de gases (0402). NIC: Manejo de la vía aérea (3140) Aspiración de las vías aéreas (3160) Control y seguimiento respiratorio (3350).NANDA: Alteración Termorregulación (00005). NOC: Termorregulación (0800). NIC: Regulación de la Temperatura y control (3990) Monitorización de los signos vitales (6680).

Conclusiones

Los planes de cuidados son herramientas eficaces y útiles que permiten unificar criterios para garantiza la atención integral al paciente y proporcionar una mayor satisfacción a los profesionales de enfermería.

Financiación

No

Palabras clave

Trasplantes • Higado • Cuidados de enfermería

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 184

ACTIVIDAD DE DONACIÓN TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA(MAASTRICHT III) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO NO TRANSPLANTADOR

Elena Rico Gallego; MJ. Rodríguez; A. Oliva; FJ. Carrizosa
Hospital de Jérez de la Frontera

Objetivos

Analizar los resultados obtenidos en cuanto a la actividad en donación tras la puesta en marcha de un programa de donación en asistolia controlada (DAC) en 2015 en nuestro hospital, el cual no tiene programa de transplantes ni Servicio de Neurocirugía.

Metodología

Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los casos de diagnóstico de muerte encefálica(ME) y donantes reales desde que está implantado el programa de DAC (2015-2018). A dichos donantes en muerte encefálica se le sumaron los donantes en asistolia controlada (tipo III) que se obtuvieron durante dicho período.

Resultados

Durante este período de 4 años se detectaron en UCI un total de 73 muertes encefálicas, con una tasa de contraindicaciones médicas del 36% y de negativas familiares del 12%. Todo ello hizo que tuviéramos un total de donantes reales en ME de 38 (52%). Esto supuso que la capacidad generadora de ME fuera del 12.7% (%ME/exitus UCI). A este número de donantes hubo que sumarle 16 donantes en asistolia tipo III. Todo ello hizo que en el periodo de 4 años tuviésemos un total de 54 donantes.

Conclusiones

La implantación de un programa de donación en asistolia controlada en nuestro hospital ha aumentado el número de donaciones y por tanto el número de órganos válidos para el transplante. En nuestra experiencia ya supone un 30% de nuestros donantes y es previsible que esta cifra aumente en los próximos años.

Sala Formentera 1. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 308

ESTANDARIZANDO LOS CUIDADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN EL MARCO DE UNA CERTIFICACIÓN ISO

Irene Araque Criado; A. Ponce Figuereo; D. Molina Villaverde; S. Aparicio Ibáñez; M. Juncos Gozalo
HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

El mantenimiento de la calidad puede gestionarse mediante un sistema de calidad revisado por una norma como la ISO 9001:2015. La certificación de dicha norma en un proceso como el de trasplante hepático y servicio de reanimación tiene impacto sobre la mejora de la calidad asistencial. La cirugía de trasplante hepático es considerada como uno de los procedimientos más complejos de la cirugía moderna; la gravedad y trascendencia de las situaciones críticas exigen una alta competencia profesional para poder generar respuestas de calidad adecuadas a las necesidades y demandas de estos pacientes.

Objetivo:

creación de un protocolo de cuidados en el postoperatorio inmediato del paciente trasplantado hepático en una unidad de reanimación en el marco de la certificación ISO.

Metodología/Observación clínica

El protocolo se realiza para garantizar unos cuidados postoperatorios de calidad que disminuyan las posibles complicaciones asociadas a la cirugía. Se consulta CINAHL, PudMed, Web of Science and Google Scholar. Como palabras clave: “Liver trasplantation”, “Critical care”, “Nursing care”. Se realiza búsqueda abierta, y posteriormente se excluyen los de más de 5 años.

Resultados/Intervenciones

Se realiza protocolo a través de grupo de trabajo. Como recomendaciones clave destacan entre otras que las enfermeras pueden desempeñar un papel integral en la prevención e identificación temprana de complicaciones; una atención óptima en el postoperatorio inmediato tiene un impacto positivo considerable en estos pacientes y un sistema de registro de estos cuidados tiene un impacto beneficioso en el proceso y en el propio paciente.

Conclusiones

La estandarización de los cuidados inmediatos al paciente trasplantado hepático así como el seguimiento de los indicadores establecidos dentro de un sistema de gestión de la calidad, garantiza la orientación hacia la mejora continua, mejora ostensiblemente los resultados en salud y por tanto, puede tener un impacto positivo en la evolución y supervivencia del paciente.

Palabras clave

Liver trasplantation • Critical care • Nursing care

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 10:10 a 10:30 h.

ID 70
LA FAMILIA INTEGRADA EN EL CUIDADO

ID 240
PARADAS CARDIORESPIRATORIAS EXTRAHOSPITALARIAS: ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

ID 321
A PROPÓSITO DE UN CAMBIO: UCI DE PUERTAS ABIERTAS

ID 370
ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN, UNA ASOCIACIÓN CRÍTICA

De 10:30 a 10:50 h.

ID 61
ENSAYO CLINICO RANDOMIZADOS EN CURAS CON POVIDONA YODADA VERSUS CLORHEXIDINA EN TORACOTOMIAS MEDIAS

ID 74
ASISTENCIA VENTRICULAR “LEVITRONIX”. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ID 86
MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL DISPOSITIVO IMPELLA

ID 254
CREACIÓN DE UN REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

De 10:50 a 11:10 h.

ID 102
PROTOCOLO DE PLASMAFERÉSIS PARA ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 152
ANÁLISIS MEDIANTE SIMULACIÓN DE LA ACTUACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE LAS UNIDADES CRÍTICAS ANTE MANIOBRAS DE PRONACIÓN

ID 272
IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA ECMO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES (HUSE). FORMACIÓN CONTINUADA

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 11:10 a 11:30 h.

ID 90
MONITORIZACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON EPOPROSTENOL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 296
¿MANEJAMOS CORRECTAMENTE LA GLUCEMIA EN NUESTROS PACIENTES?

ID 337
MONITORIZACIÓN GLUCEMICA EN EL PACIENTE CRÍTICO: FIABILIDAD DE LA DETERMINACIÓN EN SANGRE CAPILAR Y FACTORES DETERMINANTES EN SU VARIABILIDAD

ID 338
INCOMPATIBILIDAD DE FÁRMACOS EN PERFUSIÓN CONTINUA EN LA UCI

De 12:15 a 12:35 h.

ID 166
PRIORIZACIÓN DE LOS VALORES FUNDAMENTALES EN LA RELACIÓN TERAPEUTICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID 169
FORMACIÓN CONTINUADA EN BIOÉTICA EN LOS PROFESIONALES DE UCI

ID 223
CONFLICTOS ÉTICOS EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO DE GRADO EN ENFERMERÍA DURANTE SUS PRÁCTICAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y REANIMACIÓN

ID 358
MOVILIZACIÓN PRECOZ: SENTAMOS A LOS PACIENTES INTUBADOS

De 12:35 a 12:55 h.

ID 54
HABLANDO CON PACIENTES CONECTADOS AL VENTILADOR MECÁNICO. UN SUEÑO HECHO REALIDAD

ID 192
LA RELACIÓN ENTRE LA FISIOTERAPIA Y EL DOLOR EN EL POST-QUIRÚRGICO

ID 198
ACTUALIZACIÓN EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 201
ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 12:55 a 13:15 h.

ID 49
USO DE SISTEMAS DE ASPIRACIÓN CERRADA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO QUE PRECISAN VALORES ALTOS DE PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN

ID 123
UTILIZACIÓN DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN LA EXTUBACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 248
REPERCUSIÓN DE LA APLICACIÓN DE NEBULIZACIONES SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE EXPERTOS, EN UN PACIENTE ASMÁTICO GRAVE CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

ID 302
REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LAS VENTAJAS DE LA CANALIZACIÓN DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

De 13:15 a 13:35 h.

ID 75
DIARIOS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 107
HUMANIZACIÓN, ¿ESTÁ ENFERMERÍA PREPARADA?

ID 346
AVANZANDO EN LA HUMANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 352
LACTANCIA MATERNA EN UCI, ¿ES POSIBLE?

De 13:40 a 14:00 h.

ID 13
ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE INGRESADO EN CUIDADOS INTENSIVOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE EVENTO ADVERSO

ID 39
PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE UNA UCI ACERCA DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

ID 106
ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES DE INCIDENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (HUSC) DE GRANADA

ID 138
NOTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE PLANES DE MEJORA DE INCIDENTES EN EL ÁREA DE CRÍTICOS

sigue –>

Pósters

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 14:00 a 14:20 h.

ID 58
CUANTIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO EN LAS TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CONTINUAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 207
COMPARACIÓN DE DIFERENTES SISTEMAS PARA MEDICIÓN DE DIURESIS EN PACIENTES CRÍTICOS: IMPACTO EN EL CÁLCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA

ID 256
UTILIZAR UNA “PAUTA DE TRATAMIENTO” DE HEMOFILTRACIÓN INDIVIDUALIZADA PARA OBTENER MÁS BENEFICIOS DE LAS CRRT

ID 280
REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA DIRIGIDO AL PACIENTE ADULTO CONECTADO A MEMBRANA EXTRACORPÓREA DE OXIGENACIÓN (ECMO) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

De 14:20 a 14:40 h.

ID 142
¿CÓMO MEJORAR EL CÁLCULO DEL BALANCE HÍDRICO EN EL PACIENTE CRITICO? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ID 206
ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS Y MANEJO DE LA PTIO2

ID 220
CÓDIGOS QR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA COMO HERRAMIENTA DE DIVULGACIÓN DE CONTENIDO PRÁCTICO - ASISTENCIAL PARA PERSONAL SANITARIO

ID 330
SEGURIDAD DEL PACIENTE CON HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

De 14:40 a 15:00 h.

ID 71
ELABORACIÓN DE CHECK LIST PARA EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE EN MUERTE ENCEFÁLICA

ID 105
ENFERMERÍA REFERENTE EN LA DETECCIÓN DE DONANTES DE CÓRNEAS

ID 226
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANTENIMIENTO DE DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA O EN ASISTOLIA EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL DE JEREZ

ID 276
NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) INSISTE EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP): HACIA UNA MENOR PREVALENCIA E INCIDENCIA

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 70

LA FAMILIA INTEGRADA EN EL CUIDADO

I. Álvarez Carrascal; L. García López; C. Díez Sáenz
HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

En las UCIS (unidades de cuidados críticos) el enfermo se convierte en el centro y foco casi exclusivo de toda la asistencia. Nos olvidamos de las familias, que viven situaciones de estres y ansiedad ante tener a su familiar ingresado en este tipo de unidad, con muchos dispositivos desconocidos y ante un riesgo vital. Tienen que compaginar sus sentimientos con las comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad y toma de decisiones comprometidas. Tanto el paciente como su familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia, angustiados por el miedo al futuro y al dolor. Nuestro objetivo es ofrecer a las familias cada día mayor participación en los cuidados del paciente, lo que permitiría disminuir su ansiedad y favorecer su grado de satisfacción, al igual que sentir proximidad con el equipo y su familiar,recibiendo información comprensible y ayuda psicológica si precisa. Ocupandonos tanto de la familia como del paciente.

Metodología/Observación clínica

Se lleva a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cinahl, Cuiden.

Resultados/Intervenciones

Tras la revisión bibliográfa, se propone impulsar programas de formación dirigidos a los profesionales de UCI, sobre las necesidades de los familiares, intervenciones dirigidas a ellos, procesos del duelo, estrategias de comunicación y protección frente al estrés. Ayudando a los profesionales a ser más conscientes de los problemas y necesidades reales de los familiares y dotándonos de herramientas para el manejo de situaciones de alto contenido emocional. Así nuestra unidad de puertas abiertas, sería una UCI completa, prestando servicios de forma integral, familia y paciente todo en uno.

Conclusiones

Con la formación adecuada disminuiriamos el estrés de la familia y del personal, que muchas veces no sabe cómo actuar, demostrando ser una gran UCI de puertas abiertas.

Palabras clave

Familias • Visitas UCi • Estrés • Enfermería • Cuidados enfermeros

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 240

PARADAS CARDIORESPIRATORIAS EXTRAHOSPITALARIAS: ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Isabel Rivas; R. Avilés Sanchez; J. Vallejo Baez; MC. Nuñez Toscano; S. García Aragón; B. Sanz Pacheco
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la situación clínica de mayor riesgo vital para un paciente. Precisa de un equipo y entrenamiento adecuado para lograr asistencia rápida, iniciada antes de ocho minutos y eficaz para restablecer la las funciones respiratorias y circulatorias de la víctima. Las secuelas y la supervivencia dependen de la calidad general de la asistencia. Tratamientos como la hipotermia terapéutica, mejoran el pronóstico tras un período de hipoxia.

Objetivo:

Conocer la secuencia de actuación, tratamiento y pronóstico de las PCR extrahospitalarias ingresadas en UCI

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo de la PCR extrahospitalarias ingresadas en la UCI del hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga durante el periodo 2013-2018.

Resultados/Intervenciones

Se analizan 147 casos; edad media 59,48 años, siendo 69,39% hombresSolo 23 (15,6%) casos se someten a hipotermia, con una media de edad de 53,4 añosLa media de RCP básica fue de 11,28 minutos y de RCP avanzada de 17,32 minutos. El 26,73% Se encontraba en asistolia y el 65,2% en fibrilación ventricular.En el 47,8% no hay datos sobre el tratamiento farmacológico. Siendo la adrenalina el fármaco de elección en otro 48%El 51,66% de los casos recibieron descargas entre 1y 4. En un 23% de los casos no se recogen las descargasUn 52,3% fallecen.

Conclusiones

La falta de registros sobre los tiempos de actuación, tiempos de espera hasta el inicio de las maniobras, medicación utilizada, o descargas aplicadas, no solo dificulta el análisis de los datos, sino que aporta una información sesgada del análisis de los casos para el establecimiento de futuros protocolos de actuación.Con los casos registrados de hipotermia en nuestro hospital no se refleja diferencias significativas en cuanto a supervivencia en los pacientes tratados.Más del 50% de los pacientes tratados precisan de descargas, poniendo de manifiesto la necesidad tanto de formación como de desfibriladores accesibles en lugares públicos.

Financiación

No

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 321

A PROPÓSITO DE UN CAMBIO: UCI DE PUERTAS ABIERTAS

Lara Navas Guerrero; R. Castrillo; M. Montserrat; I. Hernández; A. Baena; E. Martínez
Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi

Objetivos/Introducción

Una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de segundo nivel se unió al proyecto de humanización de los cuidados intensivos incluyendo una serie de medidas, entre ellas la apertura de puertas 24h. Tras las intervenciones realizadas se planteó como objetivo conocer la opinión de los familiares de los pacientes sobre la estancia en la UCI.

Metodología/Observación clínica

El diseño del estudio es observacional, descriptivo y transversal. Se recogieron datos de forma prospectiva durante un periodo de cuatro semanas durante los años 2018-2019 en la UCI de un hospital de segundo nivel de 18 camas. El instrumento utilizado fue la encuesta Family Satisfaction Intensive Care Unit (FS-ICU 34) para familiares de pacientes que fueron dados de alta en UCI durante dicho periodo. Las variables de estudio se dividen en tres bloques principales: datos demográficos, satisfacción en relación a los cuidados y en relación a la toma de decisiones.

Resultados/Intervenciones

De 82 pacientes que fueron dados de alta durante el periodo de tiempo determinado anteriormente, se recogieron 56 encuestas de familiares que cumplieron los criterios de inclusión. La mayor parte de los familiares consideraron un trato excelente en relación a los cuidados obtenidos (80,95%). La necesidad de información estaba muy bien cubierta (83,3%) y el proceso de decisiones fue valorado de forma positiva en su totalidad.

Conclusiones

El grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI es muy elevado. Las familias valoraron positivamente la presencia de un familiar durante 24h, pero consideraron mejorable el horario de visitas. El ruido y el ambiente en la sala de espera también deberían ser optimizados. En lo relacionado al proceso de toma de decisiones, podría perfeccionarse la necesidad de información de las familias, aunque su valoración fue bastante buena y la mayoría se sintieron participes y apoyados por el equipo.

Palabras clave

humanización • satisfacción • encuesta • familiares • puertas abiertas

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 370

ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN, UNA ASOCIACIÓN CRÍTICA

Ana Díaz Belinchón
Hospital Clínico Universitario Valencia

Objetivos/Introducción

Si bien la nutrición no es el principal factor predisponente en el desarrollo de una úlcera por presión (upp), su deterioro podría influir en la vulnerabilidad de los tejidos a factores extrínsecos como la presión. La enfermería juega un papel primordial en la detección precoz de las úlceras por presión como parte del cuidado integral del paciente crítico. Siendo un reflejo de la calidad asistencial prestada.

Metodología/Observación clínica

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de publiciaciones científicas relacionadas con la nutrición y la prevención de las upp, en las bases de datos Pubmed, Cochrane Library y Scielo.

Resultados/Intervenciones

Un buen soporte nutricional es una estrategia adecuada para prevenir la malnutrición y las complicaciones asociadas a ella. Debiendo realizar una buena valoración del estado nutricional, al ingreso del paciente en la unidad de críticos, reevaluandolo de forma periódica. La intervención nutricional no debe hacerse de forma aislada sino junto al tratamiento de la presión y el resto de medidas asociadas.

Conclusiones

Aunque la falta de estudios clínicos no permite llegar a un consenso sobre la relación nutrición-upp, si queda claro que una nutrición deficiente favorece el retraso en la cicatrización de las úlceras y favorece la aparición de otras nuevas.

Financiación

Sin conflicto de interes

Palabras clave

Nutrición • Enfermería • úlceras por presión

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 61

ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADOS EN CURAS CON POVIDONA YODADA VERSUS CLORHEXIDINA EN TORACOTOMÍAS MEDIAS

Miguel Santana Martínez; Alba Fernández; Vanessa Navarrete
Hospital General de Catalunya

Objetivos/Introducción

La infección de la herida quirúrgica es un problema clínico y económico para los sistemas de salud, ocupa el segundo lugar entre las infecciones nosocomiales, se asocia a una elevada morbimortalidad, aumentando el gasto sanitario y el tiempo de estancia hospitalaria. La bibliografía indica que la clorhexidina es mas eficaz que la povidona yodada en la preparación prequirúrgica. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia de la clorhexidina en comparación con la povidona yodada en la reducción de la incidencia de infecciones en las toracotomías medias o esternotomías.

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico randomizado en pacientes post operados de cirugía cardiaca, portadores de toracotomía media. Se realizará de manera aleatoria, con un grupo control, aplicando en la cura diaria povidona yodada y un grupo de intervención, aplicando clorhexidina acuosa 0,05%, desde el cierre de la herida en quirófano hasta siete días después. Muestra calculada para el ensayo es de 230 paciente (115 clorhexidina, 115 povidona yodada)

Resultados/Intervenciones

Los resultados parciales de la prueba piloto del estudio son RESULTADOS DE VARIABLE INFECCIÓN: Se realiza análisis estadístico chi cuadrado, se acepta hipótesis nulas, las dos muestras son independientes y no está relacionada la variable infección con el antiséptico utilizado. Muestra de 38 casos. 9 pérdidas

Conclusiones

Los resultados parciales obtenidos no permiten demostrar que la utilización de clorhexidina en la cura local posquirúrgica en cirugía cardiaca reduzca la incidencia de infección local. Esto es debido a las limitaciones de los resultados actuales del estudio:

- Número escaso de reclutados en relación con muestra calculada
- Porcentaje elevado de pérdidas 19,1%

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 74

ASISTENCIA VENTRICULAR "LEVITRONIX". CUIDADOS DE ENFERMERÍA

María Isabel Santín Piñán; B. Iglesias Fraga; B. Álvarez Méndez
HUCA

Objetivos/Introducción

Los avances en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares aumentan la supervivencia de los pacientes con disfunción ventricular grave. La escasa disponibilidad de donantes hace que el uso de estos dispositivos sea cada vez más habitual en las unidades de cuidados intensivos. Centrimag de Levitronix es un dispositivo de asistencia circulatoria mecánica extracorpórea, utilizado para soporte uni o biventricular, que incluye una bomba centrífuga, un motor con un sistema de levitación magnética, una consola de control, un sensor de flujo y un circuito de líneas. Al realizar este trabajo, nos marcamos como objetivos: lograr una mayor eficiencia en los cuidados de estos pacientes, prevenir complicaciones asociadas a los mismos, y proporcionar la información adecuada para ser capaces de detectar los problemas relacionados con este soporte y lograr su correcta resolución.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los dispositivos de asistencia ventricular (DAV) de corta duración y las implicaciones del trabajo de enfermería utilizando las bases de datos Pubmed y Medline (palabras clave: asistencia cardíaca, asistencias ventriculares, Centrimag, dispositivos,...) Se han consultado varios artículos de Enfermería 21, Enfermería en Cardiología y Elsevier, además del protocolo de referencia utilizado en las unidades UCI 1 y 2 del HUCA.

Resultados/Intervenciones

Como resultado de esta revisión se ha elaborado una guía actualizada de cuidados unificados para la asistencia a estos pacientes en nuestra unidad, además de recopilar una serie de pautas y actuaciones para la resolución de situaciones específicas.

Conclusiones

La presencia de personal de enfermería a pie de cama 24 h al día permite una monitorización contínua de todo lo que le ocurre al paciente, al dispositivo, al circuito, y a la interacción de todos ellos en conjunto. Por todo ello el papel de enfermería es crucial en el manejo y cuidados de los pacientes con estos dispoitivos.

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 86

MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL DISPOSITIVO IMPELLA

Elena Alfageme Sastre; M. García Casares; ML. García Prieto; P. Miguel Gómez
Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Introducción

En los últimos años, en la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos del Hospital Clínico Universitario de Salamanca han aumentado las demandas asistenciales, así como los dispositivos usados para tratar las patologías de estos pacientes y su calidad de vida.Uno de estos dispositivos es la asistencia ventricular izquierda Impella, usada en el tratamiento del shock cardiogénico. En su correcto manejo y cuidado, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental.

Objetivos:

- Realizar un protocolo para poder llevar a cabo de manera eficaz el manejo del dispositivo Impella.
- Conocer el material y funcionamiento del dispositivo, así como reconocer las diferentes alarmas que se pueden producir.
- Tener un control hemodinámico y analítico eficaz del paciente.
- Anticiparse a las posibles complicaciones para una rápida actuación.
- Proporcionar un adecuado soporte emocional al paciente y a su familia.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de artículos científicos obtenidos de diferentes bases de datos como Pubmed, Cuiden, Scielo o Lilacs; y manuales de cardiología y hemodinámica.

Resultados/Intervenciones

Con el objetivo de ofrecer una mejor calidad asistencial a los pacientes tratados con el dispositivo Impella, así como un óptimo manejo del mismo; se desarrolla este protocolo por parte del equipo de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.Dicho protocolo ha sido remitido a la Unidad de Control de Calidad del hospital para su validación, que en la actualidad está pendiente.

Conclusiones

Al llevar a cabo este protocolo, se observa que todo el equipo unifica los criterios de cuidado del Impella. Esto repercute en un mejor manejo del dispositivo y una mejor calidad asistencial para el paciente.

Palabras clave

Impella • Shock cardiogénico • Cuidados enfermería

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 254

CREACIÓN DE UN REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Miryam González-Cebrián; H. Gómez; MJ. Calvo; EO. González
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

La mayoría de procedimientos en cardiopatía estructural precisan usar ecocardiografía transesofágica (ETE). El ETE conlleva anestesia general para permitir su tolerancia y facilitar el procedimiento, aumentando la complejidad, las complicaciones y el tiempo del mismo. Las comorbilidades de estos pacientes asociadas a la anestesia general podrían agravar esta situación. Planteamos un estudio con el uso de una microsonda transesofágica (MTE). Se realizará una selección adecuada de pacientes bajo sedación consciente permitiendo la colaboración del paciente, reducir complicaciones y tiempo, sin afectar a la calidad de la imagen.

Objetivo:
desarrollar una hoja de registro adaptada a nuestros pacientes y procedimientos para el control y posterior evaluación del uso de la MTE.

Metodología/Observación clínica

Creación de un grupo de trabajo formado por el servicio de Imagen cardiaca y el personal de enfermería implicado en cardiopatía estructural. Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y artículos relacionados junto con la experiencia en procedimientos de estructural guiados con ETE en nuestra Unidad.

Resultados/Intervenciones

Creación de una hoja de registro para evaluar el uso de la MTE. Incluyendo ítems relacionados con tipo de procedimiento, la técnica, la sedación, los cuidados de enfermería, medicación y. Una breve encuesta al paciente en la propia sala sobre confort y dolor con escala EVA, así como el registro de complicaciones. Adjuntamos imagen

Conclusiones

El uso de esta hoja de registro adaptada a nuestros procedimientos nos permitirá actuar de una forma segura y controlar más eficazmente al paciente. Ayudará también en la selección de casos y pacientes para esta técnica. Favorecerá la evaluación de las posibles complicaciones y así mejorar nuestro protocolo de actuación tanto de sedación como de vías de acceso.

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 102

PROTOCOLO DE PLASMAFERÉSIS PARA ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mª Luz Montero; MJ. Frade Mera; JA. Sánchez-Izquierdo Riera
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La plasmaféresis permite separar el plasma de la sangre y eliminar selectivamente componentes de mayor peso molecular que otras técnicas de depuración extracorpóreas.

Objetivos:

Normalizar la aplicación y cuidados asociados a la plasmaféresis. Capacitar a enfermeros/as en dicha técnica.

Metodología/Observación clínica

Realización de protocolo de plasmaféresis en el que se identifica material necesario: filtro Prismaflex® TPE 2.000 para adultos o TPE 1.000 para niños (>9Kg), líquido de sustitución (albúmina, plasma fresco congelado). Se indican secuencia de montaje, se fijan parámetros pautados (volumen y flujo de sustitución, sangre, heparina y predilución) y se establecen los cuidados propios del paciente con dicha técnica.

Resultados/Intervenciones

Montaje: conexión sensores (presión, fuga sangre, clamp seguridad), línea arterial a Suero Fisiológico Heparinizado (SFH), línea venosa y de efluente en Y con bolsa efluente, línea predilución y sustitución a Suero Fisiológico de 500cc, línea heparina a jeringa con SFH. Cebado con 3-2L SFH. Parámetros: flujo de sangre 100±20ml/min (<50ml/min riesgo coagulación filtro, >140ml/min riego hemólisis), volumen total de sustitución 40-50 cc/Kg/sesión, flujo de sustitución post-filtro pautado (ml/h según volumen plasma a tratar, duración tratamiento y Presión Transmembrana), heparina 5.000UI por línea arterial del catéter preconexión, por jeringa al circuito 2.000UI/h durante 2h, 1.000UI/h 1h y luego suspender, predilución 150ml/h suspender tras 3h. Cuidados: monitorizar Presión Transmembrana (<50mmHg disminuye riesgo de hemólisis, nunca superar 100mmHg), prevenir y detectar precozmente complicaciones (monitorización hemodinámica y respiratoria, manejo aséptico del catéter, observación zona de punción signos de infección, sangrado y hematoma), descartar reacción anafiláctica relacionada con sustitución, vigilar signos y síntomas de hipotermia e infección. Tras finalizar terapia valorar aparición de sangrado ya que la coagulación estará alterada.

Conclusiones

La normalización de la terapia de plasmaféresis, facilita su realización y mejora la calidad de los cuidados del paciente antes, durante y después de la misma.

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 152

ANÁLISIS MEDIANTE SIMULACIÓN DE LA ACTUACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE LAS UNIDADES CRÍTICAS ANTE MANIOBRAS DE PRONACIÓN

Fernanda Gil Almagro; Francisco Javier Carmona Monge; Juan Carlos Sánchez García; Elena Botillo Pérez
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos/Introducción

El aprendizaje mediante simulación en asistencia sanitaria supone la recreación de un evento clínico o el entrenamiento de una técnica de la forma más fidedigna posible.La enseñanza es activa, ya que son los alumnos mediante sus actos y decisiones, los que desarrollan la simulación, y garantiza la enseñanza segura (los actos no se realizan sobre pacientes). En las Unidades de Cuidados Intensivos, hay ciertas técnicas que requieren la participación de varios miembros del equipo multidisciplinar. Una de estas técnicas, es la maniobra del decúbito prono. En ella, se requiere que el personal este cualificado y entrenado, para que la técnica se realice de forma segura y eficaz.

Metodología/Observación clínica

Se proponen dos sesiones de simulación de tres horas cada una, en las cuales se presentan varios casos clínicos de pacientes de UCI que han de ser colocados en decúbito prono.Dichos pacientes están sometidos a diferentes técnicas y tratamientos, todo ello, con el fin de asemejar la maniobra a una situación real.Tras cada sesión, se realiza un defriefing y resumen de protocolo de actuación.

Resultados/Intervenciones

Tras realizar el entrenamiento, se realizó un feedback con todo el personal que ha participado.Se establecen los errores cometidos, así como, se refuerzan las acciones que se han llevado a cabo correctamente, además de, valorar posibles complicaciones de la técnica y como resolverlas.

Conclusiones

El aprendizaje mediante simulación resulta seguro y altamente eficaz, ya que se entrena en escenarios reales, teniendo que resolver conflictos que aparecen durante la actividad laboral.El personal de la UCI, tras el entrenamiento, afirmó sentirse mucho más seguro y capacitado para realizar las maniobras de pronación a un paciente real. Además, afirmo que el aprendizaje mediante simulación le había proporcionado estrategias para resolver posibles complicaciones derivadas de la realización de la técnica.

Palabras clave

Simulación • Prono • Entrenamiento • Formación • Evaluación

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 272

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA ECMO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES (HUSE). FORMACIÓN CONTINUADA

Mª Cristina Moreno Jiménez; Mónica Muñoz Pérez
Hospital Universitario Son Espases

Objetivos/Introducción

En el año 2015 el Hospital Universitario Son Espases, instauró el programa ECMO en adultos.Existen en el mundo alrededor de 170 centros que ofrecen este soporte. Nuestro centro es el hospital de referencia en las Islas Baleares para la aplicación de esta terapia. Es una técnica compleja, cuyo conocimiento y entrenamiento debe considerarse básico en cualquier equipo que vaya a utilizarla

Objetivos:

Formar al equipo multidisciplinar implicado en el cuidado del paciente portador de ECMO para la adquisición de competencias en el uso de dicha terapia. Integrar el conocimiento teórico y práctico con la interacción y el amplio grupo de profesionales implicado Evaluar el conocimiento teórico práctico adquirido.

Metodología/Observación clínica

- Elaboración de un protocolo multidisciplinar aprobado por la comisión de calidad del hospital que actuó como base en el posterior proceso formativo.
- Impartición de cursos didácticos por un equipo interdisciplinar dirigidos a médicos intensivistas, anestesistas, cirujanos cardiacos, enfermeras y perfusionistas, durante un año.

Las actividades se basaron en el ciclo de aprendizaje de Kolb,que engloba 4 etapas (conceptualización, reflexión, experimentación y experiencia). Se evaluaron posteriormente a través de tests y encuestas de satisfacción.

Resultados/Intervenciones

- Realización de 10 cursos teórico-prácticos de 8 horas de duración impartidos en 2 días.
- Elaboración y difusión del material educativo e informativo
- Implementación de fichas “a pie de cama” relacionadas con el mantenimiento/ funcionamiento del sistema y cuidados del paciente
- Elaboración de vídeos didácticos de fácil acceso disponibles en una carpeta departamental en los ordenadores del servicio.
- Realización de un test de evaluación después de cada taller.

Conclusiones

Los resultados obtenidos tuvieron muy buena valoración. La formación continuada y especializada en terapia ECMO permite optimizar la atención, los cuidados y la seguridad del paciente, mejorando nuestra práctica diaria y facilitando la comunicación entre el equipo multidisciplinar. Recomendable actualizar cada año para adaptar formación y cuidados a resultados y experiencia.

Financiación

No se ha necesitado financiación

Palabras clave

Protocolo • ECMO • equipo multidisciplinar • calidad de cuidados • seguridad

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 90

MONITORIZACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON EPOPROSTENOL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Juan Rosselló Sancho[1]; S. Gámez[2]
1. Hospital Clínic de Barcelona; 2. Hospital Dos de Mayo

Objetivos/Introducción

El epoprostenol es un fármaco que mejora la hemodinámica pulmonar y los síntomas en enfermos con Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP), la tolerancia al esfuerzo y su supervivencia. No obstante, su preparación y administración es compleja y sus efectos secundarios graves, por lo que se hace indispensable un buen manejo. El objetivo de este trabajo es conocer la preparación, su monitorización y los cuidados de enfermería necesarios al paciente en tratamiento con epoprostenol.

Metodología/Observación clínica

Preparación, uso y cuidados de enfermería: La administración es a través de vía central en perfusión continua. Su preparación debe realizarse con técnica estéril, cambiando la perfusión cada 12 horas debido a la corta vida media del fármaco reconstituido. La dosis a administrar se indicará en ng/kg/min o en ml/h, siendo la concentración estándar 10.000 ng/ml.Iniciar la perfusión de epoprostenol a 1 ng/kg/min con control de constantes estricto. Incrementar el ritmo de perfusión en 1 ng/kg/min cada hora hasta 4-5 ng/kg/min las primeras 24 horas si el paciente lo tolera y hasta 7-8 ng/kg/min a las 48h.

Resultados/Intervenciones

Si aparece sintomatología por sobredosis de fármaco (ver listado), disminuir la perfusión a la anterior dosis tolerada. Favorecer el confort del paciente, control de síntomas y registro de todos los efectos adversos.

Efectos Adversos por sobredosis de fármaco:

- Hipotensión Arterial.
- Desaturación de oxígeno.
- Dolor abdominal.
- Ansiedad.
- Sudoración.
- Taquicardia.
- Náuseas y/o vómitos.
- Cefalea.
- Enrojecimiento facial.
- Dolor mandibular.

Efectos Adversos por interrupción brusca del fármaco:

- Aumento de la disnea.
- Síncope
- Muerte.
- Mareo.
- Shock cardiogénico.

Conclusiones

El epoprostenol es un medicamento de manejo complejo que hace indispensable que el personal de enfermería conozca bien el fármaco, mantenga una estricta monitorización durante todo el tratamiento y pueda dar respuesta a las múltiples complicaciones que se pueden presentar.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Epoprostenol • Monitorización • Cuidados de Enfermería

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 296

¿MANEJAMOS CORRECTAMENTE LA GLUCEMIA EN NUESTROS PACIENTES?

Natalia Martínez Cuellar; Ryan McLarty Mulet; Beatriz Martínez Martinez; María García Fernando; Rafael Santacasilda Caules; Jesús Alcaraz López
Quirón Palmaplanas

Objetivos/Introducción

El control de glucemia en el paciente crítico es un estándar en nuestras unidades, por factor de morbimortalidad. Es trabajo de enfermería los cuidados en la correcta administración de insulina y sus intervenciones relacionadas con el control de glucemia

Objetivos:

- Monitorizar la administración de insulina y los puntos de inyección
- Reconocer la adherencia a las recomendaciones para el control de la diabetes en cuanto a la administración de insulina y las zonas de punción.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal multicéntrico, realizado por la Unidad de Cuidados Intensivos de la clínica Quirón Palmaplanas en enero 2019 e implicando a los hospitales públicos y privados de Baleares La herramienta principal fue una encuesta online, para personal de enfermería de intensivos de hospitales baleáricos, distribuida vía mail a supervisores de área, para que lo difundiesen entre el personal, con 15 días para responderla. Las variables a estudiar son la existencia de protocolos en la unidad, la autonomía de enfermería en el mismo, la variación en los puntos de punción para determinación de glucemia, administración de insulina rápida y lenta

Resultados/Intervenciones

Se han recogido 61 repuestas. Un 67,2% trabaja en hospitales trabaja en hospitales público frente al 32,8 que lo hace en la privada (24,6% de nuestra unidad) El 91,8% reconoce que en su unidad hay un protocolo para el control de la glucemia (1,6% lo desconoce) y se cumple en el 85,2%. El 39% de los encuestados confirman que enfermería tiene competencias en ese protocolo, como en el manejo de perfusión y modificación de dosis. En 73,8% afirman no tener una guía para la rotación de puntos de punción de insulina ni de glucemia, siendo el tercio superior del brazo donde inyectamos tanto la insulina rápida y la lenta en el 95,1%.

Conclusiones

Consideramos necesario completar este estudio comparativo siguiendo las recomendaciones para el control de diabetes

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Glucemia • Enfermedad crítica • Insulina acción rápida • Absorción

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 337

MONITORIZACIÓN GLUCÉMICA EN EL PACIENTE CRÍTICO: FIABILIDAD DE LA DETERMINACIÓN EN SANGRE CAPILAR Y FACTORES DETERMINANTES EN SU VARIABILIDAD

María Esther Rodríguez Delgado[1]; Juan Pablo Valencia Quintero[1]; Mª Carmen Badía Gómez[1]; Encarnación García Garciolo[1]; Pastora Pérez Pérez[2]; Angel Cobos Vargas[3]; Javier Ignacio Martín López[1]

1. Hospital de Motril; 2. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 3. Hospital Universitario San Cecilio

Objetivos/Introducción

La respuesta hormono-metabólica adaptativa al estrés o infección origina hiperglucemias de estré (HE), asociadas a incrementos de morbimortalidad. Se recomienda una monitorización estricta de la misma. La evidencia respecto al tipo de muestra, procedimiento e instrumento para una determinación lo más exacta posible es escasa.

Objetivos:

- Determinar el grado de correlación entre glucemias determinadas en sangre capilar (GC), arterial (GA) y venosa central (GVC) en el paciente crítico.
- Analizar su comportamiento ante diferentes situaciones patológicas.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal en UCI polivalente. Periodo: 12 meses. Muestra: 54 pacientes, 297 determinaciones simultáneas de GC, GA y GVC mediante glucómetro y protocolo estandarizado de extracción según origen de la muestra. Variables sociodemográficas, patología, parámetros clínicos-analíticos, SAPS3, Noradrenalina, estrés metabólico, dosis insulínica. Análisis estadístico: SPSS 22.

Resultados/Intervenciones

Valores medios (mg/dl): GC 145,41 y desviación típica (-) de 51.95; GA 150.42 y -: 46.83; GVC 162.22 y -: 52.88. Coeficiente de correlación de Pearson (r): GC-GA: 0,91; GC-GVC: 0,73; GA-GVC: 0.78. La correlación GC-GA se mantuvo estable con independencia de las variables estudiadas, excepto en hipotermia (r 0.85) frente a GC-GVC (0.91) y GA-GVC (0.93). GC-GVC y GA-GVC obtuvo peor correlación en estados de hipoperfusión (0.66 y 0.74), acidosis (0.68 y 0.69) y dosis elevadas de noradrenalina (0.69 y 0.72) Requerimientos insulínicos mostraron mayor r para GC-GA (0.89) frente a GC-GVC (0.76) y GA-GV (0.79). Todos los resultados fueron estadísticamente significativos ($p< 0,01$).

Conclusiones

La monitorización glucémica en sangre arterial y capilar por punción digital ha demostrado ser fiable, segura y costo-efectiva para el tratamiento de la HE, permitiendo modificar la dosis insulínica de forma instantánea debido a su inmediata disposición de resultados, incluyendo diferentes situaciones patológicas como la hipoperfusión distal, alteraciones del pH y tratamiento vasopresor. La GA puede ser considerado una alternativa válida, especialmente si se requiere de determinaciones muy frecuentes.

Palabras clave

Hiperglucemia • Estrés Metabólico • Cuidados Intensivos • Resistencia a la Insulina

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 338

INCOMPATIBILIDAD DE FÁRMACOS EN PERFUSIÓN CONTINUA EN LA UCI

Itahisa Montelongo Guerra[1]; Carlos Salvador Pérez Cáceres[2]; Elisa Rocha Lynch[2]; Cristina Rojas Linares[2]; José Antonio Clemente Concepción[2]

1. Ambulancia Sanitarizada Gerencia de La Palma; 2. Hospital General de La Palma

Objetivos/Introducción

La administración de medicamentos es una tarea propia de enfermería, más del 34% de los errores ocurren a la cabecera del paciente, estos errores producen dan lugar a efectos adversos y riesgos para la seguridad del paciente. Con la revisión analizamos la literatura que aborda la incompatibilidad física y química de fármacos administrados en perfusión continúa de uso frecuente en UCI.

Objetivos específicos:

- Describir los diferentes tipos de incompatibilidades.
- Establecer aspectos como el tiempo y el tipo de administración recomendada.

Metodología/Observación clínica

Siguiendo las directrices PRISMA realizamos la siguiente pregunta ¿Cuáles son las incompatibilidades de fármacos intravenosos más frecuentes descritas en la literatura en el contexto de terapia intensiva?

Criterios de inclusión:

- Investigaciones realizadas en UCI.
- Documentos que abordan incompatibilidades de fármacos intravenosos.
- Artículos en pacientes adultos.
- Publicaciones en inglés y español.

Criterios de exclusión:

- Fecha de publicación anterior a 2012.
- Artículos que hacen referencia a medicación no comercializada.
- Investigaciones que abordan incompatibilidades en función de los medios de dilución, materiales de empaque y nutrición parenteral.

DECS: “Drug Incompatibility” AND “Administration, Intravenous” OR “Infusions, Intravenous” AND “ICU patients”

Resultados/Intervenciones

Tras pasar los criterios, hemos realizado el análisis de 8 artículos, los podemos ver en la tabla en el documento adjunto.

Conclusiones

La incompatibilidad de medicamentos es un evento que requiere un estudio en profundidad, tras el análisis podemos concluir que:

- Las principales incompatibilidades se producen con protectores gástricos, anticonvulsivos y antibióticos.
- Las incompatibilidades químicas son las más frecuentes.
- En un entorno controlado con pautas estándar en la administración disminuye el numero de casos.
- Las características de los dispositivos de infusión influyen en las incompatibilidades físicas.

sigue –>

El bloqueo de las incompatibilidades se puede lograr a través de medidas simples. Las inversiones en la capacitación de los profesionales son esenciales para que estos puedan identificar los medicamentos que influyen en el proceso e intervenir en su mitigación.

Financiación

No precisó.

Palabras clave

Drug Incompatibility • Administration, Intravenous • Infusions, Intravenous • ICU patients • incompatibilidad de medicamentos • perfusión intravenosa

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 166

PRIORIZACIÓN DE LOS VALORES FUNDAMENTALES EN LA RELACIÓN TERAPEUTICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Francisco Expósito Barroso[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; S. Sánchez Cámara[1]; N. Molina Sánchez[2]; RB. Fernández Ariza[3]; J. Inocencio Sánchez[4]; A. Inocencio Sánchez[5]; E. Martínez Abril[1]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 5. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Profundizar en el conocimiento de los valores que dan fundamento al carácter y compromiso moral de esta profesión, nos proporcionará beneficios a nuestros pacientes sea cual sea el entorno de cuidados. Centraremos nuestra investigación en el análisis de los valores propuestos por la asociación americana de cuidados de enfermería (AACE) como fundamentales en toda relación terapéutica de enfermería.

Objetivos:

Analizar los siete valores enunciados como fundamentales por la AACE a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) desde la dicotomía de ver los necesarios y aplicarlos en la relación terapéutica.

Metodología/Observación clínica

El trabajo se plantea como un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el que las distintas variables a considerar se obtendrán del análisis de las encuestas. El ámbito de estudio es el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) con una muestra de 247 profesionales. Se tuvo en cuenta como variables los 7 valores descritos como necesarios y fundamentales en la relación terapéutica por la AAEC, con la dicotomía de la necesidad de dicha competencia y la puesta en práctica en el trabajo cotidiano.

Resultados/Intervenciones

Los resultados arrojan unos porcentajes elevados para dichos valores a la hora de valorar la necesidad similar a los valores porcentuales que se obtienen al analizar la puesta en práctica de dichos valores. Cabe destacar que obtenemos una estadística significativa para el valor de la libertad y la estética, siendo $p<0,0001$.

Conclusiones

Con este tipo de estudios contribuimos a la actual demanda por la sociedad de humanizar los cuidados, al mismo tiempo que podemos acercarnos a la excelencia profesional y al desarrollo teórico del cuidado, estableciendo un constructo cuya consideración es necesaria, actual y enriquecedora.

Palabras clave

Valores • Asociación • Americana • Moral

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 169

FORMACIÓN CONTINUADA EN BIOÉTICA EN LOS PROFESIONALES DE UCI

Javier Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; RB. Fernández Ariza[2]; J. Inocencio Sánchez[3]; A. Inocencio Sánchez[4]; N. Molina Sánchez[5]; ML. Alcaraz Escribano[1]; E. Martínez Abril[1]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 4. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 5. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor

Objetivos/Introducción

La enfermería, precisa de una sensibilidad a lo que oímos y sentimos, "tener el oído atento a todo y estar con suma atención a escuchar para curar con delicadeza todo murmullo que salga del dolor..."; pero también precisa de competencia en la toma de decisiones. Estamos ante valores y actitudes fundamentales en las que tenemos la obligación de continuar nuestra formación para poner en práctica una correcta y adecuada ética enfermera.

Objetivos:

Conocer la formación en temas éticos en el periodo formativo y la continuidad de esta formación tras el periodo formativo y académico.

Metodología/Observación clínica

El trabajo se plantea como un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el que las distintas variables a considerar se obtendrán del análisis de las encuestas. El ámbito de estudio es el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) con una muestra de 247 profesionales. Se tuvo en cuenta en las variables la realización de formación en temas éticos durante la carrera/formación y la posterior formación a este periodo.

Resultados/Intervenciones

En los resultados obtenemos que el 85% de los encuestados realiza formación en temas éticos durante el periodo académico, pero a posteriori a dicho periodo solo se obtiene un 33,2% de personal que sigue formándose en estos contenidos, obteniendo una $p < 0{,}001$, por lo que podemos deducir que hay una diferencia significativa entre ambos periodos.

Conclusiones

Para las disciplinas del cuidar, y más concretamente para la profesión de enfermería, es fundamental que los temas de bioética tengan la importancia que precisan dentro de la práctica cotidiana, por ello es una prioridad que el carácter moral de la profesión sea tenido en con mayor consideración. Las puntuaciones en los resultados obtenidos nos reflejan una merma en los conocimientos actualizados en ética posteriores al periodo de formación de las profesiones de enfermería.

Palabras clave

Formación • Enfermería • Ética • Profesionales

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 223

CONFLICTOS ÉTICOS EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO DE GRADO EN ENFERMERÍA DURANTE SUS PRÁCTICAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y REANIMACIÓN

María del Carmen Alorda[1]; P. García-Pazo[2]; C. Moreno[2]
1. Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat Illes Balears; 2. Universitat Illes Balears

Objetivos/Introducción

IntroducciónUna gran mayoría de estudiantes de enfermería de cuarto curso realizan sus prácticas en Unidades de cuidados Intensivos y reanimación y observan situaciones que generan conflictos éticos derivados de la atención. Objetivo Analizar las situaciones de conflictos éticos percibidas por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas en las unidades de Cuidados Intensivos y Reanimación así como su vivencias

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo de diseño cuantitativo. La participación en el estudio es voluntaria y va dirigida a los estudiantes de cuarto curso que han realizado prácticas en Unidades de Cuidados Intensivos y Reanimación en hospitales Públicos y privados de Mallorca. La recogida de datos se realiza a través de una encuesta diseñada por las autoras del estudio que se responde de forma anónima para mantener la confidencialidad de los participantes. La encuesta se debe contestar a través de la plataforma digital educativa. Entre las variables cuantitativas que se recogen destacan la edad y la experiencia laboral sanitaria. Además se han planteado 5 preguntas de tipo cualitativo orientadas a que los alumnos puedan explicar sus experiencias en esta situaciones.

Resultados/Intervenciones

Resultados preliminaresLas encuestas analizadas hasta el momento hacen referencia a situaciones relacionadas con: la limitación del soporte vital, los conflictos derivados de las sujeciones físicas en pacientes sedados y la falta de información y participación de los familiares en los procesos de toma de decisiones. Ante estas situaciones, los estudiantes manifiestan sentimientos negativos vinculados al estrés moral. Como aspectos positivos consideran que han aprendido a identificar, valorar y a colaborar con los profesionales para solucionar los conflictos, así como mejorar los procesos de comunicación con familiares y profesionales.

Conclusiones

A modo de conclusión, consideramos que los resultados de este estudio ayudarán a mejorar el diseño y la programación de actividades docentes para la resolución de conflictos éticos en la práctica asistencial de los futuros profesionales.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

conflictos éticos • estudiantes de enfermería • uci

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 358

MOVILIZACIÓN PRECOZ: SENTAMOS A LOS PACIENTES INTUBADOS

Isabel Losada Jiménez[1]; A. Ortega Guerrero[1]; J. Álvarez Cano[1]; R. Muñoz-Torrero Serrano[2]; B. Lisbona Molina[1]; MT. Castelló del Pino[1]

1. Hospital Quironsalud Málaga; 2. Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Nuestro servicio participó en la recogida de datos del estudio MoviPre, desde entonces detectamos la necesidad de comenzar con una serie de actividades encaminadas a reducir la duración de la VM (ventilación mecánica), la estancia en UCI y disminuir la atrofia muscular. Ya que la sedestación de los pacientes iba en aumento y se percibió una mejora en ellos, se decidió la realización de un protocolo.

Metodología/Observación clínica

Se realizó busqueda bibliográfica basada en la evidencia más actualizada en Pubmed, Cochrane, Scielo y Google académico, con los términos early mobilization, mechanical ventilation, contraindications, obteniendo 34 artículos con menos de cinco años, de ellos no podemos concluir que ninguno arrojara datos que contraindicaran la realización de nuestro protocolo.

Resultados/Intervenciones

Para la elaboración del protocolo se usaron 6 artículos que permitieron realizar una serie de recomendaciones con nivel de evidencia alto.

Conclusiones

Decidimos realizar el protocolo de movilización precoz en UCI, incluyendo las recomendaciones para la sedestación de pacientes intubados con el fin de unificar criterios en base al mejor nivel de evidencia obtenido. Se ha decidido usar como referencia en nuestra evaluación en la mejora del pronóstico los valores gasométricos antes y después de la sedestación, días de VM, grado de movilidad al alta de UCI, también registramos si se ha producido alguna extubación accidental.

Palabras clave

movilización precoz • ventilación mecánica • UCI

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 54

HABLANDO CON PACIENTES CONECTADOS AL VENTILADOR MECÁNICO. UN SUEÑO HECHO REALIDAD

Francisco José Clemente López[1]; TR. Velasco Sanz[2]; AM. Bejarano[1]; MT. Cabrera Estévez[1]; MR. Hernández González[1]; SL. Quintero Hernández[1]; AT. Estévez González[1]

1. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria; 2. Hospital Clínico San Carlos

Objetivos/Introducción

La comunicación ineficaz en el paciente crítico con soporte ventilatorio influye negativamente en su descanso, aumenta el riesgo de delirium, sentimientos de aislamiento, depresión, estrés, ansiedad y alteraciones ventilatorias y hemodinámicas. Esto supone un incremento de la sedación, del tiempo de ventilación mecánica (VM) y estancia hospitalaria, sin contar los costes.

Objetivo:

Valorar el impacto psicosocial, bienestar y calidad de vida de pacientes traqueotomizados conectados a VM tras restablecer la comunicación verbal mediante válvulas fonatorias.

