FORMATO VIRTUAL

SEEIUC
Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC

3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA

30 Mayo / 2 Junio 2021

Presente y futuro de la enfermería de cuidados críticos

COMUNICACIONES
ORAL y PÓSTER

CÓDIGO ISBN: 978-84-09-29641-5

www.seeiuc.org

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Comunicaciones **orales**

Comunicaciones **póster**

Comité Científico del Congreso

Coordinadores:

- Miriam del Barrio Linares y Joan Daniel Martí (programa fisioterapia)

Miembros:

- Candelas López López
- Oscar Arrogante Maroto
- Gemma Robleda Font
- Emillia Romero de San Pío
- Luís Fernando Carrasco Rodríguez-Rey
- Juan Ignacio Torres González

Comité Organizador Sección Enfermería de la Sociedad Portuguesa de Cuidados Intensivos

- María Manuel Varela

Miembros Comité Científico y Organizador Local

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

- Elisabet Gallart Vivé
- Pilar Girón Espot
- Olga Vallès Fructuoso

ID 6

COMPORTAMIENTO DE LAS ESCALAS CONDUCTUALES DE DOLOR Y EL REFLEJO DE DILATACIÓN PUPILAR FRENTE A ESTÍMULOS NOCICEPTIVOS EN EL PACIENTE ANALGOSEDADO EN VENTILACIÓN MECÁNICA

Y. López de Audicana Jiménez de Aberasturi; A. Vallejo de La Cueva; C. Rodríguez Nuñez; MJ. Rodríguez Borrajo; MB. Bengoetxea Ibarrondo; PM. Pelegrín Gaspar; N. Aretxabala Cortajarena; N. Parraza Díez; L. Aparicio Cilla; E. Cardo Castro
Osakidetza

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: La detección del dolor en el paciente crítico es un área de cuidado en constante evaluación. El dolor es un síntoma frecuente en las unidades. El grado de implementación de protocolos de valoración y uso de escalas conductuales es muy variable. Existe la necesidad de valorar el comportamiento de las herramientas de valoración de uso clínico en el paciente analgosedado en ventilación mecánica. **OBJETIVO:** Valorar la respuesta de las escalas conductuales Behavioural Pain Scale (BPS), Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) y Pupillary Dilation Reflex (PDR), frente a estímulos nociceptivos de diferente intensidad.

Metodología/Observación clínica

METODOLOGÍA: Estudio con intervención en una UCI polivalente de 35 camas. **INCLUSIÓN:** >18 años, analgosedados, con BPS basal 3, ESCID basal 0, y RASS entre -1 y -4. Con consentimiento informado firmado. **EXCLUSIÓN:** Pacientes con respuesta conductual comprometida, y situaciones clínicas que influyan en la respuesta pupilar. Se evalúa la respuesta al dolor con BPS, ESCID y PDR en ausencia de estímulo doloroso, con estímulos calibrados de 10, 20, 30 y 40mA, y en el aspirado endotraqueal (AET). Mediciones de PDR: Pupilómetro AlgiScan®. Se consideró presencia de dolor con BPS'4 y con ESCID'1.

Resultados/Intervenciones

Total de mediciones, 183. A excepción del AET donde se observan cambios en las puntuaciones de las escalas (medianas de BPS=4, ESCID=3) en el resto de estímulos no se observan variaciones en éstas. Los valores de PDR muestran variaciones desde los estímulos de menor intensidad y las respuestas de PDR más elevadas se corresponden con puntuaciones de BPS 4 y ESCID1 (28 y 33% frente a 5 y 9% con BPS<4 y ESCID<1, respectivamente).

Conclusiones

La PDR podría ser una alternativa a la BPS y ESCID en estos pacientes, si bien, se precisa de nuevos estudios para valorar y comprobar su potencial capacidad diagnóstica para detectar dolor.

Palabras clave

Pain • Critical care • Reflex • Pupillary

sigue –>

Estímulo	BPS	ESCID	PDR
	P_{50} (P_{25}-P_{75})	P_{50} (P_{25}-P_{75})	P_{50} (P_{25}-P_{75})
ND	3 (3-3)	0 (0-0)	2,00 (1,00-5,00)
10mA	3 (3-3)	0 (0-0)	3,00 (0,0-7,00)
20mA	3 (3-3)	0 (0-0)	6,00 (4,00-12,00)
30mA	3 (3-4)	0 (0-1)	9,00 (4,00-18,00)
40mA	3 (3-4)	0,5 (0,0-2,0)	16,00 (8,25-21,75)
AET	4 (4-5)	3 (1-4)	34,00 (25,00-51,00)
TOTAL	3 (3-4)	0 (0-1)	8 (3-20)

Estímulo	BPS			ESCID		
	<4	≥4	p	<1	≥1	p
ND	2 (1-5)	-		2 (1-5)		
10mA	3 (0-7)	-		3 (0-6)	14	0.113
20mA	6 (3,5-11,5)	14,5 (12-14,5)	0,098	6 (3,5-11,5)	14,5 (12-xx)	0.098
30mA	7 (3,5-10,5)	19,5 (6,25-44,25)	0,023	7,5 (3,8-11)	18 (6-40)	0.077
40mA	15 (8-18)	20 (12,5-44,5)	0,092	15 (8-18)	19 (10-39)	0.270
AET	33 (18-53)	37,5 (25-50,7)	0,321	33 (22-53)	38 (25-51)	0.523
TOTAL	5,0 (2-11)	28 (17-48,5)	<0.001	5 (2-11)	25 (17-48)	<0.001

ID 12

MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO CARDÍACO ADULTO UTILIZANDO UN SISTEMA AUTOMATIZADO PARA LA DOSIFICACIÓN DE INSULINA

María Dolores González Caro[1]; RJ. Fernández Castillo[2]; A. Barrera Castellanos[1]; S. Segurola[1]; FJ. González Fernández[1]; FJ. Arroyo Muñoz[1]; J. Garnacho Montero[1]

1. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen Macarena; 2. Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla

Objetivos/Introducción

Conocer la efectividad y seguridad del sistema automatizado Space Glucose Control (SGC) en el control de la hiperglucemia del post-operatorio de pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca ingresados en UCI

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo, en pacientes postquirúrgicos cardíacos con perfusión de insulina (PI) más de 24 horas. Realizamos una fase control (FC) aplicándose el protocolo de PI habitual (mayo - noviembre 2018) y una fase intervención (FI) con el SGC (enero - noviembre 2019). Se midió el tiempo en rango (TER), definido como el porcentaje de horas totales que la glucemia permanecía entre 140 - 180 mg/dl en FC y entre 100 - 160 mg/dl en FI. Se recogió el tiempo en horas necesario para conseguir el rango, valor de glucemia tras entrar en rango y complicaciones: hipoglucemias (< 70 mg/dl) e hipoglucemias graves (<40 mg/dl). Se obtuvo aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica, requiriendo obtención de consentimiento informado en FI. Se realizó chi-cuadrado para variables cualitativas y t-Student o U de Mann Whitney para variables cuantitativas según lo apropiado

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 80 pacientes por grupo. En FI se realizaron 1265 determinaciones de glucemia y 1000 en FC. Los pacientes de FI mantienen las glucemias en rango objetivo en un porcentaje significativamente mayor que en FC [69.5% (57,35 - 81,5) vs 54,83% (36,09 - 75); p<0,001]. El número de horas hasta rango fue significativamente superior en FC que en FI: 5 (3 - 6,875) vs 7,7 (4 - 11); p<0,001). El primer valor de glucemia tras entrar en rango es inferior en FI en comparación con FC (p<0,001). No hubo hipoglucemias en FC, en la FI ocurrieron 6, (media 60 mg/dl), ninguna grave

