

COMUNICACIONES ORALES

XLV Congreso Nacional de la SEEIUC

1.º Congreso Internacional Ibérico de Enfermería Intensiva

Palma de Mallorca, 9-12 de junio de 2019

Comunicaciones orales 1 10 de junio - 08:30-09:15 h Auditorio Illes Balears

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

L.F. Carrasco Rodríguez-Rey^a, I. Zaragoza García^b,
M.D. Quintana Estellés^a, L. Torres Valverde^a, E. Tortosa Sirvent^a,
S. Madrid Echave^a, E. de la Vera Arias^a, C. Sánchez Jiménez^a,
M.J. Frade Mera^a e I. Ortuño Soriano^b

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

Objetivos/introducción: Objetivo: 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 de Cuidados Críticos.

Bibliografía

1. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva*. 2015;39(1):4-12.

2. Holanda Peña MS, Talledo NM, Ots Ruiz E, Lanza Gómez JM, Ruiz Ruiz A, García Miguelez A, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva*. 2017;41(2):78-85.

3. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcuca M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernández E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2017; DOI:10.1016/j.medin.2017.08.002

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

F.C. Padilla^a, S.N. Rojas^a, A.J. Espinoza^b, J.S. Avendaño^b y M.Y. Molina^c

^aEscuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.

^bUnidad de Paciente Crítico. Hospital UC-Christus. ^cEscuela 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/DE = 4,2), satisfacción con el cuidado (83,7/DE = 3,3) y satisfacción con la toma de decisiones (90,1/DE = 1,5). Los aspectos que presentaron mayores niveles de satisfacción familiar fueron el cuidado de las enfermeras al paciente (92,2/DE = 13,7), la amabilidad, respeto y apoyo del personal hacia el paciente (91,9/DE = 14,7) y hacia el familiar (91,2/DE = 14,7). Por el contrario, el ambiente en la sala de espera (76,9/DE = 22,6), el nivel de inclusión en el proceso de toma de decisiones (79,5/DE = 27,1) y la frecuencia con que las enfermeras conversaron con la familia (80,4/DE = 23,5) presentaron los menores niveles de satisfacción.

Conclusiones: En comparación con la literatura, los familiares en este estudio presentan altos niveles de satisfacción. Futuras investigaciones deben clarificar el impacto del profesional de enfermería en la satisfacción 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: Satisfacción familiar. Unidad de Cuidados Intensivos. Análisis secundario de datos. Calidad asistencial.

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

L. de la Cueva-Ariza^a, P. Delgado-Hito^a, M. Romero-García^a, G. Vía-Clavero^b, E. Farigola-Munuera^b, M.T. Lluch-Canut^c, M.A. Martínez-Momblan^a, Ll. Benito-Aracil^a, G. Martínez-Estalella^c y M.E. Juvé-Udina^c

^aDepartamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. ^bUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Bellvitge.

^cDepartamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Hospital Clínic de Barcelona. 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 descripto 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 interdisciplinaria. 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 interdisciplinaria 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 interdisciplinarias 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 P113/00459 (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.

Bibliografía

- Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011;27(5):263-72.
- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*. 2017;45(1):103-28.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Revista de Calidad Asistencial*. 2015;30(5):243-50.

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.N. Rojas^a, F.C. Padilla^a, A.J. Espinoza^b, J.S. Avendaño^b y M.Y. Molina^c

^aEscuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. ^bUnidad de Paciente Crítico. Hospital UC-Christus. ^cEscuela 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 with Care 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.

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

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

^aHospital Universitario Virgen de la Victoria. ^b061.

Objetivos/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: 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 teórico 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: Se impartieron un total de 107 cursos-talleres a 2.315 familiares/cuidadores de pacientes con SCA. Se apreció diferencias significativas antes del curso, mostrando los varones un valor superior, 6,98 frente a 6,54 ($p = 0,000$, $t = 3,38$; tras el curso el valor fue superior en las mujeres, 11,65 frente a 11,70 ($p = ns$). El grupo de universitarios muestra valor superior antes del curso (6,68 frente a 7,40 ($t = 4,7$, $p = 0,000$) y tras el taller 11,43 frente a 12,21 ($t = 7,5$, $p = 0,000$). El rango de edad de > 65 años (5,23 frente a 9,7, $p = 0,000$) y entre 51 a 65 (5,32 frente a 10,5, $p = 0,000$) muestran valores inferiores; entre 15 a 25 (7,8 frente a 12,4, $p = 0,000$) y 26 a 50 años (6,92 frente a 12, $p = 0,000$) los valores son superiores.

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 reversionan. 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.

Comunicaciones orales 2 10 de junio - 08:30-09:15 h Sala Menorca 1

ID: 69. EXTUBACIÓN ULTRA FAST-TRACK (EUFT) TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, POSOPERATORIO INMEDIATO EN LA UCI

F.J. Arroyo, A. Sánchez y M.C. Vadillo

Hospital Universitario Virgen Macarena.

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 cardíaca; 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 $PO_2 > 60$ mmHg y $SatO_2 > 90\%$. 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Ultrafast-track. Cardiovascular. Cirugía. Enfermería. Cuidados. Postoperatorio.

Bibliografía

- Joerg Ender MD, Borger MA, Scholz M, Funkat AK, Anwar N, Sommer M, Wilhelm F, Jens Fassl J. Cardiac Surgery Fast-track Treatment in a Postanesthetic, Care Unit. *Anesthesiology*. 2008;109:61-6.
- Bainbridge D, Cheng D; Current evidence on fast track cardiac recovery management. *European Heart Journal Supplements*. 2017;19(1):A3-A7.
- Grocott H. Early extubation after cardiac surgery: The evolution continues. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2017;154:1654-5.

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

M.D. González-Caro, R.J. Fernández-Castillo, F.J. Arroyo-Muñoz, F.J. González-Fernández y M.C. 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 posquirúrgicas. 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%, necesiéndose 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.

Bibliografía

- van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med.* 2001;345:1359-67.
- Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G, Meersseman W, Wouters PJ, Milants I, et al. Intensive insulin therapy in the medical ICU. *N Engl J Med.* 2006;354:449-61.

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

J.M. López-Reina Roldán^a, E. Bernal Pérez^b, P. Gasco Gasco^b, P. Rebollo Gómez^b, A. Hernández Madrid^c y M.C. Martín Delgado^b

^aHospital Universitario de Torrejón/Universidad de Alcalá. ^bHospital Universitario de Torrejón. ^cHospital 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: Ninguna.

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.

Bibliografía

- Cotogni P, Pittiruti M. Focus on peripherally inserted central catheters in critically ill patients. *World J Crit Care Med.* 2014;3(4):80-94.
- Gorski L A, Hadaway L, Hagle M, McGoldrick M, Orr M, Doellman D. Infusion Therapy Standards of Practice. *J Infus Nurs.* 2016;39:S1-S159.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

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

M. González, H. Gómez, M.J. Calvo, M. Alonso, S. Merchán, E. Alzola, L. Corriero y 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 intervención coronaria percutánea 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 cardíaca. 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 contribuir 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.

Financiación: Ninguna.

Comunicaciones orales 3 10 de junio - 08:30-09:15 h Sala Menorca 2

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

M.I. González-Méndez^a, C. Martín-Castaño^a, M.R. Urbán-Carmona^a, B. Fernández-Sacristán^b, F. García-Rioja^b, M.C. Torrejón^a, J. Muriana^a y O. Ceballos^a

^aHospital Universitario Virgen del Rocío. ^bAgencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

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.

Bibliografía

1. Aguirre RT, Bolton KW. Qualitative interpretive meta-synthesis in social work research: Uncharted territory. *Journal of Social Work*. 2013;14(3):279-94.