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico. En el grupo de intervención se conecta válvula fonatoria unidireccional a pacientes traqueotomizados, conectados a VM (invasiva y no invasiva) y con voluntad/posibilidad de comunicarse. En el grupo de control se emplean medios de comunicación "clásicos" alternativos (gestos/signos, pizarras y abecedarios). Se registran días de VM, tiempo de traqueotomía, calidad de la fonación y mejora de bienestar y estado psicosocial usando las escalas validadas Euroqol5d, COOP/WONCA y PIADS. Se realiza estadística descriptiva y los datos se expresan en porcentajes, media, mediana, máximo y mínimo.

Resultados/Intervenciones

Se incluyen 19 sujetos (12 en grupo de intervención y 7 en control). En el grupo de intervención recupera el olfato el 91,7% y el sentido del gusto el 75%. El 64,3% fona con una calidad normal, el 21,4% con calidad moderada y sólo el 14,3% no fona o es incomprensible. A las 24 horas, el 83,3% conectado a la válvula, experimenta una mejora en su bienestar e impacto psicosocial, mientras que no hay variación en el grupo control.

Conclusiones

El tamaño muestral es muy reducido para realizar inferencia estadística. Se encuentran diferencias entre ambos grupos a favor del uso de válvulas fonatorias, ya que produce un impacto psicológico positivo, han requerido menor tiempo de ventilación, de traqueotomía y estancia hospitalaria. Aumentando la muestra, estas diferencias podrían resultar significativas.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Comunicación eficaz • Impacto psicológico • Ventilación mecánica • Válvulas fonatorias

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 192

LA RELACIÓN ENTRE LA FISIOTERAPIA Y EL DOLOR EN EL POST-QUIRÚRGICO

Rosa Maria Iribarren; M. Càrcamo; S. Juan; E. Navarro; S. Vegas; JM. Ramos
Hospital de Bellvitge

Introducción

El dolor postquirúrgico aparece después de una intervención. Se produce por la manipulación de la cirugía y la liberación de sustancias productoras de dolor. Es agudo, predecible y autolimitado en el tiempo. En nuestra unidad postquirúrgica, algunos de los pacientes, reciben educación en fisioterapia respiratoria previamente a la realización de la cirugía y queríamos valorar si esto significaba menor dolor post-quirúrgico.

Objetivos

Evaluar si los pacientes que recibieron educación sanitaria con la técnica de ejercicios ventilatorios presentan un mejor confort analgésico postquirúrgico.

Metodología/Observación clínica

Realizamos un estudio observacional, descriptivo y transversal durante el mes de octubre de 2018 a enero de 2019 con una muestra de 100 pacientes intervenidos de cirugía abdominal e ingresados en las unidades de reanimación postquirúrgicas, las primeras 24 horas. En estas intervenciones hay pacientes que recibieron sesiones de fisioterapia precirugía y otras no. Las principales variables de estudio fueron: dolor y dosis de analgésicos. Además se recogieron otras variables secundarias como: sexo, edad, IMC, patologías respiratorias (fumadores, EPOCs, ex fumadores..)

Resultados/Intervenciones

Del total de la muestra de 100 pacientes, 35 recibieron fisioterapia prequirúrgica. Los pacientes que realizaron sesiones de fisioterapia precirugía tuvieron menos dolor (1'6 en la escala EVA) respecto a los que no la realizaron (2'2). Teniendo en cuenta el EVA durante y post-fisioterapia. Sobretodo, se observa la diferencia en personas de menos de 60 años, y también, en los pacientes con IMC superior a 25 y en los pacientes con problemas respiratorios.

Conclusiones

El realizar una sesión previa de fisioterapia antes de la intervención hace que los pacientes no tengan tanto dolor postquirúrgico.

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 198

ACTUALIZACIÓN EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sandra Peinado Pérez; MJ. Ruiz-Henestrosa Campos
HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Evaluar la relación del peso, la talla, la fuerza muscular y los valores obtenidos por espirometría con la calidad de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional de 55 estudiantes del Grado en Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija (Madrid). Se registraron variables antropométricas: peso, talla, fuerza general y fuerza en la posición de RCP (dinamómetro NedVEP/IBV); variables espirométricas: capacidad vital forzada, volumen espiratorio forzado y flujo espiratorio medio (espirómetro Contec SP-10); y calidad de la RCP durante 2 minutos: calidad general, profundidad de la compresión, liberación del tórax y tasa de compresiones y de ventilaciones adecuadas (torso de entrenamiento Little Anne QCPR).

Resultados/Intervenciones

- La calidad general de la maniobra RCP se relacionó con la profundidad de las compresiones torácicas (r=0,452; IC95%=0,324-0,705; p=0,01) y con la tasa de compresiones torácicas (r=0,420; IC95%=0,175-0,616; p=0,01) y ventilaciones adecuadas (r=0,443; IC95%=0,202-0,633 p=0,01), pero no con la liberación de tórax.
- No se encontró relación entre las variables antropométricas ni de espirometría con la calidad general.
- La fuerza del individuo no se relacionó con la profundidad de las compresiones torácicas ni con la frecuencia adecuada, sin embargo, ejercer una mayor fuerza en la posición de RCP se relacionó con mayor profundidad en la compresión (r=0,315; IC95%=0,055-0,535; p=0,02) y con la tasa de compresiones torácicas adecuadas (r=0,267; IC95%=0,002-0,497; p=0,049).
- No se encontró relación entre las variables de espirometría y la tasa de ventilaciones adecuadas.

Conclusiones

- La calidad de la RCP se relaciona con la profundidad de las compresiones torácicas y con una adecuada tasa de compresiones y ventilaciones.
- La calidad de las compresiones torácicas se relaciona más con la capacidad técnica para ejercer fuerza adecuadamente que con la fuerza en sí del individuo.
- Estos resultados permiten concluir la importancia de la técnica frente a las características físicas a la hora de realizar maniobras RCP de calidad.

Palabras clave

Antropometría • Calidad • Cuidados críticos • Enseñanza mediante simulación de alta fidelidad • Estudiantes de enfermería • Reanimación cardiopulmonar (RCP)

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 201

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sandra Peinado Pérez; MJ. Ruiz-Henestrosa Campos
HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

A pesar de que enfermería no es la única figura responsable en el manejo del dolor, el rol que juega es importante, en la detección precoz de la experiencia dolorosa e incluso la prevención de la aparición del mismo cuando se va a realizar un procedimiento doloroso.La optimización de la sedación, se reconoce como indicador de calidad en UCI, por lo que se plantea la manera en que pueda ser llevada a cabo por enfermería, como práctica avanzada.

Objetivo:
Identificar la posibilidad de manejo farmacológico por parte de Enfermería

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos a partir de términos MESH, con aplicación de determinados criterios de inclusión y exclusión, y posterior lectura crítica de los mismos mediante la plantilla CASPe, así como comprobación de la validez de Guías de Práctica Clínica con el instrumento AGREE II.

Resultados/Intervenciones

En estudios que valoraban el impacto que tenía el manejo del dolor por enfermería, se observaba un impacto positivo, consiguiendo: nivel adecuado de sedación, menos dolor y agitación, reducción de costes de medicación, menos asincronía del paciente con el ventilador y disminución de la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica.

Conclusiones

Enfermería tiene un papel vital y creciente en este campo, por ser el profesional que realiza diariamente la valoración del paciente, mediante la toma de constantes vitales, entre las que se incluye el dolor ("quinta constante vital"), por ello resultaría idónea su intervención para el manejo del mismo; sin embargo, son necesarios más avances a nivel de formación y legal, que permitan su participación autónoma para esta acción, mediante la creación de protocolos de valoración y manejo del dolor en el paciente crítico.

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 49

USO DE SISTEMAS DE ASPIRACIÓN CERRADA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO QUE PRECISAN VALORES ALTOS DE PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN

Irene López Martín[1]; María Luisa Bravo Arcas[2]; Irene Porres Revuelta[1]
1. Hospital Universitario Clínico San Carlos; 2. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

El 25-50% de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) padece Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA). El uso de Presión Positiva al final de la Espiración (PEEP) es uno de los pilares en su tratamiento, evitando colapso alveolar. Los alvéolos cerrados del pulmón enfermo pueden no expandirse inmediatamente cuando se restablece la presión. La aspiración endotraqueal con Sistema de Aspiración Cerrada (SAC) puede ayudar a prevenirlo. Objetivo Valorar la existencia de evidencia científica que acredite la eficacia del uso de SAC en adultos con SDRA y necesidad de PEEP alta.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica realizada en 2018. Búsqueda en bases de datos CUIDEN, MEDLINE y Cochrane. En dos fases: la primera evidencia que justifique PEEP alta en pacientes con SDRA, la segunda si SAC mantiene estabilidad hemodinámica y evita hipoxemia en ellos.

Resultados/Intervenciones

Se localizan 38 publicaciones seleccionando 19 para la revisión. Los pacientes con SDRA con unidades pulmonares más reclutables se beneficiarían de mayores niveles de PEEP. En SDRA leves o muy severos (pulmón muy rígido), no aporta beneficio. En SDRA moderado a grave su uso tiene recomendación clínica IIB. Mejora hipoxemia, disminuyendo el shunt intrapulmonar, favorece ventilación más homogénea reduciendo el estrés y lesiones del tejido; evita atelectrauma provocado por colapso alveolar y su reapertura repetitiva. Cada maniobra que reduce la presión intra-alveolar puede precipitar un colapso alveolar. SAC ayuda a prevenirlo. Existe recomendación IIB en la aspiración sin desconexión del ventilador y uso de SAC para adultos con alta FIO2 o PEEP, o riesgo de colapso pulmonar.

Conclusiones

SAC está indicado en pacientes con SDRA moderada a grave que precisan niveles de PEEP alta. Se requieren más estudios para aclarar beneficios del SAC en diferentes modalidades de asistencia respiratoria en SDRA. Proponemos creación de un protocolo para asegurar el cumplimiento, indicación y realización correcta de la técnica, aumentando la seguridad del paciente.

Palabras clave

Respiratory distress syndrome • Positive end Expiratory Pressure • Secretion Suctioning • Closed System

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 123

UTILIZACIÓN DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN LA EXTUBACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

José Modrego[1]; S. Gámez[2]; J. Rosselló[1]; E. Galve[1]; L. Merino[1]; I. Fernández[1]; A. Fumanal[1]; A. Modrego[1]; M. Moreno[1]
1. Hospital Clínico Barcelona; 2. Hospital Dos de Mayo

Objetivos/Introducción

La extubación de un paciente en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es uno de los momentos de mayor riesgo en su evolución. Es difícil predecir si un paciente está listo para ser extubado ya que entre el 10 y el 20% de los intentos de extubación fallan, lo que provoca una mayor morbilidad y mortalidad para el paciente. Se buscan por tanto estrategias que puedan reducir esa tasa de fracaso en la extubación. Recientemente, la cánula nasal de alto flujo (CNAF) se presenta como un método de administración de una mezcla controlada de oxigeno y aire calentado activamente y humidificado que puede ser útil en la postextubación del paciente crítico, al producir una presión positiva leve al final de la espiración. Este estudio pretende conocer nuestra tasa de éxito en la utilización de CNAF tras la extubación.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes a los que se les instaura CNAF tras la extubación en la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR) del Hospital Clínic de Barcelona desde el 1 de enero de 2018 al 30 de setiembre de 2018. Las variables recogidas a partir de la revisión de historias clínicas son: demográficas, días de intubación, días de hospitalización en UCI, Insuficiencia Respiratoria (IR), reintubación.

Resultados/Intervenciones

Se incluyen 8 pacientes (5 hombres y 3 mujeres) con una edad media de 58,12 [rango, 28-74] años y una estancia media de 19.8 (± 11,14) días. Los días de intubación son de 7,2 (± 4,65) días. 6 de ellos (75%) presentan infección respiratoria. Sólo 1 paciente de la muestra precisa reintubación (12,5%).

Conclusiones

La utilización de la CNAF se demuestra útil en la prevención de la reintubación del paciente crítico, aunque se aconseja ampliar con otros estudios debido a una muestra poco representativa.

Palabras clave

weaning • reintubation • high-flow oxygen • mechanical ventilation

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 248

REPERCUSIÓN DE LA APLICACIÓN DE NEBULIZACIONES SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE EXPERTOS, EN UN PACIENTE ASMÁTICO GRAVE CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Sandra Mayora; MP. Hernández; J. Núñez; A. Mas
Hospital Baix Llobregat Moisés Broggi

Objetivos/Introducción

Aunque las recomendaciones de las guías especifican la necesidad de modificar los parámetros de la ventilación mecánica durante la administración de nebulizaciones, es una práctica que no realizamos en nuestra unidad. En el caso del paciente, con necesidades ventilatorias contrarias a dichas recomendaciones, se decide aplicarlas asumiendo el riesgo de complicaciones. Para conseguir un tratamiento efectivo sin complicaciones, fue necesario controlarlo gasométricamente e implicar al personal de enfermería en el manejo de los parámetos ventilatorios.

Metodología/Observación clínica

Revisar las recomendaciones y necesidades ventilatorias del paciente para evitar riesgos al aplicar el tratamiento, monitorizando los valores y parámetros ventilatorios.

Resultados/Intervenciones

Paciente asmático grave que ingresa por insuficiencia respiratoria aguda. Intubado, sedado y curarizado en tratamiento con corticoides y broncodilatadores, que no presenta mejoría. Al cuarto día decidimos aplicar las recomendaciones durante la administración de nebulizaciones. Este tratamiento dura 10 días siendo los primeros cuatro las nebulizaciones horarias y los siguientes días más espaciadas. Las recomendaciones consisten en parar el sistema de humidificación activo, disminuir el flujo, aumentar el tiempo inspiratorio y el volumen tidal durante cada nebulización, volviendo a los parámetros iniciales al finalizarlas. Durante todo el tratamiento se monitorizan los parámetros de la tabla, realizándose controles gasométricos y observando mejoría que permite empezar el destete.

Conclusiones

La aplicación de las recomendaciones en este paciente requiere un control ventilatorio más exhaustivo, personal de enfermería con los conocimientos necesarios para el manejo de los parámetros del ventilador y la detección de posibles complicaciones para minimizar los posibles riesgos derivados del tratamiento. Aunque el tratamiento ha sido efectivo, ha supuesto esfuerzo extra por parte de todo el personal y por ahora no se ha vuelto a aplicar.

Palabras clave

nebulizaciones • asma grave • parámetros ventilatorios • presión meseta

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 302

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LAS VENTAJAS DE LA CANALIZACIÓN DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

María Benavides Ortiz; P. Fuentes García; F. Lachica Liñán; MI. Hinojosa Ramírez; JA. Jiménez Fortis; MD. Sánchez Castillo; MM Casares Rivas
Hospital San Cecilio

Objetivos/Introducción

Los PICC (catéter central de inserción periférica), que se utilizan en pacientes con buen acceso venoso periférico y para tratamientos limitados en el tiempo en servicios como son UCI, quirófano, tratamiento ambulatorio (nutrición parenteral) y tratamiento oncológicos.

Metodología/observación clínica

Para la realizacaión de éste trabajo hemos realizado una revisión sistémtica en las bases de datos: SCIELO, PUBMED, CUIDEN y BVS, con los DECS obtenidos en el TESAURO, formando la siguiente ecuación de búsqueda “catéter central de inserción periférica and cuidados de enfermería and cuidados críticos” y su correspondiente en inglés. Los criterios de inclusión fueron artículos en español e ingles, fuentes primarias, relacionados con la temática y publicados en los últimos cinco años.

Resultados/intervenciones

La colocación del PICC es realizada por enfermería, se coloca en vena cava superior, a través de la punción de una vena periférica, preferentemente la basílica antecubital. La canalización del PICC en UCI por parte de enfermería, siguiendo medidas aséticas adecuadas, supone ventajas para el paciente, ya que, se le evitan complicaciones derivadas de la canalización de vías centrales, como neumotórax, bacteriemias...Riesgos relacionados en menor medida con los picc. Por otro lado, evita problemas derivados de la canalización de vías periféricas como es la extravasación de medicamentos

Conclusiones

Tras los análisis de los resultados, se determina que la inserción de picc por enfermeros de uci representa un método seguro, eficaz y novedoso

Palabras clave

Catéter central de inserción periférica • cuidados de enfermería • cuidados críticos • seguridad

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 75

DIARIOS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

José Miguel Cachón Pére[1]; C. Álvarez López[2]; M. Bragado León[2]
1. Universidad Europea de Madrid; 2. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos/Introducción

El diario de cuidados intensivos, es una narración detallada de la estancia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en forma de diario, redactada por las enfermeras y familiares del paciente. Los diarios de UCI, ayudan a los pacientes a dar sentido a su patología y rellenar espacios en la memoria de los pacientes críticos una vez que produce el alta de las unidades de cuidados intensivos

El objetivo principal es definir las caracteristicas principales de los diarios de UCI. Los objetivos secunadarios: Conocer los beneficios de la salud para los pacientes que participan en los diarios de UCI. Describir la implicación de la participación de la familia en los diarios de cuidados intensivos

Metodología/Observación clínica

La metodología elegida para dar respuesta a los objetivos propuestos es la realización de una revisión de la bibliográfica publicada. Las bases de datos consultadas son las siguientes: Medline CINAHL PsycINFO El árbol de búsqueda utilizado es el siguiente: icu diaries AND nursing care. Como limitadores hemos utilizado los siguientes, idioma ingles y castellano. edad de los participantes mayores de 18 años.

Resultados/Intervenciones

Tras la búsqueda inicial obtuvimos 119 artículos de los que 86 cumplían con los criterios de inclusión. Las características del diario de UCI son: Primera entrada: razones de la admisión. Entradas diarias: eventos diarios. Entrada final: estado al alta. La narración de los diarios mantiene el siguiente curso:

- Crisis.
- Punto de inflexión.
- Normalización o desenlace.

Las ventajas para pacientes y familiares son: Entender y dar continuidad a su proceso de enfermedad. Rellenar los periodos vacíos de su estancia en el hospital. Integrar a los familiares en el cuidado de los pacientes críticos durante su estancia en los cuidados intensivos y en las unidades de hospitalización.

Conclusiones

Los diarios de uci son una herramienta sencilla y asequible para mejorar las complicaciones del síndrome al alta en UCI. Hay que profundizar en los aspectos legales de utilización de diarios.

Financiación

El estudio no cuenta con financiación publica o privada hasta la fecha.

Palabras clave

Cuidados de Enfermería • Diario de UCI • Unidad de Cuidados Intensivos

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 107

HUMANIZACIÓN, ¿ESTÁ ENFERMERÍA PREPARADA?

Julián Bejarano Montañez
Hospital Universitario Infanta Elena

Objetivos/Introducción

Analizar la situación actual de los proyectos de humanización en UCI iniciados en unidades de críticos de la provincia de Madrid, a través de la opinión de los profesionales de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Encuesta de opinión tipo test anónima, realizada a profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos de la provincia de Madrid. Criterios de inclusión: Profesionales de enfermería (DUE/TCAE), en activo en el momento de realización de la encuesta.Resultados analizados mediante programa informático SPSS Statistics.

Resultados/Intervenciones

Se dieron por válidas 143 encuestas (95 DUE/48 TCAE). Participaron profesionales de: HU Infanta Elena, HU Clínico San Carlos, HU Ramón y Cajal, HU Infanta Cristina, HU del Henares y HU Principe de Asturias. La edad media de los encuestados fue 37.2 años y su experiencia laboral media fue de 11.35 años. Se constató que el ratio habitual de enfermera/paciente era 1/2 y el de TCAE 1/3.El 54.86% de los encuestados valoró su formación actual en humanización como malo o muy malo.El 73% de los encuestados consideró que su formación no es adecuada a los proyectos a implantar. El 78% manifiesta una mayor satisfacción familiar con las medidas de humanización en curso. El 79% considera la atención al profesional el punto más débil de los proyectos en curso. El 70% considera más prioritario que otras medidas la incorporación de otros profesionales (fisioterapeuta, psicólogo) a las plantillas de UCI. El 72% considera necesaria una figura de enfermera docente para familias. El 50% considera que la liberalización de los regímenes de visita supondrá mayor carga de trabajo y conflictos. El 52% piensa que los recursos humanos son insuficientes las medidas de humanización propuestas.

Conclusiones

La humanización de la UCI es entendida por el profesional como necesaria. Pero no se están llevando a cabo las medidas de formación suficientes, ni valorando la carga de trabajo existente. La atención al profesional está siendo la linea menos desarrollada.

Financiación

No existe conflicto de intereses. No existió financiación ajena para el estudio realizado.

Palabras clave

humanización • encuesta • profesional • enfermería

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 346

AVANZANDO EN LA HUMANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cristina Díez Sáenz; JM. Gómez García; MG. Sánchez Fernández
HGUGM de Madrid

Objetivos/Introducción

Las unidades de cuidados intensivos son áreas hospitalarias de máxima sofisticación tecnológica. Trabajar en ellas requiere altas competencias técnicas, tanto en habilidades como en conocimientos. Sin embargo, la extrema vulnerabilidad de nuestros pacientes requiere además un adecuado enfoque en aspectos eminentemente humanos, atendiendo a sus necesidades emocionales, de sus familias y de los profesionales que trabajamos con ellos. Consolidar una visión humanizadora de las UCI es un proyecto a largo plazo, que avanza poco a poco, contagiando a todos los miembros del equipo y que requiere la implicación de todos. Poner en valor el trato cercano, la sonrisa, la palabra, la caricia..., lo invisible, afianza los valores de nuestra profesión.

Objetivos:

1. Tener una visión global de nuestros pacientes, atender a todas sus necesidades, cuidar su "herida emocional", y tener presente que no tratamos enfermedades sino personas enfermas.
2. Incluir a las familias en nuestros planes de cuidados.
3. Cuidar a los que cuidan, ofreciendo formación y participación al personal sanitario.

Metodología/Observación clínica

Se han establecido tres campos de actuación: pacientes, familias y profesionales y se han implementado medidas concretas en cada uno de ellos.

Resultados/Intervenciones

1. Creación de un grupo de trabajo en humanización.
2. Flexibilización del horario de visitas y acompañamiento.
3. Elaboración de una hoja informativa.
4. Elaboración de un poster informativo.
5. Realización de talleres de formación en competencias humanizadoras.

Conclusiones

La implantación de estas medidas ha sido muy positiva tanto por la percepción de pacientes y familiares, con muy buenos resultados en encuestas de satisfacción, como por la aceptación de los profesionales de la unidad. La atención global al paciente crítico es relevante en las unidades de cuidados intensivos. La extrema vulnerabilidad de nuestros pacientes y sus familias nos exige dedicación completa, que atienda también a sus emociones y necesidades humanas y proteja su frágil dignidad, amenazada por la enfermedad

Palabras clave

humanizacion

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 352

LACTANCIA MATERNA EN UCI, ¿ES POSIBLE?

Isabel Losada Jiménez[1]; JJ. Álvarez Cano[1]; MT. Castelló del Pino[1]; A. Ortega Guerrero[1]; R. Muñoz-Torrero Serrano[2]; B. Lisbona Molina[1]

1. Hospital Quironsalud Málaga; Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Este proyecto va enfocado al cuidado de la madre y el lactante, en nuestro hospital, se atiende una media de 3 partos al día, con unos 1.100 partos al año. Hasta el momento, las pacientes ingresadas en UCI se beneficiaban de #paseosquecuran a UCI de neonatos o a hospitalización para poder comenzar o continuar con la lactancia materna, pero nos planteamos la posibilidad de realizar esta actividad en UCI, siendo el lactante el que acceda a nuestra UCI, para lo que se creó un grupo de trabajo enfocado al cuidado y bienestar de estas pacientes.

Metodología/Observación clínica

Se realiza búsqueda bibliográfica basada en la evidencia más actualizada (con menos de 5 años) en Pubmed, Cochrane, Guiasalud y Google académico, con los términos MeSH ICU, lactation y breastfeeding. Se encontraron un total de 12 artículos que recogían las recomendaciones para lactancia materna, pero únicamente en unidades de cuidados intensivos de neonatos (UCIN), por lo que todos ellos fueron desestimados.

Resultados/Intervenciones

No hemos encontrado evidencia científica que aporte resultados que impidan que el lactante se beneficie de la lactancia materna en UCI.

Conclusiones

Ante la falta de evidencia científica, decidimos realizar el protocolo de lactancia materna en UCI, en el que se reflejan las situaciones en las cuales vemos viable el acceso del lactante, así como aquellas en las que no lo es, como el aislamiento por contacto de la madre.

Palabras clave

Lactancia materna • UCI • Humanización

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 13

ANÁLISIS DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE INGRESADO EN CUIDADOS INTENSIVOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE EVENTO ADVERSO

M. Nadal Servera[1]; E. Sánchez Marimón[2]; S. Pol Castañeda[2]
1. Hospital Universitari Son Llàtzer; 2. Universitat de les Illes Balears

Objetivos/Introducción

El delirium es una disfunción neuropsiquiátrica y un problema de seguridad emergente en el enfermo crítico, cuya incidencia está asociada al contexto asistencial de las unidades de cuidados intensivos (UCI)1-3.

Los objetivos son:

1. Identificar los factores contribuyentes como evento adverso e
2. identificar las intervenciones relacionadas con la asistencia, del delirium en el paciente crítico ingresado en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión crítica de la literatura. Investigación secundaria. Las palabras clave “Delirium”, “Paciente Crítico”, “Unidad de Cuidados Intensivos”, “Evento Adverso”, “Factores Contribuyentes” fueron transformadas en descriptores en el tesauro MeSH y combinadas en una operación booleana: “Delirium” AND “Risk Factors” AND (“Patient Safety” OR “Iatrogenic Disease”) AND “Intensive Care Units”. Se consultaron las bases de datos PubMed, SCOPUS, LILACS, IBECS y CINAHL, con límites de idiomas inglés y castellano y publicación entre 2008-2018. Se localizaron 73 documentos, siendo seleccionados y revisados 21, principalmente estudios primarios de cohortes y secundarios de revisión.

Resultados/Intervenciones

Se identificaron numerosos factores contribuyentes en la incidencia del delirium, que convergen con el enfoque de multicausalidad del evento adverso, relacionados con: paciente crítico, enfermedad crítica o asistencia en UCI (Tabla I)1-17; Se diferenciaron factores predisponentes de paciente y enfermedad coexistentes con factores precipitantes de UCI, que orientan la prevención y el tratamiento del delirium 3,7. Se identificaron intervenciones multicomponente centradas en factores potencialmente modificables: manejo del dolor, control de sedación y coordinación con ventilación mecánica espontánea, movilización precoz, promoción del sueño y control sensorial luz y ruido-, terapia de reorientación y acompañamiento familiar1-3,5-9,11-21.

Conclusiones

El análisis de estos factores contribuyentes desde una perspectiva de seguridad clínica facilita el abordaje del delirium como síndrome asociado a la asistencia sanitaria, en consonancia con la cultura de humanización de las UCI. Dicho análisis facilitaría principalmente el diagnóstico precoz y la indicación de medidas principalmente no-farmacológicas, con posibilidades de reducción de su incidencia.

Financiación

Estudio realizado sin financiación.

sigue –>

Palabras clave

Delirium • Factores contribuyentes • Paciente crítico • Unidad de Cuidados Intensivos • Evento adverso • Seguridad clínica

FACTORES CONTRIBUYENTES EN LA INCIDENCIA DEL DELIRIUM EN CUIDADOS INTENSIVOS	
PACIENTE CRÍTICO	Edad avanzada >70 años; Fragilidad; Enolismo; Tabaquismo; Consumo de tóxicos; Polimedicación; Hipertensión arterial; Insuficiencia cardíaca; Enfermedad respiratoria crónica; Enfermedad neurológica crónica; Enfermedad cerebrovascular; Desnutrición; Hepatopatía; Nefropatía; Demencia; Deterioro cognitivo; Deterioro funcional; Déficit visual; Déficit auditivo; y Depresión.
ENFERMEDAD CRÍTICA	Shock; Inestabilidad hemodinámica; Anemia; Acidosis; Hipoxia; Hipercapnia; Coma; Dolor; Insomnio; Uremia; Hipercreatinemia; Hipoalbuminemia; Hiperbilirrubinemia; Deshidratación; Desequilibrio hidroelectrolítico; Desequilibro metabólico (alteraciones glucémicas); Déficit de Vitamina B_3 y Vitamina B_{12}; Hipotermia; Fiebre; Infección; y Sepsis.
ASISTENCIA DE CUIDADOS CRÍTICOS	Uso de drogas vasoactivas, benzodiacepinas, opiáceos, alfa-agonistas, barbitúricos, antihistamínicos, anticolinérgicos, dopaminérgicos y esteroides; Transfusión de hemoderivados; Uso de ventilación mecánica; Intervención quirúrgica; Inmovilidad; Inserción de catéter vascular, catéter epidural, sonda urinaria, sonda nasogástrica y drenajes; Uso de contenciones mecánicas; Aislamiento; Restricción de visitas familiares; Estancia en UCI >5 días; Interrupciones al descanso frecuentes; Baja calidad lumínica; y Alto nivel sonoro.

Tabla I. Factores contribuyentes asociados al delirium en el paciente ingresado en cuidados intensivos: paciente crítico, enfermedad crítica y asistencia de cuidados críticos.

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 39

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE UNA UCI ACERCA DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

Borja Nicolás Santana López[1]; YG. Santana Padilla[1]; JD. Martín Santana[2]; J. Molina Cabrillana[3]; L. Santana Cabrera[1]

1. Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de las Palmas; 2. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 3. Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas

Objetivos/Introducción

Identificar las percepciones sobre la HM de los profesionales de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos (UCIA) y pediátrica (UCIP), correlacionándolos con las cifras de cumplimiento en la adherencia a la HM, mediante estudios observacionales de conductas. Existe una elevada preocupación por realizar programas de vigilancia, prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS), haciendo hincapié en la higiene de manos (HM). Es importante conocer las percepciones de los profesionales para intentar mejorar la adherencia a estos programas.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal, prospectivo, descriptivo y comparativo, con la que se pretende recopilar información sobre las Percepciones que tienen sobre HM, mediante la realización de una encuesta publicada y validada por OMS. Se comparan estas percepciones con la evaluación de la adherencia a la HM que se llevó a cabo previo al estudio mediante observación directa de los trabajadores durante su trabajo. Se usaron las pruebas de la «t» Student y Chi-cuadrado para comparar variables continuas y categóricas, respectivamente.

Resultados/Intervenciones

142 profesionales de UCIA y 43 de UCIP; >80% de la población. >90% afirma haber recibido formación reglada sobre HM en los últimos 3 años y usan con regularidad PBA. Sobreestiman el porcentaje de pacientes que pueden contraer una IRAS, así como el porcentaje de ocasiones en que realiza el mismo/a correctamente la HM 89,32% en UCIP y 82,93% en la UCIA, respecto a las tasas de adherencia a la HM, mediante observación directa, donde sólo se alcanza en la UCIP el 73,8% y el 51,4% en la UCIA (p=0,0001).

Conclusiones

A pesar de tener formación reglada sobre la HM, los resultados indican que tienen una percepción que no se ajusta a la realidad. Es necesario establecer en el futuro estrategias que refuercen las percepciones de los profesionales respecto a la HM.

Financiación

No

Palabras clave

Hand Hygiene • Healthcare Workers • Critical Care • WHO • Compliance • Noncompliance

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 106

ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES DE INCIDENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (HUSC) DE GRANADA

José Antonio Jiménez Fortiz[1]; MD. Sánchez[1]; MI. Hinojosa[1]; MM. Casares[2]; F. Lachica[1]; M. Benavides[1]; EP. Fuentes[1]
Hospital Universitario San Cecilio, Granada; 2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Objetivos/Introducción

Analizar los incidentes notificados en el Sistema de Notificación de Incidentes en la UCI del HUSC. Dicho sistema de la Consejería de Salud de Andalucía, alojado en el Observatorio para la Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, se puso en marcha en 2008. Abarca tanto la Atención Primaria como la Especializada. Es voluntario, anónimo, confidencial, dirigido a profesionales y ciudadanos permitiendo una gestión local de los incidentes notificados. Nuestro hospital se adhirió a él en 2018.

Metodología/Observación clínica

El HUSC cuenta con 637 camas; 20 de ellas de Cuidados Críticos. El icono para acceder al formulario electrónico de notificación de efectos adversos se encuentra en la pantalla inicial de la intranet, accesible a todos los profesionales. Estudio transversal descriptivo. Se ha realizado un análisis de los registros de incidentes comunicados en la UCI de dicho hospital durante el 2018. Variables de estudio: clase de incidente y profesional que notifica. Análisis descriptivo de las variables.

Resultados/Intervenciones

Se comunicaron un total de 10 incidentes. Distribución por clases: un 60% por un “Proceso aistencial o procedimiento clínico (prevención, valoración, diagnóstico, tratamiento, atención...)”; un 20% por “Dispositivos y equipamiento médico”; un 10% por “Medicación, fluidos intravenosos o productos sanitarios (medicamento, dosis, forma farmacéutica, técnica de administración, etiquetado, conservación, almacenamiento...)”; un 10% por “Accidente del paciente (contusión, fuerza penetrante o mecánica, compromiso respiratorio, exposición a productos químicos...)”. La notificación de incidentes por profesional: médicos un 70% y enfermería un 30%.

Conclusiones

Destaca la baja notificación de incidentes a pesar de ser un sistema anónimo y voluntario. La reciente incorporación al sistema junto con el desconocimiento del personal, puede ser un factor del aún bajo índice de notificaciones. Por ello, se sugiere estudiar medidas para darlo a conocer y así aumentar el número de notificaciones: talleres de formación para el personal implicado en la UCI.

Palabras clave

Efectos adversos • Notificación de incidentes • Sistemas de notificación

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 138

NOTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE PLANES DE MEJORA DE INCIDENTES EN EL ÁREA DE CRÍTICOS

María Jesús Aranda Ruiz; JJ. Santos Pérez; A. Aguilera López; MI. Medina Pérez
Área Sanitaria Norte de Málaga. UCI

Objetivos/Introducción

El sistema de gestión de incidentes,alojado en el Observatorio para la Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, está dirigido a mejorar la seguridad del paciente.Es voluntario, anónimo,confidencial,no punitivo y abierto para el paciente y cuidadores.

Objetivo general:
Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando cuidados seguros a los pacientes disminuyendo la incidencia de daños accidentales.

Objetivos específicos:
Establecer un circuito de identificación de incidentes o eventos adversos(EA),análisis y evaluación de su impacto de seguridad Gestionarlos de forma descentralizada en cada unidad. Proponer e implantar acciones de mejora Monitorizar los incidentes de seguridad.

Metodología/Observación clínica

Tras la notificación del incidente,se genera una alerta en el registro de eventos adversos. El área de Calidad recepciona la información sobre los EA notificados en el Observatorio para la Seguridad del paciente Se hará un primer análisis del evento y si no es considerado Centinela o EA grave remitirá la comunicación al referente de la unidad implicada que analizará y propondrá las áreas de mejora necesarias. El plazo para emitir el informe final será de 15 días. La comisón de gestión de riesgos (CGR) se reunirá cuatrimestralmente para analizar los distintos incidentes. En el acta se evaluarán las áreas de mejora propuestas y se elaborará cronograma de monitorización del grado de implantación de las distintas propuestas.

Resultados/Intervenciones

La CGR utilizara la Matriz de Riesgos para priorizar los riesgos en base a la frecuencia de aparición y gravedad del efecto Tras la alerta se realizará un primer análisis clasificándolo en dos niveles EA tipo 1:trascendencia leve-moderada EA tipo 2: trascendencia importante. Suelen requerir un análisis. En el caso de detección de un Evento Centinela la CGR se reunirá de forma inmediata y realizará a la mayor brevedad posible un análisis causa-raíz.

Conclusiones

En nuestra unidad se han notificado 16 incidentes, de ellos 7 siguen en estudio,se han implantado 3 áreas de mejora y se han resuelto 7 de ellos.

Palabras clave

evento adverso • gestión • notificación

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 58

CUANTIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO EN LAS TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CONTINUAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Gemma Blanch Mercader; A. Guirao; I. Carmona; P. Castro
Hospital Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

Describir y analizar las intervenciones enfermeras durante la implantación de anticoagulación regional con citrato en las Técnicas de Depuración Extrarrenal Continuas (TCDE) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo mediante muestreo consecutivo no probabilístico durante un año. Se incluyeron pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que precisaron TCDE con anticoagulación regional con citrato. Se recogieron datos sobre el consumo de filtros, cantidad de intervenciones enfermeras y alarmas en relación a la TCDE durante las primeras 72 horas.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron un total de 17 pacientes, que consumieron un total de 38 filtros, 2,2 ± 0,4 por paciente. El tiempo medio de duración de cada filtro fue de 48 ± 4hr. Los motivos más habituales de cambio de filtro fueron la coagulación (12 casos) y el cambio a terapia de hemodiálisis intermitente (11). Se realizó una intervención enfermera en relación a la TCDE cada 18 ± 2,4 minutos, siendo más frecuentes en las primeras 24 horas y reduciéndose progresivamente con los días (17,4 ± 2,4, 19,8 ± 1,2 y 22,2 ± 2,4 minutos, respectivamente). La intervención más frecuente fue el cambio de bolsa. Por lo que respecta a las alarmas, se produjo una cada 53,4 ± 8,4 minutos, siendo la más frecuente la de presión transmembrana alta.

Conclusiones

Durante la TCDE con anticoagulación regional con citrato las intervenciones enfermeras son frecuentes, especialmente en las primeras 24 horas, reduciéndose progresivamente después con la duración del filtro.

Palabras clave

Técnicas de Depuración Extrarrenal Continuas • citrato • Unidad de Cuidados Intensivos • filtro • presión transmembrana • intervenciones enfermeras

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 207

COMPARACIÓN DE DIFERENTES SISTEMAS PARA MEDICIÓN DE DIURESIS EN PACIENTES CRÍTICOS: IMPACTO EN EL CÁLCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA

Vanessa Sanz; L. Álvarez; H. Barrasa; A. Escujuri; A. Ibáñez; Z. Iñiguez de Ciriano; I. León; AA. Margüello; I. Rodríguez; MI. Vega
HUA Araba sede Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz

Objetivos/Introducción

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es imprescindible una medición precisa de la diuresis; hacerlo de manera incorrecta puede influir en los cuidados y tratamiento del paciente. El objetivo de este estudio es comparar la precisión de 2 sistemas de medición de diuresis en el control del volumen total de orina recolectada en 10 horas. Uno de los parámetros en los que influye esta medición es en el aclaramiento de creatinina (ClCr), por lo que nuestro objetivo secundario es valorar el impacto de los errores en la medición de la diuresis sobre el cálculo del ClCr.

Metodología/Observación clínica

Se incluyeron 25 pacientes ingresados en UCI con sondaje vesical, a los que se les solicitó recogida de orina de 10 horas. Se realizó mediante 2 sistemas:

1. Suma de diuresis horaria registrada en gráfica con urinómetro.
2. Medición en copa medidora de 0,5L, considerando ésta el gold estándar.

Se calculó la estimación del error medio en la medición expresada en ml, el cálculo del ClCr expresado en ml/min y el porcentaje de error.

Resultados/Intervenciones

Se observó una diferencia media en el volumen de orina recolectada de 68ml (desviación estándar (DE) de 52,3ml), con un impacto en el ClCr de 7% (DE de 5,6%). Los errores de medición oscilaron de -165ml a +165ml en el volumen total de orina, con un impacto en el ClCr de -10 hasta +24%.

Conclusiones

Aunque globalmente las mediciones por ambos sistemas no presentan grandes diferencias, existen marcados errores en la medición que sugieren que la medición de la diuresis acumulada con urimeter anotada en gráfica no parece equivalente a la correcta medición en copa y puede conllevar errores en la estimación del ClCr.

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 256

UTILIZAR UNA "PAUTA DE TRATAMIENTO" DE HEMOFILTRACIÓN INDIVIDUALIZADA PARA OBTENER MÁS BENEFICIOS DE LAS CRRT

Mercedes Cots Begué; E. García Puvia; J. Prados Chica; M. Escarp Sans; X. Castillo Peña; N. Ramon Coll; E. Juan Pérez; M. de La Llana Chavarria; M. Miralbes Torner; T. T. Pérez González
HUAV

Introducción

La implantación de técnicas de reemplazo renal continuas (CRRT) ha aumentado los recursos para el manejo de pacientes de UCI con patologías graves. El uso de éstas, acarrea la aparición de problemas y efectos adversos en el paciente que podemos minimizar. Hemos creado una "PAUTA DE TRATAMIENTO" con la que se ha conseguido optimizar el tipo de terapia elegido para cada paciente y día, consiguiendo así, mayor efectividad en el uso de la técnica.

Objetivos

- Obtener una fracción de filtración óptima.
- Evitar alarmas innecesarias con paradas intermitentes del tratamiento.
- Evitar pérdidas de sangre, tiempo y material por coagulaciones del set que podrían haberse evitado con un tratamiento adecuado.
- Buscar la "dosis ideal" para cada paciente y día de tratamiento. Irá cambiando durante su evolución en función de: situación hemodinámica del paciente, líquido a extraer...
- Conseguir mayor efectividad continua siguiendo una línea de actuación común.

Metodología/Observación clínica

Creación de una pauta de tratamiento estandarizada a través de un software que permite identificar la dosis objetivo para cada paciente y permite pautar: modalidad de tratamiento (SCUFF, CVVHDF...), líquidos de sustitución y diálisis, horas de tratamiento pautadas, anticoagulación elegida, etc

Resultados/Intervenciones

En los datos recogidos en nuestra UCI del HUAV de Lleida y trabajando con esta metodología desde noviembre de 2016 a octubre de 2017 se han cumplido los criterios de calidad de SEMICYUC de nefro-intensivismo. Hemos conseguido aumentar la visa de los sets e igualarla casi a la media internacional, mejorar valores de anticoagulación y disminuir las transfusiones respecto años anteriores.

Conclusiones

Con la utilización de esta pauta de tratamiento se ha aumentado el tiempo de terapia eficaz y minimizar algunos problemas derivados de parámetros de tratamiento inadecuados. Optimizar el funcionamiento de las CRRT ha permitido unificar criterios de actuación dentro del equipo médico y sanitario, evitando así, errores en la aplicación diaria de la técnica.

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 280

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA DIRIGIDO AL PACIENTE ADULTO CONECTADO A MEMBRANA EXTRACORPÓREA DE OXIGENACIÓN (ECMO) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Saioa Razquin Ilundain; LT. Sigismundo Kioka; I. Cantero Garacochea
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

Realización de un protocolo centrado en la monitorización neurológica en el contexto del paciente conectado a membrana extracorpórea de oxigenación, así como la resolución de problemas que puedan surgir en el manejo del mismo, desarrollando además un plan de cuidados adaptado a su situación. Prevención de complicaciones y disminución de la morbimortalidad en el paciente adulto conectado a ECMO.

Reducción de la variabilidad en los cuidados con el fin de conseguir la excelencia en el manejo y los cuidados de enfermería en UCI

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica y revisión sistemática de protocolos y estudios relacionados en los últimos 5 años y el análisis de los cuidados y prevención de complicaciones llevadas a cabo por el profesional de enfermería de forma ordenada según necesidades y sistemas. Bases de datos consultadas: CUIDEN, CINHAL, Cochrane Library, PubMed, MEDLINE, TESEO. Criterios de inclusión/exclusión: período de tiempo establecido en los últimos cinco años, protocolos de ECMO, protocolos en Unidades de Cuidados Intensivos, estudios sobre monitorización en pacientes con dispositivo ECMO / estudios anteriores al 2014, estudios no basados en evidencia científica.

Resultados/Intervenciones

Se crea un protocolo centrado en la monitorización y cuidados neurológicos ligado a un plan de cuidados de enfermería del paciente adulto con dispositivo ECMO ingresado en UCI.

Conclusiones

El uso de membranas extracorpóreas de oxigenación ECMO es una práctica cada vez más extendida en las Unidades de Cuidados Intensivos, con multitud de nueva información y estudios relacionados con neuromonitorización que generan la necesidad de creación y actualización constante de protocolos que aúnen la evidencia científica para la prevención de complicaciones a través de cuidados de calidad

Palabras clave

Protocolo • Enfermería • ECMO • Unidad de Cuidados Intensivos • Monitorización Neurológica

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 142

¿CÓMO MEJORAR EL CÁLCULO DEL BALANCE HÍDRICO EN EL PACIENTE CRITICO? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Noelia Regueiro Díaz; L. Díaz Castellanos; S. González Pérez; M. Sepúlveda Gómez; S. de Arriba Amado
Hospital 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

El cálculo del Balance Hídrico (BH), relaciona los ingresos y las pérdidas corporales y es una práctica habitual enfermera determinante para el tratamiento de pacientes críticos.

Objetivos del presente trabajo:

- Conocer los errores más frecuentes en la realización del BH en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente de Hospital terciario.
- Revisar en la evidencia publicada cómo subsanar los más frecuentes.

Metodología/Observación clínica

Realizamos un encuesta entre enfermeros de la unidad para conocer cómo hacemos BH. Responde un 62% del total. Los errores percibidos como más frecuentes son la estimación de pérdidas insensibles (PI) (65%) y pérdidas no medibles (PNM) (19%). El 74% admite calcular “a ojo” sudor y PI. 100% de encuestados considera necesario unificar criterios para estimar PI y PNM. Búsqueda bibiliográfica en TRIP Database, Pubmed y CIHNAL. Términos MESH: Insensible Water Loss, Critical Illness, Water-Electrolyte Balance, Body Weight. Criterios de búsqueda: idioma español/inglés desde 1980. 54 resultados, descartamos 24 por no tratar población adulta; 7 no centrados en BH, 9 no tratan precisión del BH y 2 no incluían cálculo de PI.

Resultados/Intervenciones

De los 12 artículos, solo 1 es una revisión no sistemática sobre cómo estimar PI. 3 hacen revisión sobre BH sin evidencia científica para PI. 2 protocolos de instituciones públicas españolas sin referencias para PI. 6 estudios evalúan fiabilidad de los BH comparándolos con el gold standard en la materia (peso del paciente). Solo uno concluye buena correlación entre ambos. 1 estudio descriptivo estudia distintos tipos de errores en el balance calculado. Todos prestan mínima atención a las PI y entre ellos se dan diferencias de hasta 1000 cc/24h para un mismo supuesto (tabla 1).

Conclusiones

Revisión poco fructífera, estimación de PI apenas estudiada. Es de suma importancia guiar nuestra práctica con un método que considere peso, horas de BH, patrón respiratorio y ventilación mecánica. También es necesario consenso para estimación y registro de PNM como sudor, heces o pérdidas de orina.

Palabras clave

Balance hídrico • Cuidados Críticos • Pérdidas insensibles • Peso corporal

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 206

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS Y MANEJO DE LA PTIO2

Vanessa Sanz; L. Álvarez; AI. Asarta; A. Bacete; H. Barrasa; A. Ibáñez; AA. Margüello; A. Martín; S. Otero; I. Oyarzabal
HUA Araba sede Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz

Objetivos/Introducción

La monitorización exhaustiva del enfermo neurocrítico tiene como principal objetivo la prevención de la lesión secundaria. Actualmente, se tiende a la neuromonitorización multimodal, siendo parte de ésta la monitorización continua de la presión tisular de oxígeno (PtiO2). Es un método que permite detectar precozmente situaciones de hipoxia cerebral, siendo conocida la relación entre ésta y la mala evolución clínica en el traumatismo craneoencefálico grave (TCEG). Este dato puede ser útil tanto para enfocar el tratamiento de los pacientes, como para vislumbrar el pronóstico. Desde el grupo de trabajo de neurocríticos de nuestra unidad, vimos la necesidad de actualizar el protocolo que teníamos, ya que nuestro objetivo era facilitar al personal de enfermería de la unidad una guía práctica para el correcto manejo del paciente neurocrítico con monitorización de PtiO2.

Metodología/Observación clínica

- Reunión del grupo de trabajo multidisciplinar de Neurocríticos.
- Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cinahl, Ovid, Fisterra, Cochrane...) utilizando como palabras clave: Presión Tisular de Oxígeno (PtiO2), paciente neurocrítico, protocolo enfermería... No se encontró ningún protocolo similar en dichas bases de datos.
- Elaboración, difusión e implantación de un protocolo descriptivo en la UCI de la Sede Santiago.

Resultados/Intervenciones

- Introducción y objetivos del protocolo
- Material necesario
- Implantación del sensor
- Calibración con monitor de cabecera
- Cuidados de enfermería

Conclusiones

La elaboración del protocolo ayudó a trabajar de manera más sistemática y unificada. Además, como es importante que el personal esté formado para este tipo de técnicas, realizamos sesiones de formación antes de implantar el protocolo en la unidad.

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 220

CÓDIGOS QR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA COMO HERRAMIENTA DE DIVULGACIÓN DE CONTENIDO PRÁCTICO - ASISTENCIAL PARA PERSONAL SANITARIO

Ángel Manuel Ruíz Aguilar; PA. Lara Domínguez
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Un código QR es un código de barras bidimensional cuadrado que puede almacenar los datos codificados. Al escanear un código QR utilizando el teléfono inteligente, se obtiene un acceso inmediato a su contenido.En servicios como UCI,la cantidad de aparataje,procesos asistenciales, protocolos,medicación,etc. es tan elevada, que surgió la necesidad de hacer llegar al personal sanitario documentación, infografías, protocolos Y manual de instrucciones de una manera que fuera rápida, clara y concisa.El objetivo es facilitarel trabajo de los profesionales a través del acceso rápido a la información que puedan precisar en la práctica diaria mediante el uso de los códigos QR.Junto a cada aparataje sanitario o situación asistencial de consulta, podremos acceder al contenido digital, ajustado a cada necesidad.

Metodología/Observación clínica

Se procedió a la creación de los códigos QR, observando las necesidades que el personal sanitariopresentaba en su día a día asistencial. La información, se encuentra alojada en espacios de almacenamiento virtualizados, con posibilidad de actualización inmediata en función de los cambios que se vayan produciendo.

Resultados/Intervenciones

La puesta en marcha de este proyecto ha sido aceptada de muy buen grado por el equipo, ya que era una demanda por parte del mismo, debido a la necesidad de tener información rápida y actualizada sobre actuaciones asistenciales que se desarrollan en nuestro ámbito laboral de una forma ágil y útil.

Conclusiones

La implantación de los códigos QR, ha facilitado en gran medida las situaciones de consulta de determinados procesos asistenciales, ahorrando al personal sanitario tiempo y evitando errores, ya que con un solo “click” se obtiene la información detallada que el profesionalnecesita para realizar esa practica asistencial. A su vez, aumentamos la seguridad de nuestros pacientes en la unidad y del personal, resolviendo las dudas que surjan de inmediato.

Palabras clave

CÓDIGOS QR

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 330

SEGURIDAD DEL PACIENTE CON HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

Sara Castellano Nofuentes; A. Rubio Ruano; N. Zahino Ortega
Hospital Sant Pau i Santa Tecla

Introducción

La hipotermia terapéutica se define como una reducción de la temperatura corporal hasta 32-34 ºC durante un periodo de 12-24h después de una parada cardiorespiratoria, intra o extrahospitalaria con un fin de neuroprotección disminuyendo el consumo de O_2 y ralentizando el metabolismo. Para conseguir la hipotermia, existen diferentes modalidades, desde las más básicas como aplicar sueros fríos o hielo corporal hasta dispositivos automáticos de refrigeración externa que disminuyen el tiempo en alcanzar la temperatura objetivo, como el ArticSun 2000. En nuestro servicio aplicamos la hipotermia a través del dispositivo ArticSun 2000 desde el año 2013 para conseguir una hipotermia rápida y segura ya que controla de manera automática el descenso de la temperatura y regula su mantenimiento de manera precisa. A pesar de las ventajas existentes en la hipotermia se pueden desencadenar efectos indeseables a nivel cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, renal, metabólico y neurológico que pueden perjudicar el objetivo de la hipotermia terapéutica.