Conclusiones

En FI utilizando el SGC se logra un más rápido control de la hiperglucemia con un mayor porcentaje de TER si bien pueden presentarse hipoglucemias no graves

Financiación

Financiación parcial procedente de fondos de B. Braun

Palabras clave

Cirugía Cardíaca • Cuidados Intensivos • Space GlucoseControl • Control de la glucemia • Hiperglucemia • Enfermería Intensiva

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 26

DOLOR EN UCI. VALORACION Y PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA

Juan Carlos Muñoz Camargo; I. Vázquez Rodríguez Barbero; A. Muñoz Torrero Peña; A. Garrido Avileo
Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Evaluar las estrategias de valoración del dolor en una UCI y si los profesionales de enfermería consideran tener unos conocimientos adecuados para la detección y el manejo del dolor.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en una unidad de cuidados intensivos. La población de estudio estuvo formada por el personal de enfermería asignado a la unidad. Se elaboró un cuestionario con variables sociodemográficas y variables que valoraban actitud y abordaje del dolor en el paciente crítico. Se realizó análisis univariado y bivariado de variables cualitativas y cuantitativas. La comparación entre variables cualitativas se hizo mediante el test de la ji al cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney. El nivel de significación se estableció en una $p<0,05$

Resultados/Intervenciones

Se obtuvo una tasa de respuesta del 100% (75 participantes). El 72% (54) fueron mujeres. Un 61,3% (46) de los participantes no realiza valoraciones clínicas orientadas al dolor al ingreso del paciente en UCI. El 73,3% (55) no utiliza ninguna escala como instrumento objetivo para la valoración del dolor en pacientes que pueden comunicarse. En los pacientes que no pueden comunicarse tan solo un 14,7% (11) utilizan instrumentos para la valoración del dolor. El 89,3% (67) cree que el dolor no se evalúa correctamente en la unidad, y tan solo un 20% (15) cree que el dolor se trata correctamente. El 66,7% (50) reconoce no tener conocimientos adecuados para manejar el dolor en el paciente crítico. Se encontraron diferencias entre el tiempo de experiencia en UCI y tener conocimientos suficientes para la valoración correcta del dolor, $P=0,03$.

Conclusiones

Se objetiva un incumplimiento de las estrategias de valoración del dolor en nuestra unidad, tal vez motivado por un conocimiento inadecuado en la detección y abordaje del dolor en el paciente.

Financiación

No cuenta con financiacion ni publica ni privada

Palabras clave

Valoración del dolor • Unidad de Cuidados Intensivos • Dolor • Analgesia

ID 29

CALIDAD DE LA DOCENCIA PRÁCTICA EN UN GRADO DE ENFERMERÍA: EVALUACIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA

Juan José Rodríguez-Mondéjar; C. Leal Costa; ML. López Iborra; VE. Fernández Ruiz; G. Muñoz Pérez; JA. Sánchez Pérez; O. Segura Alba; F. Ripoll Esteban; I. Mayor Serrano[6]; AB. Sánchez García

UME-2 Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. SMS. IMIB-Arrixaca; Facultad de Enfermería. UMU; HCU Virgen de la Arrixaca. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia (UMU); HGU Reina Sofía. SMS; HCU Virgen de la Arrixaca. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia (UMU); Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. SMS; HCU Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud

Objetivos/Introducción

A pesar de la aceptación y buena prensa, no es fácil elaborar y poner en práctica un proyecto de simulación clínica de alta fidelidad, debido fundamentalmente a la necesidad de crear estructuras adecuadas para su desarrollo, y el coste inicial, por ello es necesario evaluar la actividad. El objetivo es cuantificar la satisfacción y/o calidad de la formación recibida a través de la simulación clínica en cuidados críticos.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo, longitudinal. Temporalidad: 3 meses continuados, año 2019. Lugar: Facultad de Enfermería pública española. Muestra: alumnos participantes en los laboratorios de simulación de cuidados críticos, 3º de grado. Desarrollo: Cuestionario autoadministrado y validado (de Dura Ros), al terminar la simulación clínica. La encuesta contenía variables sociodemográficas, 15 items (escala Likert), de 1 a 5, y observaciones. Estadística: se utilizó el programa IBM Statistic SPSS v23 en castellano. Calculando medias y desviación estándar en variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes en cualitativas. Inferencia estadística con Chi2 aceptando si $p<0,05$, con 95% confianza. Normas éticas: se han cumplido las normas éticas y de protección de datos personales según normativa actual y vigente.

Resultados/Intervenciones

206 alumnos, índice respuesta 95,37%. Edad media 23,4 años DE6,3(20-53), mujer 166(80,6%), soltera/o 172(83,5%). La simulación es un método docente útil para el aprendizaje 4,52 DE1,0 (1-5) Los escenarios donde se desarrolla la simulación son realistas 4,10 DE1,0 La experiencia con simulación ha mejorado mis habilidades técnicas 4,07 DE1,0 La simulación ayuda al razonamiento crítico y la toma de decisiones 4,32 DE1,0 Los casos simulados se adaptan a mis conocimientos teóricos 3,67 DE1,0. La capacitación del profesorado, y la simulación ayuda a aplicar una priorización en la actuación enfermera $p<0,028$ y $p<0,009$, correlacionando con el sexo.

Conclusiones

La calidad/satisfacción de la simulación clínica ha sido alta. Como oportunidad de mejora implementar más tiempo de simulación clínica, menos teoría.

Financiación

No ha existido ningún tipo de financiación para este estudio.

Palabras clave

simulación clínica • Enfermería • docencia • calidad

sigue –>

Tabla nº 1 . Índice de respuesta del cuestionario de calidad-satisfacción		
	N	%
La simulación es un método docente útil para el aprendizaje	189	91,7
Los escenarios donde se desarrolla la simulación son realistas	170	82
La experiencia con simulación ha mejorado mis habilidades técnicas	170	82
La simulación ayuda a desarrollar el razonamiento crítico y la toma de decisiones	183	88,8
Los casos simulados se adaptan a mis conocimientos teóricos	133	64,5
La experiencia con el simulador ha aumentado mi seguridad y confianza	183	67
La simulación me ha ayudado a integrar teoría y práctica	191	87,8
Los talleres con el simulador me han motivado a aprender	174	84,4
En simulación, es útil el ver las propias actuaciones grabadas	174	84,4
La duración del caso es adecuada	168	81,5
La capacitación del profesorado es adecuada	188	91,2
La simulación fomenta la comunicación entre los miembros del equipo	179	87
La simulación clínica ayuda a priorizar actuaciones de Enfermería	180	87,4
La interacción con la simulación ha mejorado mi competencia clínica	163	79
En general, la experiencia con simulación clínica ha sido satisfactoria	182	88,3

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 36

REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS. ES POSIBLE MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTROS REGISTROS. FAVORECEN ESTOS REGISTROS EL DESARROLLO PROFESIONAL

Beatriz Fernández Pantigoso
Hospital Clínico Universitario

Objetivos/Introducción

Los registros de enfermería aseguran la continuidad de los cuidados, permiten determinar cargas de trabajo y adecuar recursos, detectan lagunas de formación y proporcionan datos para formular protocolos de actuación. Son imprescindibles por responsabilidad legal, moral y personal. A veces nuestros registros resultan incompletos y no son de calidad. El fin no es mostrar errores u omisiones sino implantar medidas basadas en principios éticos, institucionales y legales que garanticen nuestros registros, con el fin de mejorar en el ejercicio de nuestra profesión. Los objetivos son: analizar la calidad de los registros de enfermería, identificar puntos débiles susceptibles de mejora, elaborar propuestas de mejora para aumentar su nivel de calidad.