2. Alves C. Research methodology: how to maximize your research potential. *EFFORT Open Reviews*. 2018;3(5):184-91.

3. Arribas L, Frías L, Greus G, Parejo J, Urzola C, Ashbaugh R, et al. Document of standardization of enteral nutrition Access in adults. *Nutrición Hospitalaria*. 2014;30(1):1-14.

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

Y.G. Santana Padilla^a, J.D. Martín Santana^b, L. Santana Cabrera^a, M.D. Bernat Adell^c y T. Linares Pérez^d

^aHospital Universitario Insular de Gran Canaria. ^bUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria. ^cUniversidad Jaume I. ^dGerencia 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 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.

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

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. Formación continua. Cuidados críticos.

Bibliografía

1. Lakanmaa RL, Suominen T, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic competence of intensive care unit nurses: Cross-sectional survey study. *Biomed Res Int.* 2015;2015(ii). Brediger R. Developing a mentor program: For our cardiovascular ICU. *Crit Care Nurse.* 2009;29(2):111-2.

2. Roselló Hervás A M, Valls Andrés S. Determinación del perfil de Enfermería en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos. *Enferm Cardiol.* 2012;(57):51-8.

ID: 122. NIVEL DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJAR EN LA UCI

Y.G. Santana Padilla^a, J.D. Martín Santana^b, M.D. Bernat Adell^c, L. Santana Cabrera^a y T. Linares Pérez^d

^aHospital Universitario Insular de Gran Canaria. ^bUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria. ^cUniversidad Jaume I. ^dGerencia 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. Formación continua.

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

C. Rodríguez Núñez^a, D. Muñoz Martín^b, M. García Corres^b, J. Irigoien Aguirre^b, M. Martín Martínez^a, A. Castañeda Saiz^a, W. Conde Orío^b, G. Guinea Pardo^a, R. Sereno Barrancas^a y L. Samaniego Bóveda^a

^aHospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza. ^bHospital 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 través 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 expuesto en la historia clínica digital (metavision) y posteriormente se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante el SPSS 23.0.

Resultados/intervenciones: N = 1.551 valoraciones, de las cuales 1.305 fueron válidas, un 15,8% erróneas. 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 cumplimiento.

Financiación: Ninguna.

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:		
Si	430	75.0
No	69	12.0
NS/NC	74	12.9

Figura Comunicación ID: 122

Comunicaciones orales 4 10 de junio - 09:15-10:00 h Auditorio Illes Balears

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

P. Martorell Servera^a, C. Zaforteza Lallemand^b y M. Miró Bonet^c

^aHUSE/UIB. ^bHCI. ^cUIB.

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 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: Unidad de Cuidados Intensivos. Limitación. Decisiones al final de la vida. Enfermera. Médico. Práctica colaborativa.

Bibliografía

1. Bourdieu P. Sociología y cultura, México, Grijalbo, 1990.
2. Bourdieu P. El sentido práctico, Madrid, Taurus, 1991.

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

Ó. Serna Fernández, M.M. Sánchez Sánchez y 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 autocompañión 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 autocompañión 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 autocompañión (Self Compassion Scale, SCS), e Identificación con la organización (Mael and Ashforth's Scale, 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 autocompañión de la muestra son superiores al nivel medio de la escala. Puntuaciones obtenidas en las escalas y sus dimensiones, en la tabla.

	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 autocompañión 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: Ninguna.

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

G. Vía-Clavero^a, J. Guàrdia-Olmos^b, D. Gil-Castillejos^c, A. Ros-Muñoz^d, A. Lobo-Cívico^e, L. de la Cueva-Ariza^f, M. Romero-García^f y P. Delgado-Hito^f

^aHospital Universitari de Bellvitge-GRIN-IDIBELL. *Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona.*

^bFacultat de Psicologia. *Universitat de Barcelona.* ^cHospital Universitari Joan XXIII. ^dConsorci Sanitari del Maresme. *Hospital de Mataró.* ^eHospital Universitari Josep Trueta. ^fFacultat 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.

Bibliografía

1. Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010;26(5):241-5.
2. Martín Iglesias V, Pontón Soriano C, Quintián Guerra MT, Velasco Sanz TR, Merino Martínez MR, Simón García MJ, et al. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2012;23(4):164-70.
3. van der Kooi AW, Peelen LM, Raijmakers RJ, Vroegop RL, Bakker DF, Tekatli H, et al. Use of Physical Restraints in Dutch Intensive Care Units: A Prospective Multicenter Study. *Am J Crit Care*. 2015;24(6):488-95.

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

V. 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. Larga duración. Educación para la salud. Necesidades. Familia.

Bibliografía

1. Sayago-Silva I, Garcia-Lopez F, Segovia-Cubero J. Epidemiology of heart failure in Spain over the last 20 years. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2013;66(8):649-56.
2. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiology of cardiovascular disease in Spain. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2006;6(G):3-12.
3. Harris P, Lakshminarasimhan K. Ventricular assist devices. 2012.

Comunicaciones orales 5 10 de junio - 09:15-10:00 h Sala Menorca 1

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

I. Vázquez Rodríguez Barbero, J.C. Muñoz Camargo, M. García Ayala, R.J. Bernal Celestino, A. Puebla Martín y M.J. 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.

Bibliografía

1. International Association for the Study of Pain (IASP) 2012.
2. Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavao OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med*. 1999;25:1421-6.
3. Walder B, Tramer MR. Analgesia and sedation in critically ill patients. *Swiss Med Wkly*. 2004;134:333-46.

ID: 110. VALORACIÓN Y ABORDAJE DE LA ANALGESIA, SEDACIÓN Y DELIRIO EN PACIENTES CRÍTICOS

I. Martínez Yegles, M.J. Frade Mera, M.T. Pulido Martos, C. López López, L.F. Carrasco Rodríguez-Rey, N. Regueiro Díaz, M.R. Hernández García, J.C. Montejo González y 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 niveles de dolor y sedación-agitación, así 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%) frente a 4 (12%); $p = 0,008$. Pacientes con RASS 0 más numerosos en unidades que valoraban sedación 13 (37%) frente a 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 analgesia los pacientes tienen mayor control del dolor, encontrándose más tranquilos y colaboradores.

Financiación: Ninguna.

ID: 200. MÉTODOS DE ABORDAJE NO FARMACOLÓGICOS EN LA GESTIÓN DEL DOLOR Y CONFORT DEL PACIENTE CRÍTICO

S. Peinado Pérez y M.J. Ruiz-Henestrosa Campos
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

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 recuerda 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.

Financiación: Ninguna.

Bibliografía

1. Barr J, Fraser G, Puntillo K, Gélinas C, Dasta J, Davidson J, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2013;41(1):263-306.
2. Chamorro C, Romera MA. Dolor y miedo en la UCI. *Med Intensiva.* 2015;39(7):442-4.
3. Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, Thomason JW, Schweickert WD, Pun BT, et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2008;371(9607):126-34.

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

M. Taínta Cuezva, Y. Arteché Nosellas, I. Martín Gil, V. Salas Bergües y 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: UCI, Conocimientos. Actitudes. Dolor.

Bibliografía

1. Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2012.

Comunicaciones orales 6

10 de junio - 09:15-10:00 h

Sala Menorca 2

ID: 159. EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES DE LA UCI CON LAS RESTRICCIONES FÍSICAS

D. Mendoza Delgado y 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 comunicar-

se 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Restricciones físicas. Experiencias. Fenomenología.

Bibliografía

1. Holm A, Dreyer P. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nurs Crit Care*. 2017;22(2):81-8.
2. Benbenishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010;26(5):241-5.