Objetivos

Objetivo principal: identificar los parámetros óptimos de todas las variables que influyen para la realización de una hipotermia segura.
Objetivo secundario: elaborar un protocolo que facilite al personal de enfermería realizar una hipotermia terapéutica óptima y segura.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica desde el año 2004 a través de bases de datos como Medline, Pubmed, Cuiden y Elsevier.

Resultados/Intervenciones

Los parámetros de las variables envidenciados en la bibliografía que deberían monitorizarse durante la realización de hipotermia terapéutica son: Vetilación, diuresis, Fc, PAM, glucemia, sedación/bloqueo muscular, temperatura. (ver tabla anexa)

Conclusiones

Es importante la vigilancia de posibles efectos adversos en la hipotermia terapéutica, a través de la monitorización de los parámetros evidenciados en la bibliografía ya que permiten que la hipotermia sea una terapia beneficiosa y segura.

Palabras clave

Hipotermia terapéutica • parada cardíaca

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 71

ELABORACIÓN DE CHECK LIST PARA EL MANTENIMIENTO DEL PACIENTE DONANTE EN MUERTE ENCEFÁLICA

Paloma Calero Martín de Villodres[1]; LM. Quesada Láñez[1]; A. Iglesias Santiago[2]; N. Pérez Izquierdo[3]; M. Sevilla Martínez[2]; A. Fuentes Calatayud[2]; EP. Fuentes García[3]; R. Prieto Jurado[2]; JM. Pérez Villares[2]; N. Cantón Cordón[1]
1. Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Granada; 2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada; 3. Hospital Universitario San Cecilio Granada

Objetivos/Introducción

El mantenimiento de un posible donante potencial en muerte encefálica en la Unidad de Cuidados Intensivos debe ajustarse a ciertas normas de actuación que permitan anticipar los posibles riesgos y resguarden la seguridad de los cuidados asegurando el éxito en nuestra actuación. La lista de verificación (Check list) es una herramienta que, aunque no excluye la posibilidad de aparición de efectos adversos, al menos disminuye su presentación y posibilita su rápida solución.

Objetivo:
Elaborar un Check List como herramienta de trabajo para el mantenimiento del donante potencial en muerte encefálica.

Metodología/Observación clínica

Tras la búsqueda bibliográfica y selección previa de 3 artículos originales y 7 revisiones en un período de estudio de 2012 a 2017 en español o inglés, se creó un grupo consensuado de expertos compuesto por miembros del equipo multidisciplinar para la selección de los criterios e indicadores más relevantes propuestos por la literatura científica para confeccionar una matriz de Check list.

Resultados/Intervenciones

Partiendo de cinco criterios: control y monitorización hemodinámica, mecánica ventilatoria, balance electrolítico, pruebas diagnósticas y funcionales y cuidados enfermeros, se priorizaron aquellas intervenciones clave para el mantenimiento del posible paciente donante en muerte encefálica. Utilizando esta matriz de criterios e indicadores se diseñó una lista de verificación con la información clave que debe recogerse a la hora de planificar, implementar y evaluar las buenas prácticas de actuación.

Conclusiones

La lista de verificación ayuda a sistematizar la metodología de implantación de intervenciones y sirve como registro, permitiendo tener constancia de las intervenciones y actividades que realizan las enfermeras Garantizar el mantenimiento ha sido prioritario y la elaboración de este Check List ha supuesto un avance importante en la calidad asistencial en nuestra unidad por lo que cada UCI debería establecer las pautas a seguir en concordancia con sus condiciones particulares.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Donación/obtención de órganos (Organ Procurement) • Cuidados de Enfermería (Nursing Care) • Trasplante (Transplantantion) • Muerte Cerebral (Brain Death)

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 105

ENFERMERÍA REFERENTE EN LA DETECCIÓN DE DONANTES DE CÓRNEAS

Jorge Vallejo Baez; MJ. Molero Pardo; R. Pérez Dormido; P. Lara Domínguez; B. Sanz Pacheco; I. Rivas Rodríguez
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Los trasplantes son arma terapéutica vital,mejorando la calidad de vida de los pacientes trasplantados (1-2). Según datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) en el año 2014 hubo 2799 donantes de los que se obtuvieron 5598 córneas (3) En Andalucía en los últimos tres años se realizaron 1482 trasplantes cornéales (4). Las corneas obtenidas para el trasplante, proceden tanto del donante de órganos como de donantes multitejidos. En estos últimos es donde la enfermería tiene un papel crucial en la detección de los mismos. Al tratarse de tejido avascular, las contraindicaciones para la donación de córneas prácticamente son inexistentes, por lo que enfermería pasaría a ser el detector principal de dichos donantes.

Objetivo:

Describir los donantes de córneas en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga en el periodo 2016-2018

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo y transversal en el periodo 2016-2018 de los donantes corneales en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga

Resultados/Intervenciones

Se realizan 48 donantes multitejidos en el periodo descrito, de los que se extraen 96 corneas y se implantan el 49% de las mismas, siendo el 51% desechadas por distintos motivos.El 64% de estas se implantan en Centros Hospitalarios de la provincia de Málaga; por otro lado, el 36% en diferentes Hospitales andaluces.Por grupos de edades, los donantes mas efectivos han sido el grupo con edades comprendidas entre 40 y 60 años, donde se han podido implantar el 73% de las corneas obtenidas.

Conclusiones

Enfermería detectó la mayor parte de los donantes multitejidos en el periodo estudiado.Aunque se han realizado 47 implantes procedentes sólo de dichos donantes, es cierto que un 51% de las corneas obtenidos fueron desechadas; creemos que tales datos necesitan de un estudio en profundidad para conocer las causas de descarte y poder mejorar la efectividad de estos donantes.

Financiación

No

Palabras clave

donantes multitejidos • corneas • enfermeria

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 226

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANTENIMIENTO DE DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA O EN ASISTOLIA EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL DE JEREZ

Manuel J. Rodríguez Ojedo; A. Oliva; E. Rico
Hospital de Jerez de la Frontera

Objetivos

Unificar los criterios de actuación de enfermería encaminados a asegurar el mantenimiento y la buena función del máximo número de organos para poder ser transplantados con éxito tras el diagnóstico de muerte encefálica o posible donante en asistolia.

Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos PUBMED, MEDLINE. Revisión de artículos científicos y publicaciones sobre la donación en España.

Intervenciones

Prevenir o resolver las posibles complicaciones que surjan durante el proceso de mantenimiento del paciente en el servicio de UCI, previo a la donación. Conocer los cambios fisiopatológicos que se producen en en paciente diagnosticado de muerte encefálica a nivel respiratorio, hemodinámico, neurológico y de termorregulación. Acompañamiento del paciente y su familia hasta la finalización del proceso de donación.

Conclusiones

El personal de enfermería será capaz de realizar de manera correcta los cuidados para el mantenimiento del donante en muerte encefálica o donación en asistolia.

Palabras clave

Donación • Muerte encefálica • Donación en asistolia

Sala Formentera 2. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 276

NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) INSISTE EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP): HACIA UNA MENOR PREVALENCIA E INCIDENCIA

María Jesús Rodríguez Mendoza; SC. Rodríguez Bolaños; M. Estupiñan Guedes; B. Yánez Quintana
Hospital General de Gran Canaria, Doctor Negrín

Objetivos/Introducción

Los pacientes que ingresan en las UCI tienen un riesgo elevado de desarrollar UPP lo que conlleva un importante problema de salud con un gran impacto en la morbimortalidad de éstos. En nuestra unidad existe una preocupación por las UPP. Nos hemos propuesto como reto, la prevención (objetivo prioritario y herramienta fundamental para disminuir la incidencia), trabajar con los factores de riesgo, tratamiento y curación.

Metodología/Observación clínica

Nuestra UCI trabaja incansablemente con el protocolo de prevención y tratamiento de las UPP e insiste en realizar una evaluación inicial del estado del paciente y periódicamente para identificar los que son susceptibles a desarrollar UPP y conseguir así disminuir la incidencias y/o asegurar la resolución temprana de la misma con la consecuente reducción de la estancia hospitalaria y la mejora de la calidad asistencial.

Resultados/Intervenciones

El protocolo (diseñado en nuestro sistema informático llamado PICIS) nos permite identificar aquellos pacientes susceptibles de desarrollar UPP, aplicar medidas preventivas y realizar cuidados recomendados. Por ello, el primer paso es valorar el riesgo de padecer UPP realizando un registro inicial al ingreso y como escala validada usamos la Braden- Bergstrom. Diariamente,realizamos un Check-list de Integridad de la piel y cada 72 horas una revaluación (Escala Braden). Valoramos los cuidados específicos de la piel, vigilancia de la humedad, higiene de la cama, manejo de la carga tisular, uso de superficies especiales para el manejo de la presión y protección local con ácidos grasos hiperoxigenados. Con respecto a los cuidados generales, valoramos los factores de riesgo y hacemos hincapié en el soporte nutricional. Por último recalcamos la prevención de las UPP iatrogénicas.

Conclusiones

Con la perseverante práctica diaria del control de las UPP mejoramos nuestros conocimientos, actitudes y estrategias preventivas y de cuidado. Hemos incorporado las mejores evidencias relacionadas con las heridas, difundiéndolas entre todos los compañeros para unificar criterios y trabajar de manera eficiente.

Palabras clave

Úlceras por presión • Cuidados Intensivos • Incidencia

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 10:10 a 10:30 h.

ID 88
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS SISTEMAS DE CANULACIÓN DE ECMO Y CENTRIMAG

ID 237
OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN RELACIÓN AL PRONÓSTICO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

ID 257
INTERVENCIÓN EDUCATIVA A PROFESIONALES SOBRE MANEJO DISPOSITIVOS PARA CIERRE VASCULAR TRAS CATETERISMO CARDÍACO Y DE SUS COMPLICACIONES EN HOSPITALIZACIÓN

ID 269
TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA ACOPLADA A UNA MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA, ¿DÓNDE Y CÓMO?

De 10:30 a 10:50 h.

ID 55
POSTOPERATORIO INMEDIATO DE MIXOMAS EN UCI

ID 96
HEMOSTASIA CON PULSERA DE COMPRESIÓN RADIAL (TR BAND®) TRAS PROCEDIMIENTO HEMODINÁMICO

ID 98
COLOCACIÓN DE MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO

ID 278
USO DE LA ECOGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

De 10:50 a 11:10 h.

ID 35
IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN LOS PROFESIONALES EN PROYECTO NEUMONIA ZERO

ID 60
DETECCIÓN DE NECESIDADES INFORMATIVAS SOBRE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA

ID 143
SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN AL ALTA DE LOS PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 218
“EYE TRACKING” EN UCI

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 11:10 a 11:30 h.

ID 103
INTOXICACIÓN LETAL POR COLCHICINA EN UNA PACIENTE ADULTA

ID 156
CUIDAR AL CUIDADOR

ID 193
ANÁLISIS SITUACIONAL DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 270
MEDICACIÓN INTRANASAL. ¿UNA ALTERNATIVA EFICAZ?

De 12:15 a 12:35 h.

ID 28
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL FINAL DE LA VIDA EN UCI. DONACIÓN EN ASISTOLIA (DA) TIPO III

ID 76
PERFIL DE LOS PACIENTES CON LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL EN CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

ID 77
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

ID 284
PACIENTE NEUROCRÍTICO: MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO (DVE) COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN EN EL DESARROLLO DE INFECCIONES Y OTRAS COMPLICACIONES

De 12:35 a 12:55 h.

ID 6
ESTIMACIÓN DEL PESO DE LOS NIÑOS POR LOS PADRES. ¿ES UNA INFORMACIÓN VÁLIDA PARA UN TRATAMIENTO DE URGENCIA?

ID 144
LA NUTRICIÓN COMO MEDIDA PREVENTIVA DEL PICS

ID 205
PROTOCOLO DE DISFAGIA PARA PACIENTES CRÍTICOS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ID 266
BEZOAR ESOFÁGICO (BE) COMO COMPLICACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL EN MEDICINA INTENSIVA (MI)

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 12:55 a 13:15 h.

ID 104
EL RUIDO AMBIENTAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN SOBRE DAÑOS, MEDICIÓN Y MONITORIZACIÓN E INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 116
FACTORES ESTRESANTES PERCIBIDOS POR EL PACIENTE CRÍTICO

ID 306
VISITAS EN LA UCI DE NIÑOS MENORES. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES, FAMILIARES, NIÑOS Y PACIENTES

ID 356
RELACIÓN ENTRE LOS ELEMENTOS ESTRESORES PERCIBIDOS EN LA UCI Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD AL AÑO

De 13:15 a 13:35 h.

ID 19
RENOVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN POR LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA (ACSA) DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS. RESULTADOS OBTENIDOS

ID 236
MEDIDAS DE MEJORA TRAS EL ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO EN UNA UCI

ID 264
RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI: CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS SOBRE NEUMONIA ZERO

ID 292
PERCEPCIÓN SOBRE HIGIENE DE MANOS EN UCI ANTES Y DESPUES DE APLICAR UN PAQUETE DE MEDIDAS PROACTIVO

De 13:40 a 14:00 h.

ID 31
MEJORA DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE MATARÓ

ID 132
UCI: CONSTANTE APRENDIZAJE

ID 197
PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR ARPERGILLUS

ID 354
PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

sigue –>

Pósters

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019**

De 14:00 a 14:20 h.

ID 59
IMPLANTACIÓN Y DIFUSIÓN DE UNA TÉCNICA CONTINUA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CON CITRATO EN UCI

ID 82
IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA BICU EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL LA LUZ

ID 212
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON GAFAS NASALES DE ALTO FLUJO EN EL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

ID 293
TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE ALTA COMPLEJIDAD DE PACIENTE CRÍTICO CON SOPORTE DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA

De 14:20 a 14:40 h.

ID 56
HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN PACIENTES CRÍTICOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI) Y NO INVASIVA (VMNIV)

ID 210
ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR) EN DRENAJES VENTRICULARES EXTERNOS (DVE)

ID 230
PROTOCOLO ENFERMERO DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA) EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 285
PUNCIÓN ECOGUIADA POR ENFERMERÍA EN UCI

De 14:40 a 15:00 h.

ID 80
CARACTERÍSTICAS Y ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

ID 217
ESTUDIO DEL PROCESO DE DESTETE Y EXTUBACIÓN EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO TRAUMÁTICO

ID 227
RESPETAR EL SUEÑO DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 348
EL DESCANSO NOCTURNO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRUGÍA CARDÍACA

ID 253
MOVILIZACIÓN PASIVA PRECOZ EN EL PACIENTE CON ECMO. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 88

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS SISTEMAS DE CANULACIÓN DE ECMO Y CENTRIMAG

María García Casares; E. Alfageme Sastre; P. Miguel Gómez; Ml. García Prieto
Unidad de Coronarias del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción

En los últimos años ha habido un incremento de la utilización de los dispositivos de asistencia mecánica ventricular de corta duración en los pacientes críticos como soporte circulatorio tipo CENTRIMAG o soporte circulatorio y/o respiratorio tipo ECMO, ambos como puente para trasplante o de recuperación. A pesar de que tanto las indicaciones como el manejo de las distintas asistencias de corta duración son diferentes ambas precisan de cuidados de enfermería similares ya que para su implantación necesitan el mismo sistema de canulación con sus respectivos cuidados de enfermería.

Objetivos

Presentar un protocolo de enfermería para el cuidado de las canulas de los dispositivos ECMO y CENTRIMAG.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliografica exhaustiva y análisis de los distintos protocolos de cada una de las asistencias ventriculares de corta duración tipo ECMO y CENTRIMAG.

Resultados/Intervenciones

Cura estéril cada 24 h,en presencia de signos de infección se aumentará cada 12h y en presencia de sangrado activo o apósito manchado tantas veces como precise. Limpieza de piel con clorhexidina al 2%. Utilización de dispositivos de inmovilizacion Hollister. Medición y control de desplazamiento de las canulas. Vigilancia de sangrado.

Conclusiones

La estandarizacion en la valoración de los riesgos y cuidados de enfermería de las cánulas de los distintos tipos de asistencia ventricular de corta duración tipo ECMO y CENTRIMAG ayudará a garantizar su seguridad aportando unos cuidados de calidad.

Palabras clave

Asistencia ventricular de corta duración • Paciente crítico • Cuidados • Sistema de canulacion • Enfermería

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 237

OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN RELACIÓN AL PRONÓSTICO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

María Isabel Jiménez; JM. Román; L. Torres; P. Rojo; MA. Moya; V. Larios; M. Navarro; N. Arriero
HUGU

Objetivos/Introducción

Las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y su resultado tienen consecuencias tanto en el paciente como en el personal sanitario. Es importante conocer las expectativas que tienen los profesionales respecto a la efectividad de dichas maniobras. La parada cardiorrespiratoria es una situación previsible en el medio hospitalario. Analizamos la opinión del personal sanitario del HUGU, en relación a porcentaje de supervivencia y de secuelas neurológicas tras una parada cardiorrespiratoria y su resucitación cardiopulmonar.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, empirico, transversal. Se consultó de forma voluntaria y anónima mediante una encuesta a personal sanitario del HUGU entre Noviembre/2018 y Enero/2019. Se registraron: edad, sexo, servicio en el que desempeña su labor, ultima vez que asistio a una parada cardiorespiratoria, el porcentaje estimado de supervivencia tras la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria y porcentaje estimado de secuelas neurológicas tras la resucitacion cardiopulmonar intrahospitalaria. Variables categóricas: frecuencia, porcentaje, media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico, según corresponda

Resultados/Intervenciones

Se evaluaron 131 encuestas realizadas. Respecto a las características de los encuestados, el 61,06%(80/131) son enfermeras 25,2%(33/131), auxiliares de enfermería 6,1%(8/131), fisioterapeutas 2,3%(3/131) logopedas y 1,5%(2/131) matronas. El 36,15% del personal han asistido a una PCR en el último año y el 18,46 no ha asistido nunca. El 76,29% de los encuestados opina que la supervivencia tras las maniobras de RCP es superior al 30%. El 40,67% de los encuestados cree que el porcentaje de pacientes que presentan secuelas neurológicas tras la PCRH es inferior o igual al 30%, mientras un 13,83% piensa que más del 70% presenta daño neurológico postparada

Conclusiones

Las expectativas del personal sanitario respecto al pronóstico de supervivencia de la PCRH son superiores a la realidad. La supervivencia a la PCRH se estima en torno al 15% y el porcentaje de secuelas neurológicas en torno al 50%.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 257

INTERVENCIÓN EDUCATIVA A PROFESIONALES SOBRE MANEJO DISPOSITIVOS PARA CIERRE VASCULAR TRAS CATETERISMO CARDÍACO Y DE SUS COMPLICACIONES EN HOSPITALIZACIÓN

Mª Rosario Romero Montoya; V. Pankiv; O. Santamaría Jiménez; L. Jiménez Mendia; E. Ruiz de Ocenda Sanz; ML. Beltrán de Heredia Pérez de Villarreal; ME. Muro Ruiz de Osma; César Rodríguez Núñez; J. Irigoien Aguirre; MM. Corres Zubeldia

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

Objetivos

Determinar el grado de conocimientos de los profesionales de enfermería de cardiología sobre manejo de dispositivos de cierre vascular y de sus complicaciones mediante una intervención educativa especifica.

Metodología/Observación clínica

Estudio de intervención antes-después, sin grupo control durante Enero 2019. Método: se realizó una intervención educativa sobre el manejo de dispositivos de cierre vascular tras cateterismo cardíaco. Se realizó un pre-post test a profesionales de enfermería con cuestionario ad hoc sobre los tipos de cierre tras cateterismo. Variables: 5 preguntas sobre el manejo de los diferentes tipos de cierres tras cateterismo cardíaco. Se realizo análisis estadístico descriptivo con el SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

N= 34. Relacionado con la vía de acceso del cateterismo y los tipos de cierre radiales más frecuentes en un 94% contesto correctamente pre y post test. En referencia a otros tipos de cierres femorales, pre (20,58%) y post (30%) identificaron cierres más utilizados. Analizando las complicaciones mas frencuentes un 73,52% indicó correctamente y post intervención un 88,23% de los formados. Sobre la efetividad de las actuaciones de enfermeria cuando existen complicaciones en el pre test un 35% indico que si, y post formación un 85%. Cuandio se preguntó por la 1ª medida de actuación en caso de hemorragía un 97% indico compresion.

Conclusiones

Las intervenciones educativas aumentaron el grado de conocimiento sobre dispositivos y complicaciones en el personal de cardiología. Proponemos realizar este taller en profesionales de UCI, alumnos en practicas... para aumentar los conocimientos y recoger y evaluar datos.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 269

TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA ACOPLADA A UNA MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA, ¿DÓNDE Y CÓMO?

María Elisa López Matínez; R. Jurado Pellicer; L. Juguera Rodríguez; V. Alderete Brihuega; AI. López Oliva; RS. Lázaro Meca; MI. del Saz Caja; S. Tenorio Torres; P. Leal Cano

Objetivos/Introducción

La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es una modalidad de soporte cardiorrespiratorio de tiempo limitado, empleado cuando los tratamientos convencionales no dan resultados. Consiste en un dispositivo mecánico que genera un flujo sanguíneo para suplementar o sustituir el gasto cardiaco y/o asistencia respiratoria. La insuficiencia renal aguda y la sobrecarga de líquidos se desarrollan con frecuencia en el paciente con apoyo de ECMO y se asocian con un mal pronóstico. La terapia de reemplazo renal continua (TRRC) constituye un método eficiente para el manejo de líquidos en este tipo de pacientes, sin embargo, no existe un método estandarizado de combinar ambos circuitos. El objetivo principal es conocer las formas de administración de TRRC en paciente con ECMO y determinar el mejor método para conectar la TRRC al circuito de la ECMO.

Metodología/Observación clínica

Se ha procedido a realizar una búsqueda bibliográfica no sistemática, explorando diversas bases de datos como Scielo, Cuiden, Biblioteca Cochrane Plus, Google Académico, Dialnet y Pubmed, empleando como palabras clave “Terapia de reemplazo renal”, “Oxigenación con membrana extracopórea” y “Cuidados intensivos”. Términos MESH: “Renal replacement therapies”, “Extracorporeal Membrane Oxygenation” e “intensive care”.

Resultados/Intervenciones

Se han seleccionado 18 artículos, de un total de 105 de los últimos 5 años de lo que extraemos: En pacientes críticos, no está determinado el momento óptimo para el inicio de la TRRC (5,21), aunque sí que existe consenso en que debe ser individualizado en base a las características clínicas y contextos, la capacidad de los riñones y el riesgo potencial de efectos adversos. Es posible suministrar todas las modalidades TRRC independientemente de si el circuito de TRRC está integrado en el circuito de ECMO o separado de tres formas diferentes. Sin embargo, se requiere un conocimiento detallado de las presiones.

Conclusiones

A día de hoy, no hay un consenso en la forma de combinar la TRRC en la ECMO.

Palabras clave

Oxigenación por membrana extracorpórea • Terapia de reemplazo renal • Cuidados intensivos

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 55

POSTOPERATORIO INMEDIATO DE MIXOMAS EN UCI

Francisco Javier Vega Vázquez[1]; J. Robles Carrión[1]; E. Pachón María[2]
1. H.U. Virgen Macarena; 2. H.U. Virgen el Rocío

Objetivos/Introducción

Los tumores cardíacos primarios son poco frecuentes (0,001-0,03%), alrededor del 75% son benignos y casi el 50% de los casos son mixomas. Analizar los mixomas cardíacos en el post-operatorio inmediato, durante el periodo 2009 - 2018

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo y descriptivo de 15 casos en los últimos 10 años, se analiza la presentación, características epidemiológicas, anatomía patológica y evolución en UCI.

Resultados/Intervenciones

Analizamos un total de 15 pacientes, el 80% fueron mujeres (12 casos), con edad media de 53 años y rango entre 25/75 años. El diagnóstico inicial fue mediante ecocardiografía. Confirmándose mediante estudio anatomopatológico los casos. La localización en 14 casos fue la auricula izquierda(AI) y en 1 de ellos, la localización fue septal. Los tamaños fueron muy variables, oscilando entre 0,6* 0,6* 0,6* cm. y 7* 5* 4,5* cm. Los pacientes son intervenidos por esternotomía media y bajo CEC con tiempos medios de 50 minutos, con tiempos de isquemia media de 39 minutos. Se manifiestan con uno o varios síntomas de la triada clásica: insuficiencia cardíaca, embolizaciones y síntomas constitucionales. Otras ocasiones son asintomáticos y descubrirse en ecocardiográfica. Pueden provocar insuficiencia cardíaca por ocupación o por el fenómeno de enclavamiento en la válvula mitral que puede ocasionar síncope o muerte súbita. Además, pueden embolizar a las arterias coronarias, vasos cerebrales, renales, bifurcación aórtica o arterias de las extremidades inferiores La estancia media en UCI fue de 8,6 días. y ningún caso de muerte

Conclusiones

Representa el tumor cardíaco benigno más frecuente del adulto. Más frecuente en mujeres. La localización más habitual es AI, soliendo estar adherido al septo interauricular. Con tamaño variable. Único tratamiento,la cirugía. La intervención es por esternotomía media y bajo CEC. En nuestra serie de casos, no hubo ninguna recidiva ni ningún éxitus Pueden ser asintomáticos o presentar clínica variada dependiendo del origen. El método diagnóstico es mediante ecografía transtorácica principalmente

Palabras clave

Mixomas • UCI • Cirugía Cardiaca

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 96

HEMOSTASIA CON PULSERA DE COMPRESIÓN RADIAL (TR BAND®) TRAS PROCEDIMIENTO HEMODINÁMICO

Manuel Jesús Calvo Flores; E. Martín Álvarez; ML. García Prieto; PA. Calvo Flores; M. González Cebrián; H. Gómez García; EO. González Egido
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

La coronariografía y la angioplastia coronaria trasluminal percutánea (ACTP) son técnicas que precisan habitualmente una punción arterial para introducir un catéter hasta las arterias y cavidades cardiacas. Finalizado el procedimiento es necesario hacer una compresión en la zona de la punción para hacer hemostasia y evitar complicaciones vasculares. El abordaje hemodinámico por vía radial es el más frecuente al presentar menor complicaciones respecto el femoral. La TR Band es un dispositivo en forma de pulsera con un balón que se hincha con aire a través de una válvula sobre la zona de punción. Como objetivos tendremos: Conocer este sistema de compresión radial. Manejo de la pulsera tanto para la correcta colocación y retirada de la misma.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda y revisión bibliográfica y consulta de los protocolos del servicio de cardiología de nuestro hospital. Recomendaciones de uso de la casa comercial (Terumo®).

Resultados/Intervenciones

1. Descripción del dispositivo
2. Instrucciones para la correcta colocación y retirada de la pulsera (dependiendo de la heparina administrada y según sea el procedimiento diagnóstico o terapéutico)
3. Advertencias para evitar posibles complicaciones.
4. Beneficios del uso de la TR Banda.

Conclusiones

La banda radial es un método de hemostasia seguro y cómodo para el paciente. El conocimiento por parte de enfermería de la correcta colocación y retirada de la TR Band previene la aparición de posibles complicaciones Es necesario establecer un nuevo protocolo enfermero para facilitar el trabajo y que aporte seguridad a la hora de realizar el procedimiento.

Palabras clave

Enfermería • hemostasia • angioplastia

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 98

COLOCACIÓN DE MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO

Sara Rodríguez Navarro; S. Luaces Villar; A. Sánchez Pujol
Centro Medico Teknon Quiron-Salud

Objetivos/Introducción

Para los profesionales enfermeros especializados en el cuidado del paciente cardiológico, es de vital importancia que dispongan de un nivel elevado de conocimientos relacionados sobre el cuidado del paciente con marcapasos temporal transvenoso (MTT), lo que incluye la capacidad de manejo del dispositivo, el conocimiento de las indicaciones de su utilización, las distintas técnicas de colocación y el material necesario, asi como la capacidad para prevenir o detectar precozmente las complicaciones potenciales derivadas de su empleo e identificar las necesidades individuales de cuidados de cada paciente.

Los objetivos son:

- realizar un protocolo de cuidados enfermeros en la implantación de un MTT actualizado
- describir las indicaciones de colocación de un MTT
- simplificar a traves de un póster el protocolo de actuación

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la técnica de inserción, atención al paciente y complicaciones derivadas de la colocación de un MTT.

Resultados/Intervenciones

La realización de un protocolo de cuidados enfermeros y de un póster de consulta rápida, en el cual se exponen las distintas modalidades de marcapasos, componentes de un MTT, principales indicaciones de colocación de un MTT, material necesario para la colocación del MTT, vías y técnicas de inserción y complicaciones potenciales durante el tiempo de permanencia del MTT.

Conclusiones

Disponer de un protocolo actualizado de colocación de un MTT y de un póster visual puede servir de guía y orientación para los profesionales enfermeros y garantizar una mayor calidad en los cuidados enfermeros.

Financiación

No existe financiación.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 278

USO DE LA ECOGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

Cristina Gaona; Anna Sala Vilaplana; Esther Arredondo Sánchez
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

La retención aguda de orina (RAO) se define como la incapacidad de vaciar de forma voluntaria y adecuadamente el contenido vesical. Los profesionales de enfermería participan activamente en la detección de la RAO, que se resuelve mediante el cateterismo vesical. No obstante, el 70% de los pacientes pueden desarrollar una infección del tracto urinario (ITU). Del 50 al 80% de los pacientes que ingresan en la unidad de cuidados intensivos (UCI) son portadores catéter vesical. El diagnóstico adecuado evitaría sondajes y manipulaciones innecesarias.

Objetivo:
conocer la evidencia disponible sobre de la eficacia del uso de la ecografía para la detección de retención aguda de orina.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica narrativa. Se hizo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scielo y CINAHL con las palabras clave urinary retention y ultrasonography, en español e inglés publicados en los últimos diez años. Fueron seleccionados artículos observacionales, ensayos clínicos, revisiones y guías de práctica clínica.

Resultados/Intervenciones

Tradicionalmente, la RAO se detecta mediante examen físico. El uso de ecógrafo portátil es más eficaz y preciso. La ecografia permite medir el volumen vesical mediante una sonda de baja frecuencia, aplicando 60º en la zona suprapúbica e idealmente con una medición de tres ejes. La formación de enfermería para la detección de la RAO con ecógrafo es inferior a un mes y su uso reduce cateterismos innecesarios así como infecciones de tracto urinario.

Conclusiones

El uso del ecógrafo podría reducir cateterismos innecesarios y minimizar las manipulaciones, como lavados por sospecha de obstrucción de la sonda, reduciendo así la incidencia de ITU. Se reduce la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los costes sanitarios.

Palabras clave

urinary retention • ultrasonography • urinary tract infection • urinary catheterization • nursing

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 35

IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN LOS PROFESIONALES EN PROYECTO NEUMONIA ZERO

Gema Tenor Salas[1]; R. González Sánchez[2]; MJ. Gómez Fernández[2]
1. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez; 2. Hospital Infanta Elena

Objetivos/Introducción

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es la principal infección adquirida en las Unidades de cuidados Intensivos (UCI) Sociedades científicas han analizado y recomendado la implementación de aquellas medidas que han demostrado su eficacia en prevenir la aparición de neumonías asociadas a ventilación mecánica. La formación de los profesionales es imprescindible para aumentar la adherencia al protocolo de Neumonia Zero.

Objetivo:
Conocer el grado de conocimientos de los profesionales en relación al proyecto de neumonía previo y tras implantación de un proceso de formación.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo desde febrero a noviembre 2018 en la UCI del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez Muestra: profesionales enfermeros y Técnicos Especialistas en Cuidados(TCE) de nuestra unidad. Para la recogida de datos se diseño un cuestionario para valorar los conocimientos de 6 preguntas que respondieron de forma anónima. Se realizo un primer corte previo a la formación (febrero) y otro posterior(noviembre). Anexo La formación consistió en colocación de carteles con las medidas de obligado cumplimento dentro de cada box, realización y difusión de videotutorial así como de un protocolo específico.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvieron un total de 68 respuestas. El 66,17% correspondió a enfermeros y el 32,8% a TCE. Cada destacar que el 61,7% tenían una experiencia >5 años Los resultados por preguntas y corte fueron los siguientes: P1 Control neumotaponamiento : 88,23%/94,11% P2 Aspiración subglótica: 77,94%/88,2% P3 Posición cabecero: 51,47%/70,58% P4 Medidas Preventivas: 57,3%/79,4% P5 Medidas Preventivas: 73,52%/94,11% P6 Medidas Preventivas: 45,58%/66,17%.

Conclusiones

Tras la formación realizada se observa un aumento significativo en la adquisición de conocimientos, no obstante se hace necesaria la continua formación de los profesionales. Se hace imprescindible hacer extensiva esta formación a los profesionales de nueva incorporación

Palabras clave

Neumonía • Formación • Enfermería • Prevención

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 60

DETECCIÓN DE NECESIDADES INFORMATIVAS SOBRE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA

Sara González del Hoyo; M. Martínez Orellana; A. Cardenete Villarroya; R. Nogales Ibáñez; S. Serrano Jaureguizar; S. Hamed Loukili
Hospital Universitario de Bellvitge

Objetivos/Introducción

Los pacientes que se someten a una intervención de cirugía cardiaca programada reciben información previa por parte de diferentes profesionales sanitarios. Durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) los pacientes en ocasiones refieren falta de conocimientos en aspectos relacionados con su ingreso.

El objetivo es identificar aspectos de falta de información y evaluar el grado de satisfacción de la información recibida previa a la intervención.

Metodología/Observación clínica

66 pacientes postoperados respondieron a un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía datos sociodemográficos y de evaluación del grado de satisfacción de la información previa a la intervención. Identificando aspectos de mejora de la información en relación con su estancia en UCI. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 22.0. Se calcularon índices descriptivos, el test de chi-cuadrado y coeficientes de correlación de Pearson, utilizando un intervalo de confianza del 95%.

Resultados/Intervenciones

El 72,7% son hombres. La media de edad es de 62,27 (DS. 13,22). Por tipología de la intervención el 45% fue valvular, 27,3% coronaria, 9,1% mixta y un 18,2 se sometió a otra intervención cardíaca. El 100% refiere estar satisfecho con la información previa. El 27,3% agradecerían recibir más información sobre drenajes, el 18,2% sobre la monitorización en la uci y su movilización y el 9,1% sobre las contenciones. El 90,9% refiere no querer recibir más información previa. El 57,1% cree que recibir más información les provocaría más temor y un 40% ya imaginaba la situación. El 100% indica que la información recibida in situ en la uci cubre sus necesidades informativas. No se obtuvieron resultados significativos en el análisis bivariante.

Conclusiones

Los pacientes consideran la información previa recibida como correcta, adecuada y satisfactoria. A pesar de detectar falta de información sobre algunos aspectos los pacientes prefieren recibir dicha información durante su estancia en la UCI.

Palabras clave

Cuidados intensivos • Paciente • Información • Cirugía cardiaca

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 143

SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN AL ALTA DE LOS PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Aitor Cardenete Villaroya; R. Nogales Ibáñez; S. Serrano Jaureguizar; S. Hamed Loukili; S. González del Hoyo; M. Martínez Orellana
Hospital Universitario de Bellvitge

Objetivos/Introducción

Ser dado de alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI) puede provocar en el paciente inseguridad o temor. La información que proporcionan los profesionales sanitarios puede facilitar la transición del paciente de la UCI a planta.

El objetivo es conocer el grado de adecuación y satisfacción de la información recibida antes del alta y detectar aquellos aspectos que puedan provocar temor o inseguridad en los pacientes.

Metodología/Observación clínica

Participaron 66 pacientes postoperados de cirugía cardíaca que respondieron a un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía datos sociodemográficos y preguntas para evaluar el grado de satisfacción de la información recibida e identificar aquellos aspectos que puedan provocar inseguridad. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 22.0. Se calcularon índices descriptivos, el test de chi-cuadrado y coeficientes de correlación de Pearson, utilizando un intervalo de confianza del 95%

Resultados/Intervenciones

El 72,7% son hombres y el 27,3% mujeres. La edad media es de 62,54 (DS. 13,29) El 63, 6% se sometieron a una operación valvular, el 9,1% coronaria y un 27,3% a otro tipo de intervenciones. El 81,8% recibió información por parte de los profesionales antes del alta. El 63,6% refiere haber recibido información por parte del médico intensivista y el 36,4% por parte de enfermería. El 100% considera que la información proporcionada es adecuada y suficiente. Solo el 9,1% sintió temor o preocupación por ser dado de alta de la UCI. La preocupación al alta (9,1%) es la autonomía en los cuidados. No se obtuvieron resultados significativos en el análisis bivariante.

Conclusiones

La información proporcionada por el personal sanitario antes del alta es adecuada y suficiente. El alta de la UCI no provoca temor ni preocupación en los pacientes operados de cirugía cardíaca.

Palabras clave

Paciente • Cirugía cardiaca • Cuidados intensivos • Información • Alta

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 218

"EYE TRACKING" EN UCI

Mireia Martínez Albertín; E. García; M. Boix; S. Rodríguez; M. Villuendas; N. Sabariego; E. Piñol; M. Almansa; J. Martos; J. Caballero
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

Algunos pacientes ingresados en unidades de críticos presentan importantes barreras de comunicación que impiden que puedan expresarse. Sus limitaciones suponen una comunicación inefectiva que provocan ansiedad, delirium, frustración... que pueden alargar la estancia en UCI (unidad de cuidados intensivos) e incluso provocar secuelas. Las tabletas electrónicas de comunicación avanzada que poseen el dispositivo de movimiento del cursor mediante el movimiento ocular (Eye tracking) pueden facilitar esta necesaria comunicación paciente-familia y paciente-profesional. Sin embargo, las peculiaridades de este tipo de comunicación precisan de una formación específica.

Objetivos:

- Potenciar la comunicación precoz y concienciar de su importancia.
- Elaborar un programa docente para que el personal de UCI aprenda el funcionamiento de este sistema de comunicación alternativo de alta tecnología.

Metodología/Observación clínica

- Elaboración de un vídeo como herramienta pedagógica para que los profesionales visualicen y aprendan el manejo del sistema "Eye tracking".
- Realización de talleres prácticos y docentes para facilitar su implantación definitiva.

Resultados/Intervenciones

Dos profesionales del servicio, una enfermera y una facultativa, previamente formadas en comunicación efectiva y manejo de dispositivos de comunicación alternativos, han impartido 6 sesiones de talleres teórico-prácticos de unos 20-30 minutos de duración en diferentes horarios para poder facilitar así la asistencia de todos los turnos de trabajo y no dejar en ningún momento la unidad desatendida. Han cursado el taller un total de 52 profesionales del servicio. Estimamos haber conseguido un 52% de personal instruido en la calibración y manejo de "Eye tracking".

Conclusiones

La elaboración de un programa pedagógico potencia el uso de "Eye tracking" en nuestra unidad. Tras la formación, los profesionales refieren sentirse menos frustrados en la comunicación con sus pacientes ya que pueden utilizar esta nueva técnica y atender así todas sus necesidades con la habilidad necesaria. Son necesarios nuevos estudios para comprobar la realización efectiva de este tipo de comunicación a pie de cama.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 103

INTOXICACIÓN LETAL POR COLCHICINA EN UNA PACIENTE ADULTA

Mª Luz Montero; M. Morales Cifuentes; I. Martínez Yegles; MT. Pulido Martos; MJ. Frade Mera
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La colchicina es un alcaloide natural liposoluble no dializable. Su sobredosificación evoluciona a fallo multiorgánico y no tiene antídoto específico.
Descripción del caso: Paciente de 37 años que ingiere 42 mg de colchicina.
Objetivos: Describir evolución de la paciente tras intoxicación letal de colchicina. Identificar principales patrones disfuncionales y Diagnósticos de Enfermería (DE) más prevalentes durante 58 días de ingreso en UCI.

Metodología/Observación clínica

Patrón Nutricional-metabólico: La paciente desarrolló fallo metabólico, mucositis tóxica, hemorragia digestiva alta e íleo adinámico, trismus muscular, deglución incompetente y ausencia de reflejo tusígeno. Nutrición parenteral 27 días, enteral 26 días, insulina en perfusión 12 días, tolerancia oral a los 44 días. Leucopenia por toxicidad medular, 2 UPP grado II. Patrón eliminación: Fracaso renal anúrico en primeras 24h. Precisa hemodiafiltración (2 plasmaféresis) hasta los 39 días que normaliza función renal, sonda vesical retirada a los 51 días. Dispositivo para eliminación fecal 18 días. Patrón actividad- ejercicio: Shock cardiogénico-distributivo por cardiotoxicidad, precisa drogas vasoactivas 14 días (dobutamina, noradrenalina, vasopresina). Presenta 2 episodios de Bloqueo A-V completo e isquemia de MMII. Fracaso respiratorio a las 72h, intubación 18 días, ventilación mecánica 43 días, destete 27 días, traqueotomía percutánea y fibrobroncoscopias por atelectasias. Decanulación a los 48 días. Polineuropatía intensa, inicia rehabilitación a los 24 días, sedestación a los 27 días. Patrón cognitivo-perceptivo: Sedación profunda 3 días, analgesia en infusión 7 días. Encefalopatía tóxica-metabólica, recupera conciencia a los 16 días. Dolor de difícil control.

Resultados/Intervenciones

Disminución del gasto cardíaco. Perfusión tisular periférica ineficaz. Patrón respiratorio ineficaz. Respuesta ventilatoria disfuncional al destete. Limpieza ineficaz de vías aéreas. Deterioro de la eliminación urinaria. Diarrea. Deterioro de la deglución. Deterioro de la mucosa oral. Deterioro de la movilidad física. Dolor agudo. Confusión aguda.

Conclusiones

Los supervivientes a dosis letales de colchicina precisan numerosos soportes vitales, así como cuidados de enfermería prolongados y de alta complejidad.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 156

CUIDAR AL CUIDADOR

Laura García López; I. Álvarez; C. Díez
HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

El SDP (Síndrome del desgaste profesional) también conocido como Síndrome de Burnout, fue descrito por Freudenberger en 1974 y esta compuesto por tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Las condiciones laborales y las características del tipo de trabajo desarrollado por el personal de enfermería de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), hacen que este sea un grupo de alto riesgo en el desarrollo del SDP. A parte del impacto negativo en el propio personal de enfermería y en sus familias, el SDP genera un sistema ineficiente, disminuyendo la calidad de la atención y aumentando los costes económicos.Se busca aumentar la visibilidad del SDP en nuestra profesión e implantar estrategias para su prevención y manejo, mejorando con ello la calidad de los cuidados que ofrecemos.

Metodología/Observación clínica

Se lleva a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Intramed, Pubmed, Cuiden, Cinahl, Cochrane.

Resultados/Intervenciones

Tras la revisión bibliográfica se propone llevar a cabo diferentes estrategias en nuestras UCI tales como la creación de grupos de trabajo y la implantación del MBI (Maslach Burnout Inventory), el cual es un cuationario usado como instrumento de medición clásico más ampliamente utilizado a nivel mundial, para evaluar la presencia del Síndrome de Burnout.Disminuir el SDP mejora la satisfacción con nuestro trabajo y esto irá de la mano de un aumento de la satisfacción de los pacientes en los cuidados que les prestamos, de la seguridad hospitalaria, de la eficiencia, así como de un entorno laboral más agradable para el personal que allí trabaja.

Conclusiones

Dada la relación entre SDP y las enfermeras de cuidados intensivos, con la realización de programas especificos que propocionen estrategias de prevención, detección precoz y manejo, se logrará un aumento de calidad en sus vidas, así como en los cuidados que se ofrezcan.Cuidemos también al cuidador.

Palabras clave

Burnout • UCI • Enfermería • Estrés Psicológico

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 193

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

María Teresa García Hernández; P. García Jáñez; D. Carrillo López; B. Fernández Pantigoso; G. Martínez Mateo; RM. Lozano Ordax; MM. Pérez Martínez; I. Muñoz Balastegui
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos/Introducción

Análisis situacional de partida del síndrome de desgaste profesional (SDP) en médicos y enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de 11 camas correspondiente a un hospital terciario, con alta sobrecarga y presión asistencial constatada según informe de actividad del gestor de riesgos del servicio.

Metodología/Observación clínica

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), sin distinción por tipo de contrato (temporal o fijo) ni años de experiencia previa en UCI, todo ello en aras de garantizar el anonimato. Se analizan por subgrupos (médicos y enfermería) las subescalas de agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems). Cada ítem puntúa de 0 (nunca) a 6 (todos los días). Se consideran MBI bajas entre 1 y 33 puntos por subescala. Puntuaciones altas en las dos primeras y bajas en la tercera subescala definen el SDP.

Resultados/Intervenciones

39 profesionales cumplimentaron el test, con una participación global del 65% sobre los cuestionarios entregados. Análisis mediante IC95% (médicos vs enfermería). Agotamiento emocional (MBI máx 54): 17±1.107 vs 21.23±0.677 ($p<0.05$); Despersonalizacion (MBI máx 30): 8.63±1.294 vs 9.97±0.793(NS); Realización personal (MBI máx 48): 33±1.244 vs 34.97±0.615 (NS). Las puntuaciones fueron altas en agotamiento emocional en el 13% de enfermería y bajas en realización personal en el 40% de enfemería y el 50% de los médicos que respondieron al cuestionario.

Conclusiones

Se constata un mayor agotamiento emocional en el grupo de enfermería y una menor realización personal (no significativa) en los médicos, sin llegar a definirse claramente SDP en ninguno de los cuestionarios recibidos. No obstante, deben establecerse medidas correctoras (tras análisis más exhaustivo por ítems) tendentes a mejorar los resultados, así como plantearse un nuevo estudio -a medio plazo- con el objetivo de medir el impacto real de estas medidas en la población analizada.

Financiación

No precisa

Palabras clave

Burnout • Desgaste profesional

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 270

MEDICACIÓN INTRANASAL. ¿UNA ALTERNATIVA EFICAZ?

Carlos González Muñoz; C. Blasco Solis; JR. Ricart Martín
Hospital Universitari Germans Tries i Pujol

Objetivos/Introducción

En numerosas ocasiones nos encontramos ante la situación de necesitar una opción alternativa a la vía endovenosa para la administración de determinada medicación. Entre las opciones disponibles, se han descrito numerosas ventajas sobre la vía intranasal, entre las que destaca la no invasividad en comparación con la vía parenteral mostrando a su vez la misma eficacia y seguridad que el resto de vías en muchos de los fármacos. El paso del fármaco directamente al cerebro y al líquido cefalorraquídeo a través de la mucosa nasal, evitando la barrera hematoencefálica, es una de las grandes ventajas de esta vía, permitiendo poder administrar muy eficazmente fármacos de acción central como sedantes, anticonvulsivos y opioides. La administración con el dispositivo adecuado, la ausencia de secreciones y el no uso reciente de vasoconstrictores nasales aumenta considerablemente la eficacia de la técnica.

Objetivos:

Actualizar los conocimientos existentes sobre la administración de medicación intranasal en los servicios de emergencias y cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de estudios previos almacenados en las bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Scopus.

Resultados/Intervenciones

Estudio de artículos relacionados con la administración de medicación intranasal, tanto en adultos como pediátricos, haciendo hincapié en los diferentes fármacos disponibles para administrar por esta vía, así como su farmacocinética y posología.

Conclusiones

La administración de medicación intranasal es una técnica eficaz a tener en cuenta en determinados grupos de fármacos, en especial de acción central como sedantes, opiáceos e hipnóticos. Además, no hay descritos mayor número de complicaciones o efectos adversos comparado con otras vías de administración.

Palabras clave

intranasal • medicación • atomizador • farmacología • emergencias • IN

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 28

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL FINAL DE LA VIDA EN UCI. DONACIÓN EN ASISTOLIA (DA) TIPO III

Luisa Fernanda Hernández Palanco; J. Brenes Laínez; M. Montero Sánchez
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

La donación de órganos y tejidos tras el fallecimiento,debería formar parte integral de los cuidados al final de la vida en UCI. La DA tipo III es la opción más viable actualmente para incrementar los órganos disponibles y disminuir listas de espera.Los profesionales debemos unificar pautas de actuación,tanto en el manejo de los cuidados al final de la vida del paciente crítico, como en el proceso de la preservación y extracción de órganos.La decisión sobre la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) precede y es independiente de la posibilidad de la donación de órganos, el objetivo es el confort y bienestar en la fase final de la vida.

Objetivos: Estandarizar y facilitar los cuidados.

Metodología/Observación clínica

- Se han impartido charlas explicativas y cursos de formación por parte de la Coordinación de trasplantes del hospital.
- Volcado de información en la intranet del Hospital.

Resultados/Intervenciones

- Acordar junto al resto del equipo la decisión de LTSV e información a la familia.

Cuidados dirigidos al paciente con LTSV:

- Medidas de confort (sedoanalgesia).
- Monitorizar dolor (escala ESCID).
- Flexibilizar visitas.
- Cuidados básicos (aseo, cambios posturales)...
- Acompañamiento familiar.

Cuidados dirigidos al Donante TIPO III:

- Administrar Pantoprazol 80mg IV, previo a LTSV.
- Reservar sangre.
- Monitorización arterial invasiva (radial izquierda).
- Mantenimiento hemodinámico y pruebas de estudio.
- Rasurado y lavado con clorhexidina jabonosa.

Preparar traslado del paciente a quirófano:

- Preparación de fármacos: Heparina sódica 30.000UI, Urapidilo, sedación/analgesia.
- Bombas de infusión.
- Respirador + bala de oxigeno.
- Monitorización completa.
- Ambú.
- Permanecer en quirófano (90-120 minutos): canulación para PRN, extubación terminal, paro cardiaco, certificación del éxitus, inicio de la donación.
- Maletín de traslado.

Conclusiones

- Enfermería es fundamental, tanto en la toma de la decisión de LTSV como en el cuidado del paciente hasta el exitus y en el acompañamiento de la familia/paciente.
- Estandarizar cuidados aporta seguridad y calidad al proceso asistencial.