Metodología/Observación clínica

El estudio se ha realizado prospectivamente en la UCI de nuestro Hospital con 11 camas polivalentes. El programa fuente de datos es Gacela® (se han tenido en cuenta los cuidados standard y la cuantificación de los cuidados específicos de los registros enfermeros). Se analizaron los registros de 70 pacientes entre Diciembre 2018 y Mayo 2019.Forman parte del estudio los pacientes con estancia superior a 3 dias, analizandose estos tres primeros días en todos los turnos de enfermería. Se agrupan los registros realizados en porcentajes. Las variables de estudio fueron como variable dependiente: Calidad, y variable independiente: cuidados específicos que forman parte de los registros de enfermería.

Resultados/Intervenciones

Se agrupó el nivel de cumplimentación de los registros en 5 categorías que determinan el nivel de calidad. Del análisis de los resultados destaca un amplio porcentaje de registros con calidad deficiente/aceptable, habiendo igualmente registros con calidad buena, muy buena y excelente.

Conclusiones

Un registro incompleto puede ser sinónimo de cuidado deficiente. Es competencia nuestra dejar constancia en la Historia Clínica. La formación es prioritaria para registros de calidad, un ciclo de mejora continua y metodología sistematizada favorecerá el desarrollo profesional de cada enfermero.

Palabras clave

Registros de enfermeria • Calidad • Desarrollo profesional

ID 52

ESTUDIO DE LAS ALERGIAS EN PACIENTES ATENDIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS

Juan José Rodríguez Mondéjar; R. Guillamón Capel; MA. Andía Chong; FJ. Paredes Pérez; JMª Martínez Oliva; C. Casas Cánovas; N. Martínez Martínez-Corbalán; CMª. Alonso Villa; MJ. Mayor Serrano; L. Navarro Sanz

UME-2 Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. SMS. IMIB-Arrixaca. Facultad de Enfermería. UMU., UME-2 Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. SMS; UCI. HGU Reina Sofía. Servicio Murciano de Salud. Facultad de Enfermería de la UMU; HGU Santa Lucía. Servicio Murciano de Salud

Objetivos/Introducción

En una Unidad Móvil de Emergencias (UME) prehospitalaria, uno de los aspectos que se debe tener en cuenta en la actuación es la identificación de alergias antes de administrar ningún tratamiento, por muy urgente que pueda resultar, esto en base a preservar la seguridad del paciente. El objetivo de este estudio en hacer un análisis crítico de las alergias recogidas en los pacientes que fueron asistidos por una UME.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo, longitudinal. Temporalidad: 2018 y 2019. Lugar: Unidad Móvil de Emergencias (UME). Muestra: pacientes atendidos por dos equipos de la base de emergencias de forma continuada. Desarrollo: Base de datos ad hoc con variables sociodemográficas y clínicas, y datos de mediciones extraídas del registro en papel normalizado en la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061 de una región española. Estadística: programa IBM Statistic SPSS v23 castellano. Calculando medias y DE para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes en cualitativas. Inferencia estadística con Chi2 aceptando significación estadística si $p<0,05$. Normas éticas: se aplicaron normas éticas y de protección de datos personales según normativa vigente.

Resultados/Intervenciones

1750 intervenciones recogidas, edad media 59,75 años DE23,8 (0-103), con 80 o más años 453 (27,5%), hombres 900 (51,4%), tiempo de respuesta 9,76 minutos DE6,2(0-47). Tenían antecedente de alergias 205 pacientes (11,7%), intolerancia 9 (0,5%). En estos pacientes con alergias edad media 64,86 DE20,7 (1-102), varón 83 (40,5%), tiempo de respuesta 9,8 min. DE6(0-39). Fármacos causantes: penicilina 81 (39,9%), amoxicilina+ácido clavulámico 21 (10,3%), calcitonina 15 (7,4%), paracetamol 8 (3,9%), AAS 7 (3,4%), AINES 5 (2,5%), contraste iodado 4 (2%), resto formado por 26 fármacos (predominando antibióticos 3%). Se observa diferencia significativa al relacionar alergia con sexo y edad con $p=0,000$, y $p<0,027$.

Conclusiones

Los pacientes atendidos por la UME tenían un porcentaje medio-alto de alergias a fármacos. No se produjo ningún incidente de seguridad.

Financiación

No ha existido ninguna fuente de financiación para este estudio

Palabras clave

alergias • seguridad del paciente • urgencias médicas

sigue –>

Tabal 1.- Pacientes atendidos con alergias conocidas según mes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enero	14	6,8	6,8	6,8
Febrero	23	11,2	11,2	18,0
Marzo	19	9,3	9,3	27,3
Abril	19	9,3	9,3	36,6
Mayo	17	8,3	8,3	44,9
Junio	14	6,8	6,8	51,7
Julio	21	10,2	10,2	62,0
Agosto	16	7,8	7,8	69,8
Septiembre	10	4,9	4,9	74,6
Octubre	17	8,3	8,3	82,9
Noviembre	17	8,3	8,3	91,2
Diciembre	18	8,8	8,8	100,0
Total	205	100,0	100,0	

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 60

ANALGESIA Y SEDACIÓN LIGERA DURANTE LA CANULACIÓN DE ECMO VENO-VENOSA. CASO CLÍNICO

Beatriz Lozano; G. Marín Vivó; AM. Palomino Barbero; J. Riera del Brio; E. Gallart Vivé; MP. Girón Espot

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

En los pacientes con enfermedad pulmonar terminal candidatos a trasplante pulmonar (TP) se intenta evitar la sedación e intubación orotraqueal (IOT) para minimizar los riesgos y complicaciones que suponen dichas técnicas invasivas tanto a nivel hemodinámico como respiratorio. **Objetivo:** Describir la estrategia de analgesia y sedación ligera (AySL) para evitar la IOT en paciente candidata a TP que requirió ECMO veno-venosa.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 22 años con Insuficiencia Respiratoria secundaria a Hipertensión Pulmonar idiopática. RASS 0. Consciente, orientada y colaboradora. EVN 0. Cánula nasal de alto flujo con FIO2 de 1 a 20 lpm y óxido nítrico a 20 ppm. Perfusión continua de Epoprostenol por hipertensión pulmonar severa. Inmovilidad por disnea a mínimos esfuerzos. Debido al empeoramiento progresivo y al riesgo vital que implicaba la IOT se decidió AySL, canulación e inicio de ECMO-VV.

Resultados/Intervenciones

· Información a la familia y paciente del procedimiento. Consentimiento informado.
· Posición de la paciente en decúbito supino, con mínima elevación del cabezal según tolerancia.
· Colocación de telón estéril separando la zona de canulación, quedando una enfermera junto a la paciente.
· Inicio de la AySL con midazolam 3-5 mg y fentanilo 100 mcg en bolo. RASS de -1/-2.
· Control de constantes vitales y dolor. EVN=0 durante todo el proceso.
· Anestesia local con mepivacaína 2% en las zonas de canulación.
· Canulación de ambas femorales e inicio del soporte con ECMO VV consiguiendo flujos y presiones correctos.
· Normalización de los paràmetros gasométricos tras la entrada en ECMO.
· Recuperación de la posición a semifowler para mayor confort.