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

M. Acevedo-Nuevo^a, S. Arias-Rivera^b, M.M. Sánchez-Sánchez^b, M.J. Frade-Mera^c, C. López-López^c e I. Latorre-Marco^a

^aHospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ^bHospital Universitario de Getafe. ^cHospital 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 analgesedación, 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), se-

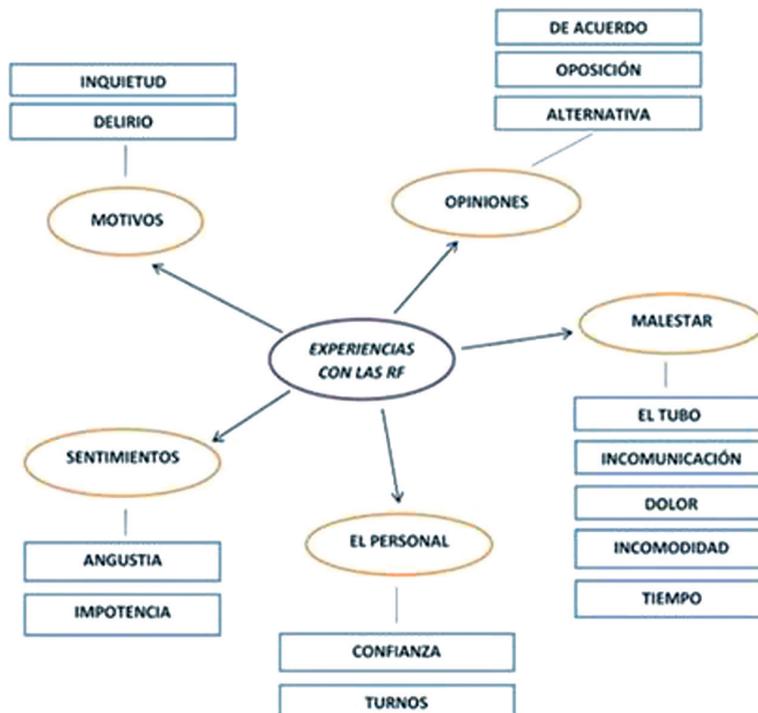


Figura Comunicación ID: 159

dación (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: analgesia 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%); pauta 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 analgesia. 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.

Financiación: Ninguna.

ID: 340. DELIRIO DE COTARD EN LA UNIDAD CORONARIA

M. Nolla Benavent^a, C.L. Maiquez Santamaría^a, V. Moles Martorell^a, L. Sánchez Fernández^a, D. Gil Castillejos^a, G. Bonet Pineda^a y O. Gómez Tricio^{a,b}

^aHospital Joan XXIII. ^bInstitut Pere Mata.

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 grave.

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 fármacos vasoactivos. 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 una grave broncoespasmo y síndrome febril, siendo exitus 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: Ninguna.

Palabras clave: Delirio. UCI. Síndrome de Cotard.

Bibliografía

- Dieguez S. Cotard Syndrome. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*. 2018;42:23-4.
- Berrios GE, Luque R. Cotard Syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995;91(3):185-8.
- Álvarez JM, Colina F, Esteban R. Los delirios de negación según Cotard y Séglas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2009;29:105-8.

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

J.J. 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 (desarrollaron 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 χ^2 , aceptando significación estadística si $p < 0,05$. El estudio contó con la aprobación del CEIC del área sanitaria correspondiente.

Resultados/intervenciones: Población 1.093 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 frente a grupo control: pH 7,35 frente a 7,32; PO2 42,90 frente a 51,87; PCO2 46,45 frente a 50,58; CO3H 25,64 frente a 24,00; lactato 1,69 frente a 1,81; Na 138,6 frente a 140,2; K 4,21 frente a 4,32. Urea 60,06 frente a 62,97; glucemia 177,42 frente a 146,59 mg/dl. No se obtienen diferencias significativas desde el punto de vista estadístico salvo en la glucemia. Glucosa y grupo de aleatorización, $p < 0,028$.

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: Ninguna.

Palabras clave: Delirium. Cuidados críticos. Cuidados Intensivos.

Bibliografía

- Badía M, Justesa M, Serviá L, Montserrat N, Vilanova J, Rodríguez A, et al. Clasificación de los trastornos mentales en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2011;35(9):539-45.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*. 2013;41:278-80.
- Greer N, Rossom R, Anderson P, et al. Delirium: Screening, Prevention, and Diagnosis; A Systematic Review of the Evidence [Internet]. Washington (DC) 2012: Department of Veterans Affairs (US).

Comunicaciones orales 7

11 de junio - 08:30-09:15 h

Auditorio Illes Balears

ID: 92. APRENDIZAJE COOPERATIVO APLICADO A LA SIMULACIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS CRÍTICOS

J.J. Rodríguez Mondéjar^a, G. Muñoz-Pérez^b, J.A. Sánchez-Pérez^c, M.L. López-Iborra^d, M. Martínez-Martínez^e, C. Alonso-Villa^f, F.J. Paredes-Pérez^g, J.M. Martínez-Oliva^f, A.J. López-Amorós^f y A.B. Sánchez-García^g

^aGerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. Facultad de Enfermería (UMU). IMIB-Arrixaca. ^bHGURS. Gerencia Área VII-Murcia Este. SMS. Facultad de Enfermería (UMU). ^cHCUVA. Gerencia Área I-Murcia Oeste. SMS. Facultad de Enfermería (UMU). ^dResidencia Virgen del Mar. Mensajeros de la Paz Cartagena. ^eUCI. Hospital Quirón Murcia. ^fUCI. HGURS. Gerencia Área VII-Murcia Este. SMS. ^gReanimación. HGURS. Gerencia Área VII-Murcia Este. SMS. Facultad de 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 3^{er} 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 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.

Bibliografía

1. Atxurra C, Villardón-Gallego L, Calvete E. Diseño y validación de la Escala de Aplicación del Aprendizaje Cooperativo (CLAS). *Revista de Psicodidáctica*. 2015;20(2):339-57.

2. Borrás F, Gómez I. Dos experiencias de aprendizaje cooperativo: clase de instrumento y conjunto instrumental. *Eufonía Didáctica de la Música*. 2010;50:109-20.

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

Ó. Arrogante^a, G.M. González-Romero^a, A. Polo^b y L. Carrión^a

^aCentro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. Fundación San Juan de Dios.

^bUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Cuidados críticos. Educación basada en competencias. Enfermería de cuidados intensivos. Enseñanza mediante simulación de alta fidelidad. Estudiantes de Enfermería.

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

Ó. Arrogante, J. Ríos-Díaz, J.M. Caperos, G.M. González-Romero, S. Samith y 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 espiromé-

tricas: 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Antropometría. Calidad. Cuidados críticos. Enseñanza mediante simulación de alta fidelidad. Estudiantes de enfermería. Reanimación cardiopulmonar (RCP).

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

S. 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 cuasiexperimental 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: Ninguna.

Palabras clave: Reanimación cardiopulmonar. Formación. Alumnos de instituto.

Bibliografía

1. Fundación Mapfre. Víctimas de incendios en España en 2014. 2014:79.

2. Wnent J, Masterson S, Gräsner J, Böttiger BW, Herlitz J, Koster RW, et al. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: a prospective observational analysis over one month in 27 resuscitation registries in Europe—the EuReCa ONE study protocol. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2015;23(1):1.

3. Bermejo RMH, Torres JAC, Ibáñez GG, Escobar AE, García AJS, de Aguilar, Jesús Arroyo Fernández. Análisis de la asistencia a la parada cardiorrespiratoria por una Unidad Medicalizada de Emergencias. *Aten Primaria.* 2011;43(7):369-76.