Palabras clave

Cuidados al final de la vida • Limitación del tratamiento de soporte vital • Donación en asistolia

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 76

PERFIL DE LOS PACIENTES CON LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL EN CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

Mª José Rodríguez Borrajo; R. Romero Montoya; R. Martínez Ciudad; C. Rodríguez Núñez; I. Jiménez Martínez; S. Rodríguez Borrajo; AI. Sota Menezo; MM. Corres Zubeldia; C. Ocáriz Frías; MP. Zudaire Martínez
Hospital Universitario de Álava

Objetivos/Introducción

La limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) es un proceso deliberativo que concluye en la decisión de no instaurar o retirar medidas del tratamiento, cuando consideramos que no serán beneficiosas para el paciente. El objetivo es conocer el perfil de los pacientes con LTSV en nuestra unidad en los ultimos 3 años

Metodología/Observación clínica

Es un estudio descriptivo retrospectivo. Revisamos las historias de todos los pacientes con LTSV desde el 01/01/2016 al 31/12/2018: edad, sexo, nivel de gravedad según Apache, diagnostico de ingreso, tiempo de ingreso, nivel de dependencia previo

Resultados/Intervenciones

Se realizó LTSV a 303 pacientes (9,63% de los ingresos): 6,38% en 2016; 11,7% en 2017; 9,9% en 2018. El 62,86% son hombres. La edad media es de 75años (72,9 en 2016; 76,2 en 2017; 77,2 en 2018). El apache medio es de 21,7 (21,39 en 2016; 22,12 en 2017; 22,01 en 2018) El diagnostico de ingreso fue: respiratorio 25%, problema cardiológico 20,3%, postquirúrgicos 14,9%, parada cardiorespiratoria 12,5%, sepsis 11,5%, digestivo 6,3%, traumatológico 3,6%, otros 5,9% El tiempo medio de ingreso en la unidad fue de 6,4 dias (9,7 d en 2016; 5,41 d en 2017; 5,38 d en 2018) El 41,2% de los pacientes es autonomo. El 50,4% es dependiente para caminar; el 38,2% para la higiene y vestirse; el 20,2% para comer; el 14% para la eliminación; el 6,1% para todo. El 28,9% no sale de casa y solo mantiene relaciones dentro del entorno familiar. El 11,5% habia tenido un ingreso en uci en el ultimo año. El 22,1% tenia antecedentes de algún tipo de neoplasia maligna diagnosticada en los ultimos 5 años

Conclusiones

En los 2 últimos años se limita a más pacientes y cada vez con mayor edad. Los pacientes con LTSV están menos tiempo ingresados en la unidad.

Palabras clave

Limitación de tratamientos de soporte vital

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 77

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

Mª José Rodríguez Borrajo; M. Arana Monte; L. Samaniego Bóveda; J. Aspuru Pérez; M. Velasco Martín; M. Jáuregui Díez; L. Monge Barberena; M. Alcalde Berganza; MC. Arana Monte; G. Guinea Pardo
Hospital Universitario de Álava

Objetivos/Introducción

Conocer qué tipo de limitaciones de tratamiento de soporte vital (LTSV) realizamos en nuestra unidad, si se respetan las decisiones tomadas y como se ejecutan

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisamos las historias de los pacientes con LTSV desde el 01/01/2016 al 31/12/2018: quien tomó la decisión, tiempo en limitar, tipo de limitaciones y si se respetaron las decisiones, mortalidad en uci, nivel de sedación según la escala Richmond (RASS)

Resultados/Intervenciones

Se realizó LTSV a 303 pacientes En el 54,1% la decisión fue del médico responsable (40,9% en 2016; 51,6% en 2017 y 58,2% en 2018); el resto se decidió en sesión clínica. En el 69,6% se consiguió el acuerdo con el representante del paciente (62% en 2016; 71,5% en 2017 y 79,5% en 2018). 7 pacientes tenían voluntades anticipadas. Se tardó 4,2 días de media en limitar: 7,28 en 2016; 3,6 en 2017; 2,54 en 2018. Se especificó limitar: reanimación cardio pulmonar siempre; diálisis 64,7%; 51,8% intubación; 43,9% aumentar tratamientos; 41,9% cirugía; 32,3% transfusión; 26% tratamiento vasoactivo; 15,5% nutrición. Se retiraron tratamientos al 35,3% de los pacientes: 20,8% el tratamiento vasoactivo; 15,8% la ventilación mecánica /extubación terminal; 6% oxígeno, dialisis o nutrición. La mortalidad fue de 56,2% : 71,21% en 2016; 50% en 2017; 50,9% en 2018. Los pacientes fallecieron bien sedoanalgesiados, con RASS de -3 a -5 (excepto 12 pacientes con RASS entre 0 y -2 que según los evolutivos estaban confortables, salvo uno con signos de disconfort). Las decisiones anotadas se cumplieron siempre excepto en 10 pacientes que no se retiró la ventilación mecánica (se puso el oxígeno a 21%).

Conclusiones

Cada vez más frecuentemente la decisión es del médico responsable de acuerdo con el representante familiar. Las decisiones son respetadas prácticamente siempre. Cada vez fallecen menos pacientes en intensivos y lo hacen bien sedoanalgesiados.

Palabras clave

Limitacion de tratamientos

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 284

PACIENTE NEUROCRÍTICO: MANEJO DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO (DVE) COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN EN EL DESARROLLO DE INFECCIONES Y OTRAS COMPLICACIONES

Patricia Piñas Viñambres; T. Castro Sánchez-Bermejo; B. Fernández Gómez; V. Pozo García; SI. Jiménez Luque; S. García Sánchez; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; M. Manso Nevado
Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La utilización del DVE es una práctica realizada con frecuencia,debido a la alta incidencia de infecciones asociadas a su uso es necesaria la elaboración de una guía práctica sobre el correcto manejo.

Objetivos:

- Estandarizar los principales cuidados de enfermería en el paciente con DVE.
- Conocer los principales riesgos y complicaciones.
- Evaluar los conocimientos de nuestro personal.
- Dar a conocer al personal de nueva incorporación el correcto manejo del DVE a través de una guía práctica.

Metodología

Se procedió a una búsqueda bibliográfica en la literatura ya existente y se realizaron entrevistas aleatorias e individuales al personal. Identificamos las principales complicaciones y síntomas de un posible riesgo para el paciente.

Intervenciones

Se elaboró una guía práctica que incluía una plantilla con los principales cuidados de enfermería en el manejo del DVE. Los principales cuidados son: la posición del enfermo y del propio drenaje, manipulación aséptica, correcto mantenimiento del cierre del circuito, vigilancia del punto de inserción,extracción de muestras por la llave de tres pasos con una técnica estéril,cerrar el drenaje durante la movilizaciones no más de 30 minutos y registro estricto y diario de la altura del drenaje y de su débito.

Conclusiones

1. Una correcta formación del personal sanitario permite una mejora en la calidad de los cuidados administrados.
2. La enfermera es la principal responsable del manejo del DVE y por lo tanto era completamente necesaria la elaboración de la guía práctica.
3. Es importante identificar los signos y síntomas de una posible complicación para poder evaluar, responder e informar con eficacia.
4. Nuestro personal sanitario posee unos conocimientos muy amplios acerca del manejo del DVE, aunque observamos cierta disminución de los mismos en el personal de reciente incorporación.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 6

ESTIMACIÓN DEL PESO DE LOS NIÑOS POR LOS PADRES. ¿ES UNA INFORMACIÓN VÁLIDA PARA UN TRATAMIENTO DE URGENCIA?

Leire Berasaluze Sanz[1]; G. Vallejo de la Hoz[1]; S. Ballesteros Peña[2]; I. Fernández Aedo[3]; I. Echeandia Lastra[2]; G. Pérez Llarena[4]; L. Folgueira Lamas[4]; M. Etxeandia Santos[4]; MT. Vime Manzanos[4]; N. Fernández Amayuelas[4]

1. Hospital Galdakao-Usansolo; 2. Hospital Basurto; 3. Facultad de Medicina y Enfermería (UPV/EHU); 4. Hospital Cruces

Objetivos/Introducción

El peso es un parámetro antropométrico cuyo valor es necesario conocer en la atención de urgencias pediátricas con el fin de calcular las dosis de los fármacos o el volumen de fluidos intravenosos a administrar. Un cálculo rápido del peso del paciente puede resultar determinante en una situación de emergencia.

Objetivo:

Evaluar si la estimación del peso en niños por parte de sus padres se corresponde con el peso real (y, por tanto, si ese dato es válido en una situación de emergencia para la toma de decisiones clínicas).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo realizado en los servicios de urgencias pediátricas de los hospitales de Cruces y Basurto (Bizkaia). Fueron seleccionados de forma consecutiva pacientes con edades comprendidas entre 1 mes y 14 años con patología aguda o crónica reagudizada con niveles de triaje III, IV o V. Antes de pesar al niño se preguntó a los padres por el peso estimado. Posteriormente se realizó comparación entre ambas cifras mediante método de Bland-Altman y se calculó el número de mediciones con un error del peso estimado <10% y <20% del peso real.

Resultados/Intervenciones

Participaron en el estudio 512 niños (<1 año: 119; 1-5 años: 133; 6-10 años: 138; >10 años: 123). 52,5% varones. Patología no traumática: 87,7% y etnia caucásica: 83,2%. Correlación entre medidas: r=0,99 (p<0,001). Mediciones con error <10%: 86,5%. Mediciones con error <20%: 98%. Análisis método Bland-Altma.

Conclusiones

La estimación del peso de los niños de hasta 14 años por parte de sus padres es una información válida que podemos adoptar en la toma de decisiones clínicas.

Palabras clave

Peso corporal • Pediatría • Antropometría • Dosificación • Tratamiento farmacológico

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 144

LA NUTRICIÓN COMO MEDIDA PREVENTIVA DEL PICS

Marta Martínez Orellana; A. Cardenete; R. Nogales; S. Serrano; S. Hamed; S. González
Hospital Universitario de Bellvitge

Objetivos/Introducción

La terapia nutricional en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) es un tratamiento esencial para una correcta función inmunológica, reducir las complicaciones metabólicas y evitar la pérdida de masa muscular. Aún así, se observa que entre el 43 y el 88% de los pacientes sufren de malnutrición, lo cual agrava su condición crítica y dificulta su recuperación óptima, provocando una alta incidencia del síndrome de los cuidados postintensivos (PICS). El objetivo es estudiar la relación del grado de nutrición de los pacientes críticos con el PICS.

Metodología/Observación clínica

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos de alto impacto: PubMed, Cochrane y NICE, con las palabras clave PICS, nutrición, UCI y prevención, tanto en español como en inglés. De los resultados obtenidos, se escogieron los artículos de acceso gratuito a texto completo, fecha de publicación inferior a 5 años y que tratasen de humanos mayores de 19 años. Los artículos seleccionados se trabajaron acorde con el objetivo de la revisión.

Resultados/Intervenciones

Actualmente más de ¾ partes de los supervivientes sufren este síndrome, el cual se puede prevenir interdisciplinarmente mediante el tratamiento de la causa del estado crítico, un uso limitado de la sedación profunda, una temprana movilidad y una nutrición óptima y precoz. El déficit en el aporte calórico y proteínico durante el estado hipercatabólico de la fase aguda de la enfermedad desencadenará la degradación de sus reservas, principalmente de los músculos. Como resultado provocará polineuropatía, miopatía y atrofia muscular que dificultarán la recuperación y alargarán la estancia en UCI con soporte ventilatorio mecánico, incrementando el riesgo de sepsis y de fallo multiorgánico (FMO).

Conclusiones

Un manejo óptimo de la terapia nutricional y una movilización precoz en pacientes de UCI reduce el riesgo de padecer patologías musculares que agravan su situación crítica y alargan la recuperación óptima.

Palabras clave

PICS • Nutrición • UCI • Prevención • Nutrition • ICU • Prevention

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 205

PROTOCOLO DE DISFAGIA PARA PACIENTES CRÍTICOS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Marta María Torres Romero[1]; MR. Hernández García[1]; C. Bravo Páramo[1]; I. Zaragoza García[1]; FJ. Sánchez Chillón[1]; FJ. del Pozo Sancho[1]; S. Ramos Sánchez[1]; M. Torres Romero[2]; P. Cantizano Carrasco[1]; C. González Blasco[1]
1. Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid; 2. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda

Objetivos/Introducción

Realizar un protocolo cuya finalidad sea recuperar la alimentación oral, disminuir complicaciones asociadas a la disfagia y garantizar el confort y seguridad del paciente.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Pubmed y Cochrane, como palabras claves: dysphagia, feeding, tracheostomized, ICU, centrándonos en las publicaciones de los últimos 5 años. También se ha consultado a un equipo multidisciplinar formado por enfermeras, auxiliares y anestesistas de la Unidad de Reanimación, Unidad de Neumología, Unidad de Ictus, nutricionistas y fisioterapeutas. La población diana son los pacientes traqueostomizados y post extubados (con intubación orotraqueal de más de 48 horas) de nuestra unidad. El protocolo es llevado a cabo entre los meses de mayo a octubre de 2018, seleccionando la información en castellano y excluyendo la literatura gris.

Resultados/Intervenciones

Se seleccionaron 55 revisiones sistemáticas, utilizando un total de 20. Los cuidados más importantes se centran en los siguientes apartados:

1. Evaluación de la disfagia.
2. Higiene y cuidados de la vía oral.
3. Ejercicios previos al inicio de la tolerancia.
4. Inicio de la tolerancia oral. Uso del test MECV-V.

Finalmente se realiza un check-list previo al inicio de la tolerancia oral. Además se ha realizado un vídeo de muestra para ayudar a que todo el personal pueda realizar el protocolo de la misma forma (vídeo póster).

Conclusiones

El protocolo de disfagia pretende tratar al paciente diana con unos cuidados estandarizados y unos criterios unificados. Posteriormente, y en un tiempo estimado de un año, se recogerán datos para estudiar la respuesta de la implantación de nuestro protocolo en la unidad.

Palabras clave

dysphagia • feeding • tracheostomized • ICU

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:35 a 12:55 h.**

ID 266

BEZOAR ESOFÁGICO (BE) COMO COMPLICACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL EN MEDICINA INTENSIVA (MI)

Tetyana Cherednichenko; Y. Hidalgo Encinas; I. Flores Lucas
Hospital Universitario de Torrevieja

Objetivos/Introducción

El bezoar es una recolección de material no digerido en el tracto digestivo. En la literatura BE está descrito como una complicación inusual de la nutrición enteral (NE) administrada por la sonda nasogástrica (SNG). Existen múltiples factores causantes de la aparición de BE, los más frecuentes: la intubación orotraqueal, el reflujo gastroesofágico (RG), la hipomotilidad esofágica y gastrointestinal, la posición de decúbito supino (DS) prolongado, la administración de opioides, el uso de fórmulas ricas en caseina. BE se genera cuando los ácidos estomacales al entrar en contacto con proteínas de la NE precipitan.

Objetivo:
Exposición de caso clínico de BE. Revisión casuística de la aparición y comparación de datos de incidencia.

Metodología/Observación clínica

Se presenta un caso de una paciente mujer de 39 años que fue ingresada en nuestra unidad tras la parada cardiorrespiratoria reanimada secundaria a una crisis convulsiva eclámptica durante el parto. Al segundo día de ingreso se inicia el soporte nutricional con NE rica en caseina (Jevity Plus HP). A los 26 días del inicio de NE se detecta una obstrucción de SNG. Se decidió la retirada de esta y colocación de un nuevo catéter, siendo fallidos los intentos. Se realizó una endoscopia, que evidenció una masa dura blanquecina a la altura del esófago.

Resultados/Intervenciones

Se precisaron dos sesiones laboriosas de endoscopia para la desimpactación del esófago. No fueron efectuados análisis bioquímicos del material impactado. Se analizó la prevalencia de BE en pacientes ventilados con NE durante el periodo de 1 año en nuestra unidad, siendo está de 2%, igual de baja que descrita en la literatura.

Conclusiones

A pesar de su baja prevalencia es importante la detección precoz, ya que de ella depende la evolución clínica del paciente. Enfermería tiene un papel importante en la prevención de la aparición de BE y en el control de los factores de riesgo de la formación.

Palabras clave

bezoar • medicina intensiva • nutrición enteral • obstrucción esofágica

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 104

EL RUIDO AMBIENTAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN SOBRE DAÑOS, MEDICIÓN Y MONITORIZACIÓN E INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

M. Nadal Servera[1]; P. García Pazo[2]; L. Castillo Domingo[1]; E. Moya Juliá[1]; F. Riera Díaz[1]
1. Hospital Universitari Son Llàtzer; 2. Universitat de les Illes Balears

Objetivos/Introducción

En las unidades de cuidados intensivos(UCI) se producen situaciones que incrementan el nivel sonoro, tanto evitables como inevitables. El exceso de ruido provoca alteraciones en el enfermo crítico, limita la seguridad clínica y la calidad asistencial. La evidencia indica que el nivel de ruido en las UCI oscila entre 50-75dB, superando las recomendaciones internacionales.

Los objetivos son identificar

1. daños asociados
2. dispositivos de medición e
3. intervenciones de reducción, del ruido en el paciente ingresado en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica. Las palabras clave “Ruido, Medición del Ruido, Monitorización del Ruido, Paciente Crítico, Unidades de Cuidados Intensivos” fueron transformadas en descriptores en el tesauro MeSH y combinadas en una operación booleana “(Noise OR Noise Monitoring OR Noise Measurement OR Noise Meters) AND Intensive Care Units”. Se consultaron las bases de datos PubMed, SCOPUS, LILACS, IBECS y CUIDEN, con límites de idiomas inglés, castellano y portugués y publicación entre 2009-2019. Se localizaron 550 documentos, siendo seleccionados y revisados 49 estudios.

Resultados/Intervenciones

(1) Los daños asociados se diferencian en físicos, psicológicos y sociales1,2,4-36 (Tabla).
(2) El dispositivo de medición es el sonómetro (decibelímetro) 5-7,10-12,15,17-19,21,24-27,32-34,37-41, concretamente en un estudio disponible como aplicación móvil31.
(3) Las intervenciones de reducción se diferencian en (1) medidas reductoras promoción institucional y formación profesional en cultura de silencio, temporización y alternación de intervenciones directas compactadas y tiempos de silencio, adaptación de las alarmas de dispositivos-3,5-9,11,12,14-19,23,25,26,28,31-35,38,41-44 y (2) medidas amortiguadoras cierre de puertas en pacientes sin alto riesgo clínico, uso de paneles absorbentes, reproducción de ruido blanco, uso de tapones auditivos o cascos auriculares-2,5,9,12,13,17-19,23,25,26,29,31,32,34,45,46.

Las intervenciones multicomponente evidencian mejores resultados en sueño, ansiedad, analgesia, sedación y delirium2,11,13,32,45,47-49.

Conclusiones

El ruido tiene efectos físicos, psicológicos y sociales que pueden limitar la recuperación clínica e incrementar el tiempo de estancia del paciente ingresado en UCI. La intervención multicomponente es la más eficaz, junto con la implementación de un cultura del silencio.

Financiación

Sin financiación.

sigue –>

Palabras clave
Ruido • Unidades de Cuidados Intensivos • Paciente crítico • Medición del ruido

DAÑOS ASOCIADOS AL RUIDO EN EL ENFERMO CRÍTICO	
DAÑOS FÍSICOS	Hiperglucemia, hiperlipidemia, hipercolesterolemia, hipersecreción gástrica, hipersecreción pituitaria, hipersecreción adrenal, hipercortisolismo e inmunosupresión; Malestar general, dolor, cefalea, insomnio, deterioro cognitivo y déficit auditivo; Taquicardia, hipertensión y vasoconstricción periférica; Dificultad respiratoria, apnea, desaturación de oxígeno y desadaptación ventilatoria; Sensación distérmica; Fatiga muscular, hipertonía muscular y contracturas musculares; Dificultad o retraso de cicatrización
DAÑOS PSICOLÓGICOS	Estrés e irritabilidad; Ansiedad y depresión; Amnesia, inatención, confusión, desorientación, alucinaciones, agitación y delirium; Excitación nerviosa; Dificultad en la concentración y pérdida de memoria; Trastorno disociativo y trastorno de estrés post-traumático
DAÑOS SOCIALES	Dificultad comunicativa y aislamiento social

Tabla. Daños asociados al ruido en el enfermo crítico.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 116

FACTORES ESTRESANTES PERCIBIDOS POR EL PACIENTE CRÍTICO

Marta Moral[1]; MC. Moreno[2]; V. Chamorro[1]; M. Santana[1]; M. Sanz[1]
1. Hospital Clinic; 2. Universitat de Barcelona

Objetivos/Introducción

Son numerosos los estudios que evidencian la existencia de factores que pueden ser estresantes para el paciente crítico, no obstante la mayoría de ellos se han llevado a cabo en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) con estructuras poco actuales. Como consecuencia de la transformación estructural que ha sufrido la UCI del Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas (IMDiM), del Hospital Clínico de Barcelona, surge un primer objetivo de estudio que ha sido identificar los cambios estresantes percibidos por el paciente crítico antes de la reforma de dicha unidad, y así explorar si los factores identificados como estresantes siguen siendo los mismos después de su transformación

Metodología/Observación clínica

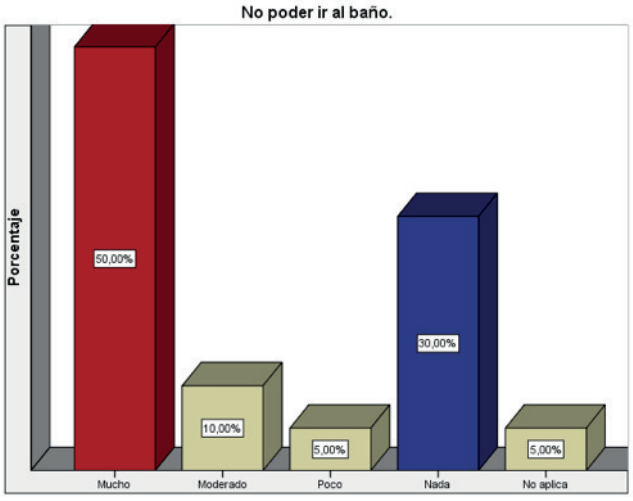
Diseño observacional de tipo trasversal realizado de Marzo a Abril del 2017. La muestra estuvo formada por 20 pacientes críticos que cumplieron los criterios de inclusión. Instrumento: escala validada de “factores estresantes experimentados por los pacientes en la unidad de cuidados intensivos”. El estudio forma parte de una prueba piloto, por lo que el cuestionario se contestó de manera anónima, sin recogida de variables sociodemográficas/clínicas. En el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Realizándose un análisis estadístico descriptivo univariante mediante el uso de porcentajes y frecuencias.

Resultados/Intervenciones

Los resultados fueron que el 50% de estos pacientes expresaron como principal factor estresante el no poder ir al baño, seguido de no tener control de sus necesidades (45%), no poder dormir (40%), no saber que día es (40%), sentirse aburrido (40%), y tener preocupaciones por su salud y las repercusiones de ésta en su vida diaria (40%).

Conclusiones

Los factores que han sido percibidos como más estresantes son los relacionados con la pérdida de autonomía, la orientación, el sueño y las consecuencias de su enfermedad en su actividades de la vida diaria.



Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 306

VISITAS EN LA UCI DE NIÑOS MENORES. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES, FAMILIARES, NIÑOS Y PACIENTES

Gloria Palau Iranzo; G. Martínez Catalá; M. Gimeno Vivó; A. Regueira Artero; J. Inat Carbonell; Jl. López Palau
Hospital Clínico

Objetivos/Introducción

La visita de los niños a familiares ingresados en UCI, siempre ha sido objeto de controversia, sobre todo en relación a la gravedad y estado de consciencia del paciente.

Objetivo:

Determinar criterios de opinión de profesionales, familiares, pacientes y niños sobre la entrada de estos a UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, transversal. Se elaboró un cuestionario adaptado a los distintos grupos: profesionales, pacientes conscientes, familiares y niños. Se obtuvo la opinión acerca de: datos demográficos, opinión de la visita del menor al paciente consciente, al paciente con alteración del estado de conciencia y cuando supone una despedida.

Resultados/Intervenciones

Profesionales: El 94% l género femenino y el 56% de edad entre 46-65 años. Familiares: género femenino 68%. Relacionado con la visita al paciente comunicativo se obtuvieron respuestas a favor en el 74,8% de los profesionales y 83.0% de familiares, los pacientes asintieron el 84,2% y los niños entre 8-16 años 100%. Al paciente no comunicativo obtuvo negativa a la entrada en 70,2% entre profesionales, 61% de familiares y un 83,3% en pacientes y los niños de 8-12 años el 100% y de 13-16 años el 55%. Sobre la entrada de los niños menores de 6 años el 73,2% de familiares y pacientes sugiere que no deberían entrar a ver a su familiar en ningún caso, por 86.7% del personal sanitario. Y por ultimo a la hora de despedirse están a favor de la visita el 66,25% de los profesionales, el 75% de familiares, el 50% de los pacientes y los niños de 13-16 años el 42%, de 10-12 años 76,9%, y los de 8-9 años el 100%.

Conclusiones

Existen diferencias de opinión de los profesionales, familiares, pacientes y niños en cuanto a las visitas de menores. El sistema actual de visita de nuestra UCI debería contemplar las necesidades psicológicas de pacientes, niños y familias como apoyo psicológico.

Palabras clave

opinión • niño • visita • profesional

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 12:55 a 13:15 h.**

ID 356

RELACIÓN ENTRE LOS ELEMENTOS ESTRESORES PERCIBIDOS EN LA UCI Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD AL AÑO

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

Objetivos/Introducción

Identificar si existe relación entre los elementos estresores (EE) percibidos por los pacientes que requieren ventilación mecánica durante su ingreso en la UCI y su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) al año del alta

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional de cohortes prospectivo, realizado en la UCI de un hospital terciario, con un seguimiento de 12 meses. Los sujetos fueron pacientes sometidos a ventilación mecánica más de 48 horas, seleccionados consecutivamente. Las principales variables fueron los EE percibidos durante el ingreso en la UCI (cuestionario ICU-SEQ) y la CVRS (cuestionario SF-36) administrados al alta de la UCI y al año respectivamente. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables. Para comparar los resultados de los EE con la CVRS al año, se realizaron las pruebas paramétricas o no paramétricas para las puntuaciones medias de las diferentes dimensiones y las globales.

Resultados/Intervenciones

La asociación detectada entre el número de EE recordados al alta y el SF-36 al año de la misma fue pequeña, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Función Física (r= 0,19; p=0,019 y Salud General (r= 0,16; p=0,05) y en el Resumen del Componente Físico (r= 0,18; p=0,03). Cuando se valoró la asociación entre la puntuación total de estrés y el SF-36 al año del alta se detectó significación estadística en las dimensiones Salud General (r=-0,21; p=0,02), Vitalidad (r = -0,22; p=0,02), Función Social (r = -0,24; p=0,09), Rol Emocional (r= -0,40; p<0,001), Salud Mental (r = -0,34; p<0,001) y el Resumen del Componente Mental (r= -0,41; p<0,001).

Conclusiones

Los EE que percibe el paciente durante su estancia en la UCI, tanto en número de estresores recordados como en el nivel de estrés en que los recuerda, tienen repercusión en su CVRS al año del alta.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 19

RENOVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN POR LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA (ACSA) DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS. RESULTADOS OBTENIDOS

Mª Isabel González Méndez; C. Martín Castaño; R. Urbán Carmona; R. Muriana; MC. Torrejón; O. Ceballos
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

El Modelo de Certificación parte de la definición de unos patrones de referencia y de unas herramientas de gestión de mejora de la calidad que favorecen el óptimo progreso de la unidad en tiempo y forma.

Objetivos:

Observar y reconocer en qué forma la atención que prestamos a nuestros usuarios responde al modelo de calidad de la ACSA. Analizar los resultados obtenidos en los cinco bloques de estándares trabajados.

Metodología/Observación clínica

El proceso renovación comenzó en Diciembre de 2016 y finalizó en Septiembre de 2018. La primera fase, de autoevaluación, ha contado con dos coordinadores y doce autoevaluadores. Su diseño se basa en el ciclo de mejora continua PDCA (Plan, Do, Check y Act). Se planificaron los tiempos, los canales de comunicación a utilizar y la dinámica de aportación de evidencias positivas y áreas de mejora. La aplicación informática ME_jora C es el principal recurso de apoyo para la autoevaluación. Proporciona soporte para la identificación, recogida, integración, análisis y difusión de la información. La evaluación externa fue realizada por un equipo de cuatro evaluadores de la ACSA que valoraron las pruebas aportadas durante los procesos de certificación. En función de su cumplimiento, se determinó el grado de certificación obtenido, los puntos fuertes y las áreas de mejora.

Resultados/Intervenciones

Durante el proceso se aportaron 437 evidencias, 805 documentos y se identificaron 59 áreas de mejora de las que 49 se cumplieron durante la autoevaluación. Se han cumplido un total de 79 estándares de los 101 que componen el manual completo. En relación al porcentaje de cumplimiento de estándares por bloques:

- Bloque I La persona centro del sistema sanitario: 92,59%
- Bloque II Organización de la actividad centrada en la persona: 77,27%
- Bloque III Los profesionales: 50%
- Bloque IV Procesos de soporte: 73,68%
- Bloque V Mejora continua: 78,26%

Conclusiones

El Comité de Certificación resolvió conceder a la UGC la certificación en nivel óptimo.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Acreditación • Calidad de la atención de salud • Gestión de la Calidad Total

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 236

MEDIDAS DE MEJORA TRAS EL ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO EN UNA UCI

Juana Gutiérrez González; MS. Moradillo González; M. Abad Frutos; A. Diego Escudero; MC. García Monzón; R. Garrido Pascual; ML. Sancho Tarrero; C. Vergara Pérez; JB. López Messa
CAUPA

Objetivos/Introducción

Revisar los incidentes sin daño comunicados en un sistema de notificación institucional y las medidas de mejora que se llevaron a cabo.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los incidentes comunicados de forma anónima y voluntaria entre 2012 y 2018 en el programa SISNOT por personal de una UCI. Variables estudiadas: Tipo de incidente, daño potencial, personal que notifica y medidas de mejora emprendidas.

Resultados/Intervenciones

Se registraron un total de 95 incidentes. Daño potencial: Severo 11,6%, Moderado 28,4%, Leve 23,2%. Tipo de incidente: Cuidados 26,3%, Equipos/Dispositivos 24,2%, Identificación 24,2%, Medicación 11,6%, Pruebas y Documentación 6,4%, Otros 7,4%. Personal que notificó: Enfermera 59,7%, TCAE 3,4%, Médico 6,8%, Otros 22,0%. Medidas de mejora surgidas tras el análisis de incidentes comunicados:Sesiones formativas, de sensibilización y de comunicación de medidas de mejora implantadas, señalando los incidentes más frecuentes,Elaboración de “Listados de Verificación de box vacio y box ocupado” al comienzo del turno de enfermería, Implantación de nuevas escalas de sedación, dolor y delirio, Elaboración protocolo de acogida del nuevo trabajador, Reparación y reposición de material, Comunicaciones al Instituto para Uso Seguro de Medicamentos, Recordatorios para identificación de muestras, Comprobación de tratamientos, Adecuada fijación de tubos traqueales y Catéteres venosos centrales y Limpieza y preparación de material.

Conclusiones

Aunque sin haber producido daño, un gran porcentaje de los incidentes comunicados presentaban daño potencial. Aun siendo anónimo, el número de notificaciones es todavía bajo. Sin embargo, la implantación de medidas de mejora demuestra la gran utilidad del sistema y la necesidad de continuar en su difusión y sensibilización del personal, fundamentalmente hacia algunos colectivos.

Financiación

No

Palabras clave

Seguridad • Paciente • Uci • Evento adverso

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 264

RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI: CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS SOBRE NEUMONIA ZERO

César Rodríguez Núñez[1]; E. Corredera Baz[1]; A. Iglesias Rodríguez[1]; M. García Corres[2]; J. Irigoien Aguirre[1]; M. Martín Martínez[1]; MR. Romero Montoya[1]; J. Aspuru Pérez[1]; L. Pascual Sánchez[1]; P. Zudaire Martínez[1]

1. Hospital Universitario Araba (TXAGORRITXU). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza; 2. Hospital Universitario Araba (SANTIAGO). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza

Objetivos/Introducción

Desde que compenzó el proyecto Neumonía Zero (NZ), numerosos Hospitales Españoles nos adherimos por la importancia que tiene para la seguridad del paciente, un protocolo basado en la evidencia para prevenir neumonías relacionadas con la ventilación mecánica.

Objetivo:

Analizar el cumplimiento de las medidas y cuidados enfermeros del protocolo NZ.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. **Periodo de estudio:** año 2017 **Población de estudio:** pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años. **Muestra:** pacientes con ventilación mecánica invasiva, **Material y método:** Los datos clínicos y sociodemograficos se obtuvieron de la historia clínica digital (Metavision). Se realizaron observaciones directas mensuales sin previo aviso con cuestionario ex professo sobre las medidas del protocolo como herramienta de verificación de lo observado en el cumplimiento de los cuidados. **Variables:** diagnostico y medidas recomendadas por el protocolo NZ. Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

Se realizó la observación en 48 oportunidades(32 rondas fueron externas y 16 internas). 33% de origen médico y 29% cardíaco. Aspirado de secreciones con técnica estéril (33% Si, 7,1% no, 50% no valorable). Cuidado boca (75% si, 25%no valorado). Neumo taponamiento (87,5% si, 6,3% no y no procede). Evitar Decúbito supino (94% si, 6,3% no). Control RASS (100% si). Aspirado subglotico (1oo% si).

Conclusiones

Existe un alto adherencia al protocolo de NZ. Seguiremos realizando rondas de seguridad porque nos ayudan a mejorar. Consideramos importante reforzar los puntos débiles mediante formación y difusión.

Palabras clave

neumonia zero • seguridad • uci

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:15 a 13:35 h.**

ID 292

PERCEPCIÓN SOBRE HIGIENE DE MANOS EN UCI ANTES Y DESPUES DE APLICAR UN PAQUETE DE MEDIDAS PROACTIVO

Iluminada Palomino Sánchez; MA. Murillo Pérez; D. Gómez Pérez; M. del Barrio Jiménez; M. García Iglesias
Hospital 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Los profesionales sanitarios (PS) tienen comportamientos previamente aprendidos muy difíciles de modificar. La Higiene de Manos (HM) es una técnica compleja donde influyen distintos factores como conocimientos, actitudes y percepción.

Objetivo:
Analizar la percepción de los PS de una unidad de cuidados intensivos (UCI) respecto a la HM antes y después de incorporar un paquete proactivo de medidas.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo pre-post de percepción de PS sobre la HM en una UCI de un hospital de tercer nivel tras aplicar un paquete de medidas. Instrumento: "Versión española" del cuestionario de percepción desarrollado por la OMS antes-después de la intervención sobre HM. El cuestionario autoadministrado consta de 26 items. Población diana: PS y profesionales no sanitarios en contacto directo con los pacientes ingresados en la unidad a estudio.

Resultados/Intervenciones

La cumplimentación fue del 100% de los cuestionarios entregados antes y 98,5% después. El 98,5% de los profesionales encuestados utiliza preparados de base alcohólica (PBA), antes de la intervención, tras la intervención el 100% de los profesionales utiliza PBA para la HM. Hay diferencias estadísticamente significativas en la pregunta sobre la formación reglada sobre HM en los últimos tres años siendo P= 0,039. Entre las medidas destinadas a mejorar la HM hay diferencias significativas en el uso de los nuevos carteles recordatorios de HM siendo P=0,05. En las preguntas de seguimiento de la percepción tras la intervención el 83% de los profesionales considera importante o muy importante conocer los resultados de las observaciones para mejorar la HM, y el 81,1% presta más atención a la HM si es observado.

Conclusiones

El diseño de carteles sobre HM más sencillos y más dirigidos a la práctica diaria de los PS, la observación directa, el resultado de dichas observaciones y el feedback sobre cumplimiento son las medidas más valoradas por los profesionales en el cambio de percepción sobre HM.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 31

MEJORA DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE MATARÓ

Emma Moreno Barreiro[1]; B. García[1]; L. Giménez[1]; L. Bao[2]; A. Ros[1]; A. Bravo[1]; E. García[1]; A. Ramos[1]; C. Vázquez[1]; R. Vila[1]

1. Hospital Mataró; 2. Hospital Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área de máxima complejidad y riesgo, donde la probabilidad de sufrir al menos un incidente por el hecho de estar ingresados es del 62%. Estudios recientes, demuestran que el riesgo de morbilidad y mortalidad del paciente crítico se ve incrementado durante el traslado, es uno de los procedimientos de mayor riesgo. Abandonar el espacio de seguridad que para estos enfermos representa la UCI puede ser un riesgo. Se hace necesario,reproducir el ambiente de la UCI durante la movilización con la finalidad de disminuir eventos adversos (EA),que puedan surgir. El cuidado que supone la óptima atención y la necesidad de coordinación entre las partes, exigen homogeneización de criterios y de las maniobras previas. Esta propuesta permite estandarizar actividades que requiere un paciente al ser trasladado, con el fin de reforzar la seguridad y reducir EA, durante el traslado intrahospitalario de los pacientes de la UCI.

Objetivo:

Desarrollar un checklist clínico,para aumentar la seguridad en los traslados interhospitalarios de los pacientes críticos, disminuyendo los EA.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica y priorización de posibles mejoras en la UCI mediante matriz de Hanlon. Diagrama de Ishikawa y Diagrama de Pareto para encontrar posibles causas relacionadas con EA. Utilizando Matriz DAFO y realizando un análisis interno y externo, se valoraron posibles debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades a la hora de llevar a cabo la propuesta.

Resultados/Intervenciones

Se expusieron diferentes causas relacionadas con 4 factores (organización interna, externa, enfermería, factores estructurales) que podían producir EA. Teniendo en cuenta los resultados de la Matriz DAFO, las causas, las Guías de Buena Práctica y los traslados más frecuentes, se desarrolló el checklist de traslado

Conclusiones

- Desarrollo de checklist de traslado interhospitalario.
- Tras la implantación se valorará si produce una mejora notable de la calidad asistencial, disminuyendo el número de EA.

Financiación

No se necesita financiación extra, ya que el checklist, se desarrolla junto al equipo de informática,pudiéndolo así,adjuntar a la historia electrónica.

Palabras clave

Cuidados Críticos • Lista verificación • Seguridad del paciente • Enfermería Cuidados Intensivos • Transportes

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 132

UCI: CONSTANTE APRENDIZAJE

Lídia Cuenca; M. Solà Ferrer; N. Tomàs Ordiña
Althaia. Xarxa assitencial de Manresa

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos requieren de profesionales preparados y formados adecuadamente. La ley de cohesión y cualidad del SNS, Art 42, define la competencia como la aptitud del profesional para integrar y aplicar los conocimientos,habilidades y actitudes asociadas a las Buenas Practicas de su profesión. Evaluar estas competencias, antes de que el profesional tenga la responsabilidad de actuar, genera una disminución de la variabilidad clínica y se obtienen mejores resultados para los pacientes (Riley, Brodie, & Shuldham, 2005).

Metodología/Observación clínica

Se realizará un periodo teórico-práctico a través de un curso online acreditado por la U-Manresa y 105 horas de práctica dentro de la unidad y supervisado por un tutor. Se define una ficha excel con competencias claves que son comunes a todos los profesionales inscritos en la unidad y otra con competencias técnicas. Una vez finalizado el periodo de formación la jefa de la unidad y el tutor revisarán si la formación está asimilada y se iniciará el periodo de seguimiento, que durará dos meses.

Resultados/Intervenciones

Nuestra experiencia se basa del año 2011 en el que se empezaron a formar y evaluar a los nuevos profesionales Diplomados de enfermería. Se han evaluado a 33 DE (4 no acabaron el periodo de formación y 1 no la superó) y des del 2015 en el que se empezaron a evaluar a los TCAE se han evaluado a 19 TCAE (2 han sido no aptos durante la formación y 2 no la acabaron). Desde entonces a la actualidad se han hecho modificaciones en la formación y la metodología hasta llegar a la que actualmente se utiliza.

Conclusiones

La evaluación de las competencias es una herramienta de gestión imprescindible para determinar los conocimientos claves y técnicos de los profesionales de enfermería pero también para acompañar y guiar a estos nuevos profesionales en el aprendizaje dentro de nuestra institución.

Palabras clave

nuevos profesionales • aprendizaje

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 197

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR ARPERGILLUS

C. Rojas Linares[1]; LM. Cairós Ventura[2]; EM. Ortega Barreda[2]; JA. Clemente Concepción[2]; GC. Rodríguez Pérez[3]; AM. Pérez González[1]

1. Hospital General de La Palma; 2. Área de Salud de La Palma; 3. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

Objetivos/Introducción

La Aspergilosis invasiva es la segunda micosis oportunista en pacientes inmunodeprimidos, de riesgo o pacientes críticos con factores condicionantes. Asociada a elevadas tasas de morbimortalidad debidas, en parte a la dificultad para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento precoz. Aplicar cuidados basados en la mejor evidencia científica disponible es prioritaria como estrategia de prevención de las Infecciones Nosocomiales.

Objetivos:

Identificar nuevas estrategias basadas en la evidencia a implementar en la población vulnerable, como medidas de prevención y control en la Infección nosocomial por Aspergillus.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos EBSCO, SCOPUS y PudMed, e intencionada en las principales sociedades científicas vinculadas al tema tanto nacionales e internacionales. 25 artículos cumplieron los criterios de inclusión establecidos en función de que su titulo y abstract estuviesen relacionados con el objetivo de estudio y cuyas recomendaciones preventivas estuviesen referidas con evidencia científica.

Resultados/Intervenciones

No hay consenso en el número de unidades formadoras de colonias (CFU)/mm de aire que es normal tanto dentro como fuera del hospital. Si bien hay que diferenciar áreas atendiendo a su nivel de protección. En el aire no filtrado se admite < 5 CFU/mm, aunque se aceptan entre 10 y 25 CFU/mm.,

Conclusiones

No existe un nivel de contaminación ambiental con esporas de Aspergillus que se considere normal, pero concentraciones > 25 CFU/mm3 se consideran muy altos y están asociados a incrementos en la incidencia de infección por aspergillus. Existen estudios que muestra la protección que brindan los espacios protegidos frente a otras áreas. Por tanto, las obras o remodelaciones llevadas a cabo tanto dentro como fuera de los hospitales debe de estratificarse para adaptar las medidas preventivas al grado de riesgo asociado.

Financiación

No precisa

Palabras clave

Aspergillus • Guías de prevención • Infección nosocomial • cuidados intensivos

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 13:40 a 14:00 h.**

ID 354

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cristina Díez Sáenz; JA. Sevillano Fernández; JC. Sotillo Díaz
HGUGM

Objetivos/Introducción

Se define como transferencia, la comunicación entre profesionales sanitarios en la que se transmite información clínica de un paciente, y se traspasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario. Es fundamental adoptar mecanismos estandarizados de transferencia de información para garantizar la continuidad asistencial con la máxima seguridad y calidad para el paciente.

Objetivos:

Reducir el potencial riesgo de incidentes relacionados con una deficiente transferencia de información. Estructurar la transferencia de información sanitaria mínima y relevante sobre el proceso asistencial entre profesionales. Implantar una herramienta para facilitar la transferencia de información, su cumplimiento y evaluación. Instaurar una cultura de seguridad en la comunicación interprofesional.

Metodología/Observación clínica

Se analizó el informe de traslado y el check list que se utilizaba en la unidad y se definieron los puntos en los que había que adaptar el protocolo para asegurar que la transferencia de información relevante se llevara a cabo siguiendo las recomendaciones de los distintos organismos Internacionales (OMS, JCAHO, JC)

Resultados/Intervenciones

Adaptación del informe de traslado de la unidad de cuidados intensivos a otra unidad para incluir la información relevante, estructurada según la técnica SBAR-SAER, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asegurar la transferencia de la información relevante de los pacientes. Adaptación del informe de verificación o check list de traslado siguiendo las mismas recomendaciones. Elaboración de encuesta de satisfacción entre profesionales de otras unidades para ver la utilidad de la herramienta.

Conclusiones

La comunicación entre profesionales en el momento del traspaso puede no incluir toda la información esencial. Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente. El utilizar herramientas de apoyo para la transferencia de información asegura la continuidad asistencial y facilita el trabajo entre profesionales.

Palabras clave

transferencia de informacion

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 59

IMPLANTACIÓN Y DIFUSIÓN DE UNA TÉCNICA CONTINUA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CON CITRATO EN UCI

Ana Guirao Mayoral; I. Carmona; S. Fernández; P. Castro; G. Blanch
Hospital Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

Describir la implantación de un protocolo para la realización de TCDE con citrato en la UCI. Las Técnicas Continuas de Depuración Extrarrenal (TCDE) son un procedimiento habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Éstas utilizan habitualmente heparina como anticoagulante para aumentar la duración de los filtros. Sin embargo, algunos pacientes presentan contraindicación para el uso de heparina. En este escenario, ha aparecido en los últimos años la posibilidad de la anticoagulación regional con citratos.

Metodología/Observación clínica

Se desarrolló un protocolo conjuntamente con el equipo médico en el que se incluían un conjunto de medidas: i. Elaboración de un protocolo y documentación de soporte; ii. Sesiones formativas previas a la implantación de la terapia al personal asistencial (PA); iii. Implantación de la terapia en la UCI a los pacientes en los que estuviese indicado; iv. Reevaluación de la terapia con los principales problemas que se puedan encontrar; v. Nuevas sesiones formativas con las modificaciones pertinentes que haya que realizar basándose en el uso previo.

Resultados/Intervenciones

Se diseñó un protocolo con láminas y esquemas de soporte. Se programaron cuatro sesiones formativas previa a la implantación dirigidas a todo el PA en el que se explicó el protocolo. Se inició la implantación, identificando diversos problemas en cuanto a interpretación analítica y ajuste de parámetros. Finalmente, se revisaron y corrigieron los problemas mencionados y se re-elaboró la documentación, programando nuevamente sesiones formativas explicando los cambios.

Conclusiones

La implementación de un protocolo para la instauración de una TCDE con citrato necesita de soporte de documentación, sesiones formativas y participación del PA. Esta forma de implantar un nuevo procedimiento facilita una mejor adherencia por parte del PA, unifica criterios de actuación y contribuye a la mejora de la calidad y los cuidados del paciente.

Palabras clave

Técnica Continua de Sustitución Renal • Citratos • Sesiones formativas • Protocolo

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 82

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA BICU EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL LA LUZ

Sílvia Arandojo San Martín; ME. Espinoza Ruiz; A. Gallego Álvarez; E. López Martín; MP. Márquez Pérez; R. Martínez Girón
Hospital La Luz

Objetivos/Introducción

Desde octubre de 2017, se ha introducido en la UCI del hospital La Luz la aplicación departamental BICU®. BICU es la historia clínica electrónica de la Uci, con una estructura de datos que incluye la historia clínica de enfermería. Presentamos el análisis del primer año de utilización que incluye los tres meses de prueba.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio descriptivo prospectivo que abarca el periodo de implantación y el desarrollo del programa, en el que se pretende valorar su utilidad en la Unidad.

Resultados/Intervenciones

El programa se implementó en fase de pruebas durante 3 meses. Dos enfermeras se formaron para diseminar el conocimiento del mismo entre todo el equipo. El tiempo de formación fue de 40 horas. Aspectos relevantes a mejorar: a) Existe comunicación en tiempo real con la historia general del hospital con dificultades en la transmisión de datos; b) Parte de los cuidados deben ser mejorados: escalas de valoración, drenajes, catéteres, errores en mediciones, dietas de cocina; d) existen dificultades con la comunicación con el programa de facturación. Una parte relevante que no considera BICU es la definición de los roles de los TCAE y que se han definido por el usuario. Las mayores ventajas son: a) existe una historia clínica de enfermería diferenciada; b) menos errores en las prescripción; c) ahorro de tiempo para registrar y consultar la historia; d) mayor participación de la enfermería modificando y/o introduciendo diferentes tipos de cuidados.

Conclusiones

La implantación del sistema informático BICU ha supuesto tanto un avance en los cuidados de enfermería como un ahorro de tiempo para todo el personal de la unidad, a pesar de ser necesario un periodo de adaptación y familiarización con él.

Palabras clave

BICU • UVI • Enfermeria

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 212

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON GAFAS NASALES DE ALTO FLUJO EN EL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

Laura Martínez Cuenca; R. Yanguas; S. Prados; C. Molina
Hospital General de Granollers

Objetivos/Introducción

La Oxigenoterapia de Alto Flujo (OAF) con cánula nasal es una alternativa a la oxigenoterapia convencional, de reciente introducción. Este sistema funciona con un caudalímetro de oxígeno y aire que permite administrar un flujo de gas totalmente acondicionado hasta a 60L/min mediante cánulas nasales, y con una FiO2 hasta el 100%. El gas se humidifica, con una humedad relativa del 95-100%, y se calienta hasta un valor cercano a la temperatura corporal, entre 34º y 40º. De esta manera se obtiene una rápida mejoría de los síntomas objetivos:dar a conocer a enfermería el OAF, definir ventajas e inconvenientes y exponer cuidados necesarios al paciente con OAF

Metodología/Observación clínica

Para la administración de OAF se necesitan 6 componentes: un caudalímetro de gases, un kit de alto flujo, una cánula nasal para alto flujo, un humidificador / calentador, tubuladuras no condensantes y una botella de agua estéril.
Informar al paciente del procedimiento.
Mantener fosas nasales libres de secreciones
Valorar y prevenir lesiones cutáneas
Vigilar nivel de agua del humificador / cambiar la botella antes de que se acabe.
Mantener tubuladuras por debajo del nivel del paciente
Constantes y parámetros / Detectar signos de hipoxia

Resultados/Intervenciones

ventajas: Alta concentración de O2 Fácil de usar No claustrofobia Humidificado No invasivo Permite comer y hablar inconvenientes: No efectivo en respiración bucal Erosiones nasales Contaminación del sistema Rinorrea /Sialorrea La oxigenoterapia de alto flujo se puede utilizar eficazmente para tratar a los pacientes con niveles moderados de insuficiencia respiratoria hipoxémica, no hipercápnica, que precisen valores de FiO2 mayores al 40%.

Conclusiones

Reduce hipoxia Fácil manejo para enfermería Los conocimientos y formación del personal son básicos para mejorar calidad asistencial del paciente crítico

Palabras clave

oxigenoterapia • alto flujo • enfermería • cuidados • gafas nasales

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:00 a 14:20 h.**

ID 293

TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE ALTA COMPLEJIDAD DE PACIENTE CRÍTICO CON SOPORTE DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA

Mónica Berniel Romero[1]; AM. Gómez Pérez[1]; S. Alcaraz Vázquez[1]; MA. Ávila Justo[2]; E. Mor Marco[1]; M. Fabra Raduà[1]; M. Sánchez Satorra[1]; C. Villanueva Fuentes[1]; P. Ricart Martí[1]; I. Nuño Ruiz[1]
1. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 2. Ambulancias Grup La Pau

Objetivos/Introducción

La terapia de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) está indicada en pacientes con insuficiencia respiratoria grave y/o shock cardiogénico refractarios a tratamientos convencionales. En nuestra área de influencia surgió la necesidad de ofrecer esta asistencia de traslado interhospitalario por parte de nuestra unidad. Actualmente, los profesionales del equipo de Soporte Vital Avanzado han sido formados y entrenados y se dispone de protocolos específicos.

Objetivos:

Describir las características de los traslados en pacientes con ECMO realizados por el equipo especializado (ECMO mobile) durante el periodo 2016-2019.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional transversal retrospectivo realizado en la base asistencial del Sistema de Emergencias Médicas del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona. Fueron incluidos todos los registros de los traslados realizados por el ECMO mobile durante el periodo de estudio. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y aquellas relacionadas con el traslado. Toda la información fue incluida en una base de datos asegurando su anonimización. Se hizo análisis univariante con Microsoft Excel.

Resultados/Intervenciones

n=10 traslados. La edad de los pacientes era inferior a los 62 años. El diagnóstico principal fue la insuficiencia respiratoria grave (6) y el resto shock cardiogénico. Se hicieron 4 canulaciones vena-arteria y 6 vena-vena, siendo una de ellas central (intracardíaca) y resto periféricas. El equipo de ECMO mobile realizó la canulación en el hospital emisor en 3 de los 10 traslados. 3 traslados precisaron soporte adicional con balón de contrapulsación intraaórtico. La media de distancia recorrida por traslado fue de 82,10 km.