Conclusiones

La combinación de AySL permitió realizar una técnica invasiva como la ECMO sin IOT, con confort para la paciente a la espera del TP. Mantener a la paciente despierta posibilitó que se realizara fisioterapia respiratoria y motora de forma activa llegando al TP en un buen estado físico.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

ECMO • spontaneous breathing • soft sedation

ID 63

INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA CONTINUA DE REEMPLAZO RENAL

Juan Carlos Muñoz Camargo; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; A. Muñoz-Torrero Peña; MP. Rubio Serrano; MP. Núñez Jiménez; MC. Sánchez-Bermejo Rodríguez-Bermejo; A. Puebla Martín; O. Salas Torres; V. Chillarón Cáceres

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Analizar la incidencia de eventos adversos mecánicos y metabólicos potencialmente relacionados con la técnica de reemplazo renal continuo utilizando como anticoagulante regional el citrato sódico.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en una UCI de 2º Nivel. El principal criterio de inclusión fue recibir TRRC utilizando como anticoagulante del sistema el citrato sódico. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, IMC), de gravedad (APACHE II y NEMS) y variables relacionadas con el tipo de catéter, terapia y eventos adversos mecánicos y metabólicos relacionados con la técnica. Las variables cuantitativas se expresan como media con su desviación estándar o mediana con su rango intercuartílico. Las variables cualitativas se presentan como número total de eventos y porcentaje. Se realizo estadística inferencial: test de la U de Mann-Whitney, T de Student y test de la ji al cuadrado. El nivel de significación se estableció en una $p<0,05$. Se obtuvo autorización del CEIC para la realización del estudio.

Resultados/Intervenciones

En el periodo analizado 47 pacientes fueron sometidos a estudio por TRRC. El APACHE II se situó en 26,2+8. La mediana de duración de la terapia fue de 64 horas RIC (24-110). Un solo paciente presentó sangrado durante la terapia. En el 18,9% (10) de los pacientes se coaguló el filtro siendo este uno de los motivos de la retirada de la terapia. No se observó ningún caso de toxicidad al citrato. La complicación electrolítica más común fue la hipocalcemia en el 47,2% (25) de los pacientes seguido de la hipopotasemia 37,7% (20), la hiponatremia 32,1% (17) y la acidosis metabólica 30,2% (16). La mortalidad intrauci fue del 52,1% (25).

Conclusiones

Las complicaciones mecánicas y metabólicas son comunes en nuestra cohorte de estudio. Debemos ser cautelosos y conscientes de su alta prevalencia centrándonos en la importancia clínica de estos eventos y sus posibles modificaciones para evitarlas.

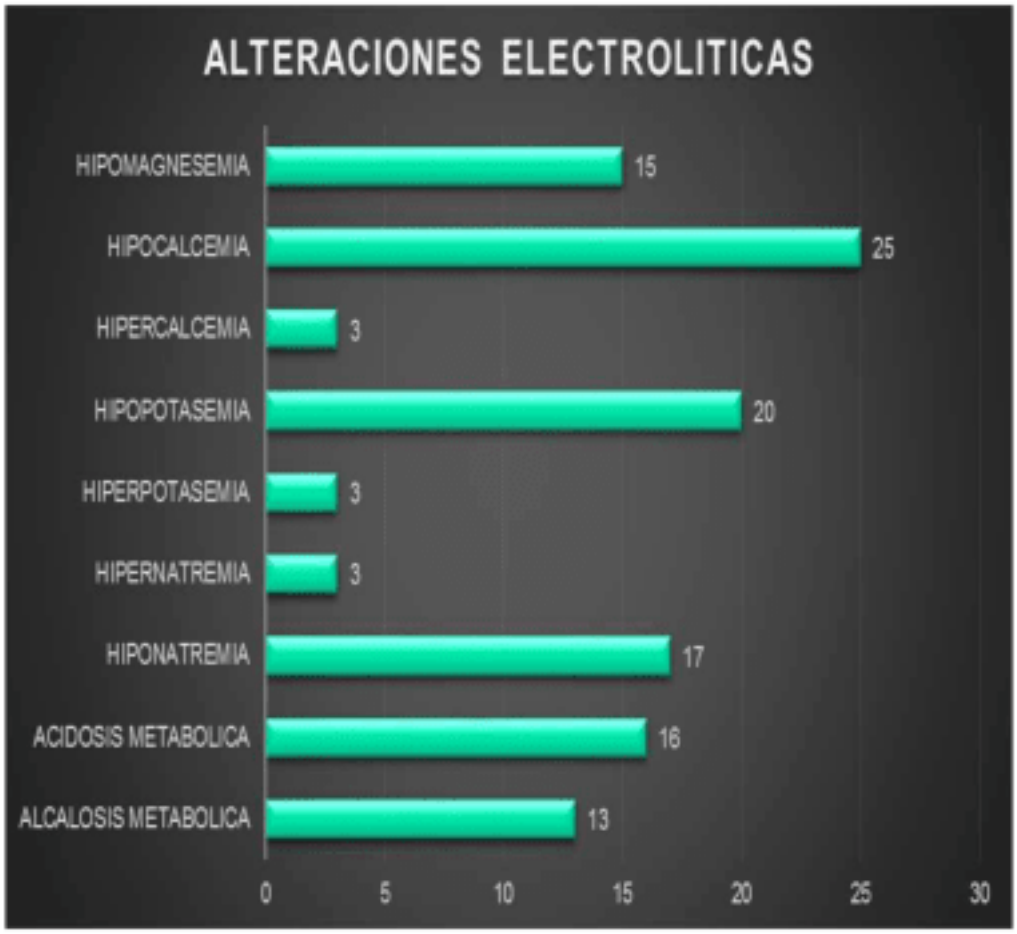
Financiación

Propia

Palabras clave

Insuficiencia renal • Anticoagulantes • Citrato de sodio • Investigación en Enfermería Clínica • Unidad de cuidados intensivos

sigue –>


ALTERACIONES ELECTROLITICAS
HIPOMAGNESEMIA
15
HIPOCALCEMIA
25
HIPERCALCEMIA
3
HIPOPOTASEMIA
20
HIPERPOTASEMIA
3
HIPERNATREMIA
3
HIPONATREMIA
17
ACIDOSIS METABOLICA
16
ALCALOSIS METABOLICA
13
0
5
10
15
20
25
30

ID 65

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

Luis Fernando Carrasco Rodríguez-Rey[1]; I. Zaragoza García[2]; L. Torres Valverde[1]; MD. Quintana Estellés[1]; E. Tortosa Sirvent[1]; S. Madrid Echave[1]; C. Sánchez Jiménez[1]; E. de la Vera Arias[1]; G. Molina Pérez[1]; B. del Olmo Somolinos[1]
1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Universidad Complutense de Madrid

Objetivos/Introducción

El ingreso de un paciente en una UCI supone una desestructuración total del núcleo familiar, por todo ello, surge el concepto de la atención centrada en el paciente y la familia. Se deja a un lado la tendencia pasiva del familiar y se convierten en actores pasivos en el cuidado del paciente. Objetivo: Determinar la satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, en una UCI Cardiológica de un hospital terciario. Periodo de estudio realizado entre los meses de mayo de 2018 y enero 2019. Participación voluntaria, pidiéndose consentimiento informado al familiar del paciente. Variables sociodemográficas del paciente: edad, sexo, días de ingreso en UCI y hospital, ventilación mecánica, motivo del ingreso e índices de gravedad (APACHEII-SAPS II). El principal instrumento empleado sobre los familiares ha sido la encuesta de satisfacción SF-UCI(24).

Resultados/Intervenciones

Participaron 166 familiares. Edad media de los pacientes de 65,55±14,44 años (56%(n=93) hombres y 44%(n=73) mujeres). Días de ventilación mecánica fueron 3,73±7,91, ingreso en UCI de 8,87±10,51 y de hospital 23,94±21,95. Índice de gravedad según APACHEII 14±5,95 y SAPSII 30,62±11,30. Datos sociodemográficos de los familiares fueron 26,5%(n=44) hombres y 73,5%(n=122) mujeres, edad media de 49,05±12,94 años. El parentesco principal fue la hija 36,1%(n=60) y esposa 23,5%(n=39). El 41,6%(n=69) no había vivido un ingreso previo de un familiar en UCI. El 43,4%(n=72) viven con el paciente. El resultado sobre la satisfacción con el cuidado fue de 79,33±15,58 y la satisfacción con la toma de decisiones fue de 77,52±16,37, siendo la satisfacción total de 78,48±15,26 del SF-UCI(24).