Comunicaciones orales 8 11 de junio - 08:30-09:15 h Sala Menorca 1

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

J.Á. Alcaraz

Hospital Insular de Gran Canaria

Objetivos/introducción: La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en los países industrializados. Su origen es multifactorial, 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 repostería 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 financiación. No existen conflictos de intereses.

Palabras clave: Adherencia. Dieta mediterránea. Síndrome coronario.

Bibliografía

1. Las 10 principales causas de defunción [Internet] [citado 1 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Rev Española Cardiol. 2014;67(2):139-44.
3. Latour-Pérez J, Cabello JB. Significado clínico del síndrome coronario agudo con elevación transitoria del segmento ST. Med Intensiva. 2011;35(5):267-9.

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

M. del Cotillo, J. Valls, R. Ribal, M. Pujol e I. Sandalinas

Hospital Universitari Mútua de 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 ≥ 48 h 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 bivariable: prueba de χ^2 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 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, $p < 0,001$.

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

		Pre	Post	p	
Edad(años)	Mediana[P.-P.]	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.-P.]	5[3-10]	4[3-8]	0,08	
Obesidad (IMC \geq 30)	n(%)	41(29,9)	31(21,7)	0,11	
Incontinentes:	n(%)	43(29,7)	46(31,7)	0,80	
-Urinaria		9(20,9)	3(6,5)	0,05	
-Fecal		33(76,7)	43(93,5)	0,03	
-Mixta		1(2,3)	0	*	
Nº deposiciones	Mediana[P.-P.]	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.

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.

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

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

J. Valls-Matarín, M. del Cotillo-Fuente, R. Ribal-Prior, M. Pujol-Vila e I. Sandalinas-Mulero

Hospital Universitari Mútua de 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). 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 bivariable con prueba de χ^2 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 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Escala Braden. Cuidados Intensivos. Enfermería. Lesiones cutáneas asociadas a la humedad.

Bibliografía

1. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model 1. for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. J Nurs Scholarsh. 2014;46(1):28-38.
2. Valls-Matarín J, Del Cotillo-Fuente M, Ribal-Prior R, Pujol-Vila M, Sandalinas-Mulero I. Incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad en una unidad de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2017;28(1):13-20.
3. Roca-Biosca A, Rubio-Rico L, Fernández MIM, Grau NG, Garijo GT, Fernández FPG. Predictive validity of the Braden scale for

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.-P.]	69 [58-76,5]	62 [50,3-73]	0,003
Sexo (Hombres)	n(%)	96 (66,2)	82(66,6)	0,09
Incontinentes:	n(%)	43(29,7)	46(31,7)	0,60
-Urinaria		9(20,9)	3(6,5)	0,05
-Fecal		33(76,7)	43(93,5)	0,03
-Mixta		1(2,3)	0	
Escala Braden (puntos)	Media(DE)	12,4(2,6)	12,8(3,0)	0,24
LESCAH	n(%)	42(29)	21(14,5)	0,003

Figura Comunicación ID: 133

assessing risk of developing pressure ulcers and dependence-related lesions. *J Wound Care*. 2017;26(9):528-36.

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

M.R. Delgado de la Fuente y T.R. Velasco Sanz

Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos/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 ad hoc 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Visitas hermanos. NIDCAP.

Bibliografía

1. Riani-Llano N. Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal. *Persona y Bioética*. 2007; 11:138-45.
2. Pallás Alonso CR. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. *An Pediatr Contin*. 2014;12:62-7.
3. Jiménez Parrilla F, Loscertales Abril M, Martínez Loscertales A, Merced Barbancho M, Lanzarote Fernández D, et al. Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. *Vox Paediatrica*. 2003;11:27-33.

**Comunicaciones orales 9
11 de junio - 08:30-09:15 h
Sala Menorca 2**

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

X. Verd Aulí y M. 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 triangulaban 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Práctica colaborativa. Sesiones clínicas. Percepción. Satisfacción. Trabajo en equipo. Unidad de Cuidados Intensivos.

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

C. Cuzco^a, R. Marín Pérez^b, A. Núñez Delgado^c, I. Carmona Delgado^a, P. Castro Rebollo^a, G. Martínez Estalella^a, M.A. Martínez Momblán^d, M. Romero García^d y P. Delgado Hito^d

^aHospital Clínic de Barcelona. ^bHospital de Bellvitge. ^cHospital Vall d'Hebron. ^dUniversidad de Barcelona.

Objetivos/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: 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: 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 Syndrome). PTSD (Post-Traumatic Stress Disorders).

Bibliografía

1. Klemm DE. The Hermeneutical Theory of Paul Ricoeur. A Constructive Analysis. 1983, Lewisburg Bocknell University Press, London, pp. 63, 74-108.
2. Guba E, Lincoln Y. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In: Denzin N, Lincoln Y, eds. Sage handbook of qualitative research, ed. Thousand Oaks, CA: Sage., chap. 6, 2000; pp. 163-88.
3. Delgado-Hito P, Romero-García M, Heras G. El síndrome post-UCI. En G. Heras la Calle Humanizando los cuidados intensivos: Presente y futuro centrado en las personas. Distribuna: Colombia. 2017.

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

T. Esteban Galbete, V. Arnaiz Arnaiz, P.M. Olaechea Astigarraga, M. Orive Calzada, A. Antón Ladislao y N. González Hernández

Hospital Galdakao-Usansolo.

Objetivos/introducción: Conocer la prevalencia del desgaste 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 ítems y cuestionario Malach Burnout Inventory. Estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, porcentajes y frecuencias para las cualitativas. Análisis bivariable: test chi cuadrado, tests no paramétricos 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 (p 0,01). 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 (p 0,04); 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 (p 0,009). 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Desgaste profesional. Unidad de cuidados intensivos. Síndrome de burnout. Profesionales sanitarios.

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

A. Andrés Herrero, C. Vilà-Vilardell, A. Alabart-Llinás, C. Tevar-Gómez, S. Gómez-Fernández, R.M. Balaguer-Blasco, J.R. Masclans-Enviz y J. Marín-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 2017/7545/1.

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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Secreciones. Fluidificación. Hyaneb®.

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 $32,83 \pm 14$ días, frente a $12,20 \pm 2$ el GC ($p < 0,05$). La LPP ha 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 Intensiva i Crítica (SOCMIC). La dotación económica fue de 1.200 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.

Bibliografía

1. Grupo registro ENVIN. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva-España. Informe 2016. 2016.
2. Pigrau C. Infecciones del tracto urinario. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31(9):614-24.
3. Chant C, et al. Relationship of catheter-associated urinary tract infection to mortality and length of stay in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Care Med.* 2011;39(5):1167-73.

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

M. Baeza Mirete, E. Muñoz Borrachero, J. Sáez Sánchez, F. Expósito Barroso, E. Andreu Soler, J.H. de Gea García, M.L. Alcaraz Escribano, J.E. Martínez Abril y B.C. 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 descriptivo, 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).

**Comunicaciones orales 10
11 de junio - 09:15-10:00 h
Auditorio Illes Balears**

ID: 63. EFICACIA DE LA SUJECIÓN DE LA Sonda Vesical EN LA DISMINUCIÓN DE INFECCIÓN DE ORINA, LESIONES EN EL MEATO URINARIO Y MOLESTIAS EN EL PACIENTE CRÍTICO: RESULTADOS PRELIMINARES

N. Calpe^a, S. Rafart^b, L. Wennberg^c y M. Llauradó^c

^aHospital Universitari General de Catalunya. ^bHospital del Mar. ^cUniversitat Internacional de Catalunya.

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

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.

Bibliografía

1. Albert NM, Hancock K, Murray T, Karafa M, Runner JC, Fowler SB, et al. Cleaned, ready-to-use, reusable electrocardiographic lead wires as a source of pathogenic microorganisms. *Am J Crit Care.* 2010;19(6):e73-80.