Conclusiones

La organización del equipo ECMO mobile ha requerido la implicación y coordinación de diferentes unidades asistenciales y una formación y estandarización de los procedimientos. Disponer de una lista de verificación o checklist ha contribuido a minimizar los errores y mejorar la calidad de la asistencia.

Palabras clave

Traslado interhospitalario • Oxigenación por Membrana Extracorpórea • Soporte Vital Avanzado

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 56

HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN PACIENTES CRÍTICOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI) Y NO INVASIVA (VMNIV)

Beatriz Fernández Pantigoso; P. García Jañez; G. Martínez Mateo; RM. Lozano Ordax; D. Carrillo López; MT. García Hernández
Hospital Clinico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

Por la complejidad en el montaje, manejo y el gran uso de estos sistemas nos vimos en la necesidad de realizar un protocolo de actuación. Los objetivos son: Mejorar la calidad asistencial, conseguir humidificación óptima en pacientes sometidos a ventilación mecánica, conocer estos sistemas y sus indicaciones y la formación del personal para su montaje y manejo y evitar complicaciones asociadas.

Metodología/Observación clínica

Revisiones bibliográficas, bases de datos, guía de práctica clínica y evidencia científica.

Resultados/Intervenciones

Preparación de material: interfases (mascarilla, Valorar fugas, lesiones en piel, confortabilidad, fácil manejo, espacio muerto y válvula antiasfixia). Tubuladuras con resistencias calentadas en espiral. Filtro antimicrobianos. Cazoleta de humidificación. Agua estéril y cables. Cuidados de enfermería: En VMNIV parche de hidrocoloide en nariz. humedecer boca e higiene, ajuste de presión del arnés (Mínima presión vs mínimo flujo). En VMI: Control de la temperatura del humidificador y del nivel de agua. Control de alarmas y de parámetros. Colocar sonda nasogástrica. El humidificador siempre por debajo del paciente. Cambiar filtro y tubuladuras de forma programada. No colocar nariz artificial entre el sistema y el paciente. Creación de base de datos para registro del tratamiento. En general grandes beneficios en pacientes con Síndrome de Distres Respiratorio Agudo y enfermedades obstructivas principalmente. Está indicado en VMI si el paciente está intubado más de 48 horas, destete difícil, estrategia de ventilación protectora, hipercapnia permisiva y en VMNIV siempre.

Complicaciones:

En VMI puede provocarse barotrauma y en VMNI la respiración bucal disminuye la eficacia del sistema y puede provocar erosiones en fosas nasales. En ambos casos flujos bajos generan codensación en el sistema y un uso prolongado aumenta el riesgo de infección por contaminación.

Conclusiones

Desde el año 2013 en nuestra Unidad con adiestramiento del personal y unificación de criterios de actuación se ha conseguido un mejor manejo mejorando la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Palabras clave

Humidifcación activa • Ventilacion mecanica no invasiva • Ventilacion mecanica invasiva • Calidad • Seguridad

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 210

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR) EN DRENAJES VENTRICULARES EXTERNOS (DVE)

Leire Álvarez; H. Barrasa; BR. González de Zárate; A. Ibáñez; AA. Margüello; A. Martín; O. Martín; N. Ruiz de Escudero; V. Sanz; MI. Vega
HUA Araba sede Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gastei

Objetivos/Introducción

En los pacientes neurocríticos portadores de DVE es necesaria la extracción, recogida y análisis de LCR de forma sistemática para detectar posibles infecciones en dicho líquido. Del mismo modo se hace imprescindible que el resultado de estos análisis se consiga de la manera más rápida y segura posible, para enfocar el tratamiento antibiótico y/o para la implantación de válvula de derivación, en caso de que lo precisaran. Desde el grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de nuestra unidad, vimos la necesidad de actualizar el protocolo con el objetivo de facilitar al personal de la unidad una guía práctica para la correcta extracción de las muestras. Además, llegar a un acuerdo con laboratorio sobre los recipientes necesarios y las fechas de extracción correctas para garantizar los resultados en el menor tiempo posible, consiguiendo bajar el tiempo de espera de los resultados de 5 días a 3.

Metodología/Observación clínica

- Reunión del grupo de trabajo multidisciplinar de enfermedades infecciosas.
- Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cinahl, OVID, Fisterra, Cochrane...) utilizando como palabras clave: líquido cefalorraquídeo, cultivos, protocolo de enfermería, drenaje ventricular externo... Sin encontrar ningún protocolo similar en dichas bases.
- Reunión y coordinación con personal referente de laboratorio.
- Elaboración, difusión e implantación de un protocolo descriptivo en la unidad de medicina intensiva del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria.

Resultados/Intervenciones

- Introducción y objetivos
- Secuencia de extracción de muestras
- Excepciones
- Material necesario
- Método

Conclusiones

La elaboración de este protocolo ayudó a trabajar de forma más sistemática y unificada. Se consiguió una secuencia de extracción de muestras que garantiza los resultados de la forma más rápida posible. Además se realizaron sesiones de formación antes de implantar el nuevo protocolo en la unidad.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 230

PROTOCOLO ENFERMERO DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA) EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sandra Tuset Cervera; L. Copovi Juan; M. Cubedo Rey; C. Vives Casino; L. Febrer Puchol; P. Alcázar Campos; C. Loras Fores
Hospital La Plana Villarreal

Objetivos/Introducción

La medición de la PIA es importante para la prevención, detección precoz, tratamiento y mejoría del paciente crítico con factores de riesgo que puedan influir en la aparición de hipertensión abdominal (HIA) y síndrome compartimental abdominal (SCA).

Objetivo:
disponer de un protocolo que proporcione al profesional de enfermería la guía para identificar pacientes de riesgo e iniciar el algoritmo de la medición de la PIA.

Metodología/Observación clínica

Procedimiento, montaje y medición. Personal que interviene: Personal de enfermería. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos; con palabras clave: PIA, HIA, SCA, protocolo y paciente crítico.

Resultados/Intervenciones

Identificar los pacientes con factores de riesgo siguiendo el algoritmo de actuación en el protocolo. Informar y preparar al paciente. Preparación de material. Técnica de realización. Medición, valoración y registro de la PIA y de la Intervención de Enfermería.

Conclusiones

Consideramos que el conocimiento por parte del profesional de enfermería del protocolo, contribuye a mejorar los criterios de inclusión, el algoritmo de actuación, valorar los resultados; y, por tanto, mejora la calidad en los cuidados del paciente crítico.

Financiación

No

Palabras clave

PIA • HIA • SCA

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:20 a 14:40 h.**

ID 285

PUNCIÓN ECOGUIADA POR ENFERMERÍA EN UCI

Clara Laplaza Santos; Sandra Arizcun González; Bárbara Mailén Moyano Berardo
Hospital Garcia Orcoyen

Objetivos/Introducción

En los últimos años, la utilidad de la ecografía en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha cobrado especial importancia para la canalización de accesos venosos, tanto centrales como periféricos. El manejo de la punción ecoguiada por parte del equipo de enfermería ha favorecido el acceso periférico, aportando seguridad de colocación correcta y mejorando la visibilidad de venas más profundas, evitando punciones innecesarias y evitando así complicaciones del abordaje central.

Objetivos:

Estimar el descenso de canalización de vías venosas centrales clásicas gracias al uso de punciones ecoguiadas para canalización de vías de acceso periférico.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron el número de accesos venosos centrales canalizados en la UCI del Hospital Garcia Orcoyen. El período de estudio comprende desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2018. Se evalúan número de catéteres venosos centrales de acceso central, de acceso periférico, uso del ecógrafo y motivo por el que se tuvo que llevar un abordaje central.

Resultados/Intervenciones

En el año 2011 el 62,1% de los accesos venosos fueron de implantación central, con predominio de vena subclavia. Este porcentaje se invierte en los últimos años, predominando el acceso periférico, siendo en 2016 de un 70%, en 2017 un 82% y en 2018 un 89%. El 85% de las canalizaciones se realizaron de forma ecoguiada y el 80% de los pacientes en los que el acceso fue finalmente central se debió a la imposibilidad de acceso periférico.

Conclusiones

La punción vascular guiada mediante ecografía permite una reducción en el número de punciones venosas de acceso central minimizando así los riesgos y complicaciones derivados de las mismas. Tras la incorporación de un ecógrafo se objetiva una reducción en el número de abordajes centrales, diferencia que aumenta progresivamente coincidiendo con una mayor experiencia en la técnica.

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 80

CARACTERÍSTICAS Y ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Susana Luaces; S. Rodríguez; A. Pujol
Centro Médico Teknon

Objetivos/Introducción

La supresión de sueño produce deterioro en el funcionamiento diurno: disminución del rendimiento intelectual, dificultad de concentración y utilización de la memoria, capacidad de abstracción y razonamiento lógico. Los pacientes críticos sufren alteraciones en el patrón de sueño con afectación en su recuperación, asociándose con una mayor morbi-mortalidad. Descripción de los factores más importantes en las alteraciones del sueño de los pacientes adultos ingresados en UCI y sus consecuencias.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica. Búsqueda de trabajos y publicaciones en bibliotecas virtuales como ELSEVIER, SCIELO, base de datos PUBMED y páginas web con Google como motor de búsqueda.

Resultados/Intervenciones

Los ciclos circadianos solares y las diferentes etapas del sueño de los pacientes críticos ingresados más de tres días, están seriamente modificados por factores extrínsecos (Ruido, luz, Actividades de enfermería, Tratamientos, Medicación, Temperatura ambiental) e intrínsecos (Dolor, ansiedad, Depresión, Temor, etc). suma de la estructura y la actividad habituales en UCI. Derivan en alteraciones metabólicas (secreción de melatonina y cortisol), de ondas cerebrales, actividad motora espontánea, presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura corporal. A partir del quinto día en vigilia completa aparecen alucinaciones, alteraciones neurológicas como pérdida de memoria, síntomas psicoticos y ataques epilépticos. Al menos un tercio de los pacientes sufren agitación, delirio, disminución del nivel de conciencia, alucinaciones y/o desorientación (Psicosis o síndrome de UCI) Sin los moduladores temporales (comidas y rutinas diarias, actividad física e interacción social) aumentan los ratios de mortalidad por sepsis y fallo multiorgánico agravados por el desacople de los relojes biológicos.

Conclusiones

Una buena calidad de sueño en UCI con su alto nivel tecnológico, cuidados e intervenciones es extremadamente complicado y requiere una solución multifactorial incluyendo el equipo humano y maquinaria. El sueño difiere en calidad, cantidad, estructura y ritmo, del habitual y necesario para la recuperación de la salud. Enfermería alcanzaría parcialmente este objetivo intentando respetar máximo el descanso nocturno.

Palabras clave

Sueño • UCI • Síndrome UCI • Trastornos • circadianos

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 217

ESTUDIO DEL PROCESO DE DESTETE Y EXTUBACIÓN EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO TRAUMÁTICO

Diego Ruiz García; C. Mudarra Reche; M. García Iglesia; A. Alcantarilla Martín; L. Hernández López; G. Sala Gómez; O. Farraces Ramos; N. Listho Flor; AB. Calero Pizarro; M. Martínez Ureta
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

El proceso de destete de la ventilación mecánica de los pacientes neurocríticos traumáticos es un proceso complejo, que puede presentar un retraso en la extubación pudiendo dificultar la evolución del paciente.

El objetivo primario del estudio es describir las características y la relación de predictores con la extubación de los pacientes con TCE.

Metodología/Observación clínica

Es un estudio piloto observacional, prospectivo, descriptivo, llevado a cabo en la unidad de Trauma de un Hospital Terciario durante el periodo de marzo a diciembre de 2018. La población del estudio son pacientes ingresados con TCE mayores de 18 años que precisaron VM un tiempo mínimo de 24 horas.

Resultados/Intervenciones

La población total ha sido de 42 pacientes ingresados con enfermedad neurotraumática craneal, siendo la edad media de 44.87 años, 87.5% de ellos hombres, con un APACHE II a las 24 horas del ingreso de 19.35 (Desviación Estándar 7.08) y un ISS de 29.61 (DE 15.727). En cuanto al tipo de lesión,según la TCBD, la más frecuente es el DAI tipo II (36.6%). Se observa que el 83.3% de los pacientes presentan un tipo de destete simple, éste comenzaba el día 7.90 (DE 7.460). Además se encuentran relaciones significativas entre el día de extubación y la cantidad de secreciones de los pacientes. Al 47.8% de los pacientes se les realiza una traqueostomía, en el 88.9% de los casos por una expectativa de larga evolución, ocurriendo la misma el día 11.18 de ingreso (DE 5.269). La estancia media en UCI de los pacientes fue de 19.12 días (DE 12.103), con un GCS al alta de 12 puntos (DE 3.4).

Conclusiones

Se observan correlaciones entre fracaso de extubación y cantidad de secrecciones, así como el retraso en el inicio del destete con los días de estancia tanto en UCI como hospitalaria entre otras. Se plantean estudios posteriores para un mayor análisis.

Financiación

Este estudio no ha sido financiado por ninguna entidad.

Palabras clave

destete • respiración artificial • Traumatismos craneocerebrales

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 227

RESPETAR EL SUEÑO DEL PACIENTE CRÍTICO

Mireia Martínez Albertín; J. Martos Rojas; S. Rodríguez Ruiz; J. Caballero López; M. López García; B. López Pemia; E. García Puvia; M. Escarp Sans; OC. Vidal Pérez
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

El entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es hostil y está caracterizado por la gran cantidad de maquinaria desconocida, alrmas, ruidos, voces, y profesionales. Todo ello puede conllevar a una sensación de caos continuo que dificulta y altera el descanso de los pacientes.

Los dos objetivos son:

- Facilitar el descanso y el sueño de los pacientes y sus acompañantes.
- Priorizar las medidas no farmacológicas frente a las farmacológicas para potenciar la conciliación del sueño, lo que nos ayudará a disminuir la incidencia de delirium.

Metodología/Observación clínica

El grupo de trabajo de Humanización de los cuidados de la UCI del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida se ha reunido, ha consultado en la bibliografía y ha propuesto diferentes medidas para facilitar el sueño y el descanso de los pacientes ingresados en la unidad.

Resultados/Intervenciones

Se han colocado medidores acústicos de decibelios (db) para no sobrepasar en la unidad los 45db, marcados como límite. Éstos nos informan mediante señales visuales que oscilan del verde, al ambar y al rojo y que parpadean cuando se supera el límite.Además, se han implantado cambios en los cuidados durante el turno de noche como: evitar tomar las constantes si eso conlleva despertar al paciente, previamente habiendo valorado su estado y consensuado con el equipo, atrasar la hora de la higiene, agrupar los cuidados a primera hora de la noche y al final del turno de noche y apagar las luces de las 23 a las 6h.

Conclusiones

La implementación de las medidas no farmacólogicas para favorecer el ritmo sueño-vigilia del paciente, aunque ha supuesto un cambio en la dinámica de trabajo de los turnos de noche, es bueno para favorecer la recuperación de los pacientes y asegurar que durante el día estén mas activos, comunicativos y participativos con el personal y sus acompañantes.

Palabras clave

Humanización • Respetar • sueño-vigilia

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 348

EL DESCANSO NOCTURNO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRUGÍA CARDÍACA

Sílvia Serrano Jaureguizar; S. Hamed Loukili; S. González del Hoyo; M. Martínez Orellana; A. Cardenete Villarroya; R. Nogales Ibáñez
Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos/Introducción

La privación de sueño en las unidades de cuidados intensivos (UCI) puede provocar estrés, ansiedad, desorientación y delirio. Este estudio tiene como objetivo conocer los factores que pueden influir en el descanso nocturno en una UCI de cirugía cardíaca del Hospital Universitari de Bellvitge.

Metodología/Observación clínica

Se trata de un estudio observacional transversal. Participaron 52 pacientes, que respondieron a un cuestionario anónimo que contiene la escala Richards Campbell Sleep Questionaire (RCSQ). Los datos extraídos fueron analizados mediante el programa SPSS 22.0. Se calcularon índices descriptivos, el test de chi-cuadrado y coeficientes de correlación de Pearson, utilizando un intervalo de confianza del 95%.

Resultados/Intervenciones

El 67.3% son hombres. La media de edad es 65.62 (DS 11.44). Se identificaron dos grupos: Pacientes con prescripción farmacológica hipnótica (PF) y pacientes sin prescripción (SPF). Ambos grupos calificaron de alta interrupción del sueño las pruebas diagnósticas (PF 100%; SPF 84.21%), oír hablar (PF 100%; SPF 78.95%), aseo nocturno (PF 93.86%; SPF 100%), alarmas (PF 71.43%; SPF 76.32%), administración del tratamiento (PF 55.26%; SPF 42.86%). Tener la movilidad limitada (PF 35.71%; SPF 26.31%), la ausencia de la familia (PF 7.14%; SPF 18.42%) y el dolor (PF 7.14%; SPF 13.15%) no fueron motivos significativos en ambos grupos. El 100% de los pacientes califican como óptima la temperatura. En cuanto a la calidad el sueño, según los datos obtenidos por la RCSQ:

- Mala calidad del sueño (PF 50%; SPF 34.21%)
- Regular calidad del sueño (PF 42.86%; SPF 52.63%)
- Buena calidad del sueño (PF 7.14%; SPF 13.16%)

Conclusiones

Este estudio ha promovido que el personal sanitario esté más concienciado sobre las causas que alteran el patrón del sueño, identificando así los puntos de mejora en los cuidados.

Financiación

No se precisa

Palabras clave

Dormir • Sueño • Trastornos del sueño • Unidad de cuidados intensivos • Enfermería

Sala Formentera 3. **Lunes 10 de Junio de 2019 de 14:40 a 15:00 h.**

ID 253

MOVILIZACIÓN PASIVA PRECOZ EN EL PACIENTE CON ECMO. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Remedios Jurado Pellicer; L. Juguera Rodríguez; ME. López Martínez; MI. del Saz Caja; S. Tenorio Torres; C. Hernández Alcaraz; RS. Lázaro Meca; V. Alderete Brihuega
Hospital Universitario Virgen de a Arrixaca

Objetivos/Introducción

La Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) es una terapia utilizada como soporte vital en patologías de origen cardíaco o respiratorio graves refractarias al tratamiento convencional. Como consecuencia, el paciente permanece inmovilizado durante largos periodos de tiempo lo que conlleva una serie de consecuencias músculo esqueléticas, cardiocirculatorias y respiratorias que se pueden disminuir gracias a la movilización precoz y sobre todo mediante las movilizaciones pasivas simples.

El objtivo de este estudio es describir la importancia de la movilización precoz en los pacientes con ECMO.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión sistemática en base a la declaración PRISMA de la evidencia científica publicada en los últimos cinco años. La estrategia de búsqueda se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL. EBSCO, WEB OF SCIENCE. Se han encontrado un total de 20 artículos y tras la lectura crítica sólo un estudio está relacionado con el objetivo de estudio.

Resultados/Intervenciones

Numerosos estudios han demostrado que la debilidad adquirida en UCI se asocia a una mayor duración de la VM, estancias más prolongadas y un pobre estado funcional al alta hospitalaria. En la literatura encontrada se evidenció que se deben introducir de manera temprana conductas fisioterapéuticas en la rehabilitación del paciente en terapia con ECMO como son: técnicas de permeabilización de la vía aérea, ejercicio terapéutico y técnicas de terapia manual en las que se encuentra la movilización pasiva de extremidades, traslados y transferencias de peso de manera temprana. Éstas últimas ser realizan de manera multidisciplinar donde la enfermera adopta un papel fundamental para evitar complicaciones relacionadas con las cánulas.

Conclusiones

El ejercicio terapéutico en el paciente con ECMO es una opción viable para evitar el desacondicionamiento físico por inmovilidad prolongada. Ejercicios enfocados al movimiento de extremidades y entrenamiento de fuerza progresiva, permite la rehabilitación temprana de este tipo de paciente.

Palabras clave

Movilización precoz • UCI • ECMO • Movilización Pasiva Precoz

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 10:10 a 10:30 h.

ID 67
INICIO DEL PROYECTO DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPOREA (ECMO) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DEL VINALOPÓ

ID 167
APRENDIENDO DEL SÍNDROME DE CLARKSON

ID 202
FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA ASOCIADAS AL QUIROFANO DE MARCAPASOS: ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO

ID 289
PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA TRAS PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA

De 10:30 a 10:50 h.

ID 139
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 311
CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PLANIFICACIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA TERAPIA CAR-T EN UNA UCI

ID 343
“CAPI” PARA CONOCER SI ES ADECUADA LA INFORMATIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO IMPLEMENTADO

ID 347
PROTOCOLO DE CUIDADO DE LOS OJOS EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS

De 10:50 a 11:10 h.

ID 101
CURSO DE SIMULACIÓN BASADO EN LAS GUIAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN CIRUGÍA CARDÍACA PARA LA ATENCIÓN DEL PARO CARDIO-RESPIRATORIO EN LA UCI

ID 171
ACOGIDA DE NUEVOS PROFESIONALES

ID 274
EDUCANDO EN SALUD: LA ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MARCAPASOS PARTICIPA EN EL AULA DE PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA, DOCTOR NEGRÍN

ID 345
NORMALIZACIÓN DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE NUEVOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 11:10 a 11:30 h.

ID 87
ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

ID 127
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 361
UNA DÉCADA DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

De 12:15 a 12:35 h.

ID 50
RESULTADO DE UNA ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

ID 195
ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 234
MEDSIV. UNA APLICACIÓN PARA EVITAR ERRORES EN LA MEDICACIÓN

ID 312
APLICACIÓN DEL CHECK LIST COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD EN EL POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN

De 13:50 a 14:10 h.

ID 117
EVOLUCIÓN DE LOS DONANTES DE ÓRGANOS EN ESPAÑA

ID 125
PROTOCOLO ACTUACIÓN EN DONACIÓN EN ASISTOLIA TIPO II

ID 277
EFECTIVIDAD DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

ID 305
CARACTERÍSTICAS DE LA DONACIÓN DE TEJIDOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 14:10 a 14:30 h.

ID 79
REGISTRO GUIADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ID 301
A PROPÓSITO DE UN CASO: ABORDAJE ENFERMERO DE UN PACIENTE CON FALLO CUTÁNEO EN CONTEXTO DE FALLO MULTIORGÁNICO

ID 335
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN MEATO URINARIO EN EL PACIENTE CON SONDA VESICAL EN UCI

ID 342
MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA

De 14:30 a 14:50 h.

ID 113
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS AVISOS URGENTES INTRAHOSPITALARIOS ATENDIDOS DESDE LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (UMI) DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

ID 275
PERFORACIÓN POR CUERPO EXTRAÑO, CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA; Y CON DESENLACE SATISFACTORIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 333
CÓMO ENFRENTARNOS A UN CASO COMPLEJO: PACIENTE CON FUNCIÓN PULMONAR COMPROMETIDA Y CON FALLO CARDÍACO AGUDO

ID 344
HEPATECTOMÍA EXTEMA VS CONSERVADORA

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 67

INICIO DEL PROYECTO DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPOREA (ECMO) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DEL VINALOPÓ

María Asunción Penalva Martínez; R. Bonete; A. Pérez; MC. Prieto; N. Vázquez; MV. Bernal
Hospital Universitario del Vinalopó

Objetivos/Introducción

La membrana de oxigenación extracorpórea es una técnica novedosa de reciente aplicación en nuestro país, y no instaurada en todos los centros. El aumento de los casos de los pacientes que presentan patologías cardíacas y/o respiratorias es notorio y por ello la sociedad científica y sanitaria ha tenido que desarrollarse y actualizarse a una gran velocidad para poder abordar las complicaciones y las situaciones críticas a las cuales se les aplica la técnica ECMO. Ante el inicio del proyecto ECMO la unidad de cuidados intensivos del Hospital del Vinalopó comenzó un periodo de formación y creación de protocolo y nuevo registro para adecuarse al cuidado de pacientes sometidos a esta terapia El **objetivo general** es presentar el programa de formación del equipo de enfermería para el proyecto ECMO. **Objetivo específico:** Implementar el protocolo de cuidados al paciente sometido a ECMO, así como la hoja de registro de cuidados.

Metodología/Observación clínica

Para el periodo de formación se realizaron sesiones de formación interna para todo el personal de enfermería. Así como formación de rotación externa en otros centros referentes. Para la confección del protocolo de cuidados se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, para realizar una recopilación de protocolos establecidos para la atención de pacientes sometidos a ECMO. Se realizó una técnica de grupo nominal para priorizar los principales cuidados que deberían estar presentes así como la información adecuada en la hoja de registro.

Resultados/Intervenciones

El resultado del presente trabajo es la confección del propio protocolo así como la muestra del programa de formación del equipo de enfermería de la unidad.

Conclusiones

La enfermería es una ciencia que se desarrolla acorde a los avances tecnológicos y a las nuevas técnicas de monitorización, por lo que debe estar siempre formada a la vanguardia y asumir los nuevos retos para aumentar la calidad de los cuidados proporcionados.

Palabras clave

Membrana de oxigenación extracorpórea • Cuidados de enfermería • ECMO • Asistencia mecánica ventilatoria • Asistencia mecánica circulatoria • Síndrome distrés respiratorio agudo

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 167

APRENDIENDO DEL SÍNDROME DE CLARKSON

Francisco Expósito Barroso[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; N. Molina Sánchez[2]; S. Sánchez Cámara[1]; RB. Fernández Ariza[3]; J. Inocencio Sánchez[4]; A. Inocencio Sánchez[5]; ML. Alcaraz Escribano[1]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 5. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Con este trabajo pretendemos mostrar la fisiopatología del síndrome de Clarkson y los cuidados necesarios que requieren estos pacientes en la unidad de cuidados cuando la enfermedad está en la fase aguda. Debido al poco conocimiento sobre dicho síndrome, es una oportunidad poder mostrar las necesidades y cuidados que precisan este tipo de paciente.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 53 años que ingresa en nuestra unidad de cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria aguda secundario a derrame pericárdico agudo y derrame pleural bilateral. En las primeras horas requiere de drogas vasoactivas, aporte de fluidoterapia, albúmina y plasma fresco, para contrarrestar la hemoconcentración e insuficiencia renal ocasionada por estos síntomas, lo que nos sugiere un cuadro de síndrome de fuga capilar o síndrome de Clarkson.

Resultados/Intervenciones

Conocer por parte de los profesionales este tipo de caso clínico nos ayudara a poner en marcha en situaciones venideras, las herramientas y los cuidados necesarios para planificar una correcta actuación dentro del equipo multidisciplinar. Utilizar la taxonomía NANDA, NIC y NOC nos facilita unificar los cuidados prestados por los profesionales sanitarios, consiguiendo una fácil herramienta para monitorizar en todo momento las actuaciones los profesionales que intervienen en los cuidados continuados que requieren este tipo de pacientes.

Conclusiones

Apoyándonos en la utilización para nuestro plan de cuidados en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, nos proporcionan la detección, análisis y una guía de funciones estandarizada por la cual se aporta la máxima calidad asistencial, optimizando nuestro trabajo. En estos casos se toma conciencia de la importancia que tiene el equipo multidisciplinar al ser parte activa enfermería en el proceso terapéutico al que se enfrenta el paciente. Conseguiremos minimizar los riesgos y acrecentar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave

Síndrome • Clarkson • Nanda • Pericardico

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 202

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA ASOCIADAS AL QUIROFANO DE MARCAPASOS: ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO

Beatriz Yánez Quintana; M. Brito García; M. Rodríguez Santana; MªA. Hernández Viera
Hospital Universitario de Gran Canaria, Doctor Negrín

Objetivos/Introducción

Actualmente, nuestra Unidad de Marcapasos (MP) con más de 40 años de experiencia está en constante avance y evolución. Es por ello que precisamos de revisiones periódicas de los diversos protocolos existentes en la unidad para mejorar y aumentar la calidad de la atención prestada.

Metodología/Observación clínica

Se trata de actualizar y analizar el protocolo multidisciplinar de la unidad realizando una revisión bibliográfica sobre las funciones y tareas a realizar por el personal de Enfermería en el quirófano de MP.

Resultados/Intervenciones

Las tareas de enfermería asociadas al quirófano de MP van encaminadas fundamentalmente a: Valoración del material y recursos humanos del que se dispone Comprobar identidad del paciente, tipo de intervención, revisar Historia Clínica, alergias y consentimiento informado. Preparación del paciente: revisar protocolo preoperatorio (profilaxis antibiótica), administrar medicación intraoperatoria, monitorización hemodinámica y respiratoria, acceso venoso, asistir al médico en la técnica, asegurar la estabilidad del paciente con control de signos vitales, realizar mediciones con el analizador de umbrales. Registro de la actividad quirúrgica (base de datos de MP e Historia clínica). Realizar cuidados post-operatorios (ayudar y colaborar con el médico en los cuidados post-quirúrgicos, cura de herida, coordinar traslado del paciente a la sala de espera o a la unidad de hospitalización). Coordinar limpieza del quirófano. Controlar y supervisar la reposición del material. (Ver tabla adjunta de los funciones de enfermería en el quirófano de MP de nuestra Unidad).

Conclusiones

La puesta al día y la revaluación del protocolo de trabajo ayuda a prevenir errores, identificar y resolver posibles problemas, mejorar y aumentar la calidad de los cuidados prestados, refuerza la seguridad del paciente reduciendo efectos adversos y favorece la comunicación del equipo.

Palabras clave

Marcapasos • Postoperatorio del implante de marcapasos • Cuidados de enfermería

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 289

PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA TRAS PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA

Patricia Miguel Gómez[1]; M. García Casares[1]; E. Alfageme Sastre[1]; ML. García Prieto[1]; C. Miguel Gómez[2]; M. Pérez Monzálvez[1]

1. Hospital Universitario de Salamanca; 2. Hospital Virgen de la Concha de Zamora

Objetivos/Introducción

En España se producen al año más de 24.500 paradas cardiacas extrahospitalarias, en la actualidad y a pesar de varios ensayos que lo ponen en evidencia, diferentes sociedades científicas como la AHA (American Heart Association), ERC (European Heart Association) o ILCOR (International Liason Committee on Resuscitation) recomiendan la utilización de Hipotermia Terapéutica (HT) en pacientes con Glasgow <9 para evitar complicaciones neurológicas y mejorar la supervivencia tras una parada cardiaca extrahospitalaria secundaria a ritmo desfibrilable. Es necesario un protocolo de HT para unificar cuidados, controlar posibles complicaciones, mejorar la actuación del personal de enfermería y con ello la calidad de los cuidados, proporcionando una atención más segura.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las bases de datos; Cochrane, Pubmed, Medline, Cuiden y Scielo. Utilizando como palabras clave: hipotermia, parada cardiaca, extrahospitalaria. Y delimitando la búsqueda a los últimos 10 años

Resultados/Intervenciones

Con la HT se debe alcanzar temperatura entre 32-34°, mantenida durante 12-24 horas y evitar fluctuaciones. Enfriamiento: Comenzar lo antes posible. Descenso de 1-1,3° C /hora hasta alcanzar la temperatura objetivo. Rewarming o calentamiento: Se recomienda un ritmo de 0,25-0,5°C/hora. Nunca superar los 0,5°C/hora. Normotermia durante al menos 24 horas. Registrar hora de inicio, ritmo, hora en la que se alcanza la temperatura objetivo, hora en la que comienza normotermia. Método empleado para enfriamiento. Monitorización continúa de FC, PA, PVC, FR, SpO2 y Temperatura. Control de diuresis horaria. Evitar y controlar las complicaciones de la HT: Cardiovasculares. Hidroelectrolíticas. Coagulopatías. Escalofríos. Hipertermia de rebote. UPP.

Conclusiones

Numerosos estudios apoyan la evidencia científica de la HT, el personal de enfermería debe estar preparado para ello, por lo que es importante la elaboración de un protocolo unificado. Todas las complicaciones que citan los diversos autores son previsibles y el papel de enfermería es clave. Es importante conocer los efectos adversos para poder evitarlos.

Palabras clave

Hipotermia terapéutica • Parada cardiaca • Extrahospitalaria

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 139

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Penélope Gómez Fernández; Y. Machín Rojas; C. Álvarez García; A. Campaña Gaitán; SA. García Aguiar
Hospital Dr. José Molina Orosa

Introducción

La presión intraabdominal (PIA) es una constante que se puede monitorizar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de forma sencilla, indica la presión a la que está sometida la cavidad abdominal, y puede facilitar el manejo ante situaciones críticas.

Objetivos

Conocer las implicaciones de la medición de la PIA y su cálculo con el método intravesical en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos publicados en PubMed, Uptodate y en revistas de práctica clínica.

Resultados/Intervenciones

La medición de la PIA es una constante cuyos valores normales en adultos críticos oscilan entre 5 y 7 mmhg, elevándose en determinadas condiciones fisiológicas.

La clasificación de Burch divide la hipertensión abdominal en cuatro grados:

- Grado 1 (10-15 mmhg)
- Grado 2 (16-25 mmhg)
- Grado 3 (26-35 mmhg)
- Grado 4 (> 35 mmhg)

Según diferentes publicaciones la monitorización de la PIA ayuda a reducir la morbi-mortalidad de los pacientes por la relación directa existente entre PIA, Hipertensión Intraabdominal (IAH) y Síndrome Compartimental Abdominal (ACS). Con esta monitorización podemos prevenir y tratar alteraciones que se producen como consecuencia de su aumento y que pueden producir alteraciones fisiopatológicas por la disminución de la perfusión capilar teniendo como resultado la disfunción de órganos imprescindibles para la vida.

Conclusiones

Numerosos estudios afirman que con la monitorización y control de esta constante conseguiremos mayor supervivencia de los pacientes críticos, evitando la IAH y ayudándonos a predecir la aparición del ACS.

Palabras clave

Presión Intraabdominal • UCI • Hipertensión Intraabdominal

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 311

CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PLANIFICACIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA TERAPIA CAR-T EN UNA UCI

Javier Pérez Dueñas; R. González-Urria; I. Carmona
Hospital Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

Describir las principales complicaciones y cuidados de enfermería (CE) asociados al Síndrome de liberación de citoquinas secundario a la terapia CAR-T. La terapia CAR-T se ha mostrado efectiva en Leucemia aguda linfoblástica, linfoma no Hodking y leucemia linfática crónica. Es un tratamiento de inmunoterapia consistente en la extracción de células T del paciente, modificándolas genéticamente, en laboratorio, asociándolas a un receptor (CAR "chimeric antigen receptor" para que ataquen a las células cancerígenas destruyéndolas), son cultivadas en grandes cantidades y se inyectan nuevamente al paciente, provocando que sean las propias células T las que actúen destruyendo las células tumorales. Como posibles efectos secundarios, entre otros, incluyen el síndrome de liberación de citoquinas (cytokine release syndrome, CRS) y problemas neurológicos. El CRS se produce cuando las células CAR-T provocan un aluvión de moléculas inflamatorias. Pudiendo cursar con fiebre, hipotensión, disnea y fallo multiorgánico. Representando un problema potencialmente mortal que requiere cuidados médicos y enfermeros intensivos. Como respuesta a este síndrome se aprobó tocilizumab, para detener y/o curar el CRS.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica existente: PubMed, Cuiden, y se compara con nuestra experiencia en el manejo de cuidados en pacientes con terapia CAR-T. Describiendo las principales complicaciones que pueden sufrir los pacientes tras producirse el CRS. Se distribuye por sistemas corporales, indicando el cuidado principal que debe realizarse de forma prioritaria.

Resultados/Intervenciones

Se identifican las complicaciones potenciales que pueden producirse en el paciente en todos sus sistemas, elaborando una tabla de CE a seguir para poder actuar de manera prioritaria sobre las mismas.

Conclusiones

Dado que Las complicaciones derivadas de la terapia CAR-T pueden ser múltiples y complejas, el hecho de tener identificados los CE que requieren estos pacientes, tras instaurarse el CRS, contribuye a que enfermería pueda responder de forma rápida y eficaz frente a dichas complicaciones.

Palabras clave

CAR-T • CRS (Sindrome de Liberación de citoquinas)|cuidados enfermeros

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 343

"CAPI" PARA CONOCER SI ES ADECUADA LA INFORMATIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO IMPLEMENTADO

Miguel Angel Giménez Lajara[1]; Montserrat Venturas Nieto[1]; María Susana Roig Serra[1]; Joaquín Fernández Álvarez[2]; Ángeles Melero García[3]; Immaculada Carmona Delgado[1]; Luis Basco Prado[1]
1. Hospital Clinico Barcelona; 2. Hospital Bellvitge; 3. Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

Unidades críticos están teniendo una alta sofisticación tratamientos farmacológicos y nuevas técnicas en los últimos años. Es necesario contar con algún tipo sistemas apoyo informático para gestionar la gran cantidad de inputs que están llegando a los profesionales. Queremos conocer si los softwares que se están implementando, como la informatización del apartado prescripción informatizada del tratamiento farmacológico, se está haciendo adecuadamente, según el criterio de los profesionales de enfermería, que son los que reciben están información, ya que, este apartado tiene una gran trascendencia si se comenten errores, que pueden ser muy graves en unidades de críticos con medicaciones muy complejas.

Metodología/Observación clínica

Construcción cuestionario CAPI, grupo Delphi 16 expertos, 2 rondas valoradas con índice validez contenido. Prueba piloto y análisis categoría de items %. Análisis validez constructo rotación varimax. La itercorrelación y consistencia interna con correlación Spearman y desviación estándar. Estabilidad temporal test-retest.

Resultados/Intervenciones

Cuestionario CAPI 18 preguntas. Valores > V Aiken > 0.67 y IVC > 0.7. Intercorrelación y consistencia interna en 4 dominios alfa de Cronbach > a 0.7 y media >2.99. Coeficientes correlación Spearman estadísticamente significativos 0.05. Prueba test-retest, demuestra estabilidad temporal, P-Valor <0.001 y coeficiente correlación intraclase > 0.77 en las 18 preguntas. Validez constructo, según rotación varimax 18 preguntas están encasilladas en 5 dimensiones. Aparece una 5 dimensión, Usabilidad, que en la reunión expertos inicial se quiso integrar en las 4 dimensiones. Definitivamente, se añade 5 dimensión a CAPI. Resultados validez constructo correctos, aunque 5 valores justos que se deciden dejar a la espera de que mejoren con muestra mayor en fase 2, estudio multicéntrico.

Conclusiones

- CAPI valido conocer informatización prescripción es adecuada para profesionales enfermería.
- CAPI herramienta útil para ayudar gestores conocer adecuación sistema prescripción tratamiento farmacológico informatizado x profesionales enfermería.
- Nivel satisfacción es alto frente a tradicional papel.
- Detección aspectos mejorables, comunicados a creadores para mejora.

Financiación

Este estudio no dispone de ayuda, beca o retribución.

Palabras clave

Herramienta • CAPI • Informatización • Herramienta • satisfacción

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 347

PROTOCOLO DE CUIDADO DE LOS OJOS EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cristina Díez Sáenz; Azucena Baeza Autillo; MA. Ordoñez Lozano
HGUGM

Objetivos/Introducción

Las características de nuestros pacientes los hacen vulnerables a lesiones oftalmológicas que en muchos casos pasan desapercibidas o se diagnostican demasiado tarde. Factores como la ventilación mecánica, estado de inconsciencia y sedación profunda, junto a la desaparición del reflejo del parpadeo, predisponen a desarrollar alteraciones de la superficie ocular del ojo del paciente crítico como:

1. Queratitis
2. Úlceras corneales
3. Perforaciones oculares
4. Ceguera.

La vigilancia y cuidado de los ojos permiten:

1. Disminuir la incidencia de este tipo de lesiones
2. Prevenir su aparición
3. Tratar a tiempo las lesiones que se detectan

Metodología/Observación clínica

Para realizar el protocolo se trabajó en colaboración con el servicio de oftalmología. Se identificaron factores de riesgo para el correcto funcionamiento del ojo, detección de lesiones y valoración del cuidado estándar actual de los ojos de nuestros pacientes y se utilizaron tratamientos con los productos disponibles en nuestro hospital.

1. Creación de un grupo de trabajo de personal de intensivos y oftalmólogos.
2. Análisis de situación
3. Detección de posibles patologías
4. Estudio de situaciones que afectan negativamente a la salud del ojo
5. Diseño de medidas accesibles en nuestro hospital

Resultados/Intervenciones

Se realizaron las siguientes intervenciones:

1. Diseño de un protocolo de actuación con algoritmo de manejo
2. Difusión de dicho algoritmo de manejo al personal médico y de enfermería
3. Formación a los profesionales de enfermería en la exploración ocular básica mediante exploración y detección de posibles lesiones que requieran evaluación por oftalmología
4. Diseño de un poster con algoritmo de manejo.

Conclusiones

El adecuado cuidado del ojo en el paciente crítico permite prevenir la aparición de lesiones y su detección precoz. El algoritmo de manejo es una herramienta fundamental para que la enfermera sepa identificar factores de riesgo, reconocer ojos patológicos y aplicar el tratamiento adecuado

Palabras clave

ojo • prevencion • lesiones corneales

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 101

CURSO DE SIMULACIÓN BASADO EN LAS GUIAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN CIRUGÍA CARDÍACA PARA LA ATENCIÓN DEL PARO CARDIO-RESPIRATORIO EN LA UCI

Laura Costa Capella[1]; O. Vallès Fructuoso[2]; A. Cardente Villarroya[1]; J. Castillo García[1]; E. Santafosta Gómez[1]; F. Sbraga[1]; B. Ruiz de Pablo[1]; R. Justel García[1]
1. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Hospital Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

Objetivo Diseñar un curso de simulación en el PCR en CCA englobando: algoritmo de actuación basado en la guía de soporte vital avanzado en cirugía cardíaca (CALS), identificación de roles y estrategias de comunicación asertiva en situaciones de estrés. Introducción El paro cardio-respiratorio (PCR) en la UCI de cirugía cardiaca (CCA) tiene una incidencia de 0,7-2,9% y requiere reesternotomía de urgencia en 5 minutos. Un buen manejo de las habilidades técnicas y no técnicas mejoran la supervivencia.

Metodología/Observación clínica

Se realizó estudio de deficiencias en la atención al PCR utilizando el Circulo de Deming. Se identificaron: la falta de coordinación entre equipos asistenciales, la dificultad para identificar a un líder y la ausencia de cursos de simulación periódicos, como principales causas del problema. Proponiéndose como acción de mejora la realización de cursos de entrenamiento para perfeccionar las habilidades de coordinación y comunicación entre miembros del equipo y simulación interdisciplinar en la atención del PCR en CCA basado en la guía CALS.

Resultados/Intervenciones

Se creó un grupo de trabajo con enfermeras de la UCI, perfusionistas, intensivistas y cirujanos cardíacos. Se escribió el procedimiento de actuación en la PCR en CCA y se grabó un video simulando la actuación según las guías CALS. El curso incluirá: algoritmo de actuación en la PCR en CCA, identificación de roles, comunicación asertiva, taller de vía aérea en el PCR y para vestirse estéril, apertura esternal y masaje cardíaco interno en pacientes con y sin Balón de Contrapulsación intraAórtico y/o ECMO y resolución de situaciones críticas de forma individual. Se plantea como objetivo la asistencia del 80% del personal al curso en el plazo de 1 año, realizando una evaluación de conocimientos y habilidades 3 meses después para valorar el grado de deterioro de las competencias adquiridas.

Conclusiones

Mejorar las habilidades no técnicas aumenta la supervivencia y las competencias de los profesionales.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

RCP • Cirugía Cardíaca • Reesternotomía • Simulación

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 171

ACOGIDA DE NUEVOS PROFESIONALES

Javier Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; RB. Fernández Ariza[2]; ML. Alcaraz Escribano[1]; E. Martínez Abril[1]; J. Inocencio Sánchez[3]; A. Inocencio Sánchez[4]; B. Alloza Vicente[1]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 4. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Nuestra unidad de cuidados está formada por 40 camas, lo que requiere de un gran número de profesional para desarrollar actividad asistencial en un entorno que nos exige habilidades y conocimientos específicos que garanticen la seguridad y calidad de los cuidados que aportamos a nuestros pacientes críticos. Contar con un manual que aporte unos mínimos conocimientos y presentación de nuestro servicio, facilitará en la medida de lo posible la continua incorporación de profesionales.

Metodología/Observación clínica

En la acogida de los nuevos profesionales en la unidad de cuidados críticos se establece un primer contacto con los supervisores del servicio, facilitando una guía de bienvenida de nuestro equipo, en la cual se muestra una descripción de la unidad, organización asistencial, conocimientos básicos y el proyecto de humanización que llevamos a cabo. Los puntos destacados en esta guía son organigrama, ubicación, teléfonos necesarios, estructura física de la unidad, fundamentos de la actividad, protocolos y manuales, calidad y seguridad, así como impartir formación.

Resultados/Intervenciones

Facilitar esta guía a los nuevos profesionales ayuda a que en su incorporación se minimice el miedo a lo desconocido y permita orientar a estos nuevos profesionales dentro de una estructura que les permita actuar de manera adecuada y favorezca la autosuficiencia del nuevo compañero.

Conclusiones

Realizar de esta manera la acogida a los nuevos profesionales, demuestra ser una herramienta útil para la posterior práctica de los cuidados de enfermería, mejorando la actuación de estos profesionales dentro del equipo multidisciplinar ya establecido

Palabras clave

Acogida • Profesionales • Unidad • Asistencial

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 274

EDUCANDO EN SALUD: LA ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MARCAPASOS PARTICIPA EN EL AULA DE PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA, DOCTOR NEGRÍN

Beatriz Yánez Quintana; M. Brito García; M. Rodríguez Santana; MªA. Hernández Viera
Hospital Universitario de Gran Canaria, Doctor Negrín

Objetivos/Introducción

El Aula de Pacientes del Hospital Universitario de Gran Canaria, Doctor Negrín, adscrito a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, es un proyecto de educación sanitaria que en sus 10 años de vida ha formado e informado en su patología a más de 8000 enfermos y familiares. El objetivo es ofrecer un espacio de formación, comunicación e información fuera del ámbito tradicional de las consultas.

Metodología/Observación clínica

A principios del 2018, la Unidad de Marcapasos (MP) perteneciente al Servicio de Medicina Intensiva quiso participar en la edición del Aula de Pacientes del Hospital.

Resultados/Intervenciones

El equipo de Enfermería, adquirió protagonismo en la programación prevista con la puesta en marcha de una charla dinámica y participativa que se llevó a cabo en Junio del 2018. El objetivo consistió en informar, asesorar y enseñar a los pacientes y familiares a llevar una vida totalmente normal tras un implante de MP, explicando todo lo que se puede hacer y lo que se debe de evitar, aclarando dudas, ahuyentando miedos y sobre todo el acompañarles en esa nueva experiencia que es la de vivir con un MP. Destacó la voz de los propios pacientes con sus anécdotas y vivencias.

Conclusiones

El objetivo fundamental de esta iniciativa y entre cuyas acciones se encuentra la promoción de la educación sanitaria y la participación ciudadana, es escuchar al paciente y a sus familiares e informarles sobre todos aquellos aspectos que correspondan a sus necesidades, con la finalidad de que aprendan a vivir con un MP y se impliquen activamente en el cuidado del mismo. Para lograrlo, se pretende dotarles de herramientas y conocimientos que respondan al nuevo modelo de paciente más activo que demanda más información y calidad de vida. Actualmente, seguimos interesados en participar y será en Mayo y Noviembre del 2019 las próximas charlas.

Palabras clave

Educación para la salud • Marcapasos • Cuidados de enfermería

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 345

NORMALIZACIÓN DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE NUEVOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Silvia Ana Torrente Vela; Sonia Gil Domínguez
Hospital 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La capacitación de los profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) requiere una formación continua con conocimientos específicos, esto se complica con la incorporación de nuevos profesionales, pudiendo disminuir la calidad de los cuidados. Se precisa de programas formativos que mejoren sus conocimientos previos y disminuyan el nivel de estrés que supone la incorporación a la UCIP.

Objetivo:

normalizar el proceso de incorporación de nuevos profesionales de enfermería a una unidad de cuidados intensivos pediátrica.

Metodología/Observación clínica

Se estableció una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cochrane, utilizando la siguiente estrategia: critical care,personal management, nurse, new staff, Plan, welcome, combinados con AND y OR. Los límites fueron el idioma (inglés o español), y la evidencia de los últimos 10 años (2009-2019).

Resultados/Intervenciones

Diseño del proceso de incorporación:

1. Formación teórico-práctica: 14h teóricas. 14H de formación práctica tuteladas por profesionales con experiencia en la unidad. Envío de material formativo on-line y diseño de un check-list con procedimientos a observar durante las prácticas.
2. Entrega de la guía de acogida de la unidad
3. Valoración por parte de los nuevos profesionales. Resultados de la valoración: la valoración global fue de 8,3. Un 83% de los profesionales valora la duración formativa como adecuada y un 66% refiere que es útil y práctica.

Conclusiones

La normalización del proceso de incorporación de los profesionales mejora la capacitación teorico-practica de los mismos. Deberíamos medir en próximos estudios si esta formación disminuye la sensación de estrés los profesionales.

Palabras clave

critical care • personal management • nurse • new staf

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 87

ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

Ana Fumanal Casaponsa[1]; S. Gámez[2]; J. Rosselló[1]; C. Díez[1]
1. Hospital Clínic de Barcelona; 2. Hospital Dos de Mayo

Objetivos/Introducción

La Angioplastia Pulmonar con Balón (BPA) se presenta como solución para la Hipertensión Pulmonar Tromboémbolica Crónica en la que no puede realizarse el tratamiento de elección que es la cirugía de endarterectomía pulmonar. El Hospital Clínic de Barcelona es centro CSUR de hipertensión pulmonar compleja. En 2016 se consideró necesario ofrecer la BPA como alternativa terapéutica para esta enfermedad, siendo la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR) la unidad de referencia.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo. Se registran las complicaciones de las BPAs en la UVIR llevadas a cabo desde su implantación hasta diciembre de 2018.

Variables:

- Frecuencia y ritmo cardiaco.
- Presión arterial.
- Saturación oxígeno.
- Edema de reperfusión.
- Hematoma, dolor o sangrado en el punto de punción.
- Insuficiencia renal secundaria a la utilización de contraste.
- Problemas de perfusión de la extremidad por donde se le ha realizado el cateterismo.
- Hemoptisis.

Resultados/Intervenciones

Se realizan un total de 25 BPAs. No se registra ninguna complicación como: hematoma, dolor o sangrado en el punto de punción, problemas de perfusión en la extremidad ni insuficiencia renal. Aparecen 1 caso de fibrilación auricular, 2 casos de edema de reperfusión y 2 de hemoptisis, todas de carácter leve. En 8 de los 25 procedimientos (32%) se registra hipotensión arterial (Presión Arterial Sistólica < 85 mmHg). En 4 de los 25 (16%) aparece bradicardia (Frecuencia Cardiaca < 50 lpm). En 3 de los 25 (12%) se registra desaturación (Sat 02 < 92%). El 90% de los pacientes estuvieron menos de 24 horas en la UVIR antes de ser trasladados a la unidad de hospitalización.

Conclusiones

Los pacientes a los que se les ha realizado una BPA no presentan complicaciones graves, destacando únicamente un caso de fibrilación auricular y dos casos de edema de reperfusión y hemoptisis, pero sin repercusión clínica.