Conclusiones

La satisfacción total de los cuidados está por encima del 75 sobre 100, pero más baja que la aportada por la bibliografía de referencia, por lo que se hace necesario implementar medidas de mejora en los cuidados sobre los pacientes y familiares, fundamentalmente en lo referente al ruido ambiental.

Financiación

BECA SEEIUC 2018. BECA Programa de Intensificación de la Actividad Investigadora en el Hospital Universitario 12 de Octubre REF: AY202018.

Palabras clave

Calidad de cuidados • Satisfacción familias • UCI • Enfermería

ID 67

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS

Anna Maria Lafuente Caminals; L. Bosch; G. Rodríguez; M. León; I. Carmona; P. Castro
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

Cuando los pacientes ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se vuelven dependientes del personal sanitario y el equipo técnico, resultando en una reducción de su capacidad de autocuidado. Existe la percepción de que no se tiene en cuenta la capacidad del paciente no crítico para colaborar en su cuidado, lo que pudiera impactar de forma negativa en el paciente. El objetivo principal del presente estudio es evaluar si la percepción sobre la autonomía y la capacidad de autocuidado del paciente no crítico es diferente entre las enfermeras de UCI y el propio paciente.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo, de corte transversal y unicéntrico. Se realizó en una Unidad de Cuidados Intermedios médica (UCIM) de un Hospital de tercer nivel. La muestra de pacientes y de enfermeras fue de conveniencia no probabilística. Se recogieron por parte de la investigadora, datos sociodemográficos relacionados con el ingreso, dispositivos que llevaban los pacientes, y la valoración de la autonomía. Se usaron 3 escalas (Í. Katz, E. Barthel y E. Adaptada ad-hoc) para valorar el autocuidado de los pacientes y encuestas de percepción a pacientes y enfermería. El análisis de los datos se realizó con pruebas no paramétricas. El nivel de significación estadística se definió en $p<0,05$. El estudio fue aprobado por el Comité de ética del Hospital.

Resultados/Intervenciones

El ingreso en la UCIM supone una reducción de la autonomía del paciente, especialmente asociado al nivel de autonomía previo, el número de dispositivos que porta, los días de estancia y la necesidad de ventilación mecánica previa. Existen diferencias significativas en la visión de la enfermera y el paciente respecto a su capacidad de autocuidado y dependencia.

Conclusiones

El ingreso en una UCIM reduce la autonomía del paciente. La percepción de autonomía es diferente para el paciente y la enfermera.

Financiación

El estudio fue autofinanciado por la investigadora principal.

Palabras clave

Autocuidado del paciente • Unidad de Cuidado Intermedios • Percepción

ID 69

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS ACERCA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN UN ÁREA DE CRÍTICOS

Ana Sesma Mendaza; M. Aranguren Sesma; F. Estraviz Pardo; E. Lizarazu Armendáriz; R. Goñi Viguria
Clínica Universidad de Navarra

Objetivos/Introducción

La atención paliativa en el área de críticos es esencial para llevar a cabo unos cuidados intensivos excelentes. Las enfermeras tienen un rol clave en la administración de cuidados paliativos de máxima calidad. Para ello, es necesario tener formación y saber integrar los cuidados paliativos en la práctica diaria. **OBJETIVO:** Examinar el nivel de conocimientos de las enfermeras del área de críticos acerca de los cuidados paliativos, y evaluar si existe asociación entre cada una de las variables de estudio.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo en el área de críticos de un hospital universitario de nivel terciario. Se utilizó el cuestionario Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN), traducido y validado al español. Es un cuestionario auto-administrado que consta de 20 ítems de respuesta múltiple (verdadero/falso/no sabe-no contesta) que evalúa tres aspectos de los cuidados paliativos: filosofía, psicosocial y control de síntomas. Además, se recogieron datos sociodemográficos (formación académica, formación en cuidados paliativos, experiencia profesional, jornada laboral). Se realizó estadística descriptiva e inferencial, considerándose estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$ en todos los casos.

Resultados/Intervenciones

El cuestionario se administró a 68 enfermeras, con una edad media de 34.98±12.12 años, y 13.00±11.75 años de experiencia profesional. 12 enfermeras tenían formación de Máster y 28 enfermeras habían recibido formación en cuidados paliativos. El porcentaje de aciertos del cuestionario fue de 56,98%. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación media total y las variables estudiadas. Al analizar los aspectos de la escala, se encontró asociación entre la formación en paliativos y el control de síntomas ($p=0.033$).

Conclusiones

Las enfermeras del área de críticos tienen un conocimiento básico sobre los cuidados paliativos. Un programa de formación podría mejorar el control de síntomas de los pacientes que reciben cuidados paliativos.

Palabras clave

Cuidados paliativos • área de críticos • formación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 75

INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL EQUIPO DE LA USP (UCI SIN PAREDES). DATOS DE LA ACTIVIDAD DEL AÑO 2019

Blai Rubinat Brusau; M. Martinez Albertin
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

La USP es un equipo multidisciplinar con un objetivo doble; actúa de forma reactiva como un equipo de respuesta rápida, a la vez que realiza una tarea proactiva de seguimiento y valoración de pacientes con riesgo de deterioro agudo. En nuestro centro el equipo se puso en marcha en noviembre de 2017 con médicos intensivistas y es en el mes de enero de 2019 cuando se incorpora la enfermería, en horario de lunes a viernes de 10h a 17h. El objetivo es describir las actividades realizadas por la enfermería de la USP durante el año 2019.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, retrospectivo y monocéntrico. Recogida de datos que muestra el resultado de las valoraciones y actividades realizadas desde enero de 2019 a diciembre de 2019. Las variables se describen como medias y porcentajes.

Resultados/Intervenciones

En el año 2019 han sido atendidos por la enfermería de la USP un total de 915 pacientes, con un total de 1283 intervenciones, 569 hombres (62,19%) y 346 mujeres (37,81%), con una edad media de 61,47 años. El tiempo medio de atención ha sido de 86 minutos. El 25,46% de los pacientes han sido valorados en urgencias, el 19,23% en el servicio de cirugía general y el resto en otros servicios. El 15,08% de las valoraciones han sido para colocación de CVC (Catéter Venoso Central), de los cuales 79% han sido CVCAP (Catéter Venoso Central de Acceso Periférico); el 5,57% seguimientos de pacientes frágiles tras el alta de la UCI; el 1,31% han sido RCP (Reanimación Cardiopulmonar) fuera de la UCI.

Conclusiones

Los datos de actividad e intervenciones prestadas a los pacientes que requieren de la actuación del equipo, muestran el trabajo de la enfermería de la USP durante el primer año, ofreciendo un soporte asistencial en donde se genera la necesidad de atención y/o seguimiento del paciente.