2. Bacterial Contamination on Reusable Electrocardiograph Wires on Successive Operative Days - Google Académico [Internet]. [Citado 9 de agosto de 2017]. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?q=Bacterial+Contamination+on+Reusable+Electrocardiograph+Wires+on+Successive+Operative+Days&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C2

3. Brown DQ. *Crit Care Nurse.* Disposable vs reusable electrocardiography leads in development of and cross-contamination by resistant bacteria. 2011;31(3):62-8.

ID: 326. EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS “ZERO”

N. Alonso León, L. Banco Tura, D. Roldán Rubio, S. Fernández Rozas, P. Garro Martínez y X. 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 1.000 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 1.000 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Programas Zero. Bacteriemia Zero. Neumonía Zero. Resistencia Zero.

ID: 360. INFECCIONES RELACIONADAS CON LOS DISPOSITIVOS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS EN LA UCI

M. Nolla Benavent, B. de los Mozos Pérez, C.L. Maiquez Santamaría, C. Ruiz Castillo, M. Bodí Saera y C. Villavicencio Luján

Hospital Joan XXIII.

Objetivos/introducción: La mortalidad de los enfermos hematológicos ingresados en UCI en la actualidad ha disminuido, estimán-

dose 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, estadios, 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 máximo 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.

Bibliografía

1. Alp E, Tok T, Kaynar L, Cevahir F, Akbudak İH, Gündoğan K, et al. Outcomes for haematological cancer patients admitted to an intensive care unit in a university hospital. *Aust Crit Care.* 2018; 31(6):363-8.

2. Bernal T, Pardavila EV, Bonastre J, Jarque I, Borges M, Bargay J, et al. Survival of hematological patients after discharge from the intensive care unit: a prospective observational study. *Crit Care.* 2013;17(6):R302.

Comunicaciones orales 11 11 de junio - 09:15-10:00 h Sala Menorca 1

ID: 42. ELIMINACIÓN EXTRACORPÓREA DE CO₂ CON SISTEMA PRISMALUNG. CASO CLÍNICO

I. Vázquez Rodríguez Barbero, A. Puebla Martín, M.P. Rubio Serrano, S. García Velasco Sánchez Morago, F.S. Alañón Varón, M.A. Puebla Martín, M.G. García Fernández, M.P. Núñez Jiménez, A. Muñoz Torrero Peña y R.M. 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 mmHg y sin haber una evidencia de una elevación de la presión de la aurícula izquierda. La eliminación extracorpórea de CO₂ o descarboxilación es un proceso por el cual la sangre pasa a través de un intercambiador de sangre, PrismaLung, para eliminar el CO₂ 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 sistema 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 conoci-

DÍA HORA	19 OCT 14:00 INGRESO	21 OCT 18:30 IOT	6 NOV 9:52	6 NOV 13:15 PRONO	7 NOV 12:51 SUPIN	9 NOV 2:59	9 NOV 11:40 INIC.	9 NOV 14:39	13 NOV 15:57 FIN	16 NO 16:20	24 NO 1:00	26 NOV 11:00 DECANUL.	28 NOV 20:00 ALTA UCI
MOD. RESP.	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	CPAP 35% PS+15 +5	VMK TX 30% 5 L	VMX 50% 10 L	GN 2 L
PH	7,38 (15:38)	7,39/7,36 (16:38/19:15)	7,27	7,11	7,32	7,1	7,2 (9:19)	7,33	7,45	7,45 (16 H.)	7,51	7,43 (15 H.)	7,47 (27 NOV, 16 H.)
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
%O2S AT	97%	92%/ 100%	95%	96%	91%	94%	95%	97%	96%	100%	99%	100%	100%

Figura Comunicación ID: 42

das, 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 CO2 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 CO2 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.

Bibliografía

1. Ferrer R, Navas A, Adda M, Artigas A. Papel de la coagulación en la fisiopatología SDRA. Paralelismo con la sepsis. *Med Intensiva*. 2008;32:304-11.
2. Godet T, Combes A, Zogheib E, Jabaudon M, Futier E, Slutsky AS, et al. Novel CO2 removal device driven by a renal-replacement system without hemofilter. A first step experimental validation. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2015;34(3):135-40.
3. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2007-2008. Elsevier; 2007.

ID: 160. TRAQUEOTOMÍA EN LA UCI: UNA PUESTA AL DÍA

L. Gallego Moreno, T. Esteban Galbete y 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 traqueostomizado. 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 especiali-

zadas (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 posprocedimiento temprano (≤ 7 días) y el posprocedimiento 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Traqueotomía. Paciente crítico traqueostomizado. Cuidados de Enfermería. Unidad de cuidados intensivos. Traqueostomía.

ID: 164. LA HIPEROXIGENACIÓN INTRAOPERATORIA

E. Quero Díaz, F. Yuste Bustos, C. López Martín y J.C. Igeño Cano *Hospital San Juan Dios. Córdoba*.

Objetivos/introducción: La VM es una medida de soporte temporal, que usa tanto en pacientes críticos como en procedimientos 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 vasoconstric-

ción 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/observación clínica: Estudio descriptivo prospectivo con datos recogidos en un periodo de 22 meses. Criterios de inclusión: pacientes posquirúrgicos mayores de 18 años sin patología pulmonar conocida, que requirieron VM bajo sedoanalgo-relajación, durante la intervención. Portadores de acceso vascular arterial. Conectados a VM o extubados previo ingreso en UCI.

Resultados/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. 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 227 mmHg, sin problemas ventilatorios (pH medio 7,36, pCO₂ media 39,8 mmHg) con una FiO₂ media de 57,4%. Tipo de cirugía predominante fue general. Lactacidemia media de 2,95 mmol/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.

Financiación: Ninguna.

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

A. García Segura, N. Carrasco Rodríguez, M. Alvarado Paneso, M. Carrillo Arolas, M. Salamero Amorós, I. Sandalinas Mulero, M. Fernández Fernández y J. Trenado Álvarez

Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

Objetivos/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 o < -4 y/o PIC > 20 mmHg. 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.

Palabras clave: Ventilación mecánica. Debilidad diafragma. Debilidad periférica. PIM. Walking Test.

Bibliografía

1. Hermans G, De Jonghe B, Bruyninckx F, Van den Berghe G. Interventions for preventing critical illness polyneuropathy and critical illness myopathy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):CD006832.
2. Nordon-Craft A, Moss M, Quan D, Schenkman M. Intensive care unit-acquired weakness: implications for physical therapist management. *Phys Ther.* 2012;92:1494-506.
3. Batt J, Dos Santos Claudia C, Jill I, Cameron JI, Herridge MS. Intensive care unit-acquired weakness: clinical phenotypes and molecular mechanisms. *Am J Respir Crit Care.* 2013;187:238-46.

Comunicaciones orales 12 11 de junio - 09:15-10:00 h Sala Menorca 2

ID: 155. SEDACIÓN DIFÍCIL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS AL ALTA

D. Gil Castillejos^a, M.L. Rubio Rico^b, C. Ferré Grau^b, M. Bodí Saera^c y A. Sandiumenge Camps^d

^aHospital Universitario Joan XXIII. ^bDepartamento de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili. ^cHospital Universitario Joan XXIII/ IISPV/URV/CIBERES. ^dHospital Universitario Vall d'Hebron.

Objetivos/introducción: La sedación difícil (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 posttraumático (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 analgesedación 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: Se presentan en la tabla.

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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Analgesia. Unidad Cuidados Intensivos. Sedación difícil. Ansiedad. Depresión. Trastorno de estrés posttraumático.