Financiación

Sin Financiación

Palabras clave

Angioplastia pulmonar con Balón • Complicaciones • Monitorización

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 127

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Laura Giera Vives; MM. Chust Álvarez; NM. Martínez Lucas; JA. Simarro Blasco
Hospital Virgen de la Luz SESCAM, Cuenca

Objetivos/Introducción

Elaborar un plan de cuidados de enfermería estandarizado de pacientes con ventilación mecánica invasiva en cuidados intensivos, que ofrezca homogeneizar la actuación de los profesionales de enfermería y que sea a la vez integral, segura y eficaz.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en: PubMed, Dialnet, Elservier, google académico, Database.Los diagnósticos elaborados según la taxonomía NANDA interrelacionados con los NOC y NIC.

Resultados/Intervenciones

Destacamos:NANDA: Patrón respiratorio ineficaz (00032). NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) Estado respiratorio: ventilación (0403) Estado de los signos vitales (0802). NIC: Ventilación mecánica (3300) Oxigenoterapia (3320) Aspiración de las vías aéreas (3160) Control y seguimiento respiratorio (3350).NANDA: Deterioro de la respiración espontánea (00033). NOC: Estado respiratorio: ventilación (0403) Estado respiratorio: intercambio de gases (0402) Estado de los signos vitales (0802). NIC: Monitorización constantes vitales (6680) Control y seguimiento respiratorio (3350) Ventilación mecánica (3300). NANDA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031). NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) Estado respiratorio: intercambio de gases (0402). NIC: Aspiración de las vías aéreas (3160) Control y seguimiento respiratorio (3350) Fisioterapia respiratoria (3230) Precauciones para evitar la aspiración (3200). NANDA: Respuesta disfuncional al destete del ventilador (00034). NOC: Control de la ansiedad (1402) Nivel de ansiedad 81211). NIC: Destete de la ventilación mecánica (3310) Disminución de la ansiedad (5820) Terapia de relajación (6040) Mejorar el afrontamiento (5230). NANDA: Riesgo de integridad cutánea (00046). NOC: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204) Detección de riesgos (1908) Movilidad (0208). NIC: Prevención de las ulceras por presión (3540) Vigilancia de la piel (3590) manejo de presiones (3500) Cambio de posición (8040).

Conclusiones

Los planes de cuidados estandarizados son herramientas eficaces que permiten unificar criterios para garantiza la atención integral al paciente y proporciona una actuación de enfermería homogénea y coordinada

Financiación

NO

Palabras clave

Ventilación mecánica • Cuidados de enfermería • Plan de cuidados

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 361

UNA DÉCADA DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Luz Delgado
Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) es un problema grave que las Unidades de Vigilancia Intensiva(UVI) enfrentan, esto nos ha llevado a desarrollar una serie de proyectos con el objetivo de disminuir la tasa de densidad. Se revisó una década de 2007 a 2017 con la finalidad de evaluar nuestros cuidados de enfermería y mejorar la calidad asistencial.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo y descriptivo de la UVI de la Fundación Jiménez Díaz (FJD) de 15 camas hasta 2009 ampliando desde 2010 a 18 camas, se incluyeron aquellos pacientes con más de 2 días de ingreso intubados y que desarrollaron una NAVM en la unidad, revisamos datos estadísticos de Densidad de Incidencia (DI) del 2007-2017 de nuestro hospital así como de ENVIN -HELICS, también APACHEII de ingreso, tiempo de estancia y éxitus de nuestra unidad. Las tasa de DI de NAVM se expresaron en casos por 1000 días de ventilación mecánica (ver tabla adjunta).

Resultados/Intervenciones

La DI de NAVM en la UVI de la FJD desde el 2007 -2010 estuvo por encima de la tasa en España, posteriormente disminuyó hasta un 2.7%0 días de VM. Las medidas preventivas por enfermería se implementaron y adaptaron a los proyectos con formación continuada, revisión de los protocolos, vigilancia de la infección, y medidas de protección e higiene. El éxitus fue 11.32%, con un APACHE II de ingreso de 9.88 y estancia media 9.8±11.47 días.

Conclusiones

La revisión de 10 años de NAVM nos permite revisar la efectividad de las medidas preventivas. La formación y la participación de todo el personal en el seguimiento de los proyectos establecidos nos ha permitido disminuir la DI de la NAVM. El uso de protocolos favorece las intervenciones de enfermería.

Financiación

Fundación Jiménez Díaz

Palabras clave

Neumonía • ventilación mecánica • incidencia

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 50

RESULTADO DE UNA ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Josefa Escobar Lavela; MC. Martín Gigorro; MP. González Pascual; EM. Hernández Sánchez
Hospital Universitario del Sureste-Arganda del Rey, Madrid

Objetivos

- Mantener la cultura de seguridad del paciente
- Incentivar la notificación de incidentes y errores de medicación

Mantener la cultura de Seguridad del paciente en nuestro Servicio, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste en Arganda del Rey (Madrid), lo consideramos imprescindible. Es por ello que el Grupo de Seguridad multidisciplinar de UCI decidió elaborar una encuesta para cumplimentar los trabajadores, respecto a la notificación de los incidentes, eventos adversos y errores de medicación, dada la importancia de que los profesionales notifiquen.

Metodología/Observación clínica

La notificación de incidentes y errores de medicación por los profesionales de la UCI se lleva a cabo mediante el sistema CISEMadrid. Para valorar la importancia de dichas notificaciones, las dificultades que pueden encontrar al hacerlo, así como qué podría hacer el Grupo de Seguridad para mejorar la notificación y la cultura de seguridad en la UCI, se realizó la encuesta, durante una semana en el mes de octubre, siendo anónima y de carácter voluntario.

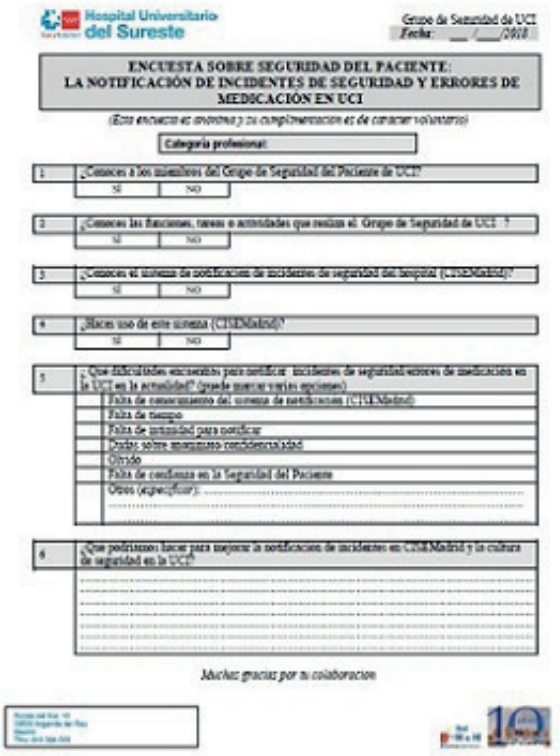
Resultados/Intervenciones

- Entregadas 51
- Rellenadas 41
- Participación 80,4%

DUES 17, TCAES 8, Intensivistas 5, Sin Categoría 11

Dificultades: Olvido, falta de tiempo y dudas sobre el anonimato/confidencialidad

Qué hacer para mejorar la notificación y la cultura de seguridad: Cursos de formación y garantizar la confidencialidad


Hospital Universitario del Sureste

Grupo de Seguridad de UCI
Fecha: ___/___/2018

ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE:
LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD Y ERRORES DE MEDICACIÓN EN UCI

(Esta encuesta es anónima y su cumplimentación es de carácter voluntario)

Categoría profesional:

1 ¿Conoces a los miembros del Grupo de Seguridad del Paciente de UCI? SI NO

2 ¿Conoces las funciones, tareas o actividades que realiza el Grupo de Seguridad de UCI ? SI NO

3 ¿Conoces el sistema de notificación de incidentes de seguridad del hospital (CISEMadrid)? SI NO

4 ¿Haces uso de este sistema (CISEMadrid)? SI NO

5 ¿Qué dificultades encuentras para notificar incidentes de seguridad/errores de medicación en la UCI en la actualidad? (puede marcar varias opciones)
- Falta de conocimiento del sistema de notificación (CISEMadrid)
- Falta de tiempo
- Falta de actitud para notificar
- Dudas sobre mantenimiento confidencialidad
- Olvido
- Falta de confianza en la Seguridad del Paciente
- Otros (especificar): .....

6 ¿Qué podríamos hacer para mejorar la notificación de incidentes en CISEMadrid y la cultura de seguridad en la UCI?
.....

Muchas gracias por tu colaboración

Conclusiones

- El 85,4% de los profesionales conoce el sistema de notificación pero solo hace uso del mismo el 36,6% ya que se olvidan notificar, por falta de tiempo, la duda del anonimato/confidencialidad y en algún caso por falta de conocimiento del sistema.
- Como medida de mejora, se seguirá impartiendo formación en Seguridad del paciente y se insistirá en que el anonimato de las notificaciones se garantiza.
- Hacer ver al personal que para notificar no hace falta estar formado, con la intención de hacerlo basta.

Palabras clave

Encuesta • notificación • incidentes • seguridad

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 195

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Ainara Arana Azula; A. Burzako Pérez; P. Olaechea Astigarraga
Hospital Galdakao-Usansolo

Objetivos/Introducción

La ronda de seguridad (RS) fue propuesta inicialmente por el proyecto Bacteriemia zero como herramienta que ayuda a mejorar la cultura de seguridad del paciente mediante el control de calidad de los cuidados de enfermería ligados a la utilización de dispositivos. Describir la evolución de la aplicación de las RS en nuestra UCI y adaptarlas a las necesidades en cuestiones de seguridad de la Unidad.

Metodología/Observación clínica

Descripción de la evolución de las RS basadas en la implantación de proyectos Zero y en otras áreas de mejora detectadas.

Resultados/Intervenciones

En el año 2009 se iniciaron las RS en UCI con la participación de profesionales de enfermería. En total se han realizado 20 rondas y se han revisado 151 pacientes. En las primeras rondas se incluyeron ítems relacionados con la inserción de catéteres con el proyecto Bacteriemia Zero. Posteriormente se añadió el proyecto Neumonía zero que incluyó ítems relacionados con la ventilación mecánica y la aplicación de descontaminación digestiva selectiva; la prevención de las UPP ; el proyecto Resistencia zero y finalmente el de la Flebitis Zero, la Monitorización y el proyecto ITU Zero. Actualmente registramos 44 ítems. Se ha realizado una APP informática que permite la introducción de datos en el teléfono y su posterior análisis. Las áreas de mejora detectadas principalmente fueron la prevención de UPP y los cuidados de las vías periféricas. Tras la implantación del plan de mejora se han ido corrigiendo todos los proyectos.

Conclusiones

Aunque las rondas de seguridad iniciaron ligadas a un proyecto de intervención, la adaptación de la misma a las necesidades del Servicio han hecho posible una mejora en la calidad de los cuidados traduciéndose en unas tasas de infección por debajo de los estándares establecidos.

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 234

MEDSIV. UNA APLICACIÓN PARA EVITAR ERRORES EN LA MEDICACIÓN

Augusto Aguilera López; MJ. Aranda Ruiz; JJ. Santos Pérez
Área Sanitaria Norte de Málaga

Objetivos/Introducción

Garantizar la seguridad del paciente a la hora de la administración de tratamientos. Obtener un acceso rápido a las formas de administración de tratamientos y sus recomendaciones

Metodología/Observación clínica

Hemos elaborado una aplicación de fácil y rápido acceso a la hora de administrar una medicación (MEDsIV). Se trata de una aplicación informática, en la que tras introducir el principio activo o nombre comercial de un fármaco, se accede a un menú en el que se especifican las distintas diluciones, vías y tiempo de administración, así como los distintos datos a tener en cuenta como efectos secundarios y signos y síntomas de alarma. Por otro lado se han desarrollado una serie de “menús de acceso” a documentación como fichas terapéuticas, interacciones medicamentosas y pautas a seguir en el caso de que aparezcan efectos indeseados en los pacientes.

Resultados/Intervenciones

Seguir los cinco principios básicos de la administración de medicamentos. Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos. Administrar la medicación intravenosa a la velocidad adecuada. Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.

Conclusiones

Con esta aplicación informática se consigue tener acceso rápido a los distintos fármacos que más se utilizan en nuestra unidad, favoreciendo así la correcta administración y la actuación precoz en el caso de la aparición de efectos secundarios o indeseados.

Financiación

No existe financiación pública ni privada

Palabras clave

seguridad del paciente|errores de medicación • sistemas de medicación

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 312

APLICACIÓN DEL CHECK LIST COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD EN EL POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN

Mónica Juncos Gozalo; S. Aparicio Ibáñez; D. Molina Villaverde; I. Araque Criado; A. Ponce Figuereo
Hospital Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

La llegada de un paciente trasplantado hepático a una unidad de reanimación requiere un protocolo previo de organización / planificación tanto de los cuidados como del entorno que le rodea, por ello el personal debe estar altamente cualificado y coordinado. Durante el ingreso interviene un equipo multidisciplinar por lo que la comunicación y la transferencia de la información debe ser adecuada.Trabajar con procedimientos estandarizados de manera repetitiva puede conllevar a errores, el uso del check list tiene como objetivo principal comprobar de manera sistemática el cumplimiento de dichos procedimientos y evitar brechas en la seguridad del paciente.

El objetivo del presente trabajo es la implementación del check list en diferentes etapas del ingreso del paciente trasplantado para favorecer un entorno seguro y una comunicación efectiva entre profesionales.

Metodología/Observación clínica

- Reuniones multidisciplinares entre servicios implicados para evaluar y garantizar una transferencia adecuada del paciente.
- Evaluación de contexto y las necesidades del paciente trasplantado de cara a la adecuación del check list.
- Implicación del personal de enfermería en la implantación, cumplimiento y monitorización.
- Elaboración de los check list y puesta en funcionamiento:
  - Check list de confirmación del habitáculo.
  - Check list de transferencia de Quirófano a Reanimación.
  - Check list de transferencia de Reanimación a unidad de hospitalización.

Resultados/Intervenciones

- Implicación del 100% del personal en su registro.
- Indicador de seguimiento del 100%.

Conclusiones

La incorporación del check-list a la práctica diaria nos permite proporcionar una mayor calidad en el cuidado del paciente, favoreciendo el trabajo en equipo y mejora la comunicación entre los profesionales.Ha demostrado ser una herramienta eficaz tanto para garantizar la correcta ejecución de actividades como en la prevención de errors y eventos adversos.

Financiación

No.

Palabras clave

Check list • seguridad • reanimación

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 13:50 a 14:10 h.**

ID 117

EVOLUCIÓN DE LOS DONANTES DE ÓRGANOS EN ESPAÑA

Coral Checa Osma; R. Checa Osma; JA. Simarro Blasco; V. Osma Pérez; I. Martínez Toledo; JM. Blanco Calonge; M. Abanades Contreras; M. Noheda Recuenco; N. Abanades Bascuñana; S. Bascuñana Nieto
Hospital Virgen de la Luz SESCAM, Cuenca

Objetivos/Introducción

El sistema de trasplante español ha llevado a ser líderes mundiales en donación durante 26 años consecutivos, con un aumento continuo en las tasas de donantes por millón de población (pmp). Objetivos: Mostrar número de donantes, tasas y porcentaje de donación en asistolia, y número de trasplantes desde 2013 - 2017.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de los datos estadísticos publicados por el ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Desde los años 2013-2017.

Resultados/Intervenciones

El número de donantes ha pasado de 1655 en 2013, a 2183 en 2017. Con tasas que han llegado a 46,6 pmp. Donantes en asistolia en 2013 fueron 159 (10%), aumentando progresivamente hasta 573 (26%) en 2017. Trasplantados 4279 en 2013 y 5259 en 2017.

Conclusiones

En las tablas comparativas año tras año se ve como van aumentando, a la vez que se ve como ha aumentado la donación en asistolia. Apostando en la evolución de la donación en asistolia y mejorando todos los protocolos, se podrá llegar a tasa mucho mas altas, aumentando los trasplantes, con las consecuencias de aumento en salud y reducción de gastos sobradamente demostrada.

Financiación

No

Palabras clave

Donación órganos • España • Evolución • Donación en asistolia

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 13:50 a 14:10 h.**

ID 125

PROTOCOLO ACTUACIÓN EN DONACIÓN EN ASISTOLIA TIPO II

Coral Checa Osma; R. Checa Osma; V. Osma Pérez; JA. Simarro Blasco; M. Noheda Recuenco; I. Martínez Toledo; M. Abanades Contreras; P. Abanades González; S. Bascuñana Nieto; M. Bascuñana Blasco
Hospital Virgen de la Luz SESCAM, Cuenca

Objetivos/Introducción

La donación en asitolia (DA) predominante en españa es la tipo II. Objetivos: Elaborar protocolo de actuación para preservarlos órganos en un donate tipo II Maastrich

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica: PubMed, Dialnet, Elservier, Google Acadmémico, ONT. Reunión de expertos y elaboración de protocolo.

Resultados/Intervenciones

Tras 30 minutos de RCP, si no se ha logrado revertir la situación de PCR (latido eficaz), valorar y plantear la inclusión en paciente de Donación en Asistolia (DA): Fase 1 Asistencia extrahospitalaria: Alerta centro hospitalario de referencia. Localizar y cuidar a la familia. Oxigenación y ventilación Prevención de ifecciónes. Masaje cardiaco externo. Acceso venoso, fluidos y fáracos. Nunca Femoral. Trasporte a velocidad constante. Fase 2 Mantener RCP hasta Uci y ventilación mecánica. Comprobar presencia de asitolia Anlitica, serología grupo. Poner bolo heparian (500 U/KG) Comprobar disposición juez. Infromación familiar. IMPRESCINDIBLE Pasar a bloque quirúrgico.

Conclusiones

La rapidez y el tener claro cada miembro del equipo y del sistema sus funciones, asegura una mejor viabilidad de los órganos. Este protocolo debe fidundirse entre los equipos de Emergencias Medicalizadas, Urgencias hospitalarias, UCI, equipo de coordinación de donantes y Bloque quirúrgico con el equipo extractor.

Palabras clave

Donación • Donación en asistolia • Cuidados de enfermería • Protocolo

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 13:50 a 14:10 h.**

ID 277

EFECTIVIDAD DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Jorge Vallejo Baez[1]; MJ. Molero Pardo[1]; R. Pérez Dormido[2]; I. Rivas Rodríguez[1]; B. Sanz Pachecho[1]; P. Lara Domínguez[1]

1. Hospital Universitario Virgen de la Victoria; 2. Hospital Antequera

Objetivos/Introducción

Incorporar en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la donación en los cuidados al final de la vida es una obligación de los profesionales sanitarios y un elemento indispensable para conseguir la autosuficiencia. Enfermería juega un papel fundamental en el proceso de las decisiones consensuadas con la familia en la limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Que el proceso se desarrolle con normalidad es el garante de que la familia acepte la donación.

Objetivo:

describir la efectividad de la donación en asistolia controlada (DAC) en nuestro Hospital.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de los Donantes en Asistolia Controlada en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria desde el inicio del programa.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 56 donantes efectivos por DAC, con la siguiente correlación histórica: 2012: 1; 2013: 1; 2014: 5; 2015: 13; 2016: 13; 2017: 10; 2018: 13) suponiendo a día de hoy aproximadamente el 25% de los donantes generados en el Hospital. Por otra parte los órganos generados viables para trasplante han sido de 101 clasificados en 14 hígados y 87 riñones; por otro lado, estos donantes generaron también 86 córneas, 37 donaciones de tejidos, 15 de tendones y 5 bloques cardiacos aptos para válvulas.

Conclusiones

El programa de Donación en Asistolia Controlada surgió en el Hospital en el año 2012, aumentado de forma exponencial en el periodo estudiado. La efectividad de este programa ha sido de 1,801 órganos válidos por donante, lo cual es un resultado muy semejante a los donantes provenientes de muerte encefálica. Es una vía aún en desarrollo, en el que enfermería juega un papel fundamental tanto en la toma de decisiones como en el mantenimiento y en el procedimiento quirúrgico y logístico, por lo que la formación continua de estos profesionales se hace indispensable.

Palabras clave

enfermería • donación en asistolia • UCI

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 13:50 a 14:10 h.**

ID 305

CARACTERÍSTICAS DE LA DONACIÓN DE TEJIDOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Jaume Uya Muntaña[1]; MC. Alcazar Vives[2]; A. Cabrejas Ayuso[3]; E. Oliver Juan[1]; M. Cano Puig[1]; GJ. Moreno González[1]; A. González Pujol[1]

Hospital Universitari de Bellvitge. Idibell; 2. Donor Center Catalunya; 3. Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), dadas las características de los pacientes que atiende, la mortalidad es más elevada en comparación con otras unidades. La donación de órganos y tejidos es una opción que debe considerarse al final de la vida y ofrecerse a todo allegado de un paciente crítico que ha fallecido. Se entiende como donación de tejidos: corneas, válvulas cardíacas, hueso, tendón y arterias y, puede efectuarse hasta 24 horas después de la parada cardiorespiratoria sin que la integridad del tejido se vea afectada. Determinar la incidencia y características de los donantes de tejido cadavérico de las UCI de un hospital de tercer nivel.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en las UCI de un hospital de tercer nivel durante el año 2018. Estadística descriptiva. Obtención de datos:análisis de la historia clínica informatizada de los pacientes fallecidos durante periodo estudio. Análisis estadístico: Microsoft Excel.

Resultados/Intervenciones

Fallecieron en período estudio 337 pacientes. Donantes 89 (23,6%): x edad 68 años, 65% hombres y 35% mujeres. 37 fueron donantes órganos y tejidos (41,58%), 11 multitejidos (12,35%) y 41 córneas (46,07%). De los pacientes fallecidos, 288 no fueron donantes por: 1(0,34%) negativa judicial, 15 imposibilidad localización familia (5,3%), 42 negativa familiar o propio paciente (14,58%) y 148 contraindicación (51,40%): destaca sepsis activa (48%), enfermedad hematológica (16%) y detección de serologías positivas (10,81%).

Conclusiones

En las UCI estudiadas el 23,6% de los pacientes fallecidos fueron donantes de tejidos. El donante habitual es un hombre de 68 años de media y que ingresa por un accidente vascular cerebral. El 58,42% de estos fueron donantes exclusivamente de tejidos. Del resto de fallecidos (288), el 14,58% se descartó por negativa familiar y el resto no cumplieron criterios de donación de tejidos (51,40%): entre los que destacan la sepsis activa (48%), la enfermedad hematológica (16%) y la detección de serologías positivas (10,81%).

Palabras clave

Unidad de Cuidados Intensivos • Donación de órganos y tejidos • Cuidados al final de la vida

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 14:10 a 14:30 h.**

ID 79

REGISTRO GUIADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

María Jesús Lanillos de la Cruz; L. Torres Fernández; C. Pereo Yagüe; Y. Granda Miranda; P. Rojo Villar; MI. Jiménez López-Peláez; H. Rubio Pinillos; R. García Molpeceres
Hospital Universitario Sescam Guadalajara

Objetivos/Introducción

La aparición de úlceras por presión (UPP) en el paciente critico supone un importante problema de salud, con un impacto significativo en su morbimortalidad, aumentando también el riesgo de colonización por microorganismos multirresistentes, siendo causa de dolor y disconfort y suponiendo secuelas más allá del alta hospitalaria. Resulta imprescindible unificar criterios a la hora de su abordaje y que estos estén basados en la evidencia científica. Nuestro objetivo, por tanto, es elaborar una hoja de registro que sirva de guía en la toma rápida de decisiones, así como crear un sistema de recogida de datos sobre UPP.

Metodología/Observación clínica

Creación de un grupo de trabajo sobre UPP propuesto a todo el personal de enfermería de la unidad. Revisión de guias, protocolos, hojas de registro, sistemas informáticos de registro de datos.

Resultados/Intervenciones

- Elaboración de un documento que cumple con los criterios del conjunto mínimo de datos para registro de UPP, en el orden que se registra en la aplicación informática al alta, con todos los datos que consideramos de interés para la cura y para su posterior análisis.
- Se consigue una hoja de registro clara, fácil de cumplimentar y completa, que dispone de una tabla de tratamiento muy visual al dorso, junto con escala de valoración de la evolución y normas de recogida de muestras para cultivo.

Conclusiones

La hoja de registro guiada:

- Obliga a la recogida de todos los datos imprescindibles en la valoración de cualquier UPP.
- Unifica criterios, basados en la evidencia científica, evitando dudas en el momento de la cura, sirviendo a su vez de guía de actuación.
- Permite la recogida de datos en nuestra unidad y su análisis posterior.

Palabras clave

UPP • Registro guiado

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 14:10 a 14:30 h.**

ID 301

A PROPÓSITO DE UN CASO: ABORDAJE ENFERMERO DE UN PACIENTE CON FALLO CUTÁNEO EN CONTEXTO DE FALLO MULTIORGÁNICO

Raquel Franco; A. Medina; AM. Castro; R. Genaro; MT. Marco; MD. Miró; F. Cordón
Hospital Plató

Objetivos/Introducción

El fallo cutáneo (FC) o fracaso de la piel es un estado clínico en el que la tolerancia tisular se ve comprometida a causa de la hipoxia, del suministro alterado de nutrientes, estrés mecánico local... e incluye la presencia de lesiones por presión secundarias al establecimiento de un fallo multiorgánico. Las últimas tendencias abarcan en esta categoría a algunas úlceras por presión.

Objetivos:

- Detectar precozmente de FC en pacientes con fallo multiorgánico que presenten ulceras por presión con evolución tórpida en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Plató.
- Determinar la conducta enfermera a seguir ante la detección de un caso.
- Evaluar la eficacia de los nuevos tratamientos aplicados.

Metodología/Observación clínica

La metodología aplicada es mediante el análisis y la observación directa de un caso clínico y revisión bibliográfica. Mujer de 76 años con múltiples antecedentes patológicos y escasa adherencia terapéutica que ingresa en servicio de medicina intensiva por shock séptico relacionado con úlcera de grado IV de evolución tórpida.

Resultados/Intervenciones

Elaboración de un plan de cuidados enfermero individualizado siguiendo metodología NIC/NOC. El efecto terapéutico de la terapia de presión negativa favoreció el proceso de cicatrización, disminución del exudado y de los signos de infección que facilitaron el cierre de la herida por segunda intención. No obstante, no supuso un tratamiento de éxito debido al fallo multiorgánico que presentaba la paciente.

Conclusiones

En la realización de un plan de cuidados individualizado, el fallo cutáneo puede darse aun cuando se conoce el riesgo y se han implementado las intervenciones preventivas adecuadas. La evolución tórpida de una úlcera por presión es un valor predictivo de mortalidad y se asocia con el fallo multiorgánico.

Palabras clave

fallo cutáneo • fallo multiorgánico • úlcera por presión • terapia de presión negativa • enfermeria • cuidados intensivos • prevención • curas

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 14:10 a 14:30 h.**

ID 335

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN MEATO URINARIO EN EL PACIENTE CON SONDA VESICAL EN UCI

Sara Tejero Bernardo; Miriam Martínez Tamayo; Nuria Sanabria Pece; Ainara Soto Izquierdo
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones producidas en la piel, representan un problema asistencial; en el 95% de los casos, evitables. Encontramos con frecuencia UPP en meato urinario por el decúbito de la sonda vesical (SV). Las UPP se asocian a una mayor morbi-mortalidad de los pacientes, por ello son de gran importancia todas las medidas de prevención. La primera, es la identificación de los pacientes susceptibles de desarrollarlas, por lo que es de gran utilidad el uso de escalas que midan este riesgo, para instaurar precozmente los cuidados apropiados. Hemos observado un aumento del número de pacientes varones que presentaban UPP en el meato urinario al ser portadores de SV. Por ello, hemos realizado un estudio y hemos determinado que la causa más probable sea una mala praxis a la hora de colocar los pañales.

Objetivos:
Principal: determinar cuál es el factor de riesgo desencadenante.
Secundario: establecer medidas correctoras y valorar la implantación de un protocolo

Metodología/Observación clínica

Estudio analítico prospectivo en la UCI del Hospital Univesitario Germans Trias i Pujol. Se incluyeron todos los pacientes ingresados entre enero y diciembre 2018, portadores de SV y varones. Variables a analizar fueron la edad, días de estancia y sondaje, calibre de la sonda, dispositivo de PIA o no, sedación, albúmina, sedestación y uso de pañal.

Resultados/Intervenciones

Aún en proceso de análisis se observa que hay un incremento significativo en aquellos pacientes portadores de pañal y con mayor días de ingreso. Por ello, se establecerán como medidas preventivas, cambio de lado de la cama del uriméter c/24h y un uso restringido de pañal.

Conclusiones

Hemos podido observar que el factor más significativo es la mala utilización y colocación del pañal durante la estancia en UCI. La mala colocación, el sujetarlos en exceso, o el uso innecesario, lleva a tener más riesgo de desarrollar una UPP en el meato urinario.

Palabras clave

Úlcera por presión • cuidados intensivos • SV • pañal

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 14:10 a 14:30 h.**

ID 342

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA

Marta Mas Xancó; M. López Cuerva; A. Gort Mas; C. Ramos Salido; S. Aulet Lucas; Bonet Cruces; R. Mata López
Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

El personal sanitario se enfrenta al reto de la prevención de las UPP al entorno sanitario a causa de periodos prolongados de inmovilidad del paciente y de los factores de riego preexistentes de muchos de los pacientes quirúrgicos. Con este estudio se pretende implementar un registro enfermero para la prevención y control de las UPP en pacientes postoperados de cirugía cardiaca desde la llegada de quirófano al servicio de vigilancia intensiva cardiaca (VIC).

Metodología/Observación clínica

- Identificar las medidas de prevención de UPP en pacientes intervenidos de cirugía cardiaca.
- Determinar el impacto de la implementación de un registro enfermero dirigido a la prevención y control de las UPP en pacientes sometidos a cirugía cardiaca.

Resultados/Intervenciones

Establecer personal de referencia para poder prestar una formación individualizada que nos permita analizar las dudas e incidencias que puedan surgir durante el procedimiento, y así, asegurar un mayor rendimiento en el futuro.

Conclusiones

La presencia de planes de curas y protocolos estandarizados en las unidades los cuales estan basados en la investigación científica, garantiza unos mejores cuidados y una atención óptima de los pacientes.

Palabras clave

Úlceras por presión prevención • cirugía cardiaca

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 14:30 a 14:50 h.**

ID 113

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS AVISOS URGENTES INTRAHOSPITALARIOS ATENDIDOS DESDE LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (UMI) DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Maria José Rodríguez Borrajo; M. Arana Monte; E. Gutiérrez Fernández; A. Díez de Ulzurrún Benito; S. Blanco Rodríguez; N. Ávila Guerra; N. Jiménez Lucas; A. Gallego Escolar; MT. Ruíz Armentia
Hospital Universitario de Álava

Objetivos/Introducción

Describir los avisos urgentes atendidos desde nuestra unidad entre el 01/01/2014 y 31/12/2018. Evaluar los resultados obtenidos

Metodología/Observación clínica

Analizamos los casos incluidos en el sistema de registro de aviso de PCR (Parada Cardio Respiratoria) hospitalaria. Se registraron: procedencia del aviso, motivo, intervención realizada, tiempo por actuación, resultado, días de ingreso y estado neurológico de los supervivientes

Resultados/Intervenciones

Hubo 140 avisos: 79 fueron asistolia, fibrilación ventricular o actividad sin pulso, 22 de causa respiratoria, 18 síncopes, 12 taquiarritmias/bradicardia extrema, 4 crisis convulsivas. El 65% de los avisos procedió de plantas médicas y un 16,44% de servicios centrales. El tiempo medio por actuación: 25,2 minutos. Actuaciones realizadas: RCP avanzada (81), desfibrilación (18), marcapasos temporal (3). Pericardiocentesis (3). Tras la actuación 38 pacientes fallecen (11 se consideraron no reanimables) y 78 ingresan en UMI. De estos, 26 fallecen en UMI, 3 se trasladan a otro centro, 10 fallecen en planta tras el alta de UMI, y 39 se van de alta a casa después de 5,75 días de ingreso en UMI y 10,64 días en planta. Se realizó RCP avanzada a 85 pacientes (65,9% de los avisos reanimables). El 61,2% eran hombres; la edad media 74,8. De ellos 31 fallecen en el mismo momento, 20 fallecen en intensivos, 6 en planta, 3 se trasladan a otro hospital y 25 se van de alta después de 8,29 días en intensivos y 10,24 en planta (28,4% de las PCR susceptibles de reanimación). La edad media de los pacientes que se van a casa después de una rcp es de 73,83. Sólo 1 paciente tuvo déficit neurológico por encefalopatía anóxica (déficit moderado)

Conclusiones

Aunque nuestros resultados son buenos, destacar la importancia de la formación, sobre todo en las unidades médicas, para aprender a detectar precozmente situaciones de riesgo de desencadenar una PCR y poder prevenirla

Palabras clave

Avisos urgentes intrahospitalarios • Paradas cardio respiratorias

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 14:30 a 14:50 h.**

ID 275

PERFORACIÓN POR CUERPO EXTRAÑO, CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA; Y CON DESENLACE SATISFACTORIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

José María Martínez Oliva[1]; C. Alonso Villa[2]: MC. Armero Sánchez[1]; M. Martínez Guerrero[1]; A. López Amorós[1]; J. Rodríguez Soler[1]; R. Bermejo Jiménez[1]; FJ. López Alacid[1]; L. Navarro Sanz[1]; FJ. Paredes Pérez[1]

1. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, servicio UCI; 2. Hospital Quirón Murcia, servicio UCI

Objetivos/Introducción

Describir un caso clínico poco común en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Perforación por cuerpo extraño (hueso astillado de conejo) en colon descendente.Elaborar un plan de cuidados individualizado para la paciente en el servicio de Uciutilizando el modelo conceptual de Margory Gordon y las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

Metodología/Observación clínica

Paciente de 61 años que, acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre de 3 días de evolución. Se realiza TAC abdominal, y se detecta el hueso de conejo. Se realiza laparotomía encontrando perforación en colon descendente. El 4º día postoperatorio avisan por dolor abdominal y se diagnostica una peritonitis fecaloidea, provocando una sepsis y durante la inducción anestésica la paciente sufre broncoaspiración de abundante contenido digestivo. Pasa a Uci intubada y conectada a ventilación mecánica con FiO2 alta, inestabilidad hemodinámica.Antecedentes:No alergias conocidas. Artritis Enfermedad actualDolor abdominal y fiebre de 3 días de evolución Datos objetivos y exploración física:Coma anestésico, intubada y conectada a ventilación mecánica. Obesa y escaso peristaltismo.

Resultados/Intervenciones

Aplicación del proceso enfermero y plan de cuidados personalizado Se centra en dos diagnósticos enfermeros (principalmente): (00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga (y deterioro musculoesquelético) manifestado por obesidad, que precisa vía aérea artificial y ventilaciónmecánica. (00046) Deterioro de la Integridad Cutánea, relacionado con Inmovilización física. Se aplicaron NIC y NOC relacionados.

Conclusiones

Caso sencillo y curioso que evolucionó tórpidamente pero desarrolló un desenlace satisfactorio con recuperación de la paciente y alta a planta.

Financiación

No ha habido financiación pública ni privada.

Palabras clave

Cuerpo extraño • Cuidados críticos • Caso clínico

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 14:30 a 14:50 h.**

ID 333

CÓMO ENFRENTARNOS A UN CASO COMPLEJO: PACIENTE CON FUNCIÓN PULMONAR COMPROMETIDA Y CON FALLO CARDÍACO AGUDO

Almudena Mateos; M. Vega Castosa
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos/Introducción

En los pacientes que ingresan con un trombo pulmonar y fallo cardiaco derecho, como era este caso, es fundamental coordinar muy bien todo el equipo para poder instaurar un dispositivo de asistencia pulmonar y circulatoria que asegure la vida del paciente (ECMO). La guía clínica que publica la ELSO (sociedad que regula el uso del dispositivo de asistencia circulatoria, VA-ECMO) establece unas indicaciones concretas que cumplía nuestro paciente. Se recoge este caso con el objetivo de analizar la actuación enfermera frente a las complicaciones que presentó el paciente y mejorar así nuestra práctica clínica.

Metodología/Observación clínica

El paciente ingresó en Urgencias con signos de disnea en reposo de varios días de evolución. Se diagnosticó Tomboembolismo Pulmonar (TEP), Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) y Shock Cardiogénico (SC). En este contexto, ingresa en nuestra UCI.

Resultados/Intervenciones

Se instauró VA-ECMO.A lo largo del ingreso y hasta su éxitus, presenta varias complicaciones: sangrado, hipovolemia (problema en drenaje venoso), Síndrome de Arlequín, alteración neurológica, entre otros. Requirió traslados hospitalarios hasta TAC y Radiología intervencionista. El paciente llevó circuito VA-ECMO 19 días. Las enfermeras de UCI fueron responsables del seguimiento del dispositivo ECMO (presiones, control gasométrico, coagulación, monitorización hemodinámica, ventilación mecánica) y todos los demás cuidados del paciente.

Conclusiones

1. La instauración del VA-ECMO en UCI es viable con formación previa del personal y del material necesario.
2. El dispositivo VA-ECMO se mantuvo 19 días bajo estrecha vigilancia.
3. Los traslados intrahospitalarios no impidieron el correcto funcionamiento del dispositivo.
4. El paciente mantuvo su piel y su estado nutricional en buenas condiciones, siguiendo protocolo estricto.
5. Acompañamiento familiar posible y viable, teniendo en cuenta la complejidad del paciente.

Financiación

No tiene

Palabras clave

VA-ECMO • tromboembolismo • shock cardiogénico

Sala Formentera 1. **Martes 11 de Junio de 2019 de 14:30 a 14:50 h.**

ID 344

HEPATECTOMÍA EXTEMA VS CONSERVADORA

Clara Ramos Salido; M. Mas Xanco; M. López Cuerva; A. Gort Mas; E. Bonet Cruces; S. Aulet lucas
Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

Los sarcomas hepáticos representan menos del % de las neoplasias malignas hepáticas. El sarcoma de la vena cava inferior que afecta al hígado representa un reto diagnóstico y en ocasiones su origen es extremadamente difícil de diferenciar. La resección radical con márgenes libres se mantiene como el único tratamiento curativo, si bien no siempre es posible debido a la extensión de la enfermedad. La hepatectomía extendida, definida como la resección de o más segmentos hepáticos, se ha asociado a un elevado riesgo perioperatorio. La resección hepática sigue siendo la única opción de tratamiento con intención curativa y con posibilidad de supervivencia a largo plazo.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: CINAHL, Medline Pubmed. Las palabras claves/ términos MESH

Resultados/Intervenciones

La hepatectomia extendida para lesiones hepato-biliares malignas es factible y la morbimortalidad es comparable con resecciones que implican menos parénquima hepático. Un exhaustivo análisis y estudio preoperatorio junto con una adecuada técnica quirúrgica, evitando grandes pérdidas hemáticas y transfusiones de hemoderivados, asociado a un manejo postoperatorio mutidisciplinario en centros con experiencia en cirugía hepatobiliar, pueden hacer realidad la resección de lesiones hepáticas, sin limitaciones de tamaño o compromiso bilateral y, por ende mejorar su pronóstico, ya que las terapias no quirúrgicas no han sido capaces de alcanzar los resultados de la cirugía para neoplasias hepatobiliares.

Conclusiones

Aunque la literatura sobre el tema es escasa, la técnica quirúrgica más aceptada en estos casos en la cirugía conservadora. Se recomienda la quistectomía parcial, porque la resección radical (hepatectomía radical) es considerado procedimiento de alto riesgo.

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 10:10 a 10:30 h.

ID 20
IMPLEMENTACIÓN EN NUESTRO SERVICIO DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

ID 23
LIBROS DE INCIDENCIAS Y BUZÓN DE SUGERENCIAS EN LA PÁGINA WEB DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

ID 140
ÚLTIMA TECNOLOGÍA EN U.C.I. (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS)

ID 261
IMPLANTACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA INFORMÁTICO PARA CUIDADOS CRITICOS Y ANESTESIA (SICCA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GARCIA ORCOYEN (HGO) MEDIANTE EL PROGRAMA METAVISIÓN

De 10:30 a 10:50 h.

ID 85
¿LIBERACIÓN EN UCI? ESTRATEGIA MULTIDISPLINARIA EN PACIENTE CRÍTICO

ID 97
ASISTENCIA ESPIRITUAL A PACIENTES Y FAMILIARES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HUVV DE MÁLAGA

ID 146
BUEN MORIR: OTRO PILAR DE LOS CUIDADOS EN UCI

ID 299
HUMANIZANDO LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

De 10:50 a 11:10 h.

ID 163
SOBRECARGA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMEROS DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 222
UTILIZACIÓN DE ECULIZUMAB EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO

ID 255
FACTORES ESTRESANTES AMBIENTALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y LA REPERCUSIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO

ID 283
ETIQUETADO DE PERFUSIONES PELIGROSAS EN UCI

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 11:10 a 11:30 h.

ID 219
CANULACIÓN CENTRAL Y PERIFÉRICA EN EL PACIENTE CON TERAPIA ECMO VENO-VENOSA Y VENO-ARTERIAL. ESTANDARIZAR CUIDADOS PARA PREVENIR COMPLICACIONES

ID 281
REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE PERFUSIÓN /OXIGENACIÓN DIRIGIDO AL PACIENTE ADULTO CONECTADO A MEMBRANA EXTRACORPÓREA DE OXIGENACIÓN (ECMO) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 303
TRASLADO INTRAHOSPITALARIO SEGURO DEL PACIENTE CRÍTICO EN ECMO

De 12:15 a 12:35 h.

ID 52
MÉTODO DE CONTROL DE SEGURIDAD EN LOS CARROS DE PARADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

ID 83
MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA A TRAVÉS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

ID 233
ELABORACIÓN DEL CHECKLIST DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL ECMO

ID 327
REACCIONES ADVERSAS EN EL USO DIARIO DE APÓSITOS DE GLUCONATO CLORHEXIDINA

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 20

IMPLEMENTACIÓN EN NUESTRO SERVICIO DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Gemma Marín Vivó; J. Gómez Gómez; E. Gallart Vivé; A. Riera Badia
Hospital Vall d'Hebrón

Introducción

Avances tecnológicos en nuestro ámbito suponen mejoras en relación a calidad/cantidad de los cuidados enfermeros. El aumento número datos a registrar se ve facilitado con uso sistema parametrización: permite almacenarlos y tratarlos de forma sencilla y precisa. Sistemas Información Clínica (SIC) permiten elaborar y desarrollar programas adaptados a necesidades Servicio. Sistema desarrollado en nuestra UCI es CENTRICITY (CCC), programa desarrollado por General Electric (GE). Programa encargado: recoger, gestionar y almacenar datos Información Clínica pacientes ingresados Unidad. En Enero 2017, se creó Comité Configuración Sistema formado por 2 profesionales enfermería y 2 médicos servicio, con el soporte 2 personas Servicio Informática. Estos profesionales fueron encargados desarrollar y configurar programa, adaptándolo a los registros médicos y enfermeros Servicio. De la formación del personal Servicio (médicos, enfermería y auxiliares) y puesta en marcha. Encargados modificar, añadir y/o adaptar registros diferentes necesidades clínicas. Paso registro manual a programa informatizado supuso cambio en forma trabajar, generándose cierto nivel rechazo e inseguridad, especialmente personas con poco dominio manejo informático. Constatamos que implementación CCC ofrece muchas ventajas y algún inconveniente, no relacionado con programa, si no, con soporte servidor central.

Objetivos

Describir ventajas e inconvenientes en calidad registros enfermeros desde inicio implementación Sistema Información Clínica (SIC) en nuestra UCI.

Metodología

Descripción nuestra experiencia en creación, formación a los profesionales y posterior implementación SIC.

Resultados

Ventajas observadas: ahorro tiempo, historia clínica ordenada cronológicamente, seguridad datos registrados, unificación criterios planificación y registro cuidados enfermeros, consulta rápida datos, base datos extrapolables realización estudios clínicos/investigación. Desventajas: necesidad revisión datos registrados automáticamente, algunos pueden no ser reales; SIC no disponen alarmas informativas datos fuera rango; stress del personal cuando sistema informático no funciona.

Conclusiones

SIC son válidos y fiables para registro parámetros volcados aparataje conectado al paciente, también para registros actividades enfermería. Requiere revisión datos volcados al sistema para su comprobación y actuación si precisa. Resultados indicadores evaluados muestran un elevado cumplimiento registro actividades, aunque existen áreas mejora.

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 23

LIBROS DE INCIDENCIAS Y BUZÓN DE SUGERENCIAS EN LA PÁGINA WEB DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

Catalina Martín Castaño; MI. González Méndez; MR. Urbán Carmona; O. Ceballos; MC. Torrejón; R. Muriana
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

El canal habitual utilizado por los profesionales para trasladar los problemas de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la comunicación directa con sus inmediatos responsables. Los enfermeros, técnicos auxiliares en enfermería, administrativos y celadores comunican los problemas e incidencias a través de las supervisoras y los médicos a través de los Jefes Clínicos. Supervisoras y Jefes clínicos lo comunican al Director de la Unidad y Coordinadora de Cuidados. Si los profesionales lo consideran pertinente pueden transmitir directamente la información al Director de la UGC y Coordinadora de Cuidados.

Objetivo:

Establecer canales formales de comunicación para que los profesionales puedan colaborar en la identificación y mejora de los problemas de la unidad.

Metodología/Observación clínica

Entrevista con los profesionales para establecer la necesidad de implantación de herramienta digital. Reunión con el equipo de informática del hospital y diseño de espacio de trabajo compartido en la página web de la unidad. Presentación de este espacio de trabajo compartido a los profesionales y recogida de nuevas aportaciones e ideas. Diseño definitivo. Difusión a los profesionales mediante correos electrónicos y página Web de la UGC. Implantación del nuevo canal de comunicación.

Resultados/Intervenciones

Habilitación en el área privada de la página Web de la UGC de Cuidados Intensivos un buzón de sugerencias y unos libros de incidencias. Mediante el primero pueden hacerse sugerencias y aportaciones de tipo asistencial, docente, de formación, investigación y aportaciones en relación a los objetivos de la UGC. En los libros de incidencias se pueden recoger las mismas en relación con: farmacia, lencería, hostelería, préstamos, limpieza, informática, esterilización, admisión, electromedicina y otras áreas y servicios.

Conclusiones

Este buzón de sugerencias permite a los profesionales la conexión directa con los cargos intermedios de la unidad y con el director de la UGC a fin de facilitar la identificación de problemas y captar las sugerencias de los profesionales a los mismos.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Comunicación • Intranets • Brecha digital

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 140

ÚLTIMA TECNOLOGÍA EN U.C.I. (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS)

Monica Boix Bosch; M. Villuendas Álvarez; N. Sabariego Sanatamaria; N. Aragonés Muniesa; E. García Puvia; E. Piñol Montoy; L. García Solanes; N. Piñol Montoy; MC. Aguilá Barranco; E. Salazar Castellanos
Hospital Arnau Vilanova de LLeida

Objetivos/Introducción

En el Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, en el año 2018 estrenamos la nueva unidad, formada por 14 boxes, dos de ellos con doble aislamiento. Está dotada de las últimas tecnologías que nos facilitan el trabajo a todo el personal sanitario.

Objetivos:

- Facilitar el trabajo del perdonal multidisciplinar.
- Mejorar calidad de los cuidados; disminuyendo ruido, luz noctuna y luz directa, favorecer el sueño.
- Prevenir el delirium.
- Agilizar el tiempo dedicado a los registros clínicos.
- Aumentar comunicación enfermera- paciente.

Metodología/Observación clínica

Para poder llevar a cabo todos estos objetivos, se ha introducido un nuevo programa informático de atención al enfermo, el Centricity, con el cual enfermería puede trabajar dentro del box, ja que cada uno de ellos dispone de ordenador y teclado. También contamos con un sonómetro para medir decibelios del ruido, luces artificiales graduables, luces laterales indirectas en cada box, cámaras de vigilancia, las cuales permiten una visualización constante del paciente desdel control, instauración del proyecto Humanización (puertas abiertas, TV, reloj) y una tablet de última generación para facilitar la comunicación no verbal con el paciente.

Resultados/Intervenciones

Creemos que con la incorporación de todas éstos últimos avances, nos facilitan la tarea asisntencial, ha sido un proceso de aprendizaje complejo, pero esperamos con el tiempo y la experiencia poder mejorar día a día.

Conclusiones

La nueva unidad de nuestra U.C.I. está dotada de nuevas tecnologías que nos facilitan la tarea asistencial, sobretodo humanizándonos mucho más, aumentando la calidad asistencial, y sobretodo aumentar la percepción positiva de los enfermos y familiares sobre su estancia en la U.C.I.

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 261

IMPLANTACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA INFORMÁTICO PARA CUIDADOS CRITICOS Y ANESTESIA (SICCA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GARCIA ORCOYEN (HGO) MEDIANTE EL PROGRAMA METAVISIÓN

Sandra Arizcun González; MB. Moyano Berardo; C. Laplaza Santos
Hospital Garcia Orcoyen

Objetivos/Introducción

En el año que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra (CHNa), surge la unificación de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino. Con dicha unificación se decidió la implantación de un sistema de registro informático único mediante el programa METAVISION que sustituya al soporte papel. Posteriormente el sistema se extendió a las Unidades de Cuidados Intensivos de la provincia. En el año 2018 se implantó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital García Orcoyen de Estella

Objetivos:

Mejorar y facilitar el trabajo al equipo multidisciplinar. Optimización del tiempo de enfermería reservándolo al paciente y familia. Elaboración de un plan de cuidados adaptados a cada paciente y disminución de errores sanitarios.

Metodología/Observación clínica

Vamos a trabajar con la parametrización de varios equipos médicos que nos van a dar la información del paciente minuto a minuto. Organizar datos y diseñar distintas pantallas de visualización e integrarnos con otros sistemas operativos del propio hospital.

Resultados/Intervenciones

Registrar todos los datos posibles del paciente, mejorando el trabajo de manera ordenada y beneficiando al paciente en sus cuidados.

Conclusiones

La implantación del SICCA ha sido un proceso largo que ha requerido un soporte anexo de otros servicios para llegar a ser una “Uci sin papeles” con la gran capacidad de adaptación por los profesionales sanitarios.

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 85

¿LIBERACIÓN EN UCI? ESTRATEGIA MULTIDISPLINARIA EN PACIENTE CRÍTICO

Graciela Aguilar[1]; Y. Torres Suárez[2]; Y. Cárdenas Bolivar[2]; D. Díaz Aya[2]; M. Maldonado Gutiérrez[2]; J. García Barreto[2]; M. Pomar Hoyos[2]; G. Suelta Gutiérrez[2]; O. Linares Morales[2]; L. Ferrer Zacaro[2]
1. Cuidado Intensivo; 2. Fundación Santa Fe de Bogotá

Objetivos/Introducción

Describir el Bundle ABCDEF como estrategia multidisciplinarias para la práctica diaria en UCI.

Metodología/Observación clínica

revisión no sistemática de la literatura desde enero 2007 hasta julio 2018.