Palabras clave

USP • UCI Sin Paredes • Enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 80

VALORACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS EN PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Ana Belén Sánchez de la Ventana[1]; I. Porres Revuelta[2]; T. Raquel Velasco Sanz[1]

1. Hospital Universitario Clínico San Carlos; 2. Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

Introducción: La higiene de manos es la medida más eficaz para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. A pesar de ello, la bibliografía refleja que el cumplimiento por parte del personal sanitario es muy bajo, siendo clave analizarlo en el contexto de las UCI para poder determinar acciones formativas que mejoren su implementación. **OBJETIVOS:** Determinar los factores que influyen en la adecuada higiene de manos de los profesionales de cuidados intensivos; Comparar la calidad de la técnica y factores sociodemográficos.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal, aleatorio simple. La población de estudio fue personal de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico San Carlos (enfermeras, médicos, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores). Para la valoración de la técnica de higiene de manos se empleó una solución hidroalcohólica con fluorescencia que a través de una caja negra con luz ultravioleta permitía observar las zonas en contacto con este producto. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22.0

Resultados/Intervenciones

Participaron 110 profesionales. La puntuación media obtenida en la valoración de la técnica de higiene de manos fue de 4,39 puntos sobre 12 (DE 2,77). El tiempo medio empleado en la técnica fue de 14,69 segundo (DE 6,52). Un 91,8% afirmó haber tenido formación previa en higiene de manos. Las palmas fueron las zonas donde mejor se aplicó la solución hidroalcohólica (88,2%), siendo las muñecas las que peor (5,5%) Se han encontrado diferencias significativas entre la categoría profesional y el tiempo de técnica de higiene de manos (p=0,014); Entre categoría profesional y puntuación correcta (p=0,022);y entre sexo y puntuación correcta (p=0,013).

Conclusiones

Aunque la mayoría de los profesionales refieren tener formación en higiene de manos, en la práctica esta no se realiza de forma adecuada, siendo las muñecas las zonas donde peor se aplicó la solución hidroalcohólica.

Financiación

Esta investigación no ha recibido ninguna financiación

Palabras clave

Higiene de manos • Técnica • Seguridad del paciente • Cuidados Intensivos

ID 81

SISNOT EN LA UCI DEL HOSPITAL DE LEÓN. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO

Judit Santos Flórez; ML. Robles López; L. Fernández Pérez; S. Antelo González; I. Posada Pérez
Hospital Universitario León

Objetivos/Introducción

Conocer la prevalencia de Incidentes sin Daño (ISD) en la UCI del Hospital de León (UCI HL) durante los años 2012-2019; utilizando como herramienta el Sistema de Notificación de Incidentes sin daño (SISNOT) del Sistema de Salud de Castilla y León (SACYL). El SISNOT sigue las recomendaciones internacionales y recoge los datos sobre lo que ocurrió, los posibles factores contribuyentes (F.C.) y las medidas de mejora (M.M.) que el notificante propondría para evitar su repetición. Las Notificaciones (N) son realizadas de forma anónima y voluntaria; con el propósito fundamental de aprender de la experiencia.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal. Se registran cinco variables:

1. Estado de las notificaciones.
2. Categoría profesional del notificante.
3. Categoría del incidente notificado.
4. Daño potencial.
5. Factores Contribuyentes.

Resultados/Intervenciones

Se registran 40 N de ISD en la UCI HL durante los años 2012-2019. Estado de las N (55% cerradas, 32% derivadas, 12,5% en fase de análisis y 0% pendientes). Respecto a la Categoría profesional del notificante (75% Enfermera, 15% Médico, 5% Farmacéutico y 5% TCAE). La Categoría de los ISD notificado (50% Medicación, 25% Cuidados, 10% Equipos, 5% Oxigenación/Gas, 5% Gestión de pacientes y Alarma, 2% Pruebas/Cirugía). Los resultados muestran más del 50% de las N tienen un riesgo potencial moderado o superior (29% moderado, 18% severo y 2% muerte). Los F.C. más frecuentes fueron Trabajo en Equipo (18%), de Comunicación (16%), Fármacos (12%), Formación y Equipos (ambos 8%) y Protocolos (7%).

Conclusiones

Las M.M. fomentan la calidad de los cuidados y para ello dependemos de los registros de N de ISD (formación en Cultura de Seguridad en UCI, actualización de protocolos,mejoras en la comunicación, etc). Los resultados muestran N escasas, pero más de la mitad de las N tienen un riesgo potencial igual o superior a riesgo moderado, es necesario potenciar la herramienta propuesta entre los profesionales.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Seguridad • Notificación • Incidente

ID 89

USO DE DISPOSITIVOS BARRERA EN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES EN UNA UCI DE TRAUMATOLOGÍA

Elisa Guerrero Trenado; B. Laviña Lardies; A. Moya Calvo; AI. Martinez Pellicer; C. Aparicio Juez; P. Martínez Crespo; N. Minguillón Ruiz; M. de Tera Muñóz; MB. Vicente de Vera Bellostas

Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos/Introducción

La inserción de los catéteres venosos centrales (CVC) es uno de los procedimientos invasivos más comúnmente realizados en unidades de cuidados intensivos, no obstante sus tasas de complicaciones suponen aproximadamente un 20%, asociadas con morbilidad, mortalidad significativa atribuible al dispositivo o al procedimiento de inserción. Entre esas complicaciones y por un repunte de la tasa de bacteriemias relacionadas con catéter (BRC) en la Unidad se decide incrementar la vigilancia y registrar aquellos factores implicados en dicha comorbilidad. Identificar factores relacionados con la comorbilidad relacionada con CVC. Conocer la tasa de complicaciones en su canalización. Evaluar la efectividad del Neutron®.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio prospectivo, observacional y analítico en la UCI-Traumatología H.U.M.S., la muestra incluye 147 catéteres insertados en el periodo comprendido entre febrero y octubre de 2019. A mitad del estudio se introdujo en la Unidad el uso de un conector (Neutron®) para evitar obstrucciones del catéter. La recogida de datos se realizó mediante una hoja de registro que incluye variables sobre datos clínicos del paciente previos al ingreso y durante su estancia en UCI, sobre la inserción, tipo de catéter, dispositivos barrera, y causa de retirada.

Resultados/Intervenciones

Se valoró la significación de estadística de la distribución de las variables por medio de una serie de contraste de hipótesis; aplicando el test de chi-cuadrado para los análisis de variables cualitativas, y test Student y test de U de Mann Whitney para comparación de variables cuantitativas.

Conclusiones

En frecuencias absolutas el uso de dispositivos de barrera se relaciona directamente al periodo de uso del conector Neutron® con disminución de signos locales y sistémicos de infección relacionados con el catéter y número de obstrucciones. Es un método de barrera eficaz aunque no hemos llegado a alcanzar potencia estadística de esas diferencias al respecto, en parte por el tamaño de muestra.

Palabras clave

Catéteres venosos centrales • Bacteriemia

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 90

MUESTRAS SANGUÍNEAS DE CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC) ¿CUÁNTO HAY QUE DESECHAR EN UN PACIENTE CRÍTICO?

Patricia Morales Fernández[1]; FJ. Castro Olmo[1]; B. Fernández Puntero[1]; MJ. Alcaide Martín[1]; M. Prieto Zurera[1]; E. Fernández Saiz[1]; E. Presa Vázquez[1]; M. Quintana Díaz[1]; VC. Aceña Gil[2]

1. Hospital La Paz; 2. Universidad Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: La extracción de muestras sanguíneas, a través de un catéter venoso central (CVC), es una práctica habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Está indicado desechar un volumen de sangre, denominado volumen de descarte, con la finalidad de evitar que los resultados puedan alterarse con los fármacos administrados a través del mismo catéter. **OBJETIVO:** Demostrar la calidad de los resultados analíticos obtenidos a partir de muestras con menor volumen de descarte.

Metodología/Observación clínica

Pacientes y métodos: Estudio cuasiexperimental realizado en el Hospital Universitario La Paz. Se reclutaron 65 pacientes y se extrajeron dos analíticas consecutivas en cada paciente mediante catéter venoso central de tres luces (Arrow®). La muestra del estudio (8,7 ml) se obtuvo con un descarte de 1,5 ml y seguidamente se extrajo la segunda analítica. La primera analítica y el volumen de descarte de 1,5 ml sumaron 10,2 ml, similar al volumen desechado habitualmente (10 ml). Para el análisis se utilizó la prueba T pareada o Test de los rangos de Wilcoxon en su defecto; la representación de Bland-Altman y el coeficiente de correlación intraclase (CCI) como medidas de la concordancia y el Valor de Referencia del Cambio (VRC) como límite admisible de variación entre los pares de muestras.