Bibliografía

1. Hashem MD, Nallagangula A, Nalamalapu S, Nunna K, Nausran U, Robinson KA, et al. Patient outcomes after critical illness: a systematic review of qualitative studies following hospital discharge. *Critical Care.* 2016;20:345.
2. Myhren H, Ekeberg O, Toien K, Karlsson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care.* 2010;14:R14.

	Población Total (n=195)	Sedación Dificil		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/psicótopos 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	

3. Chamorro C, Romera MA, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Estrategias de control de la sedación difícil. Med Intensiva. 2008;32(Supl 1):31-7.

ID: 168. PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE LA UCI RESPECTO AL NUEVO PLAN DE HUMANIZACIÓN

M. Martínez Albertín, J. Martos Rojas, S. Rodríguez Ruiz, E. García Puvia, L. Jaile Dalfo, O.C. Vidal Pérez, J. Caballero López, M. Almansa Gómez y 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Humanización. Cuestionario. Satisfacción. Beneficio.

Bibliografía

- Escudero D, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados. Rea Calid Asist. 2015;30(5):243-50.
- Escudero D, et al. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med Intensiva. 2014;38(6):371-5.

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

S. 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 postraumático (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: Ninguna.

Palabras clave: Sedación. Efectos. Cuidados intensivos. Delirium. Trastorno de estrés postraumático.

Bibliografía

- Wolters AE, van Dijk D, Pasma W, et al. Long-term outcome of delirium during intensive care unit stay in survivors of critical illness: A prospective cohort study. Critical Care. 2014;18(3):R125.
- Wolters AE, Slooter AJ, van der Kooij, Arendina W, van Dijk D. Cognitive impairment after intensive care unit admission: A systematic review. Intensive Care Med. 2013;39(3):376-86.
- Frade-Mera MJ, Regueiro-Díaz N, Díaz-Castellano L, et al. Un primer paso hacia una analgesia-sedación más segura: Evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica. Enfermería Intensiva. 2016;27(4):155-67.

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

F. Martínez Quesada, C. Carrilero López, I.M. Murcia Sáez, M.D. Saiz Vinuesa, M.C. Arenas Morcillo, M.I. Cebrián Camins, R.M. Guija Rubio, J. Pérez González y M.E. Buendía Alarcón

Complejo Hospitalario Universitario 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 longitudinal 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. Análisis 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.

Financiación: Ninguna.

Comunicaciones orales 13

12 de junio - 09:00-09:45 h

Auditorio Illes Balears

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

G. Tenor Salas y M.J. González 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 registraron 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 desencadenante la alteración cognitiva del paciente (desorientación), mal control de la sedoanalgesia. En el caso del error de medicación se describe situación de estrés 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Seguridad. Dolor. Sedación. Delirium.

Bibliografía

1. Castañeda-Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas JF, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Cienc Enferm.* 2013;19(2):77-88.

2. Moreno-Millán E, Villegas-Del Ojo J, Prieto-Valderrey F, Nieto-Galeano J. Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. *Med Intensiva.* 2011;35(1):3-5.

ID: 62. ESTUDIO OBSERVACIONAL PRE- POS- PARA CONOCER EL CUMPLIMIENTO EN LA HIGIENE DE MANOS (HM) TRAS LA REALIZACIÓN DE SESIONES FORMATIVAS

I. Porres Revuelta y J.A. 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 5 momentos (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 adquirieron 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-2 y 4, mejora ligeramente en 3 y notablemente en 5 (aumento hidroalcohol). Resultados con formación, destaca aumento HM en momento-4 y 5 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Higiene de manos. Infección cruzada. Seguridad del paciente. Prevención primaria.

Bibliografía

1. SEMICYUC: Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas. Estudio Nacional de Vigilancia de la Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva. ENVIN HELICS. Informe 2017 [consultado 28 octubre2018]. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202017.pdf>

2. SEMPSPH: Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. EPINE, Informe Global España 2017 [consultado 28 octubre 2018]. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202017%20Informe%20Global%20de%20Es%20pa%C3%B1a%20Resumen.pdf>

3. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): Formación de profesionales sanitarios como observadores del cumplimiento de higiene de las manos. Resumen 88. Unas manos limpias son manos más seguras. WHO/EIP/SPO/QPS/05.2. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf

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

J. Irigoien Aguirre^a, C. Rodríguez Núñez^a, M. Martín Martínez^a, M. García Corres^b, A. Iglesias Rodríguez^a, M.J. Rodríguez Borrajo^a, N. Mingo Elguea^a, Z.I. Gil García^a, M.T. Ruiz Armetia^a y J.F. Castedo González^a

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

Objetivos/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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Seguridad. Cuidados intensivos. Sistemas de seguridad.

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

M.J. Navarro-Fernández, M.M. Camino-Batista, M.C. Guerrero-Martínez, F. Manzano y A.N. Pérez-Pérez

UCI. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos/introducción: En el paciente crítico con ventilación mecánica (VM) se demostró en el estudio PUPPAS 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 régimen 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 \geq 24h en una UCI utilizando superficies que reducen la presión.

Metodología/observación clínica: Estudio cuasiexperimental 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 \geq 24h. La variable principal de efectividad fue la incidencia de úlceras por presión de UPP grado \geq II. La principal variable de seguridad fue la incidencia de autoextubaciones.

Resultados/intervenciones: 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: La implementación de un régimen de CP cada 2-4h 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: Ninguna.

Palabras clave: Ventilación mecánica. Autoextubación. Úlceras por presión. Cambios posturales.

Bibliografía

1. Manzano F, Colmenero M, Pérez-Pérez AM, et al. Comparison of two repositioning schedules for the prevention of pressure ulcers in patients on mechanical ventilation with alternating pressure air mattresses. *Intensive Care Med.* 2014;40(11):1679-87.

**Comunicaciones orales 14
12 de junio - 09:00-09:45 h
Sala Menorca 1**

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

M.M. Sánchez Sánchez, R. Jareño Collado, S. Barba Aragón, V. López López, E. Casado Osa, R. Sánchez Izquierdo, J. Cidoncha Moreno, P. Castejón Barruso, M.T. Alcalá Ponce de León y 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 ad-

ministración 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 1.000 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.

Tasa de retirada de dispositivos (por 1.000 días)

	Autorretirada (AUT)		Maniobras (MAN)		Retirada Accidental (AUT + MAN)	
	2018	2018	2011	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		

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.

Financiación: Ninguna.

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

M.M. Sánchez Sánchez, R. Jareño Collado, S. Barba Aragón, V. López López, E. Casado Osa, R. Sánchez Izquierdo, J. Cidoncha Moreno, P. Castejón Barruso, M.T. Alcalá Ponce de León y 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: $4,1 \times 1.000$ días de TET y MAN: $2,7 \times 1.000$ 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.

Financiación: Ninguna.

ID: 331. PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE LA UCI EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DE LA CANALIZACIÓN DE VÍAS ARTERIALES

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

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos/introducción: La canalización de catéteres en las vías arteriales periféricas (radial, braquial y pedia anterior entre otras), es una actividad comúnmente desarrollada por la enfermería de las UCIs, para el manejo y monitorización hemodinámico 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 catéter, la realización de pruebas de valoración de circulación y calibre arterial, así como la patología y drogas vasoactivas del paciente, condicionan el riesgo de aparición de este síndrome. A raíz de un caso negativo, nuestro objetivo, es determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería de nuestra 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 responsable de la canalización de las vías arteriales periféricas en un 95%, prefiriendo su canalización en arteria radial frente a la bra-

quial (83% frente a 17%). El uso de la ecografía lo realizan un 5% de los entrevistados; el test de Allen no es usado. Esto muestra concepciones erróneas e inseguras (evidencia muestra mayor seguridad art braquial frente a radial), y prácticas inseguras en relación al riesgo de eventos trombóticos de las vías 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 frente a radiales), realizando prácticas inseguras y no usando por contra recomendaciones seguras según evidencia.