Resultados/Intervenciones

Assess, Prevent, and Manage Pain: El uso de la escala de Herramienta de observación del dolor de cuidados intensivos (CPOT) y Escala conductual de dolor (BPS), permite evaluar los factores de comportamiento para determinar si el paciente presenta dolor y la intensidad del mismo (5). B (despertar y respiración espontanea):La estrategia diaria de interrupción del sedante (Prueba de despertar espontánea PDE / SAT: Spontaneous Awakening Trial) permite mantener un nivel leve de sedación demostrando los mejores desenlaces clínicos para los pacientes (8). Choice of analgesia and sedation debe ser impulsada por: 1) indicaciones específicas y objetivos de sedación ; 2) la farmacología clínica del fármaco en un paciente en particular, incluyendo su inicio y desplazamiento del efecto y su perfil de efectos secundarios. Delirium: apareció en el DSM-IV-TR como un intento de consolidar los múltiples términos existentes (síndrome confusional agudo, síndrome cerebral agudo, encefalopatía metabólica, psicosis tóxica, insuficiencia cerebral aguda, estado mental alterado) en una única etiqueta diagnóstica (15). Early mobility and Exercise: al implementar la movilización temprana por enfermería, terapia física y ocupacional, disminuye los efectos de la debilidad adquirida en UCI y sus consecuencias que recaen en la funcionalidad del paciente. Family engagement and empowerment: Al incluir a la familia, la información se convierte en uno de los pilares del cuidado, la calidad, claridad y congruencia que tenga la información brindada dependerá la colaboración y participación activa de la familia.

Conclusiones

ABCDEF es una práctica costo efectiva que permite cambiar la percepción de sedación profunda, restricciones en la movilidad, el despertar, la evaluación constante en el paciente, el trabajo multidisciplinario y la interacción con la familia lo que generara un impacto positivo en el cuidado de paciente critico.

Financiación

NA

Palabras clave

Liberación en la Unidad de Cuidado Intensivo • Bundle ABCDEF • manejo multidisciplinario • familia • movilización temprana • prueba de despertar espontáneo • delirium • sedación y analgesia

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 97

ASISTENCIA ESPIRITUAL A PACIENTES Y FAMILIARES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HUVV DE MÁLAGA

Blanca Sanz Pacheco; P. Lara Domínguez; R. Pérez Dormido; J. Molero Pardo; JM. Fernández Añón; MC. Nuñez Toscano
HUVV Málaga

Objetivos/Introducción

Según la OMS : "Lo espiritual, se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales, no es lo mismo que religioso, aunque para muchas personas, la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso. El aspecto espiritual de la vida humana, puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito".

Objetivo:

Ofrecer asistencia espiritual a los pacientes y familiares ingresados en la UCI del HUVV de Málaga, independientemente de la cultura y religión a la que pertenezcan.

Metodología/Observación clínica

Se realizan reuniones con los diferentes representantes de las comunidades religiosas más frecuentes de la población atendida con el fin de conocer los preceptos más importantes de cada doctrina. Durante los 4 últimos años, se ha observado a través de los registros de enfermería, que las religiones más profesadas por los pacientes ingresados en nuestra UCI son: Católica, Musulmana, Evangélica, Ortodoxa, Anglicana, Testigos de Jehová, Judía, y Budista.

Resultados/Intervenciones

Se diseña un tríptico que recoge los fundamentos principales de cada religión y el contacto de cada uno de los representantes de las distintas doctrinas, poniéndose en conocimiento del equipo de la unidad, de pacientes y familiares. Se confirma la asistencia de los representantes cuando se solicita su presencia atendiendo las necesidades espirituales que puedan precisar durante su ingreso en la UCI.

Conclusiones

Proporcionar asistencia integral y de calidad al paciente con patología crítica compleja y a sus familias, implica cubrir los aspectos religiosos y espirituales de los mismos, respetando sus creencias. La observación y registro de dichas necesidades detectadas en los pacientes ingresados y la diversidad espiritual y religiosa existente, fue lo que impulsó al desarrollo y puesta en marcha de este protocolo.

Financiación

NO

Palabras clave

Asistencia Espiritual • Cuidados Intensivos • Enfermería

Sala Formentera 2. **Martes 11de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 146

BUEN MORIR: OTRO PILAR DE LOS CUIDADOS EN UCI

María José García Rodenas; C. Carrilero López; AM. Piqueras Carrión; MA. Sánchez Carretero; IM. Murcia Saez; MC. Cuesta Picazo; A. García García; I. López Sánchez; F. Romero Navarro; E. Ros Serrano
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos/Introducción

Morir en una UCI es un proceso complejo y diferente a otras realidades hospitalarias. Es evidente la vulnerabilidad del paciente que muchas veces muere en soledad, de la familia que vive situaciones desconocidas y del personal sanitario que carece de herramientas para afrontar situaciones relacionadas con el morir. Mejorar la atención clínica, psicológica y espiritual en situaciones de final de la vida en Unidad de Cuidados Intensivos englobando a paciente, familia y profesionales.

Metodología/Observación clínica

Protocolo interdisciplinar que incluye médicos, enfermería, técnicos de enfermería y otros profesionales. Dirigida al cuidado de pacientes, familiares y profesionales sanitarios con tres dominios: 1º Reconocimiento, 2º Sensibilización y 3º Acompañamiento y cuidados

Resultados/Intervenciones

Dominio Reconocimiento detectar de forma conjunta los pacientes que se encuentren al final de la vida Dominio Sensibilización dar importancia a la detección de cuidados especiales, valoración de replanteamiento de cuidados y evitar sensación de fracaso por la muerte.Dominio acompañamiento y cuidados a

1. nivel de cuidados físicos (control dolor, disnea, ansiedad, sueño, sed etc y marcar nivel de cuidos como retirada de dispositivos, medicación innecesaria etc).
2. Nivel cuidados psicológicos (comunicación, apoyo emocional, incorporación de familiares en cuidados, flexibilización de horarios y acompañamiento familiar).
3. Nivel cuidados espirituales (Iniciación del duelo, no juicios, silencio, respeto, presencia)
4. Nivel acondicionamiento del espacio (luz, box individual, ruidos, alarmas etc)
5. Nivel cuidados postmorten (cuidados cuerpo, último baño, pautas a familiares, carta condolencias)
6. Cuidados del profesional (Cursos y adquisición de herramientas, reuniones-valoración periódicas de casos difíciles, Pausa)Se realizará check list para seguimiento y cuidados

Conclusiones

Los cuidados al final de la vida es una cuenta pendiente en las UCIs, mejora la asistencia, amplia la visión de cuidados intensivos, mejora la comprensión y aceptación de situaciones especiales en las UCIs por parte de los profesionales. Creemos que un protocolo unificado nos permite llegar a estas mejoras y posteriormente evaluar los resultados.

Palabras clave

Cuidados al final de la vida • Morir en una UCI • Protocolo Interdisciplinar

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 299

HUMANIZANDO LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

Cristina Paños Espinosa; L. Martínez Reyes; J. López Calvo; V. López Pey; R. Cepero Marti
Hopsital Sant Pau i Santa Tecla

Objetivos/Introducción

En el año 2009 vimos la necesidad de flexibilizar los horarios de visita instaurando medidas de puertas abiertas. Las nuevas tendencias dirigidas a humanizar las Unidades de Cuidados Intensivos nos hacen plantearnos dar un paso más allá y sumarnos al proyecto H-UCI. Pretendemos implementar la participación de la familia en los cuidados, ofreciendo la posibilidad de que el paciente pueda estar acompañado por una persona durante las 24 horas.

- Conocer la opinión de los profesionales sobre el efecto de la visita abierta en paciente, familias y profesionales.
- Modificar el protocolo para abrir las puertas las 24h.

Metodología/Observación clínica

- Cuestionario de opinión de los profesionales diseñado por Kirchhoff y Simpson et al. adaptado. Incluye aspectos relacionados con la percepción de las enfermeras sobre al efecto de la visita abierta en el paciente, la familia y los profesionales. Dirigido a todo el personal de la unidad.
- Análisis de los datos mediante Excel.

Resultados/Intervenciones

El 60% de los profesionales están de acuerdo en que la visita tranquiliza al paciente y le da ánimo. Un 80% opinan que con la visita abierta aumenta la satisfacción, la participación de la familia y disminuye su ansiedad Un 60% opina que no se interrumpen los cuidados ni supone una menor dedicación de tiempo al paciente por ocuparse del familiar pero que la presencia de la familia les genera algo de estrés.

Conclusiones

Los profesionales se muestran de acuerdo en que la visita abierta produce un efecto beneficioso para el paciente y sus familiares. Opinan que la presencia de la familia no interfiere en los cuidados diarios del paciente aunque reconocen que esto les genera un cierto nivel de estrés añadido. Se decide modificar el protocolo existente en la unidad con el fin de abrir la UCI durante las 24h con la presencia de una persona referente.

Palabras clave

visita abierta • humanización • familia • UCI • opinion profesionales

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 163

SOBRECARGA LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMEROS DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. Rojas Linares[1]; AM. Pérez González[1]; LM. Cairós Ventura[2]; EM. Ortega Barreda[2]; E. Rocha Lynch[1]; JA. Clemente Concepción[2]

1. Hospital General de La Palma; 2. Área de Salud de La Palma

Objetivos/Introducción

Se considera el estrés como como el "proceso en el cual la persona actúa como agente activo que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognitivas, emocionales o conductuales". Las unidades de cuidados intensivos son se consideran como servicios en los que se vela de manera particular por garantizar la seguridad calidad y eficiencia, además de atender a pacientes especialmente graves. Por lo que son considerados especialmente estresantes.

Objetivos:

Analizar la situación actual en la bibliografía sobre el estrés en UCI Conocer los factores relacionados con la aparición de estrés en las UCI. Describir medidas que limiten el desarrollo de SBO en estas unidades.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica con los términos "occupational stress" y "burnout, proffesional". Para acotar la búsqueda a las UCI se utilizaron los términos "intensive care", "critical care" y dado que se quería valorar los profesionales de enfermería se utilizó el término "nurse".

Resultados/Intervenciones

Las cifras de prevalencia del Síndrome de Burnout (SBO) en UCI oscilan en torno al 25-30% de la población estudiada. Las condiciones laborales, los turnos rotatorios, los nocturnos concretamente y la falta de reconocimiento de los profesionales que trabajan en ellos suponen un factor de riesgo para la aparición de este fenómeno en sus trabajadores. La sintomatología más frecuente es la depresión y entre las consecuencias más destacables se describen el descenso del rendimiento o el aumento de las tasas de infección.

Conclusiones

Se precisa la elaboración de programas de afrontamiento del estrés, de entrenamiento para la resilencia de los profesionales de estos servicios, así como plantear la necesidad de mejorar las condiciones laborales, los entornos, y el reconocimiento profesional de los trabajadores.

Financiación

No precisa

Palabras clave

estrés laboral • agotamiento profesional • personal de enfermería • cuidados intensivos

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 222

UTILIZACIÓN DE ECULIZUMAB EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; I. Vázquez Rodríguez Barbero[1]; A. Gómez Sobrino[2]; P. Rubio Serrano[1]; M. Herrera del Campo[1]; A. Puebla Martín[1]; ME. Migallón Buitrago[1]; MJ. Espadas Maeso[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

El síndrome hemolítico urémico (SHU) se caracteriza por insuficiencia renal, trombocitopenia y anemia hemolítica. Presenta una forma asociada a toxina Shiga y en un menor porcentaje, no mediado por esta, se conoce como SHU atípico (SHUa). La utilización de Eculizumab (Soliris®) ha mejorado la supervivencia renal y del paciente.

Metodología/Observación clínica

Eculizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG2 que impide la lisis de la célula endotelial. Anteriormente se ha utilizado en el tratamiento del SHUa plasmaféresis y transfusión de plasma fresco congelado, lo que disminuía la mortalidad, pero no la necesidad de diálisis a medio plazo y de trasplante renal. Eculizumab se usa de forma poco frecuente y, al estar aun ampliando sus usos, se describe su dosificación.

Resultados/Intervenciones

Eculizumab se conserva en nevera. Su preparación debe realizarse en condiciones asépticas y alcanzar una concentración de 5mg/ml (volumen de 180ml / 900 mg y 240ml / 1.200 mg). La administración de Eculizumab se realiza de forma intravenosa en la dosis de inducción de 900 mg/semana durante un mes y una segunda fase de mantenimiento de 1.200 mg/quincena. La administración se realiza en perfusión intravenosa de 25-45 minutos por una vía única. Si sucede un acontecimiento adverso durante su administración, se interrumpirá la perfusión o se reducirá la velocidad (en este caso la duración de la administración será inferior a dos horas). La dosis inicial se modifica si el paciente recibe sesiones de plasmaféresis. Debe aconsejarse al paciente la vacunación meningocócica, o en su defecto realizar tratamiento antibiótico profiláctico. Es recomendable disponer de una guía informativa para el paciente.

Conclusiones

El SHUa es una enfermedad rara. Una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento debe ser precoz. Fármacos como Eculizumab ha modificado el pronóstico vital y renal del paciente, por ello la enfermera de UCI debe conocer su utilización y manejo.

Palabras clave

Síndrome urémico hemolítico atípico • Eculizumab • Cuidados intensivos • Anemia hemolítica • Insuficiencia renal

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 255

FACTORES ESTRESANTES AMBIENTALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y LA REPERCUSIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO

Luis Fernando Carrasco Rodríguez-Rey[1]; I. Zaragoza García[2]; L. Torres Valverde[1]; MD. Quintana Estellés[1]; E. Tortosa Sirvent[1]; S. Madrid Echave[1]; E. de la Vera Arias[1]; C. Sánchez Jiménez[1]; C. López López[3]; I. Ortuño Soriano[2]
1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Universidad Complutense de Madrid; 3, Instituto de Investigación i+12

Objetivos

Conocer el estado de las condiciones ambientales, así como el síndrome de Burnout en una unidad de cuidados críticos cardiológicos de un hospital terciario. El entorno tiene una gran relevancia en cuanto al bienestar del paciente y del profesional. Las condiciones ambientales son reconocidas, cada vez más, como agentes agresores responsables o coadyuvantes de impedir el correcto desarrollo en el trabajo diario de los profesionales sanitarios.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal, llevado a cabo en una unidad de cuidados críticos cardiológicos de un hospital terciario durante los meses de marzo a diciembre de 2018. Se incluye a todo el personal de la unidad, enfermeras, auxiliares y médicos. Se excluye a aquellos profesionales que durante el estudio dejan de trabajar en la unidad. Las condiciones ambientales son medidas mediante un sonómetro clase II (precisión de ±0,1 dB), un luxómetro (±3% Lux), un termómetro (±0,3ºC) y un higrómetro (±3% humedad relativa). El síndrome del quemado se obtiene mediante la escala de Burnout de Maslach en su versión española. Para variables cualitativas se calculan porcentajes y para cuantitativas la media con su desviación estándar.

Resultados/Intervenciones

Participan 100 profesionales, el 25% auxiliares, 66% enfermeras y 9% médicos. La edad media es de 36,55±9,64 años. La prevalencia de síndrome de Burnout es del 11%, siendo mayor en el caso de las enfermeras y auxiliares. En cuanto a las agresiones ambientales, durante el día se registran en el control de enfermería 61,22±5,63 dB día y 53,61±7,57 dB noche, una temperatura de 25,7±0,83ºC día y 25,64±0,9ºC noche, humedad del 39,7±6,78% día y 39,06±6,71% noche y una luz diurna de 201,77±103,25 Lux y nocturna de 80,26±102,49 Lux.

Conclusiones

Los niveles de ruido, temperatura, luz y humedad, se encuentran fuera de los rangos recomendados tanto por el día como por la noche, pudiendo ser un motivo que acrecienta el síndrome de Burnout.

Financiación

Beca “SEEIUC Investiga” 4.000 euros. Beca de Intensificación de la Actividad Investigadora. Ref: i+12-AY20-2018. Instituto de Investigación i+12 Hospital Universitario 12 de Octubre. 15.000 euros.

Palabras clave

Condiciones ambientales • Síndrome de Burnout • Unidad Cuidados Intensivos • Ruido • Cuidado cuidador

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 283

ETIQUETADO DE PERFUSIONES PELIGROSAS EN UCI

José Antonio Fernández; J. Martín Serrano; R. Torres López; F. Millán Castilla; J. Moreno Lozano; D. Saucedo García; MJ. Mairena Valdenebro; S. García Fernández; Kutz Zamdulbide
Hospital Costa del Sol

Objetivos/Introducción

Mejorar la seguridad en la administracion de medicamentos en perfusion continua en la UCI mediante en uso de etiquetas impresas, basándonos en recomendaciones de servicios de anestesia, perfectamente aplicables al entorno de los cuidados críticos con un coste despreciable a nivel económico.

Metodología/Observación clínica

Realizamos una revision bibliográfica en las bases de datos científicas relacionadas con la administración segura del medicamento y objetivamos la importancia del etiquetado, las diversas técnicas de seguridad en los etiquetados (colores y formato de letras) y legibilidad del medicamento en las diversas perfusiones de medicamentos que utilizamos en las Unidades de cuidados Intensivos.

Resultados/Intervenciones

Realizamos modelos de Pegatinas con los farmacos mas habituales usados en perfusion continua en nuestra unidad. Nombre del principio activo, alternado las vocales y las consonantes entre mayusculas y minúsculas, dosis en mg o mcg, numero de ampollas y volumen total de la solución. Se realizan sesiones de formación a los integrantes de la unidad.

Conclusiones

La implantación de este etiquetado en las perfusiones de medicamentos habituales en nuestra unidad, unidos a la identificación del paciente, el uso de sistemas de bombas inteligentes y el protector del caucho, hacen de las perfusiones un producto mas seguro, evitando los posibles errores a la hora de la variabilidad de letras-simbolos realizados con el clásico “rotulador permanente”. Ademas de ayudar a homogeneizar y estandarizar las perfusiones, minimizando de este modo los errores en la concentración de las mismas.

Palabras clave

Seguridad • Etiquetas • Medicación peligrosa

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 219

CANULACIÓN CENTRAL Y PERIFÉRICA EN EL PACIENTE CON TERAPIA ECMO VENO-VENOSA Y VENO-ARTERIAL. ESTANDARIZAR CUIDADOS PARA PREVENIR COMPLICACIONES

Jordi Gómez; G. Marín; E. Gallart; J. Riera; M. Figuerola; M. Reig; A. Vilanova; A. Duró
Vall d'Hebron Campus Hospitalari

Objetivos/Introducción

Nuestra UCI es una de las unidades de referencia en Cataluña para el soporte en ECMO del paciente crítico adulto, y la única que dispone de un equipo de enfermería específico que realiza el control de la técnica dentro de UCI y que ha sido formado bajo las directrices de la Extracorporeal Life Support Organitation (ELSO). En nuestra unidad se realizan dos tipos de terapias. La ECMO VV (veno-venosa) que proporciona soporte respiratorio y la ECMO VA (veno-arterial) que proporciona soporte respiratorio y hemodinámico. Ambas técnicas se realizan mediante tres métodos diferentes de canulación de venas y arterias.

El objetivo del presente trabajo es describir los cuidados realizados a los pacientes bajo terapia ECMO con canulación central o periférica, enumerar las complicaciones más habituales asociadas al tipo de técnica de canulación y las intervenciones asociadas para su resolución.

Metodología/Observación clínica

Se elabora, por parte del equipo de ECMO de nuestro centro, un compendio de cuidados estandarizados para el paciente sometido a cada tipo de soporte con ECMO y para cada tipo de canulación (periférica, central con tórax abierto y central con tórax cerrado). Se enumeran, definen y describen las medidas de prevención y las intervenciones asociadas a la aparición de las complicaciones más frecuentes y graves (infección, hemorragia, migración de la cánula, decanulación... etc.). Se muestran los resultados obtenidos tras aplicar las medidas consensuadas por el equipo de ECMO.

Resultados/Intervenciones

Los cuidados estandarizados y consensuados por parte del personal de enfermería del equipo de ECMO permiten minimizar la incidencia de complicaciones asociadas a una técnica de gran complejidad y que se realiza de manera frecuente en nuestra unidad (25-40 casos por año).

Conclusiones

El control de la terapia por personal de enfermería específico, formado y entrenado, permite realizar la técnica con seguridad. Los cuidados del paciente en ECMO deben ser estandarizados, consensuados y protocolarizados para minimizar las complicaciones derivadas.

Financiación

No procede

Palabras clave

ECMO • canulación central • canulación periférica

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 281

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE PERFUSIÓN /OXIGENACIÓN DIRIGIDO AL PACIENTE ADULTO CONECTADO A MEMBRANA EXTRACORPÓREA DE OXIGENACIÓN (ECMO) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Saioa Razquin Ilundain; LT. Sigismundo Kioka; I. Cantero Garacochea
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

Realización de un protocolo centrado en los cuidados de perfusión y oxigenación en el contexto del paciente conectado a membrana extracorpórea de oxigenación, así como la resolución de problemas que puedan surgir en el manejo del mismo, desarrollando además un plan de cuidados adaptado a su situación. Prevención de complicaciones y disminución de la morbimortalidad en el paciente adulto conectado a ECMO Reducción de la variabilidad en los cuidados con el fin de conseguir la excelencia en el manejo y los cuidados de enfermería en UCI.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica y revisión sistemática de protocolos y estudios relacionados en los últimos 5 años y el análisis de los cuidados y prevención de complicaciones llevadas a cabo por el profesional de enfermería de forma ordenada según necesidades y sistemas. Bases de datos consultadas: CUIDEN, CINHAL, Cochrane Library, PubMed, MEDLINE, TESEO Criterios de inclusión/exclusión: período de tiempo establecido en los últimos cinco años, protocolos de ECMO, protocolos en Unidades de Cuidados Intensivos, estudios sobre monitorización en pacientes con dispositivo ECMO / estudios anteriores al 2014, estudios no basados en evidencia científica.

Resultados/Intervenciones

Se crea un protocolo centrado en el manejo y cuidados de la perfusión y oxigenación ligado a un plan de cuidados de enfermería del paciente adulto con dispositivo ECMO ingresado en UCI

Conclusiones

El uso de membranas extracorpóreas de oxigenación ECMO es una práctica cada vez más extendida en las Unidades de Cuidados Intensivos, lo que genera la necesidad de creación y actualización constante de protocolos que aúnen la evidencia científica para la prevención de complicaciones a través de cuidados de calidad.

Palabras clave

Protocolo • Enfermería • ECMO • Unidad de Cuidados Intensivos • Oxigenación • Perfusión

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 303

TRASLADO INTRAHOSPITALARIO SEGURO DEL PACIENTE CRÍTICO EN ECMO

Beatriz Lozano González; H. García; M. Mey; FJ. Rivas; J. Pons; E. Argudo; J. Riera; E. Gallart
Hospital Universitari Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

Debido a la complejidad del enfermo crítico con soporte extracorpóreo, es necesario garantizar que se cumplan las mejores condiciones para realizar el traslado intrahospitalario con total seguridad y sin riesgos que puedan comprometer la vida del paciente. Una estandarización del proceso del traslado junto con personal experto y entrenado en el manejo del paciente crítico en ECMO son claves para minimizar las posibles complicaciones que puedan surgir durante su práctica.

Metodología/Observación clínica

La elaboración de los documentos estandarizados para el traslado del paciente adulto en ECMO se basó en las recomendaciones de la ELSO, los protocolos de traslado intrahospitalario del paciente crítico de nuestro centro, los resultados de una revisión bibliográfica en Pubmed y CIHNAL además de consultar protocolos de otros centros referentes en dicha terapia junto con la opinión de expertos. Todas las recomendaciones fueron valoradas y adaptadas a nuestro entorno.

Resultados/Intervenciones

El protocolo final para la realización de un traslado seguro intrahospitalario en ECMO se estructuró en cinco fases; Planificación y preparación, activación, traslado, transferencia y retorno. En cada una se describen los recursos humanos y materiales necesarios, las actuaciones a realizar antes de pasar a la siguiente fase y las responsabilidades de cada miembro del equipo de traslado. Además en el protocolo se incluyen los checklist para verificar los puntos clave antes y después del traslado.

Conclusiones

La clave de un traslado en ECMO es minimizar los riesgos para garantizar el éxito durante todo el traslado. Garantizar un traslado seguro mediante una correcta comunicación entre todo el equipo asistencial, una adecuada planificación, experiencia y competencias junto con protocolos bien diseñados y listas de chequeo específicas coordinado por un equipo altamente cualificado, que pueda adaptarse a cualquier situación inesperada.

Palabras clave

ECMO • intrahospital • transport • security

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 52

MÉTODO DE CONTROL DE SEGURIDAD EN LOS CARROS DE PARADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Josefa Escobar Lavela; MC. Martín Gigorro; MP. González Pascual; EM. Hernández Sánchez
Hospital Universitario del Sureste-Arganda del Rey, Madrid

Objetivos/Introducción

Los objetivos son:
- Mantener la cultura de seguridad entre los profesionales
- Comprobar cumplimentación de los criterios establecidos

La cultura de Seguridad en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en el Hospital Universitario del Sureste en Arganda del Rey (Madrid), nos motivó a llevar a cabo un método para comprobar si los carros de parada se revisaban, reponían y cumplían lo protocolizado. Para ello, el Grupo de Seguridad multidisciplinar de UCI, elaboró un documento de auditoría, que semestralmente se cumplimente, realizando las comprobaciones pertinentes.

Metodología/Observación clínica

Para realizar las auditorías, se establece un día determinado en el primer y segundo semestre del año, que se notifica a los profesionales de UCI y se les proporciona el documento elaborado con los criterios a comprobar en el carro de parada.

Resultados/Intervenciones

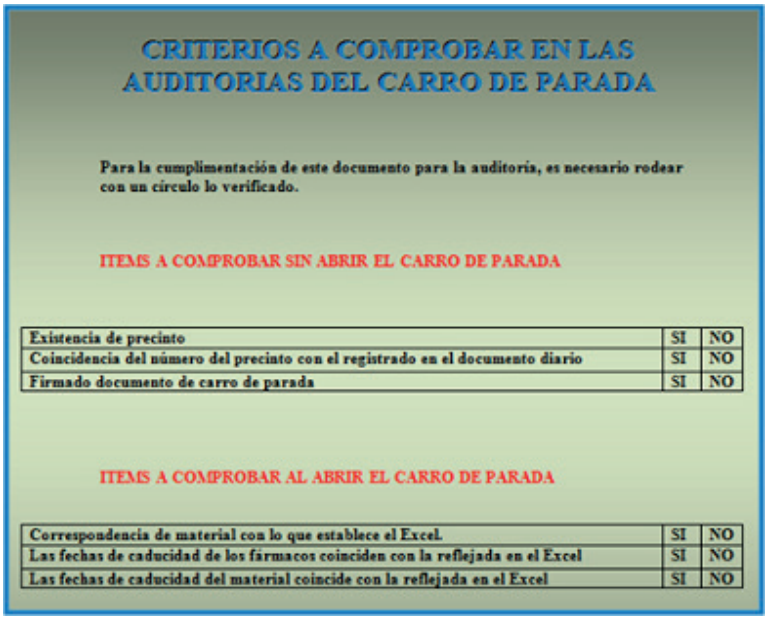
Los criterios a comprobar son los siguientes: Items con el carro de parada cerrado
- Existencia de precinto
- Coincidencia del número de precinto con el existente en el documento de registro diario
- Documento diario firmado por los profesionales Items al abrir el carro de parada
- Correspondencia de material con el excel existente
- Fechas de caducidad de los fármacos coinciden con el excel
- Fechas de caducidad del material coinciden con el excel

Conclusiones

Este método permite:
- Verificar si se realiza la comprobación correcta del material y fármacos que los carros de parada deben contener, para garantizar la seguridad cuando se requiera el uso de los mismos.
- Establecer planes de mejora si los items comprobados indican que no se actúa bien.

Palabras clave

Método • Control • Seguridad • Carros Parada



CRITERIOS A COMPROBAR EN LAS AUDITORIAS DEL CARRO DE PARADA

Para la cumplimentación de este documento para la auditoría, es necesario rodear con un círculo lo verificado.

ITEMS A COMPROBAR SIN ABRIR EL CARRO DE PARADA

Existencia de precinto	SI	NO
Coincidencia del número del precinto con el registrado en el documento diario	SI	NO
Firmado documento de carro de parada	SI	NO

ITEMS A COMPROBAR AL ABRIR EL CARRO DE PARADA

Correspondencia de material con lo que establece el Excel.	SI	NO
Las fechas de caducidad de los fármacos coinciden con la reflejada en el Excel	SI	NO
Las fechas de caducidad del material coincide con la reflejada en el Excel	SI	NO

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 83

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA A TRAVÉS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Pilar Agustina Lara Domínguez; MA. Aguilar Peña; B. Sanz Pacheco
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Un evento adverso, es un resultado no deseado asociado con errores en el suministro de la atención, que se originan como consecuencia de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.La notificación de los mismos, permite realizar mejoras en la atención del paciente, promoviendo disminución de errores e identificación de riesgos, aumentando la seguridad en la unidad.

Objetivo:

Aumentar la seguridad del paciente crítico a través del análisis de eventos adversos notificados, con el fin de realizar las modificaciones necesarias para que no vuelvan a suceder.

Metodología/Observación clínica

Se trata de un estudio descriptivo. Se informa al personal sobre la existencia del Observatorio de Seguridad del Paciente y sobre el uso del mismo durante los dos últimos años. Se expone la importancia que tiene el notificar y gestionar los incidentes y se anima a todo el equipo a aprender a detectar errores que puedan ocurrir en la unidad.

Resultados/Intervenciones

Durante los últimos 2 años, el número de notificaciones ha aumentado considerablemente, resultando del año 2016 un total de 14 incidentes, del año 2017 un total de 24, y del año 2018, 68 incidentes notificados.

Conclusiones

Los resultados obtenidos, son beneficiosos para la unidad ya que, a pesar de que se hayan notificado numerosos eventos adversos, la detección de los mismos por los profesionales y la posterior gestión, impulsan a la mejora de la práctica diaria y al aumento de la seguridad del paciente crítico, y a su vez crea una dinámica de detección de incidentes en los profesionales que ayudan a la gestión correcta de la unidad.

Palabras clave

Evento Adverso • Seguridad

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 233

ELABORACIÓN DEL CHECKLIST DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL ECMO

Nuria Vázquez Campos; R. Bonete; A. Pérez; MV. Bernal; MA. Penalva; MC. Prieto
Hospital Universitario del Vinalopó

Objetivos/Introducción

Ante el inicio del proyecto de instauración de la terapia con ECMO en la unidad de cuidados intensivos del Hospital del Vinalopó surgió la necesidad de crear un protocolo de actuación y registro que se adecuase al cuidado de pacientes sometidos a esta terapia. EL ECMO aporta asistencia tanto cardiaca como pulmonar por lo que iniciamos la estrategia de monitorización con el objetivo de garantizar la estabilidad hemodinámica y el buen mantenimiento del aparato. La asistencia al paciente puede comprender varios días o semanas y nuestros cuidados también van enfocados a la prevención de complicaciones. Dentro de la cultura de la seguridad del paciente elegimos un checklist ya que se trata de un sencillo documento en el que se recoge sistemáticamente una multitud de información sin dar lugar a olvido y supone una disminución de la morbimortalidad.

Metodología/Observación clínica

Para la elaboración del checklist se unificaron criterios monitorizando parámetros relacionados con el paciente y con el ECMO.

- Paciente: hemodinámicos básicos y avanzados, ventilatorios, coagulación, temperatura, neurológico.
- ECMO: revisión del oxigenador, tubuladuras, presiones, puntos de inserción.
- Imagen de la membrana: dibujo para marcar y registrar las zonas donde está la fibrina.

Enfermería resulta una pieza esencial en el cuidado del paciente por el constante contacto con el mismo y la implementación horaria de los datos que precisan control.

Resultados/Intervenciones

El resultado es la elaboración de un checklist que monitorice toda la información relevante acerca de la situación del paciente y del ECMO para poder evaluar su evolución y detectar situaciones de riesgo en un breve periodo de tiempo.

Conclusiones

La realización sistemática de la monitorización avanzada del paciente y del ECMO asegura el correcto manejo integral, reconoce situaciones de riesgo y permite una rápida intervención que evite las posibles complicaciones de esta terapia. La adecuada utilización del checklist disminuye los errores de vigilancia y aumenta la seguridad del paciente.

Palabras clave

Membrana de oxigenación extracorporea • Cuidados de enfermería • ECMO • Seguridad del paciente • Checklist • Lista de comprobación • Asistencia mecánica ventilatoria • Asistencia mecánica circulatoria

Sala Formentera 2. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 327

REACCIONES ADVERSAS EN EL USO DIARIO DE APÓSITOS DE GLUCONATO CLORHEXIDINA

Andrés Rojo Rojo; Gloria María Muñoz Rubio; R. Gallego Fernández; E. Martínez Abril
Hospital Virgen Arrixaca

Objetivos/Introducción

El uso de apósitos plásticos impregnados con gel de glocunato de clorhexidina, es una práctica extendida en el cuidado diario de los pacientes que portan catéteres en las UCIs, ya sean de acceso central convencional, acceso central periférico (PICC), vías arteriales, catéter tipo Shaldon, etc. En nuestra unidad hemos observado un elevado numero de casos en relación con los esperados, de complicaciones locales en el punto de punción-cura, tales como reacciones de hipersensibilidad, edema y prurito. Ello ha llevado a la retirada provisional de todos estos apósitos de manera indiscriminada.

El objetivo de nuestro trabajo por tanto es mostrar en la existencia de situaciones similares a la nuestra, identificar los factores de riesgo, así como las estrategias preventivas.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una Revisión Sistemática en las principales bases de datos (PubMed, Chocrane, Scielo, etc) en los ultimos 10 años. Se guardaron las premisas de la declaración PRISMA. La pregunta PICO fue ¿El uso de apósitos plásticos con gel de clorhexidina, producen reacciones cutaneas adversas tras su uso?

Resultados/Intervenciones

Obtuvimos un total de 135 publicaciones en las distintas bases de datos, combinando descriptores “Clorhexidine”, “Clorhexidine Gluconate”, “Dressing”, “Oclusive Dressing”, “Complications” AND “Dermatitis”.Tras elimiar los no compaibles por título, duplicados quedaron en 25, de los cuales realizamos lectura crítica de resumen, incluyendo 4 en el estudio final.

Conclusiones

El uso de los apósitos de clorhexidina, suponen ventajas para el cuiado diario de los catéteres. Las complicaciones son extremadamente raras, no tienen relación con causistica de paciente, edad o localización de los mismos. Como factor determnante se establece en numero de días continuado con la terapia, mostrandose dermatitis y reacciones cutaneas indesables entre el 4-10 día de aplicación. En esos casos recomienda su retirada. Como estrategia se insta a vigilancia activa por parte de enfermería para evitar reacciones severas

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 10:10 a 10:30 h.

ID 47
MONITORIZACIÓN E INCENTIVACIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS MEDIANTE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 158
UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA CERRADO DE TOMA DE MUESTRAS ARTERIALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE ANEMIA IATROGÉNICA E INFECCIÓN DE CATÉTER

ID 188
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA OXIMETRÍA CEREBRAL NO INVASIVA EN UNA UCI POLIVALENTE

ID 309
UN NUEVO RETO EN ENFERMERIA: INVOS EN COLGAJOS

De 10:30 a 10:50 h.

ID 73
MONITORIZACIÓN DEL DOLOR EN UCI EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS RUTINARIOS: RETIRADA DE DRENAJES TORÁCICOS TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

ID 95
CREAR CULTURA EN LA DETECCIÓN Y MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE

ID 165
COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES DE UCI RELACIONADAS CON LA ÉTICA ASISTENCIAL

ID 353
FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

De 10:50 a 11:10 h.

ID 242
PERFIL MICROBIOLÓGICO DE LOS MICROORGANISMOS MÁS COMUNES, CAUSANTES DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES, EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

ID 243
MUCORMICOSIS CUTÁNEA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

ID 244
ACCESOS VENOSOS DE EXCELENCIA Y CUIDADOS CON EVIDENCIA CIENTÍFICA EN UNA UCI DE UN HOSPITAL REGIONAL

ID 341
LA GANGRENA PERIFÉRICA UNA COMPLICACIÓN DEL SHOCK SÉPTICO TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS VASOACTIVAS A DOSIS ELEVADAS

sigue –>

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019**

De 11:10 a 11:30 h.

ID 24
PERSPECTIVA DE LA COMUNICACIÓN CON LARINGÓFONO DE LOS PACIENTES CONECTADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LAS UCI

ID 180
VÁLVULA FONATORIA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN UCI

ID 263
PROYECTO HUCI-CO: PERROS EN LA UCI

ID 368
SISTEMA DE ILUMINACIÓN CIRCADIANA Y NECESIDADES DE FORMACIÓN

De 12:15 a 12:35 h.

ID 5
CALIDAD DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR REALIZADA POR PERSONAS SIN ENTRENAMIENTO PREVIO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA EXPERIENCIA DE SIMULACIÓN

ID 241
HIPOTERMIA EXTREMA EN PACIENTE ATENDIDA EN DOMICILIO POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO

ID 245
ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA

ID 249
CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE DONANTE DE ÓRGANOS EN MUERTE ENCEFÁLICA (ME)

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 47

MONITORIZACIÓN E INCENTIVACIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS MEDIANTE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Inmaculada Carmona Delgado; C. Cuzco; B. Correa; S. Fernández; P. Castro; JM. Nicolas
Hospital Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

Describir la implantación de un sistema de monitorización electrónico (SME) para la monitorización e incentivación de la Higiene de manos (HM) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

En el Área de Vigilancia Intensiva se ha instalado un SME de HM. El SME está compuesto por cuatro elementos:

1. dispensador automático de solución hidroalcohólica (SH),
2. sistema de localización en tiempo real por radiofrecuencia (RFID),
3. chip en tarjeta de identificación de los Profesionales Sanitarios,
4. pantallas de televisión y tablets.

Resultados/Intervenciones

Cuando los PS acercan su mano al dispensador, éste administra SH. Si además lleva la tarjeta con chip (todo el personal habitual tiene una), el RFID desbloquea la puerta de la habitación y ésta se abre. Al entrar, las pantallas de televisión y las tablets instaladas muestran mensajes de notificación e incentivación de la HM. Además, el sistema guarda en la base de datos cada disparo de SH, así como quién, cuándo y dónde se ha realizado la HM.

Conclusiones

La implementación de SME de HM en la UCI permite registrar y cuantificar la tasa de cumplimiento de HM de los PS, incentivándolos al mismo tiempo. Esto podría mejorar la calidad y seguridad de los cuidados brindados a los pacientes.

Palabras clave

Higiene de manos • Sistemas electrónico de monitorización de HM • Unidad de Cuidados Intensivos • Seguridad del paciente

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 158

UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA CERRADO DE TOMA DE MUESTRAS ARTERIALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE ANEMIA IATROGÉNICA E INFECCIÓN DE CATÉTER

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; I. Vázquez Rodríguez Barbero[1]; A. Gómez Sobrino[2]; P. Rubio Serrano[1]; M. Herrera del Campo[1]; A. Puebla Martín[1]; ME. Migallón Buitrago[1]; MJ. Espadas Maeso[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Objetivos/Introducción

Los pacientes críticos necesitan controles analíticos frecuentes. La realización de estas analíticas supone riesgo de infección y de anemización del paciente por el desecho de sangre en la realización de la prueba. La utilización de un sistema cerrado de tomas de muestras con reservorio de sangre minimiza ambos efectos adversos.

Metodología/Observación clínica

Las extracciones de muestras frecuentes en los pacientes críticos presentan una paradoja: el beneficio de los resultados frente al riesgo de anemización e infección del catéter. Existen sistemas cerrados para la toma de muestras de sangre arterial que minimizan el riesgo de infección y no necesitan eliminar sangre previa a la toma de la muestra, uno de estos dispositivos es el sistema SafeSet (ICU Medical).

Resultados/Intervenciones

SafeSet es un sistema cerrado de conservación de sangre que elimina la necesidad de descartar el volumen de sangre de limpieza de la línea del catéter arterial. Queda instalado como un pequeño reservorio de 10ml, distal al puerto de tomas de muestras, entre el catéter arterial y el trasductor de presiones. Al realizar la analítica, la sangre de desecho queda alojada en ese reservorio, la extracción de sangre se realiza de la forma habitual por un puerto con válvula, tras la desinfección de la misma. Tras la extracción, la sangre se reinfunde al paciente desde el reservorio de forma estéril y todo el sistema se lava mediante el lavado rápido del trasductor. El sistema siempre se mantiene cerrado y sin contacto con la atmósfera, evitando la coagulación de la sangre y la posible contaminación de la misma.

Conclusiones

Las estrategias de control de efectos adversos del paciente crítico obligan a evolucionar con los nuevos dispositivos que aparecen. Los sistemas cerrados de extracción de sangre pueden disminuir hasta la mitad la pérdida de sangre extraída al paciente y minimizar el riesgo de bacteriemia asociada al catéter.

Palabras clave

SafeSet • Cuidados críticos • Analíticas • Efectos adversos • Reservorio

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 188

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA OXIMETRÍA CEREBRAL NO INVASIVA EN UNA UCI POLIVALENTE

Sheila García Sánchez; V. Pozo García; BdL. Fernández de la Loma; SI. Jiménez Luque; P. Piñas Viñambres; M. Manso Nevado; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas
FJD

Objetivos/Introducción

La espectroscopia de infrarrojo cercano (NIRS) es una herramienta clínica que proporciona un método de cabecera para medir de manera no invasiva el consumo de oxígeno "en tiempo real" continuo y monitorear la rSO2 (saturación de oxígeno regional) del tejido o del tejido del músculo esquelético. La evaluación de saturación de oxigeno usando NIRS habitual en pacientes en shock séptico, cirugía cardiaca y neuro-vascular, injertos de tejidos, traumatismo craneal con procesos isquémicos y/o hemorrágicos, cambios hemodinámicos intracraneales, perfusión regional en paciente con membrana de oxigenación extracorpórea. La variación interindividual de los valores normales de rSO2 es amplia, debido por ello se recomienda utilizarlo como un monitor de tendencias. La saturación basal es el valor inicial de rSO2 y sobre él se compararán los siguientes. El conocimiento y manejo enfermero de esta monitorización a pie de cama como dato de oxigenación tisular y perfusión cerebral que mediante el conocimento adecuado e interpretación correcta de la información previene posibles complicaciones y aumenta la seguridad del paciente.

Metodología/Observación clínica

Desarrollar un protocolo de enfermería para la correcta monitorización e interpretación de la Oximetría Cerebral no Invasiva.Revisión bibliográfica disponible así como el consenso dentro del grupo de profesionales.

Resultados/Intervenciones

Elaborar y adaptar el protocolo, según la evidencia científica, a las necesidades de cada paciente beneficiario del uso del sistema de NIRS, así como instaurar e incluir la información que proporciona en la de hoja de registro, para su monitorización con laposterior interpretación de los mismos.

Conclusiones

Un protocolo estandarizado del manejo del NIRS proporciona una disminución y prevención de complicaciones aumentando la seguridad del paciente crítico en una UCI polivalente.

Palabras clave

UCI • oximetría cerebral • shock séptico • protocolo

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:10 a 10:30 h.**

ID 309

UN NUEVO RETO EN ENFERMERÍA: INVOS EN COLGAJOS

Rosa María Iribarren; R. Gómez; MD. Pérez; L. Pont; JM. Ramos; R. Bayona; J. de Francisco; P. Adamove
Hospital de Bellvitge

Objetivos/Introducción

INVOS es un método óptico de monitorización de StisO2 que utiliza la tecnología NIRS (near infrared spectroscopy) para determinar la fracción de HbO2. Los colgajos microquirúrgicos requieren un control muy exhaustivo en el postquirúrgico inmediato con la finalidad de reducir el riesgo de fracaso de la reconstrucción microquirúrgica. Para el control, es necesario un monitor receptor y unos adhesivos que realizan la captación de StisO2, una se coloca en piel sana y la otra en el colgajo, registrando así la saturación de la hemoglobina del espacio vascular: arterial y venoso. Durante el estudio, el equipo de enfermería participó en la monitorización, registro y control exhaustivo de los datos obtenidos. INVOS es una técnica que nos ayuda a la evaluación hemodinámica del colgajo y poder detectar precozmente una inadecuada perfusión, evitando el control rutinario mediante punción del tejido.

Objetivo:

Detectar la inadecuada perfusión del colgajo microquirúrgico de forma precoz en los pacientes ingresados en una uci postquirúrgica.

Metodología/Observación clínica

Se realizaron 15 estudios entre el 2006 y 2016, obteniendo un total de 2045 colgajos monitorizados con NIRS (no grupo control). Los parámetros estudiados son: sensibilidad y especificidad, velocidad de detección del compromiso vascular y factores que influyen en el valor de StisO2.

Resultados

Los resultados obtenidos son: sensibilidad 99,1%, especificidad: 99,9%, velocidad de detección (Lohman et al): Trombosis venosa 0,5-2,3h antes y Oclusión arterial: 0,75h antes.

Conclusiones

Analizando la monitorización de los colgajos microquirúrgicos se puede afirmar que la técnicaes fiable,aunque se ha de tener en cuenta el tipo de colgajo, las características de éste así como: área del colgajo, número de perforantes, medida de las perforantes, peso del colgajo, IMC, SpO2 y la tensión arterial del paciente.

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 73

MONITORIZACIÓN DEL DOLOR EN UCI EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS RUTINARIOS: RETIRADA DE DRENAJES TORÁCICOS TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Jaime Flores Cordón; Raul Núñez López; Manuela Díaz Candela; María Dolores González Caro
Hospital Macarena

Objetivos/Introducción

Uno de los procedimientos rutinarios en la UCI de cirugía cardiovascular es la retirada de drenajes torácicos. Desde que se ha estandarizado la monitorización del dolor es relevante el nivel del mismo que presentan los pacientes tras la realización del mencionado procedimiento, motivo por el que hemos decidido realizar un estudio sobre los diversos aspectos que influyen en la retirada de drenajes para así poder anticiparnos correctamente al mismo.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado un estudio en una muestra de 83 pacientes, donde se han descartado aquellos con un RASS inferior a -1, tara neurológica o alto grado de ansiedad. en dicha muestra se ha medido el dolor antes y despues del procedimiento, así como otros aspectos como tipo de drenaje, premedicación analgésica antes y despues del procedimiento, etc.

Resultados/Intervenciones

Cunado hay que retirar un drenaje pleural o un drenaje pleural y mediastínico es en el 100% de los casos realizadopor un intensivista. El tratamiento estandarizado es la administración de midazolam IV 3mgr, administrando posteriormente flumazemilo IV al terminar la técnica. El dolor moderado en la retirada del drenaje pleural aumentó de un 0% a un 18%. El dolor moderado en la retirada del drenaje mediastínico y pleural aumento de un 0% a un 4%. La retirada del drenaje mediastínico es realizado en el 100% de los casos por un enfermero. No hay estandarizada una analgesia previa para este procedimiento, usándose o cloruro mórfico o paracetamol 1gr IV. Antes del procedimiento un 10,6% de los paciente presentaban dolor moderado antes de la técnica, disminuyendo a un 6,38%. Aumentando los pacientes que presentaron dolor alto de un 0% a un 6,38%.

Conclusiones

El dolor sigue siendo un factor infravalorado en procedimientos rutinarios, siendo preciso la creación de un protocolo de sedación así como la concienciación de un mejor tratamiento del dolor por parte del equipo multidisciplinar

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 95

CREAR CULTURA EN LA DETECCIÓN Y MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE

DUE; Cristina Herrera Alonso; Cristina Díez Sanz; JC. Sotillo Díaz
HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Estudio de prevalencia en pacientes crítico. Mejorar la detección y manejo del dolor del paciente crítico.

Metodología/Observación clínica

Realizamos 92 cuestionarios, en 67 pacientes diferentes. Anotando los datos de las 24h anteriores del día de recogida. En un período de 5 semanas consecutivas Evaluándose todas las variables relacionadas con el dolor. Las escalas de valoración utilizadas fueron E.V.A.= Escala Visual Analógica en pacientes conscientes comunicativos y ESCID= Escala Conductas Indicadoras de dolor en pacientes no conscientes.

Resultados/Intervenciones

El motivo de ingreso fue un 50% Insuficiencia Respiratoria, 35% Deterioro Neurológico, Shock 3,3% y otros 10,9%. Gravedad APACHE II = 16,13 + 6,2 y SOFA= 5.6 + 3.3. Un 70% requerían ventilación mecánica, un 26% estaban traqueostomizados. Tenía pauta 98,9%. La distribución de dicha pauta anagésica era: Fija y rescates un 53,3%, pauta fija un 28,3%, condicionada al dolor un 17,4% y sin pauta analgésica 1,1%. En un 78,62% se midió el dolor 3 o más veces al día, un 70% de los turnos había referencia explícita al dolor en el comentario de enfermería. Un 82,3% de los pacientes presentó un valor en la escala de dolor inferior a 3. Los que presentaban dolor relevante 19,6%, se controló en un 95%, de estos el 89% el control del dolor se realizó mediante refuerzo farmacológico. Como medidas no farmacológicas, el observador valoró entorno adecuado (tranquilidad, sonoridad, temperatura y luz), optimo en un 75%. se movilizó el 100% de los pacientes, un 15% no se levantó precisándolo, no se realizó fisioterapia al 79,5% de los pacientes en los que procedía. El dolor relevante se presentó en pacientes conscientes, comunicativos, con pauta analgésica condicionada al dolor, sin ventilación mecánica y no movilizados al sillón.

Conclusiones

Adecuada cultura del dolor, recomendando el uso con mayor frecuencia y eficacia de escalas de control del dolor, mejorar pauta analgésica, comunicación con el paciente y movilización precoz.

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 165

COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES DE UCI RELACIONADAS CON LA ÉTICA ASISTENCIAL

Francisco Expósito Barroso[1]; M. Baeza Mirete[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; N. Molina Sánchez[2]; S. Sánchez Cámara[1]; RB. Fernández Ariza[3]; J. Inocencio Sánchez[4]; A. Inocencio Sánchez[5]; ML. Alcaraz Escribano[1]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4.Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 5. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Es necesario profundizar y estudiar las competencias profesionales desde la ética asistencial que ponemos en práctica enfermería diariamente. Desde esta clave del cuidado no podemos dudar que los profesionales de enfermería en su labor diaria, son responsables y asumen decisiones que atañen directamente a los bienes más preciados del ser humano, como son la vida y la salud.

Objetivos:

Estudiar las competencias morales y conductas profesionales relacionas con el cuidado de enfermería, establecidas como fundamentales en la práctica asistencia por la Asociación Americana de Cuidados de Enfermería (AACE).

Metodología/Observación clínica

El trabajo se plantea como un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el que las distintas variables a considerar se obtendrán del análisis de las encuestas. El ámbito de estudio es el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) con una muestra de 247 profesionales. Se tuvo en cuenta como variables las 23 competencias morales o conductas profesionales descritas como necesarias en la relación terapéutica por AACE, con la dicotomía de la necesidad de dicha competencia y la puesta en práctica en el trabajo cotidiano.

Resultados/Intervenciones

Los profesionales ven con un alto porcentaje por encima del 80%, la necesidad de estas competencias para la disciplina enfermera, y los resultados son porcentualmente menores para la puesta en practica de estas competencias en la relación terapéutica con el enfermo, definiendo la $p<0,001$ para algunas de las competencias analizadas, lo que nos indica que hay una diferencia estadística entre lo que creemos que tenemos que hacer y lo que hacemos realmente cada día.