Resultados/Intervenciones

Se expresan en la tabla 1. Con una significación ?=0,05 las diferencias encontradas por la T pareada no representan variación desde el punto de vista clínico y no son significativas en la mayoría de los parámetros. La concordancia de datos es excelente, con valores de CCI siempre mayor a 0,8. El límite fijado por el VRC no fue superado por ningún valor.

Conclusiones

Disminuir el volumen de descarte a 1,5 mL es posible, y constituye una práctica clínica a incluir en los programas de Patient Blood Management (PBM).

Palabras clave

Recolección de muestras de sangre • sangre • cateterismo venoso central • análisis químico de la sangre • unidades de cuidados intensivos

sigue –>

Parámetro	n	Media diferencias	IC 95%	p valor	CCI	IC 95%	VRC % (significancia 95%)	Variación máxima muestral%
hematíes	64	0.018	(-0.001,0.036)	0.0613	0.994	(0.989,0.996)	11.33	9.22
Hemoglobina	64	0.028	(-0.026,0.082)	0.3024	0.994	(0.99,0.996)	9.95	6.73
Hematocrito	64	0.091	(-0.08,0.261)	0.2932	0.994	(0.99,0.996)	12.32*	9.51
Plaquetas	64	-2.062	(-6.981,2.856)	0.9229	0.989	(0.982,0.993)	31.54	22.22
Leucocitos	64	-0.16	(-0.414,0.094)	0.214	0.985	(0.975,0.991)	39.74	15.9
Glucosa	57	-0.158	(-1.571,1.255)	0.186	0.988	(0.981,0.993)	17.06	10.34
Creatinina	65	0.002	(-0.003,0.007)	0.4202	0.999	(0.999,1)	41.93	22.22
Urea	59	0.051	(-0.309,0.411)	0.3539	0.998	(0.997-0.99)	20.68	7.14
Sodio	61	0.049	(-0.237,0.335)	0.732	0.973	(0.955,0.983)	2.73*	2.16
Potasio	62	-0.022	(-0.047,0.003)	0.0808	0.98	(0.967,0.988)	14.26	8.06
Cloro	58	-0.274	(-0.536,-0.012)	0.0408	0.979	(0.964,0.988)	4.38	2.51
Tiempo de protombina	65	-0.055	(-0.092,-0.019)	0.0014	0.997	(0.995,0.998)	13.86	3.48
INR	65	-0.001	(-0.01,0.008)	0.7817	0.987	(0.978,0.992)		
Tiempo de cefalina	65	0.014	(-0.206,0.233)	0.1332	0.987	(0.979,0.992)	12.32*	10.71

IC, intervalo de confianza; CCI, coeficiente de correlación intraclase; VRC, valor de referencia del cambio; *significancia 99%

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 93

¿DETERMINA LA OCUPACIÓN EN UCI LAS CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA?

A. Saralegui Gainza; L. Azparren Tellería; L. Esparza Artanga; MS. Arrarás Eleta; MC. Zaldua Echeverría; N. Chivite Fernández; N. Barrenechea Pérez, I. Martínez Arangoa

Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

La escala NEMS de cargas de trabajo de enfermería, es una de las herramientas que se utilizan en UCI para determinar a través de nueve variables el esfuerzo terapéutico que requieren los pacientes. **OBJETIVO:** Analizar la relación entre la ocupación diaria de una UCI con los niveles de carga de trabajo de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo. Se obtuvieron los datos de ocupación a las 8am de una UCI de 24 camas y los datos referentes a la carga de trabajo de enfermería cuantificada mediante la escala NEMS, en el periodo de un año. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Se calculó la media para la descripción de la muestra y se realizó un análisis de correlación y un ajuste estadístico con regresión lineal múltiple.

Resultados/Intervenciones

La ocupación media fue de 19,33 (DE 2,77). Febrero fue el mes con mayor ocupación con una media de 21,34 (DE 1,41), mientras que el mes con menor número de camas ocupadas fue septiembre con una media de 16,90 (DE 1,93), con una diferencia significativa de 4,44 pacientes (IC 95% 4,38-4,50). En cuanto a la escala NEMS, la puntuación media fue de 24,69 (DE 8,68). La media del NEMS en febrero, fue de 25,66 (DE 8,45) mientras que en septiembre se alcanzaron puntuaciones medias en la escala NEMS más bajas de 23,51 (DE 8,82), con una diferencia de medias de 2,15 puntos (IC 95% 1,82-2,48) estadísticamente significativa. Respecto al análisis de la asociación entre la ocupación y la carga de enfermería, se encontró una correlación positiva con un coeficiente de r= 0,089 (p=0,00). Finalmente, se analizó la relación entre ambas variables mediante una regresión lineal ajustada, encontrando un coeficiente de 0,28 (IC 95% 0,22-0,34).

Conclusiones

Hemos demostrado la relación directa entre las cargas de trabajo de enfermería, valorada mediante la escala NEMS, y el nivel de ocupación de camas de UCI.

Palabras clave

NEMS • ICU • Occupation • Nursing

ID 94

EXPERIENCIA, APRENDIZAJE Y MOTIVACIÓN DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS ANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA DE SOPORTE VITAL DE OXIGENACIÓN MEDIANTE MEMBRANA EXTRACOPÓREA

Juan Manuel Alonso Fernández[1]; MB. Gutiérrez Pastrana[1]; JA. Bombín García[1]; P. Méndez Cocho[1]; P. Lorente González[2]; MZ. Martín Gómez[1]; MA. Mohino García[1]; JA. Fernández Argüelles[1]; MI. Carrillo Herrero[1]; B. Marciel Herrero[1]
1. Hospital Universitario Río Hortega; 2. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos/Introducción

Las enfermeras de Cuidados Intensivos necesitan incorporar conocimientos sobre técnicas en continua actualización. El objetivo principal es conocer las primeras percepciones tras la reciente implantación de terapia de Oxigenación por Membrana ExtraCorpórea (ECMO).

Metodología/Observación clínica

Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria mediante observación participante y con método fenomenológico mediante entrevista semiestructurada. La muestra compuesta por enfermeras de una UCI que aceptaron participar que hubieran prestado cuidados a pacientes en ECMO hasta saturación de la información. Se analizó mediante el software Atlas.ti agrupando temas e identificando conceptos comunes. Se utilizo la reflexibilidad y la revisión de las entrevistas para la validación de los datos. El estudio fue aprobado por el comité de ética del centro de referencia.

Resultados/Intervenciones

Se entrevistaron a 17 enfermeras, con edad media 41 años, el 70% mujeres, con experiencia en UCI de 11,8 años y nivel de formación de básico a Máster. Para la aplicación de una nueva técnica destacan la formación, el aprendizaje, la experiencia, el conocimiento, la calma o la seguridad para dar respuesta al proceso descrito. Son relevantes los sentimientos y sensaciones que provocan en las enfermeras: responsabilidad, motivación, control, preparación, seguridad, pero contrastan con la inseguridad, estrés, riesgo, ansiedad o desconocimiento. Se detectaron temas emergentes como la formación a todo el personal, la necesidad teórica acompañada de una documentación e inicio junto a una enfermera experta. En el análisis destacan Fortalezas: conocimiento, experiencia, seguridad y tranquilidad. Debilidades: miedo, estrés, desconocimiento. Amenazas: falta de liderazgo, dependencia o improvisación. Oportunidades: reconocimiento, desarrollo profesional y la seguridad del paciente.