Financiación: Ninguna.

ID: 350. CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO

J.J. Rodríguez Mondéjar^a y R.M. Cascales Rubio^b

^aUME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. ^bFacultad 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 ítems. 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 25-30°; 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 37,5°C, 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 T^a 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 de Enfermería. Monitorización neurofisiológica.

Bibliografía

1. De Abreu Almeida M, Barragan da Silva M, et al. Clinical indicators to monitor patients with risk for ineffective cerebral tissue perfusion. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2015;33(1):155-63.
2. García-Lira José R, Zapata-Vázquez RE, Alonso-Vázquez F, Rodríguez-Ruz Suemy G, Medina-Moreno MR, Torres-Escalante JL. Monitorización de la presión intracraneal en traumatismo craneoencefálico severo. *Rev Chil Pediatr*. 2016;87(5):387-94.
3. Le Roux P, Menon DK, Citerio G, et al. Consensus summary statement of the International Multidisciplinary Consensus Conference on Multimodality Monitoring in Neurocritical Care: a state-

ment for healthcare professionals from the Neurocritical Care Society and the European Society of Intensive Care Medicine. *Neurocrit Care*. 2014;21 Suppl 2:S1-26.

Comunicaciones orales 15 12 de junio - 09:00-09:45 h Sala Menorca 2

ID: 78. SMART UCI Y ENFERMERA DE MONITORES

G. Zariquiey-Esteva^a, X. Nuviols-Casals^b, N. Vila-Batllo^c, E. Gallart^b, A. Riera-Badia^b, S. Francés-Julian^b y A. Palomino Barbero^b

^aUnitat de Processos. Campus Vall d'Hebron. ^bUCI. Vall d'Hebron. ^cSeguretat 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". 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Alarmas clínicas. Lean Healthcare.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico [monografía en Internet]. Actualización 2017. Madrid; 2017. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/indicadoresdecadidad2017_semicyuc_spa.pdf

ID: 134. COLOCACIÓN DE LA SONDA POSPILÓRICA Y DETERMINACIÓN DEL PH A PIE DE CAMA: ¿PUEDE SER UNA ALTERNATIVA?

J. Valls-Matarín, A. Jorge-Castillo, R.M. Peradejordi-Torres e I. Sandalinas-Mulero

Hospital Universitari Mútua de 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 \geq 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 \geq 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 (tabla).

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%	-

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.

Bibliografía

- Gatt M, MacFie J. Bedside postpyloric feeding tube placement: a pilot series to validate this novel technique. *Crit Care Med*. 2009;37(2):523-7.
- Clifford P, Ely E, Heimall L. Bedside Placement of the Postpyloric Tube in Infants. *Adv Neonatal Care*. 2017;17(1):19-26.

ID: 150. ELIMINACIÓN EXTRACORPÓREA DE CO₂ EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

F. Gil Almagro, F.J. Carmona Monge, B. Barranco García, J.C. Sánchez García y S. Navarro Ortega

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Objetivos/introducción: La eliminación extracorpórea de CO₂ se realiza mediante dispositivos que extraen CO₂ de la sangre venosa mediante su paso a través de una membrana. Se utiliza principalmente en pacientes con síndrome de distrés 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 CO₂ de 74,9 (gasometría venosa). Se inicia terapia de eliminación extracorpórea de CO₂ 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 pCO₂ (52,9 y 67,2). Ocho días tras el inicio de la terapia se consiguen cifras de pCO₂ 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 CO₂ 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Plan de cuidados. PrismaLung.

ID: 246. PROGRAMA FORMATIVO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA ECCO2R

M. Cots, J. Prados, X. Castillo, E. García, M. Escarp, N. Ramón, E. Juan, M. de la Llana, T. Pérez y 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 una 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 donde 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: ECCO2R. PrismaLung. Programa formativo.

Bibliografía

1. Fanelli V, Costamagna A, Ranieri VM. Extracorporeal support for severe acute respiratory failure. *Semin Respir Crit Care.* 2014; 35:519-27.
2. Garro P, Masclans JR. La ECMO en las UCI de Cataluña. *Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica.* 2017.

**Comunicaciones orales 16
12 de junio - 09:50-10:35 h
Auditorio Illes Balears**

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

E. Pérez Juan y M. Maqueda Palau

Hospital de 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 IC95%, mediante el programa SPSS v. 20.0.

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 ($\pm 3,01$): catéter venoso periférico (CVP) 5,74 ml ($\pm 2,85$), cánula arterial 4,37 ml ($\pm 2,93$), catéter central acceso periférico (PICC) 7,34 ml ($\pm 3,03$) y catéter venoso central (CVC) 6,49 ml ($\pm 2,99$). 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Volumen de desecho. Catéter. Unidad de cuidados intensivos. Pruebas de laboratorio.

ID: 53. VARIABLES ASOCIADAS AL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

M. Romero-García, P. Delgado-Hito, L. de la Cueva-Ariza, M.A. Martínez-Momblán, L. Benito-Aracil, M.T. Lluch-Canut, M. Raurell Torreda, M.E. Juvé-Udina y M.C. Moreno-Arroyo

Universidad de Barcelona.

Objetivos/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. 3) 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 (DE 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 (DE 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 Barcelona (PR-3663/10) y por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competición)(FIS11/00447).

Palabras clave: Satisfacción del paciente. Cuidados de Enfermería. Cuidados Intensivos. Investigación de Enfermería. Factores asociados.

Bibliografía

1. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino M, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health.* 2017;137(2):89-101.
2. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002;6(32):1-244.
3. Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunnskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: Results from three casualty clinics in Norway. *BMC Fam Pract.* 2010;11:73.

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

E. Pérez Juan^a, M.C. Soteras Llopart^b, S.M. Babot Rebassa^a, M. Verger Serra^a, M.A. Pérez Aixartell^a y A. López Cabrera^b

^aHospital de Manacor. ^bHospital 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 Likert, 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 frente a 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 ítems.

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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Registro de Enfermería. Cateterismo cardíaco. Atención de Enfermería. Transferencia de pacientes. Comunicación.

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

M.D. Gil Carrasco, J. Ledesma y S. Sabell

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos/introducción: El personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) es responsable 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 (DE 9,06). El 33,6% (46) trabajan en Cuidados Críticos Médicos, el 43,8% (60) en Cuidados Críticos Posquirúrgicos, el 21,1% (29) en Cuidados Críticos Cardíacos. La media de conocimientos antes de la intervención fue de 4,208 (DE 1,78) puntos. Tras la intervención todos los participantes alcanzaban puntuaciones superiores a 5 con una media de 8,140 (DE 2,21), siendo estadísticamente significativas estas diferencias, $p < 0,000$.

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 proceso de donación.

Financiación: Ninguna.

Bibliografía

1. Moraes E, Dos Santos MJ, Mrighi MA, Massarollo MC. Vivenci de enfermeros en el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;22(2):226-33.

2. Martínez Soba F, Masnau Burralló N, De La Rosa Rodríguez G, Povar Marco J, De La Rosa G, García MA. El profesional de urgencias y el proceso de donación. Recomendaciones del grupo colaborativo ONT-SEMES. *Emergencias*. 2016;28(3):193-200.

3. Freire ILS, Oliveira de Mendoca AE, Bessa de Freitas M., Melo G de SM, Costa IKF, Torres GV, Compresao da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doacao de orgaos. *Enfermería Glob*. 2014;13(36):179-93.