Conclusiones

Debemos los profesionales de enfermería, seguir investigando y aportando rigor científico a los temas relacionados con la moral y ética, pues se deriva que lo fundamental para conducir nuestra disciplina a la excelencia que se tengan presenten dichas competencias definidas como fundamentales en la relación terapéutica.

Palabras clave

Compentencias • UCI • Ética • Labor • Enfermería

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:30 a 10:50 h.**

ID 353

FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ayeiza M. P. Rodríguez Vega; DC. Soria Martín; L. Rodríguez Velázquez; C. Betancor Cardenes; JA. Alcaraz Jiménez
Hospital Insular de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

La enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) desarrolla su labor en un entorno muy cambiante y dinámico, caracterizado por la incorporación constante de nuevas tecnologías asistenciales y nuevos enfoques de los cuidados. En este contexto la formación continuada ayuda a desarrollar las competencias profesionales de forma eficaz y aumentar la calidad del proceso asistencial.

Objetivo:
Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales.

Metodología/Observación clínica

Se elaboró un plan formativo entre Enero y Diciembre del 2018. Las sesiones formativas fueron impartidas en horario laboral, en las mañanas de Lunes a Viernes, y en dos turnos para favorecer que todo el personal pudiera asistir. Cada una de las sesiones tenía una duración entre 30 y 60 minutos. Durante el período vacacional las charlas estaban orientadas al personal de nueva incorporación. Posteriormente los asistentes rellenaban hoja de valoración de la sesión recibida.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron un total de 32 sesiones formativas, como se muestra en la tabla adjunta. La formación continuada fue valorada positivamente por el personal. La mayoría coincidía en que estas formaciones mejoraban sus competencias, conocimientos y sobretodo habilidades técnicas. El personal valoraba que se les diera a conocer los nuevos dispositivos y materiales antes de ponerlos en funcionamiento en la unidad. El profesional de nueva incorporación valoró positivamente la formación y que estuviera adaptada a sus conocimientos.

Conclusiones

La formación continuada y permanente de la enfermería intensiva en la adquisición de competencias es imprescindible, aumenta la seguridad del profesional y su motivación laboral. Contribuir a la formación continuada garantiza por tanto la calidad asistencial prestada.

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 242

PERFIL MICROBIOLÓGICO DE LOS MICROORGANISMOS MÁS COMUNES, CAUSANTES DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES, EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Galis Cecilia Rodríguez Pérez[1]; T. Rodríguez Padrón[1]; S. Rodríguez Rodríguez[2]; P. González Castaño[3]; AM. Leal Pérez[1]; C. Rojas Linares[4]; JA. Clemente Concepción[4]; J. Sánchez Martín[4]; MP. Martín González[3]

1. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria; 2. Atención Primaria, Cs Ofra; 3. Hospital Universitario de Canarias; 4. Hospital General de la Palma

Objetivos/Introducción

1. Identificar el perfil microbiológico de los microorganismos más comunes causantes de Infecciones nosocomiales, en la unidad de cuidados intensivos, en los últimos 5 años.
2. Reconocer sus tratamientos más actuales.

Metodología/Observación clínica

Se ha utilizado los buscadores científicos de tipo online tales como PuntoQ y Google Académico. Las bases de datos obtenidas han sido muy diversas, destacando, entre otras, Scielo, Dialnet y Researchgate. Como criterio de refinación ha sido por “materia” (unidad de cuidados intensivos y adulto), “tiempo” (en los últimos 5 años), por “idioma” (español e inglés). Se han descartado los artículos donde la investigación se ha realizado fuera de España (Perú, Cuba, Colombia).

Resultados/Intervenciones

Para la prevención y el control de la transmisión de estas infecciones se enfatiza en la higiene de manos, limpieza y desinfección ambiental y la adopción de precauciones basadas en la transmisión (los aislamientos).

Conclusiones

Los microorganismos multiresistentes más comunes, en unidades de cuidados intensivos españolas son: las Pseudomonas aeruginosa multirresistente, las Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC), Clostridium difficile, Enterobacterias multiresistentes (BLEE), Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM), Enterococo resistente a la vancomicina y Acinetobacter baumannii. Acinetobacter baumannii, Enterobaxcterias multiresistentes (BLEE), Pseudomonas aeruginosa multirresistente, son resistentes a los betalactámicos, aminoglucósidos. Por esta razón las polimixinas (colistimetato de sodio) ha pasado a ser los antibióticos de primera elección y en ocasiones la única opción terapéutica para el tratamiento de infecciones producidas por microorganismos gramnegativos multiresistentes. A contrario ocurre con los grampostivos en donde las opciones terapéuticas son múltiples (linezolid, tigeciclina,daptomicina).

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 243

MUCORMICOSIS CUTÁNEA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; I. Vázquez Rodríguez Barbero[1]; A. Gómez Sobrino[2]; ME. Migallón Buitrago[1]; P. Rubio Serrano[1]; M. Herrera del Campo[1]; A. Puebla Martín; MJ. Espadas Maeso[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La infección fúngica (IF) es un problema en enfermos críticos como causa de morbilidad y mortalidad. La mucormicosis es una infección por hongos y es la tercera IF detrás de Aspergillus y Candida. La puerta de entrada es habitualmente el sistema respiratorio y, en menor proporción, tracto digestivo y piel. La mucormicosis progresa invadiendo los vasos sanguíneos, causando trombosis y necrosis de los tejidos infectados. Una forma de presentación menos habitual es la cutánea.

Metodología/Observación clínica

Presentamos el caso de una mujer de 85 años (obesa, hipertensa, asmática y dislipémica) que consulta por dolor en región superior de espalda, sin traumatismo previo. La exploración muestra un área de aproximadamente 7-8 cm eritematosa, caliente y fluctuante. La ecografía de partes blandas no muestra colecciones drenables. Durante el ingreso en planta de hospitalización se trata con curas locales y antibióticos. La paciente deteriora su estado general y la lesión evoluciona a necrótica desbridándose en quirófano y pasando a UCI.

Resultados/Intervenciones

La mala situación evoluciona a sepsis grave con hemocultivos anodinos. En el diagnóstico diferencial se descartan picaduras y absceso con celulitis y fascitis. La paciente permanece analgesiada y sedada con curas agresivas realizadas en quirófano. Se inicia tratamiento para IF sospechando Mucor con Anfotericina B y caspofungina, aislándose en muestras de anatomía patológica Syncephalastrum racemosum (hongo filamentoso Mucoral). Por progresivo empeoramiento se cambia caspofungina por posoconazol. Cirugía realiza desbridamientos amplios (hasta dos veces/día) por la evolución tan rápida. La evolución es tórpida, con fracaso hemodinámico, respiratorio y renal, y a pesar de las medidas de soporte desemboca en éxitus.

Conclusiones

El caso presentado de mucormicosis cutánea con un desenlace fatal debe hacernos aumentar el grado de sospecha de IF por hongos oportunistas tipo Mucor para iniciar un tratamiento precoz. La combinación sinérgica de antifúngicos iniciados precozmente puede ser útil en el tratamiento de esta mucormicosis.

Palabras clave

Infección fúngica • Mucormicosis • Hongo • Mucoral • Anfotericina B • Caspofungina • Posoconazol

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 244

ACCESOS VENOSOS DE EXCELENCIA Y CUIDADOS CON EVIDENCIA CIENTÍFICA EN UNA UCI DE UN HOSPITAL REGIONAL

Marlene del Valle Fernández; Ana Yesica Fernández Menéndez; Adriana Fernández López; Vanesa García Díaz
Hospital Valle del Nalón

Objetivos/Introducción

En 2018, finalizo la implantación de la Guía de Buenas Prácticas de Enfermería en la Valoración y selección de dispositivos de acceso vascular (DAV),el HVN ha ido incorporando las mejores prácticas en la evaluación y la selección del DAV siguiendo las recomendaciones de Asociación de enfermeras registradas de Ontario (RNAO), dentro del pron el Hospital Valle del Nalon (HVN), grama de Centros comprometidos con la excelencia en cuidados (BPSO). Incorporar las mejores prácticas relacionadas con la selección del DAV en una UCI

Metodología/Observación clínica

Se seleccionó una enfermera líder y un equipo multidisciplinar para actualizar los protocolos de inserción catéteres central y periferico (CVC) (CVP). Se diseñó un algoritmo para valorar la selección del mejor acceso venoso.Se revisaron las cinco últimas historias dadas de alta en UCI y se realizaron 4 auditorías en el hospital, evaluando la implantación y se realizó divulgacion en todo el Área

Resultados/Intervenciones

En 2016, el primer año de implantación. EL 79% de los CVC 69% CVP tenian el manetenimiento.La infección un 3% CVC y 27% CVP. En 2017, último año de implantación, el mantenimiento se realizaba 43% de los CVC y un 75% CVP y la infección en el 25% CVP, y nula en los CVC.En el 2018, un año tras la finalización de la Guia. El mantenimiento del CVC es un 40% y 2,3% de infección.Al 73% CVP se les realiza el mantenimiento y 26% con flebitis.En el audit 2018 el apósito trasparente esta en 100%, el 85% tienen el punto de inserccion visible, el 85% y 99% tenian la fecha anotada

Conclusiones

Disminución del mantenimiento de ambos catéteres tras un año de finalización Complicaciones es mínimo para ambos catéteres en los 3 años.

Éxito en las sesiones divulgativas por los buenos datos de las auditorias

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 10:50 a 11:10 h.**

ID 341

LA GANGRENA PERIFÉRICA UNA COMPLICACIÓN DEL SHOCK SÉPTICO TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS VASOACTIVAS A DOSIS ELEVADAS

Rita Nogales Ibáñez; S. Serrano; S. Hamed; S. González; M. Martínez; A. Cardenete
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

El shock séptico es una patología que colapsa el sistema circulatorio y compromete la perfusión tisular. El uso de drogas vasoactivas es muy común en el abordaje del tratamiento de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos en situación de shock. Estos fármacos actúan aumentando la tensión arterial provocando vasoconstricción periférica, disminuyendo a su vez la perfusión en las zonas más distales como las extremidades. Existe una relación directa entre la necrosis tisular de las extremidades con el uso de drogas vasoactivas a dosis elevadas. Siendo la gangrena periférica una manifestación clínica infrecuente de un inicio agudo de isquemia en dos o más extremidades sin obstrucción arterial o vasculitis, y el tratamiento final es la amputación de los miembros afectados.

Objetivos

Identificar intervenciones para minimizar la isquemia periférica provocada por la administración de drogas vasoactivas a dosis elevadas en los pacientes con shock séptico en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados en los últimos 10 años en las bases de datos Pubmed y Cinahl.

Resultados

Resultados: Se han descrito diferentes tipos de tratamientos para prevenir, ralentizar y/o revertir el curso de la gangrena periférica; el uso de prostaglandinas ante la aparición de los primeros signos de isquemia puede evitar la progresión hacia la necrosis y la amputación. La utilización de fármacos vasodilatadores a nivel sistémico revierte las anomalías de la circulación periférica. La administración de bloqueadores simpáticos guiado por ultrasonido restablece la perfusión distal de la extremidad con isquemia.

Conclusiones

Estas complicaciones son poco frecuentes, pero existentes, por esta razón se considera importante buscar intervenciones para minimizar el efecto de las secuelas de los fármacos vasoactivos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave

Shock Séptico • UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) • Isquemia • Drogas Vasoactivas • Efectos Adversos

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 24

PERSPECTIVA DE LA COMUNICACIÓN CON LARINGÓFONO DE LOS PACIENTES CONECTADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LAS UCI

Patricia García Marcos; Beatriz Marcos Salas
1. Hopital Riviera Chablais; 2. UNIR

Objetivos

Describir la perspectiva y la experiencia de los pacientes conscientes que hayan sido sometidos a VMI que usan electrolaringe en la UCI, así como las barreras y facilitadores de su utilización.

Introducción

La comunicación con VMI es señalada como una función vital difícil de realizar y su efectividad se relaciona con la sensación de seguridad y bienestar donde destacan numerosas barreras en cuanto a la posibilidad de llevar a cabo una buena comunicación con los métodos convencionales utilizados en UCI. La electrolaringe es un dispositivo ligero, fácil y que posibilita, sin gran esfuerzo y entrenamiento, conseguir esa comunicación deseada, siendo un dispositivo potencialmente idóneo.

Metodología

Estudio Cualitativo fenomenológico. El ámbito de estudio será las UCIs de los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid y la población de estudio serán los pacientes sometidos a VMI que hayan utilizado el laringófono durante este periodo. Se utilizará el muestreo por conveniencia y se entregará un consentimiento informado donde el instrumento de recogida de datos es la Entrevista en Profundidad. El análisis de resultados seguirá la propuesta de Giorgi y el software utilizado para el procesamiento será ATLAS-TI siguiendo los criterios de calidad de Lincon y Guba y el proyecto seguirá la Ley Orgánica 15/1999.

Autorización director

24_15470648104675.pdf

Palabras clave

Laringófono • Cuidados intensivos • Comunicación • Dispositivos de comunicación

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 180

VÁLVULA FONATORIA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN UCI

Amadeo Puebla Martín; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; MA. Puebla Martín; M. García Ayala; MM. del Fresno Sánchez; S. García-Velasco Sánchez-Morago; JP. Trujillo Juárez; JJ. Quejigo García
Hospital General de Ciudad Real

Introducción

La válvula fonatoria (VF) es un dispositivo que se coloca en la cánula de traqueostomía permitiendo un flujo unidireccional hacia los pulmones durante la inspiración; facilita la comunicación verbal al permitir la salida del aire espirado por vía aérea superior.

Objetivo

Adquirir conocimientos en enfermería necesarios en cuanto a características, cuidados, ventajas y complicaciones de las VF en pacientes con ventilación mecánica.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica con consulta de manuales y experiencia personal.

Resultados/Intervenciones

Son válvulas ligeras, unidireccionales que se conectan a las cánulas de traqueostomia fenestradas y no fenestradas sin balón (eje universal de 15 mm) en pacientes adultos, pediátricos-neonatales que dependan o no de un ventilador

Ventajas:

- Mejoran la producción del habla.
- Mejora la deglución, el olfato y reduce la aspiración.
- Facilita el manejo de secreciones y desconexión del respirador acelerando la decanulación.
- Mejora la autoestima, bienestar y motivación, reduce sentimientos de aislamiento, depresión, estrés y ansiedad en pacientes con traqueostomía en ventilación artificial, acelerando su recuperación.

Contraindicaciones mayores:

- Bajo nivel de conciencia o comatosos.
- Secreciones espesas y abundantes, obstrucción.
- Compliance pulmonar disminuida.
- Aspiración grave
- No esta diseñado para conectarse a tubos endotraqueales.

Se establece un cuadro de contraindicaciones, cuidados y condiciones de uso.

Conclusiones

Las VF son un complemento de apoyo usado en el paciente traqueotomizado en UCI conectado al ventilador que facilita la fonación al permitir la salida del aire espirado por la vía aérea superior. Se han descrito efectos negativos derivados de una comunicación deficiente por parte de estos pacientes influyendo directamente en disfunción del sueño, delirio, alteraciones ventilatorias y hemodinámicas… que conllevan a mayores dosis de sedación y analgesia, más días de conexión al ventilador, incrementando la estancia hospitalaria y costes. Su conocimiento por parte de enfermería supone una mejor calidad asistencial para nuestros pacientes.

Financiación

Propia

Palabras clave

valvula fonatoria • comunicacion verbal • traqueostomia

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 263

PROYECTO HUCI-CO: PERROS EN LA UCI

Rubén Castrillo Rodríguez; E. Martínez; M. Montserrat; M. Bollas
Hospital Moisès Broggi

Objetivos/Introducción

El apoyo de las familias durante la hospitalización ayuda a disminuir la ansiedad, minimiza la experiencia traumática y contribuye a mejorar el estado de ánimo del paciente y de la familia. Muchas personas mantienen un fuerte vínculo con sus mascotas. Este caso clínico pretende explicar la relación de afecto de un paciente con su animal de compañía, y como el contacto con su perro puede tener efectos beneficiosos sobre el estado de ánimo del paciente y de su familia., durante un ingreso de larga estancia en UCI. A pesar de las muchas ventajas de un régimen de visitas abierto, sigue predominando la cultura de las UCI cerradas y con restricción de visitas.

Metodología/Observación clínica

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 82 años ingresado en UCI por oclusión intestinal, en shock séptico i tras realizarse colectomía de urgencia. Con evolución tortuosa, necesidad de drogas vasoactivas, terapia renal sustitutiva, y ventilación mecánica invasiva (VMI) prolongada. Complicaciones relacionadas con la intervención (fallo de sutura, colecciones purulentas) y otras como neumonía, miopatía, íleo paralítico, depresión, que llevan a un ingreso de 4 meses en UCI.

Resultados/Intervenciones

A pesar de contar con buen soporte familiar el paciente estaba apático, deprimido y pesimista respecto a su recuperación. En distintas ocasiones manifestó las ganas que tenía de ver a su perra. El equipo de medicina y enfermería de la UCI decidió facilitar el reencuentro en los jardines del hospital cumpliendo con el protocolo de traslado de un paciente crítico fuera de la unidad.

Conclusiones

Tanto el paciente como la família valoraron muy positivamente la actividad, manifestaron una mejora del estado anímico, y sin poder establecer una relación de causalidad, se consiguió avanzar en el destete de la VMI a partir de la intervención.

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 11:10 a 11:30 h.**

ID 368

SISTEMA DE ILUMINACIÓN CIRCADIANA Y NECESIDADES DE FORMACIÓN

Vanesa Estudillo Pérez; Sonia Francés Julian; MªAlba Riera Badia; Elisabet Gallart Vivé; Tatiana Acero Bailén; María Ferrer Mateo; Leila Álvarez Ferreiro; Marta Reig Silvestre
UCI Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

En Setiembre de 2018 se inaugura la nueva Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos del Hospital Vall d'Hebrón, una Smart UCI o UCI inteligente, donde el sistema de iluminación de las habitaciones sigue el Ritmo Circadiano. Durante los meses de Agosto y Setiembre se realizó una formación A todos los profesionales para facilitar una correcta utilización. En noviembre se administró una encuesta con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento de su funcionamiento, para valorar la necesidad de reforzarlo mediante otra formación.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional transversal. Se realizó una encuesta anónima a todo el personal de enfermería de la unidad y se identificó el turno (nocturno o diurno), la titulación, la experiencia y el tipo de contrato.

Resultados/Intervenciones

El 14,7% de los participantes desconocía el funcionamiento y 85'29% lo recordaba. De éste, el 68'96% eran enfermeras y el 31'03% auxiliares de enfermería.El 17'5% de los profesionales era de nueva incorporación.

Conclusiones

Aún habiendo realizado la formación justo antes de la apertura, se consideró necesaria una nueva formación para garantizar que los pacientes, y los profesionales (especialmente los de nueva incorporación), gozasen de todas las ventajas que ofrece este tipo de iluminaria.

Palabras clave

Ritmo circadiano • Unidad de Cuidados Intensivos

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 5

CALIDAD DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR REALIZADA POR PERSONAS SIN ENTRENAMIENTO PREVIO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA EXPERIENCIA DE SIMULACIÓN

Gorka Vallejo de la Hoz[1]; S. Ballesteros Peña[2]; I. Fernández Aedo[3]; A. Etayo Sancho[4]

1. Hospital Galdakao-Usansolo; 2. Hospital Basurto; 3. Facultad de Medicina y Enfermería (UPV/EHU); 4. Unidad de Soporte Vital Avanzado (Urduliz)

Objetivos/Introducción

Una reanimación cardiopulmonar (RCP) de calidad y desfibrilación practicada por testigos constituyen los factores que más se asocian con la supervivencia de una persona en parada cardiaca.

Objetivo:

Evaluar la calidad de la RCP (solo compresiones) que es capaz de proporcionar un ciudadano sin experiencia guiado por un desfibrilador semiautomático (DESA) o por instrucciones telefónicas desde la central de emergencias.

Metodología/Observación clínica

Estudio de simulación. Doce voluntarios sin conocimientos previos de RCP fueron aleatorizados para participar en dos escenarios simulados de parada cardiaca sobre maniquí de alto realismo: (A) cuando la RCP se practicaba sólo con las indicaciones de voz del DESA y (B) cuando además existía comunicación telefónica con el 112. Cada simulación duró 9 minutos y se programó para que en todos los análisis de ritmo el DESA recomendase desfibrilar. Se evaluaron diferentes indicadores de calidad de la RCP mediante monitorización del rendimiento, utilizando un maniquí QCPR y SimPad (Laerdal®).

Resultados/Intervenciones

La edad media (±Dt) de los participantes fue de 43 (±10) años y 7 eran mujeres. 5 participantes fueron asignados al escenario A y 7 al B. Los tiempos (min:seg) hasta la primera descarga del DESA fueron de A= 2:59 (±0:16) y B= 4:07 (±0:16) y hasta e inicio del masaje de A= 1:46 (±1:04) y B= 4:37 (±0:35). Se aplicaron una media de compresiones de 410,4 (±74,7) y 301,3 (±139,3), respectivamente. Las manos se posicionaron correctamente en el 76 y 44,6% de los casos, se aplicó una profundidad adecuada en el 11,2% y 48% y se adoptó una frecuencia adecuada en el 53,6% y 32,3% de las compresiones.

Conclusiones

Los apoyos que suponen las instrucciones por medio de los DESA o de un operador a través del teléfono permiten iniciar y practicar una RCP, aunque la calidad de la misma no es la deseable para maximizar las opciones de recuperación.

Palabras clave

Paro cardíaco extrahospitalario • Resucitación Cardiopulmonar • Desfibriladores • Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 241

HIPOTERMIA EXTREMA EN PACIENTE ATENDIDA EN DOMICILIO POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; M. Andía Chong[2]; A. Soriano Román[1]; R. Guillamón Candel[1]

1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Servicio Murciano de Salud; 2. Facultad de Enfermería. UMU. IMIB-Arrixaca. Campus Mare Nostrum

Objetivos/Introducción

Describir un caso clínico de una paciente con hipotermia extrema en domicilio que fue atendida por un equipo de emergencias prehospitalarias por aviso de inconsciencia y mal estado general.

Metodología/Observación clínica

Enfermedad actual Mujer 86 años que se encuentra en domicilio habitual y presenta desconexión con el medio, por la mañana cuando van a asearla. Antecedentes: HTA. No DM ni dislipemia. Prótesis aórtica biológica (2011). Valoración de Enfermería: precisa ayuda para ABVD, tiene cierta movilidad y autonomía, se comunica bien con la familia. La cuida una de sus hijas que tiene problemas osteoarticulares (según comenta). Las condiciones ambientales de la habitación donde duerme son precarias, humedad, mal ventilada, fría, poca luz, se detecta cierto descuido en las condiciones higiénicas. Paciente que es traída por una Unidad Móvil de Emergencias por presentar en domicilio hipotermia junto con desconexión del medio tras traumatismo facial y craneal hace 48h. Se interroga a la familia, que dicen que ha sido encontrada esta mañana en domicilio con esa sintomatología, sin incidencias durante la noche. Exploración Física: TA 139/91mmHg; FC:35 lpm; Sat.O2: 95%; Tª: 34.8ºC (tras 8 horas de calentamiento). Mal Estado General. Palidez mucocutánea. ACP: Rítmico. Pulso débil. Soplos no audibles. Hipoventilación global. Neuro: desconectada del medio totalmente.

Resultados/Intervenciones

Diagnósticos enfermeros (principales): (00006) Hipotermia relacionado con exposición al frío o entornos fríos, manifestado por frialdad de la piel e inconsciencia (00029) Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia o ritmos cardiacos manifestado por bradicardia y bajo gasto. (00099) Mantenimiento infectivo de la salud relacionado con falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas manifestado por afrontamiento individual ineficaz. Intervenciones: 3900 Regulación de la temperatura 6680 Monitorización de signos vitales

Conclusiones

Caso extremo de hipotermia en domicilio, por multicomponentes ambientales y falta de cuidados adecuados a su edad. Evolucionó lenta y tórpidamente desarrollando un recalentamiento tras más de 12h, descartando lesión cerebral.

Financiación

No ha existido ningún tipo de financiación.

Palabras clave

Hipotermia • Cuidados Críticos • Servicios Médicos de Urgencia • Atención Prehospitalaria

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 245

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA

Pilar Montejano Clouté; L. González Arjona; Guerrero-Strachan Aguilar
Fundación Jimenez Díaz

Objetivos/Introducción

Siendo conscientes de los problemas y deficiencias en el manejo de pacientes sometidos a TCDE, se decidio actualizar el protocolo de la UCI de la Fundación Jimenez Díaz (FJD).

Como objetivos nos planteamos los siguientes:

- Crear un nuevo protocolo actualizado en la práctica clínica del paciente sometido a TCDE.
- Difundir las nuevas actualizaciones en TCDE en todo el personal de enfermería.
- Unificar criterios en los cuidados de enfermería.
- Mejorar las actuaciones de enfermería ante las diferentes complicaciones.

Metodología/Observación clínica

- Se ha realizado una revision bibliográfica sistematica.
- Se ha analizado el protocolo existente de TCDE del año 2010 de la FJD.
- Se ha redactado una propuesta de actualización del protocolo conforme a la experiencia y las nuevas técnicas de TCDE.
- Se ha presentado la actualización del protocolo a la Comision de Calidad del Hospital FJD para su aprobación.
- Se han llevado a cabo talleres para la difusión del protocolo de TCDE.

Resultados/Intervenciones

- Se ha llevado a cabo la actualización del protocolo de TCDE, incluyendo las nuevas técnicas y avances, en los pacientes sometidos a dicha terapia.
- Mediante la realización de talleres se ha unficado los cuidados de enfermería aumentando la duración de los sistemas.
- Se ha mejorado las actuaciones deenfermería en el manejo de la complicaciones, consiguiendo una detección mas precoz y evitando perdidas sanguineas del paciente.

Conclusiones

La TCDE es una técnica habitual en la UCI, el conocimiento y el correcto manejo de la misma aumenta la durabilidad de los sitemas, logrando un mayor rendimiento de la terapia y con ell, un beneficio clinico en los pacientes.

Sala Formentera 3. **Martes 11 de Junio de 2019 de 12:15 a 12:35 h.**

ID 249

CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE DONANTE DE ÓRGANOS EN MUERTE ENCEFÁLICA (ME)

Anna Sánchez Pujol; S. Rodríguez Navarro; S. Luaces Villar
Centro Médico Teknon Quiron-Salud

Objetivos/Introducción

Los fallecimientos por ME siguen siendo la principal fuente de donación en España (73,75%). La ME impacta significativamente en el mantenimiento del donante por sus alteraciones fisiopatológicas. Los cuidados intensivos son la piedra angular del mantenimiento del donante y enfermería desempeña una función importante. Por ello nos hemos planteado como objetivo definir dichos cuidados: Detallar el algoritmo desde la detección de un donante en potencia, la notificación a la Organització Catalana de Transplants (OCATT), hasta el traslado a quirófano. Comprender los cuidados de enfermería en paciente donante multiorgánico con ME: Conocer el proceso diagnóstico de ME. Describir los cuidados de enfermería que derivan de las alteraciones fisiopatológicas asociadas a la ME. Valorar el soporte y comunicación con la familia durante el proceso de duelo.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos: PubMed, Scielo, Cuiden, Elsevier, web de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Resultados/Intervenciones

El rol enfermero es fundamental en los cuidados del paciente en ME, colaborando en las exploraciones neurológicas y diagnostico de ME, así como, en el óptimo mantenimiento del paciente y los órganos hasta el momento de la extracción. Asimismo, también es de suma importancia la atención y soporte a la familia para lograr un duelo funcional.

Conclusiones

Enfermería desempeña un papel clave en la promoción, proceso y resultado de la donación, ya que tiene que conocer las alteraciones propias de la ME y su proceso diagnóstico, para así realizar un plan de cuidados óptimos para conseguir el mantenimiento del donante en óptimas condiciones y conservar con buena función el máximo número de órganos. Para ello es vital la protocolización de los cuidados enfermeros.

Palabras clave

Muerte encefálica • Donación de órganos • Cuidados de enfermería • Unidad de cuidados intensivos

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC
1er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
Palma de Mallorca
09/12 Junio 2019

Pósters

Sala Formentera 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019**

De 11:15 a 11:35 h.

ID 57
PROTOCOLO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN UCI

ID 93
MONITORIZACIÓN BIS: OPTIMIZANDO LA SEDACIÓN

ID 147
OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS

ID 183
NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sala Formentera 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019**

De 11:15 a 11:35 h.

ID 187
DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ID 315
DIFERENCIAS DE LA CIRUGÍA CARDÍACA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y LA CIRUGÍA CONVENCIONAL

ID 323
ACTUACIONES BÁSICAS EN EL CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS EN UNA UCI DE SEGUNDO NIVEL

ID 339
ESTRÉS LABORAL Y PRESENCIA DE BOURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UCI

ID 136
METODOLOGÍA DE AUTOAPRENDIZAJE EN ENTORNOS SIMULADOS (MAES) PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS ENFERMERAS EN INTENSIVOS

ID 162
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR MEDIANTE EL TORSO DE ENTRENAMIENTO LITTLE ANNE QCPR

Sala Formentera 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 57

PROTOCOLO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN UCI

Beatriz Fernández Pantigoso; G. Martín Mateo; RM. Lozano Ordax; P. García Jañez; D. Carrillo López; MT. García Hernández
Hospital Clinico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

El cuidado humanizado de enfermería es la clase de cuidado que depende del compromiso moral de proteger y realzar la dignidad humana, lo que permite el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería en la práctica.Dentro de los objetivos los hay generales como elaborar un plan de cuidados en base a las necesidades el paciente y otros específicos como detectar necesidades de los pacientes bajo la perspectiva de los profesionales y las necesidades expresadas por el propio paciente, armonizando la visión profesional y del paciente.

Metodología/Observación clínica

Revisiones bibliográficas, bases de datos, guía de práctica clínica describimos la protocolización del procedimiento y cuidados centrándonos en la creación de un decálogo.

Resultados/Intervenciones

El decálogo de humanización de cuidados en UCI propuesto constaría de varios puntos.

1. Presentarse al paciente consciente o a sus familiares.
2. Dirigirse a los pacientes por su nombre.
3. Utilizar las palabras que faciliten la comunicación.
4. Conocer si se ha realizado el Registro de Voluntades Anticipadas.
5. Respetar creencias, deseos y valores de los pacientes.
6. Informar al paciente y/o a sus familiares durante la estancia.
7. Toma de decisiones compartidas.
8. Respetar la intimidad del paciente y confidencialidad de datos.
9. Atenderle en caso de Limitación del Esfuerzo Terapeútico.
10. Atención al duelo.

Conclusiones

La implantación del anterior decálogo se considera imprescindible y por ello se va a elaborar un check-list con el objetivo de verificar el cumplimiento de este decálogo para así mejora los objetivos previamente mencionados, optimizando con ello la calidad asistencial prestada al paciente.

Palabras clave

Humanización • UCI • Necesidades del paciente • Optimización de cuidados

Sala Formentera 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 93

MONITORIZACIÓN BIS: OPTIMIZANDO LA SEDACIÓN

María R. Vaño Giner; S. Fernández Ferrando; N. Pastor Soria
Hospital General Alicante

Objetivos/Introducción

Generalmente el nivel de sedación se evaluaba, valorando las constantes vitales del paciente junto con las escalas de sedación. Sin embargo, no son suficientes para una valoración óptima en una sedación profunda El BIS (Indice biespectral) es un sistema de monitorización no invasiva que permite una cuantificación del nivel de sedación. Su medición nos ayuda a optimizarlo evitando tanto la infrasedación como sobredosificación. El valor BIS lo obtenemos mediante la aplicación sobre la frente del paciente, de un sensor específico, del que obtenemos 4 parámetros :

- BIS valores entre 0 (ausencia de actividad EEG) y 100 (paciente despierto)
- EMG (electromiograma)
- TS (Tasa Supresión) porcentaje. Valor ótpimo 0.
- ICS (indice calidad señal) porcentaje, Valor óptimo 100

Metodología/Observación clínica

- Conocimiento de los 4 parámetros y sus valores.
- Valorar la calidad de la señal.
- Colocación correcta del sensor.
- Actualizar conocimientos.
- Limitaciones, situaciones que pueden alterar su valor (fármacos como ketmina) actividad anómala cerebral (encefalopatías) y beneficios (sedación profunda, coma barbitúrico y bloqueo neuromuscular)

Resultados/Intervenciones

Para una correcta interpretación es necesario valorar los 4 parámetros. Tanto la infrasedación como la sobredosificación pueden interferir negativamente en la evolución del paciente. Su uso ayuda a evitar estas situaciones.

- Valores BIS =0 EEG plano, 40-60: anestesia general 80 sedación leve moderada y 100 despierto.
- Valores inferiores a 40,se ha demostrado que no aportan beneficio (excepto los que precisan disminuir el metabolismo neuronal)
- El uso de BIS evita despertares en paciente en tratamiento con bloqueantes neuromusculares.

Conclusiones

El indice BIS es un método no invasivo sencillo y fácil de que permite el registro de la actividad cerebral y un control óptimo de la sedación. Para niveles ligeros de sedación, las escalas clínicas son las herramientas más útiles para monitorizar la sedación en pacientes críticos. En pacientes profundamente sedados, el BIS ofrece una valoración más precisa que las escalas.

Sala Formentera 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 147

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS

Nuria Esther León Curbelo; SM. Omar Montesdeoca; R. González López; S. Aznar Álvarez; S. García Aguiar
Hospital Dr. José Molina Orosa

Objetivos/Introducción

Un alto porcentaje de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos precisan en algún momento de su estancia Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI). De esta manera, muchos de ellos evitan la ventilación mecánica invasiva y por ende las complicaciones asociadas. Y secundariamente, la prolongación de la estancia en el Sistema Sanitario. La oxigenoterapia de Alto Flujo (OAF) aporta un flujo de oxígeno, sólo o mezclado con aire, que permite aplicar una fracción inspirada de oxígeno del 21% al 100%. La mezcla pasa a través de un humidificador (humedad relativa del 95-100%) a un circuito inspiratorio y el gas se calienta (para evitar condensación) hasta un valor cercano a la temperatura corporal (34-40ºC). Posteriormente esta mezcla se administra al paciente, a través de una cánula nasal. La característica principal de la OAF, es permitir administrar un alto flujo humidificado por encima del flujo inspiratorio máximo.

Objetivo:
Conocer la situación actual del uso de la OAF en pacientes críticos adultos, sus indicaciones, así como sus ventajas y limitaciones como método de VMNI.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica. Bases de datos: Medline, Scielo, Pubmed.

Resultados/Intervenciones

La OAF es una opción de oxigenoterapia en adultos críticos, que mejora su oxigenación y bienestar, minimizando los efectos adversos sobre las estructuras nasofaríngeas. Mayormente en la insuficiencia respiratoria hipoxémica, no así en la hipercápnica.

Conclusiones

Con la evidencia actual, es una opción terapéutica atractiva y útil, ya que, permite una mejoría de la oxigenación, disminución del trabajo respiratorio y mayor aumento del bienestar de los pacientes. Su uso continúa en aumento, debido a su facilidad de manejo, buena tolerancia y a sus teóricos beneficios clínicos. Sin embargo, no está demostrada su superioridad sobre otros métodos de soporte respiratorio.

Palabras clave

Alto Flujo • Oxigenoterapia • Ventilación Mecánica no Invasiva • Cuidados intensivos • Insuficiencia Respiratoria

Sala Formentera 1. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 183

NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

Alicia Oliva César; E. Rico; MJ. Rodríguez
Hospital de Jérez de la Frontera

Introducción

En el paciente crítico es frecuente la desnutrición, bien por presentarla o como consecuencia de un estado hipercatabólico durante el proceso agudo en el que un grado variable de inflamación da lugar a una composición corporal alterada. La malnutrición va asociada a peores resultados clínicos incluyendo mayores tasas de infección nosocomial y muerte. Hay que valorar el gasto cardíaco para realizar un soporte nutricional adecuado. Durante las últimas décadas se han desarrollado distintas fórmulas específicas para cubrir las distintas patologías. Sin embargo, hay controversia al respecto con relación al uso de NE estándar.

Objetivos

- Unificar criterios de actuación de enfermería en relación con la NE.
- Destacar la importancia de iniciar un aporte nutricional adecuado al paciente crítico tan pronto como sus condiciones lo permitan.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos PUBMED-Medline. Analísis de artículos referenciados guías clínicas, libros y revisiones sobre el tema.

Resultados/Intervenciones

1. Revisar evidencias disponible hasta la fecha sobre los beneficios y riesgos de la NE
2. Descripción de las distintas vías de administración, tipos de NE e indicaciones según la patología del paciente crítico.
3. Identificar ls complicaciones que puedan aparecer y cómo solucionarlas.
4. Destacar el uso de nutrición parenteral como alteranativa a la NE en pacientes con tracto gastrointestinal alterado y/o incapaces de mantener un estado nutricional adecuado.

Conclusiones

- Existen multitud de protocolos sobre NE y no existe un acuerdo, aunque todos coinicden en la necesidad de individualizar y adaptar dichas pautas a cada tipo de paciente.
- En pacientes a los que no se pueda administrar nutrición oral, se recomienda el inicio de NE artificial precoz en las primeras 24-48 h.
- La vía de administracción de la NE de primera elección sería la nasogástrica.
- En el caso de que la NE no sea tolerada, se recomienda el uso de la nutrición parental como alternativa y/o asociada.

Palabras clave

Nutrición enteral • sonda nasogástrica • aporte nutricional • nutrición parenteral

Sala Formentera 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 187

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Patricia García Jáñez; B. Fernández Pantigoso; G. Martínez Mateo; I. Muñoz Balastegui; MT. García Hernández; RM. Lozano Ordax; D. Carrillo López; MM. Pérez Martínez
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos/Introducción

Mediante los métodos de investigación científica se adquiere la mejor evidencia para de desarrollar los planes de cuidado de enfermería a través de guías de práctica clínica, protocolos de cuidados, NANDA, NIC y NOC; y nos permite establecer fundamentos científicos para las demandas de mejora continua y calidad, desarrollar juicio crítico de los elementos básicos de la investigación.

Objetivos:

Unificar criterios, facilitar a la hora de elaborar un estudio de investigación y mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes.

Metodología/Observación clínica

Elaboración y diseño de estrategias metodológicas según el propósito de estudio, empleando la bioestadística e interpretación de datos obtenidos para la mejora de la calidad asistencial en nuestra UCI. Previa revisión bibliográfica y consulta de bases de datos CUIDEN y MEDLINE, describimos los apartados que componen nuestro protocolo.

Resultados/Intervenciones

La investigación en enfermería desarrolla el conocimiento que apoya la práctica y la disciplina enfermera, este protocolo pretende guiar en la elaboración de propuestas de investigación en nuestra unidad de cuidados críticos (UCI). Esquema general de un protocolo de estudio:

1. Introducción
2. Objetivos específicos del estudio
3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados
4. Diseño y métodos (tipo de diseño, población diana, muestra, método de recogida de datos, variables, descripción y definición de la intervención, gestión de datos...)
5. Calendario previsto para el estudio: cronograma
6. Posibles sesgos del estudio
7. Problemas éticos: consentimiento informado, riesgo-beneficio paciente
8. Plan de ejecución
9. Organización del estudio
10. Presupuesto
11. Bibliografía

Conclusiones

Este protocolo es clave para facilitar el desarrollo de la investigación enfermera en nuestra UCI, ya que, el rol de la enfermera asistencial como investigadora es fundamental. Investigar significa buscar respuestas a las dudas que nos surgen, nace de la curiosidad y del deseo de la mejora del desempeño profesional. Una enfermería de cuidados críticos que consulta guías y protocolos para llevar a cabo un proyecto de investigación, mejora así su praxis y está beneficiando la seguridad y calidad de los cuidados.

Financiación

No precisa

Palabras clave

Protocolo • Investigación • proyecto investigacion

Sala Formentera 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 315

DIFERENCIAS DE LA CIRUGÍA CARDÍACA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y LA CIRUGÍA CONVENCIONAL

Esther Bonet; M. López Cuerva; M. Mas Xanco; C. Ramos Salido; S. Aulet Lucas; A. Gort Mas
Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

La Cirugía Cardiovascular es la rama de la cirugía que se ocupa de la prevención, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del corazón, pericardio y grandes vasos.La cirugía de substitución valvular a lo largo de la historia se ha desarroyado utilizando como vía de abordaje la esternotomía total longitudinal obteniendo con frecuencia un pobre efecto cosmético y un sangrado abundante posterior a la intervención. Actualmente la cirugía mínimamente invasiva se realiza con el objetivo de intentar reducir la pérdida de sangre, la morbilidad, el dolor posoperatorio y para mejorar el efecto cosmético.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: CINAHL, Medline Pubmed y Science Direct. Las palabras claves/términos MESH utilizados son: sternotomy, ministernetomy, cardiac surgery, recambio valvular. Finalmente se seleccionaron 9 artículos.

Resultados/Intervenciones

Se ha demostrado que la cirugía mínimamente invasiva reduce el sangrado posoperatorio y el dolor en el paciente posoperado de cirugía cardíaca. Además se consiguen destetes de la ventilación mecánica invasiva más precoces y una menor incidencia en la insuficiencia respiratoria.

Conclusiones

La cirugía mínimamente invasiva es un procedimiento viable y muy factible a pesar de la reducción del campo operatorio. Es seguro, con mínimas morbilidades posoperatorias y permite una rehabilitación muy temprana.

Sala Formentera 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 323

ACTUACIONES BÁSICAS EN EL CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS EN UNA UCI DE SEGUNDO NIVEL

JA. Fernández Castillo; J. Martín Serrano; F. Millán Castilla; R. Torres López; J. Moreno Lozano; D. Saucedo García; MJ. Mairena Valdenebro
Hospital Costa del Sol

Objetivos/Introducción

El Hospital Costa del Sol continúa a la cabeza de los hospitales de su categoría a nivel autonómico en cuanto a donación de órganos. En total, en 2017 se registraron un total de 17 multiorgánicas y en 2018 se realizaron 11 donaciones multiorganicas. Una de las muchas piezas claves que permiten estos datos son las intervenciones de los profesionales sanitarios.

Nuestro objetivo es dar a conocer las actividades y tecnicas mas importantes en las que participan los profesionales sanitarios de nuestra UCI.

Metodología/Observación clínica

Descripción de las actividades básicas de enfermería en el mantenimiento del potencial donante de órganos para conseguir unos resultados excelentes.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron acciones formativas sobre las posibles alteraciones del potencial donante de órganos y los cuidados a realizar. Así como la elaboración de material didáctico y colocación de cartelería específica, para la rápida consulta del personal sanitario de nuestra unidad. Participacion en el diagnostico de Muerte encefalica. Participacion en el apoyo familiar. ;antenimiebto del potencial donante, con unos objetivos prefijados. TAS > 100mmHg. PVC: 10 - 12 cm de H_2O. Diuresis: 1ml/kg/ hora en adultos Tª > 35 ºC - 37ºC Gasometría arterial: pH :7.33 - 7.45 ; PaO2 > 100mmHg ; PaCO2 35 - 45 mmHg. Hb de 10g/dL o 12 g/Dl. Hematocrito > 30%; 35% en donante multiorganico. Saturación de 95%.

Conclusiones

Conocer las actividades mas usuales en una UCI por parte del personal de enfermería para mantener al potencial donante de órganos, permite obtener y facilitar unos resultados excelentes en crear un entorno propicio para desarrollar esta tarea. El mantenimiento fisiológico y control del donante debe ser: precoz, estricto y realizado por profesionales expertos. Con una enfermería experimentada, dedicada en exclusiva al cuidado desde el diagnóstico de muerte encefálica hasta la entrada en quirófano, junto con un equipo multidisciplinar también formado podremos incluso mejorar los resultados.

Palabras clave

Donante • cuidados enfermería donantes • muerte encefalica

Sala Formentera 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 339

ESTRÉS LABORAL Y PRESENCIA DE BOURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UCI

Itahisa Montelongo Guerra[1]; CS. Pérez Cáceres[2]; E. Rocha Lynch[2]; C. Rojas Linares[2]; JA. Clemente Concepción[2]
1. Ambulancia Sanitarizada Gerencia de La Palma; 2. Hospital General de La Palma

Objetivos/Introducción

El síndrome Burnout surge como consecuencia de permanecer expuesto a diversos tipos de estresores laborales durante largos periodos de tiempo, sobretodo en ambientes laborales en los que se presta asistencia directa al cliente. Examinamos la literatura publicada en los últimos 10 años que relaciona el síndrome de Burnout en el personal sanitario en las unidades de cuidados críticos. Determinar la presencia de Síndrome de Burnout en los profesionales del hospital General de La Palma mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Medes, Pubmed.Los DECS utilizados son: Síndrome, Burnout, estrés, Maslach Burnout Inventory (MBI). La muestra la compondrán los profesionales de enfermería y técnicos en cuidados de enfermería en la UCI del Hospital general de La Palma.

Resultados/Intervenciones

La encuesta realizada nos la han respondido un total de 60 profesionales.De los entrevistados, 43 pertenecen a la categoría de diplomados en enfermería y el resto de participantes: 13, pertenece a técnicos en cuidados de enfermería.

Conclusiones

El personal que ha rellenado la encuesta presenta un alto nivel de estrés laboral, incluso alguno de ellos presenta un alto riesgo de sufrir el síndrome de Burnout, tanto a nivel hospitalario general como en el servicio de UCI. Tanto en el personal de enfermería como en las TCAE en UCI, presentan niveles parecidos de estrés; siendo el personal de enfermería considerablemente más joven; sería importante el aumento de la participación en todo el colectivo de la unidad con la intención de encontrar los factores estresantes de cada categoría así como en el distinto tipo de contrato de ambos, siendo posiblemente este un factor favorecedor del estrés laboral, puesto que el personal TCAE presenta contratos más estables.Sería interesante seguir una línea de investigación puesto que el tipo de pacientes, así como las instalaciones y los recursos son los mismos para ambos grupos

Financiación

No precisó.

Palabras clave

Síndrome Burnout • estrés laboral • Maslach Burnout Inventory • UCI • enfermería

Sala Formentera 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 136

METODOLOGÍA DE AUTOAPRENDIZAJE EN ENTORNOS SIMULADOS (MAES) PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS ENFERMERAS EN INTENSIVOS

Óscar Arrogante[1]; GM. Gónzalez-Romero[1]; A. Polo[2]; L. Carrión[1]

1. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. Fundación San Juan de Dios; 2. Unidad de Cuidados Intensivos. HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

La Simulación Clínica (SC) constituye un método de enseñanza y aprendizaje efectivo para el desarrollo de competencias enfermeras. Dentro de las diferentes metodologías de SC con una finalidad formativa, destaca la metodología MAES (Metodología de Autoaprendizaje en Entornos Simulados) desarrollada en nuestro país y que permite evaluar las competencias enfermeras adquiridas por varios participantes a la vez.

Metodología/Observación clínica

Escenificación de casos clínicos simulados relacionados con las causas reversibles de parada cardiorrespiratoria (4Hs y 4Ts) mediante la metodología MAES. En dicha escenificación participan como máximo 3 estudiantes de pregrado de Enfermería, aunque también pueden participar profesionales enfermeros. Posteriormente se lleva a cabo en análisis reflexivo y discusión del caso (debriefing) con el resto de los estudiantes que han estado visionando el caso.

Resultados/Intervenciones

Elementos de la metodología MAES:

1. Elección de equipos y establecimiento de la identidad grupal.
2. Elección voluntaria del tema de estudio.
3. Establecimiento de la línea basal de competencias y programación de las competencias a adquirir a través de una lluvia de ideas conjunta.
4. Diseño de un escenario de simulación clínica en el que explotar las competencias que se pretenden adquirir.
5. Ejecución de la experiencia clínica simulada.
6. Debriefing y exposición de las competencias adquiridas al resto de los equipos. Fases: descriptiva, analítica, expositiva, aplicación y transferencia.

Conclusiones

- La metodología MAES es efectiva para que los estudiantes adquieran las competencias enfermeras necesarias para su futuro profesional.
- La satisfacción de los estudiantes con la metodología MAES es elevada, considerándola útil para aprender al reducir la brecha entre teoría y práctica y ayudándoles a reflexionar sobre sus propios errores.
- Esta metodología se debería adaptar y aplicar en los profesionales de Enfermería de intensivos, principalmente en el personal de nueva incorporación o que necesite reciclarse. Asimismo, se debería aplicar en el entrenamiento de nuevos protocolos, técnicas y/o procedimientos enfermeros o que no sean muy habituales en la práctica clínica enfermera de intensivos.

Palabras clave

Cuidados críticos • Educación basada en competencias • Enfermería de cuidados intensivos • Enseñanza mediante simulación de alta fidelidad • Estudiantes de enfermería

Sala Formentera 2. **Miércoles 12 de Junio de 2019 de 11:15 a 11:35 h.**

ID 162

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR MEDIANTE EL TORSO DE ENTRENAMIENTO LITTLE ANNE QCPR

Óscar Arrogante; J. Ríos-Díaz; JM. Caperos; GM. Gónzalez-Romero; S. Samith; L. Carrión
Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. Fundación San Juan de Dios

Objetivos/Introducción

La reanimación cardiopulmonar (RCP) inmediata es la intervención más importante para salvar la vida tras una parada cardiorrespiratoria (PCR). Las últimas guías de consenso y recomendaciones internacionales inciden principalmente en la calidad de la RCP, ya que maximizar la calidad de la RCP salva más vidas.

Metodología/Observación clínica

- Talleres teórico-prácticos:
  - Entrenamiento en la calidad de las compresiones torácicas y ventilaciones.
  - Escenificación de casos clínicos simulados de PCR y aplicación de ciclos compresiones/ventilaciones de 2 minutos en la RCP.
- Empleo del torso de entrenamiento de RCP Little Anne QCPR de Laerdal Medical y del software asociado QCPR Instructor App para IOS y Android. Este dispositivo está programado con las últimas recomendaciones internacionales.

Resultados/Intervenciones

Variables medidas por el torso de entrenamiento Little Anne QCPR relacionadas con la calidad de la RCP:

- Número de compresiones.
- Compresiones con una adecuada tasa.
- Compresiones con liberación completa del tórax.
- Puntuación compresiones torácicas.
- Ventilaciones adecuadas.
- Puntuación ventilaciones.
- Ciclos compresiones/ventilaciones.
- Calidad general de la RCP (30:2).
- Tasa de compresiones por minuto.
- Profundidad de las compresiones.
- Compresiones con una adecuada profundidad.
- Número de ventilaciones.
- Ventilaciones con demasiado aire.
- Calidad de la ventilación.
- Porcentaje de tiempo de las compresiones.

Conclusiones

- La simulación clínica es una metodología docente efectiva para adquirir las competencias enfermeras necesarias para unas maniobras de RCP de calidad.
- El torso de entrenamiento Little Anne QCPR ofrece feedback directo y en tiempo real de las maniobras en RCP aplicadas, aumentando la calidad de las mismas.
- Es necesario que el instructor evalué la correcta colocación de las manos y brazos, así como el correcto sellado de la vía aérea, para optimizar la calidad de la RCP medida por el dispositivo.
- La utilización del torso de entrenamiento Little Anne QCPR está especialmente recomendada en la impartición de cursos de entrenamiento o reciclaje de RCP básica, inmediata y avanzada.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Cuidados críticos • Educación basada en competencias • Enfermería de cuidados intensivos • Enseñanza mediante simulación de alta fidelidad • Entrenamiento • Reanimación cardiopulmonar (RCP)