Comunicaciones orales 17 12 de junio - 09:50-10:35 h Sala Menorca 1

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

M. Montes Vázquez, A. Ruiz Flores, A. Troya Becerra, G. Rubio Gallardo, V. García Cañadas, C. Sánchez Vidal y C. 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 de 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Traslado. Seguridad. Equipo de UCI.

Bibliografía

1. Vázquez Calatayud M, Portillo MC. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica. *Enfermería Intensiva*. 2013;24(2):72-88.
2. Salizard M, Arbon P, Steve P. Patients' transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2013;29:187-92.
3. Mc.Cairn AJ, Jones C. Does time of transfer from critical care to the general awards affect anxiety? A pragmatic prospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2014;30:219-25.

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

J.J. Rodríguez Mondéjar^{a,b}, R. Guillamón Candel^a, A. Soriano Román^a y M. Andía Chong^a

^aUME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. Servicio Murciano de Salud. ^bFacultad 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 DE 24,2 (0-99), con 80 o más años 27%, varones 432 (52%), tiempo medio de respuesta 9,2 minutos DE 5,1 (0-34), tiempo medio de llegada al lugar 9,5 minutos DE 5,5 (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 fue por medios propios, seguido de la UME.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Medicina de emergencia. Urgencias médicas. Ambulancias.

Bibliografía

1. Contreras C, Galarza C. Hospitalización inadecuada en emergencias médicas. *Rev Soc Perú Med Interna*. 2011;24(1):19-25.
2. Department of Health. Emergency admissions to hospital: managing the demand. Londres: National Audit Office 2013. Disponible en: <https://www.nao.org.uk/report/emergency-admissions-hospitalsmanaging-demand/>
3. García Criado E, Avalos de la Torre J, Castro Bracho PP, Cerezo García J, López Obispo M, Rodríguez Torronteras A. Estudio descriptivo de la patología atendida en un centro de urgencias extrahospitalario. *Emergencias*. 1992;4(1):7-11.

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

S. Aparicio Ibáñez, M. Juncos Gozalo, D. Molina Villaverde, I. Araque Criado y A. Ponce Figueroa

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: Ninguna.

Palabras clave: Bienestar. Confort. Reanimación. Sed.

Bibliografía

1. Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljungqvist O, Hubner M, et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]) society recommendations. *Clin Nutr*. 2013;32(6):879-87.
2. Melloul E, Hübner M, Scott M, Snowden C, Prentis J, Dejong CH, et al. Guidelines for Perioperative Care for Liver Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World J Surg*. 2016;40(10):2425-40.
3. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, Schäfer M, Mariette C, Braga M, et al; Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]) Society recommendations. *Br J Surg*. 2014;101(10):1209-29.

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

M. Prats Arimon^a, M.C. Moreno-Arroyo^b, M.T. Lluç-Canut^b, J. Roldán-Merino^b, M.A. Hidalgo-Blanco^b y M. Puig-Llobet^b

^aHospital de la Cerdanya. ^bUniversidad 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 frente a 43%), la ansiedad se redujo en un 61% (86,1% frente a 24,6%) y los síntomas de trastorno de estrés postraumático se redujeron en un 12% (61,5 frente a 49%).

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

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Comunicación básica. Comunicación asistida. Paciente crítico. Ambulancia. Intervenciones enfermeras.

Comunicaciones orales 18 12 de junio - 09:50-10:35 h Sala Menorca 2

ID: 40. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPOSICIÓN LUMÍNICA EN UNA UCI

P. García-Pazo^a, A. del Castillo^b y M.C. Nicolau^a

^aUniversidad de las Islas Baleares. ^bHospital 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).

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). No se observaron diferencias entre las camas agrupadas en la ZE y ZO (IC = 0,956; IC = 0,984), si en la ZC (IC = 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 frente a ZO $p < 0,001$; ZE frente a ZC $p < 0,001$), cumpliendo la normativa, seguido de ZO y de ZC, que estarían por debajo de la normativa.

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

"Em" Iluminación media horizontal: valor medio de la iluminación horizontal en la superficie considerada

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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Ritmos circadianos. Luz. Delirio.

Bibliografía

- Engwall M, Fridh I, Johansson L, Bergbom I, Lindahl, B. Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2015; doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.001
- Knauert MP, Haspel JA, Pisani MA. Sleep Loss and Circadian Rhythm Disruption in the Intensive Care Unit. *Clinics in Chest Medicine*. 2015; doi.org/10.1016/j.ccm.2015.05.008
- Luther R, McLeod A. The effect of chronotherapy on delirium in critical care - a systematic review. *Nursing in Critical Care*. 2017; doi.org/10.1111/nicc.12300

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

M. Martín Martínez^a, L. Ruilope Álvaro^b, C. Rodríguez Núñez^a, A. Vallejo de la Cueva^b, N. Aretxabala Cortajarena^a, A. Iglesias Rodríguez^a, M. García Corres^b, J. Irigoien Aguirre^a, R. Martínez Ciudad^a y M.E. García Lorenzo^a

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

Objetivos/introducción: Las unidades de cuidados intensivos (UCI) por su alta complejidad son lugares con numerosos factores disruptores 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 analgésico 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 alteración 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, Administración inductores sueño y cuáles, administración de analgésicos 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 usados 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.

Financiación: Ninguna.

ID: 252. CALIDAD DEL DESCANSO NOCTURNO EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS

M. Martín Martínez^a, C. Rodríguez Núñez^a, L. Ruilope Álvaro^b, N. Aretxabala Cortajarena^a, A. Vallejo de la Cueva^b, D. Muñoz Martín^b, M. García Corres^b, J. Irigoien Aguirre^a, G. Martínez de la Pera Martínez^a y S.J. Iribarren Diarasarri^a

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

Objetivos/introducción: 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 permanecen 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 diurna, factores ambientales, medicación hipnótica administrada, temperatura de la habitación así como variables sociodemográficas. Herramientas: Programa informático Metavision, encuesta Freedman, cuestionario Richards-Campbell, 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 del 45% 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 (DE 2,79). En general, refieren dormir regular (5/10). El 50% de los pacientes refieren tener un sueño ligero, con dificultades para conciliarlo despertándose a media noche y no pudiendo volver a dormirse. 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Sueño. Calidad. Cuidados intensivos.

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

C. Carrilero López^a, F. Martínez Quesada^a, M.J. García Córcoles^a, M.D. Saiz Vinuesa^a, C. Ramón Rodríguez^a, I. Murcia Sáez^a, M. Munera Valero^b, E. Beltrán Escava^a, F. Romero Navarro^a y R.M. Jiménez Parra^a

^aComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. ^bCentro 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 variables demográficas, antecedentes, motivo ingreso, APACHE II, nivel de ruido, EVA, CAM-ICU, estancia en UCI y exitus. 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 más 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.

Financiación: Ninguna.

Palabras clave: Musicoterapia. Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería. Sueño.

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

C. González Blasco, C. Bravo Páramo, V. Díaz Teruel, B.I. Fernández Alonso, M.R. Hernández García, B. Hernández Iglesias, P. Cantizano Carrasco, S. Ramos Sánchez, F.J. Sánchez Chillón y M.M. Torres Romero

Hospital 12 de Octubre.

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 analgésicos 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 prescrita analgesia durante el día. Se han realizado 32 mediciones de ruido en la cabecera del paciente, con valores nocturnos

medios de $54,26 \pm 1,25$ 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.

Bibliografía

1. Amaro Cano MC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer. 2004;20(3).
2. Gómez Sanz CA. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2013;24(1): 3-11.
3. Boyko Y, Jennum P, Nikolic M, Holst R, Oerding H, Toft P. Sleep in intensive care unit: The role of environment. J Crit Care. 2017;37: 99-105.