Conclusiones

Las enfermeras están motivadas para incorporar una nueva técnica, pero tienen dificultades durante el proceso. El aprendizaje es eminentemente práctico y se basan en la experiencia y formación para afrontar situaciones complejas. Demandan mayor formación teórica y principalmente formación práctica basada en la simulación de la terapia y sus complicaciones.

Financiación

Este estudio no precisó financiación para su desarrollo. No existe conflicto de intereses.

ID 95

RITMO INTESTINAL EN EL PACIENTE TRASPLANTADO DE PULMÓN

Cristina González Blasco[1]; BI. Fernández Alonso[1]; B. Hernández Iglesias[1]; L. Alonso Pérez[1]; L. Chinarro Pulido[1]; I. Zaragoza García[2]; V. Díaz Teruel[1]; MR. Hernández García[1]; FJ. del Pozo Sancho[1]; S. Ramos Sánchez[1]

1. Hospital 12 Octubre, Hospital 12 de Octubre; 2. Universidad Complutense de Madrid

Objetivos/Introducción

El trasplante pulmonar es la mejor opción para pacientes con patología pulmonar en estadios finales. Dentro de la complicaciones agudas postquirúrgicas se encuentran las gastrointestinales, siendo el estreñimiento un aspecto poco tratado pero de gran importancia. Diferentes autores lo relacionan con un mal pronóstico. La enfermera tiene un papel fundamental para la prevención y tratamiento. Conocer la incidencia de estreñimiento en los pacientes trasplantados de pulmón en el momento crítico post-implante es necesario para diseñar un adecuado paquete de cuidados.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. La población diana son pacientes trasplantados de pulmón en un hospital terciario. Se incluyen pacientes trasplantados de pulmón con estancia 3 días. La variable principal es la presencia de estreñimiento. Además se recogen variables sociodemográficos, clínicas y farmacológicas relacionadas con el ritmo intestinal del paciente. Previamente se obtiene la autorización de la comisión de investigación del hospital

Resultados/Intervenciones

Se analizan 44 pacientes trasplantados de pulmón. La edad media es de 52,75±13,05 años, siendo el 59,1% hombres. El 45,4% presenta sobrepeso-obesidad. El diagnóstico principal que motiva el trasplante es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La mayoría de ellos son bipulmonares (88,6%). La presencia de estreñimiento depende de la definición utilizada, situándose entre el 97,7% y el 67,9%. La mediana de inicio de deposición es de 7,4 días. Los procinéticos se introducen de forma profiláctica en una mediana de 4 días y los laxantes a los 3 días. Solo al 6,8% de los pacientes se introduce la nutrición enteral de forma precoz. El inicio de la nutrición enteral/parenteral se realiza con una mediana de 4 días.

Conclusiones

1. Un elevado porcentaje de pacientes trasplantados de pulmón presenta episodios de estreñimiento.
2. La profilaxis mediante procinéticos y laxantes es temprana, aunque no se realiza nutrición enteral precoz.
3. Es necesario revisar el protocolo nutricional para evitar estreñimiento.

Palabras clave

Estreñimiento • Cuidados intensivos • Nutrición • Enfermería • trasplante de pulmón

ID 99

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. VISIÓN DE UNA INVESTIGADORA NOVEL DESDE UN DISEÑO NARRATIVO

Irina Peláez Ortega; D. Gómez Pérez
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La investigación es una parte fundamental del desarrollo tanto académico como laboral y personal de la profesión de Enfermería. Desde que comenzó la estructura de grado, la formación postgrado va más encaminada al desarrollo de diferentes habilidades de la profesión, entre ellas la investigación. El objetivo de este trabajo es conocer la experiencia de una investigadora novel en el desarrollo de investigaciones cualitativas.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un diseño narrativo autobiográfico sobre la vivencia de una investigadora novel en el ámbito de la cualitativa. Se realizó un muestreo por conveniencia. Se obtuvieron datos de la experiencia personal durante las diferentes fases del desarrollo del proceso de un trabajo individual y la participación dentro de un equipo de investigación en un trabajo grupal en el contexto de las Unidades de Cuidados Intensivos de un Hospital de tercer nivel. Se analizó el contenido narrativo a través del método estructuralista de Lévi-Strauss.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvieron diferentes categorías de análisis a través del eje pasado-presente-futuro, entre ellas: ideas preconcebidas, adquisición de conocimientos teóricos y habilidades prácticas, dificultades encontradas, trabajo individual y en equipo, la visión de la investigación cualitativa y perspectivas de futuro.

Conclusiones

Repensar sobre la experiencia de los primeros pasos en la realización de trabajos de cualitativa tanto individualmente como en grupo, nos ayuda a reflexionar acerca de nuestras vivencias durante el proceso de investigación permitiéndonos un mayor crecimiento personal y profesional.

Financiación

No precisa.

Palabras clave

Narrativa • Autobiografía • Investigación Cualitativa • Informe de investigación • Experiencia Piloto

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 100

ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN CIENTÍFICA ENFERMERA EN CUIDADOS INTENSIVOS. ¿DE DÓNDE VENIMOS?, ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Daniel Gómez Pérez; M. Sánchez Pozo; I. Peláez Ortega
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

El papel de la enfermería no es sólo asistencial, cada vez con mayor esfuerzo los profesionales compaginan esta labor con la investigación aplicada a los cuidados. La enfermería española está en los primeros lugares en el ranking mundial de producción científica en su área. **OBJETIVOS:** Analizar la participación científica enfermera, su desarrollo como líneas de investigación e impacto en la práctica clínica.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión retrospectiva de los abstracts de los congresos anuales de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) desde el 2009 al 2019. Se obtuvieron datos sobre los trabajos presentados por el Servicio de Medicina Intensiva de nuestro hospital, los autores principales, la unidad por la que se presentaban y el tipo de trabajo.Posteriormente se exploró el desarrollo de publicaciones posteriores, la continuidad como línea de trabajo de los autores o de las unidades, así como la aplicabilidad de los estudios en la práctica clínica.

Resultados/Intervenciones

La participación científica de enfermería se ha mantenido constante en los últimos 10 años, desarrollándose entre 2 y 10 trabajos al año. El 45,45% de de trabajos fueron comunicaciones orales y el 44,15% pósteres. El 22,07% de los estudios se publicó posteriormente. El 19,48% de los autores sigue con la misma línea de trabajo. Pero tan sólo un 16,88% de los trabajos ha tenido impacto sobre la práctica clínica, bien generando un cambio en la práctica habitual en un 11,68% de los trabajos o nuevos protocolos en un 3,89%.

Conclusiones

La enfermería está implicada en la investigación científica, teniendo el valor añadido de que la labor investigadora convive con la práctica clínica dentro de nuestras unidades. Sin embargo, la enfermería aun debe emprender el liderazgo de ejes de investigación que incidan más en la práctica clínica.

Financiación

No precisa.

Palabras clave

Enfermería • Cuidados Críticos • Investigación • Enfermería Basada en la Evidencia

ID 101

EFECTO DE LOS DIARIOS EN LOS PACIENTES CRÍTICOS Y SUS FAMILIARES

Pilar Muñoz Rey[1], M. Romero García[2]; S. Alonso Fernández[1]; C. Gaona Serra[1]; A. Lapena Ferrer[1]; S. Chopite Urtueta[1]; C. Cuzco Cabellos[3]; C. Villanueva Fuentes[1]; I. Alcalá Jiménez[4]; P. Delgado Hito[2]

1. Hospital Germans Trias i Pujol; 2. Universitat de Barcelona; 3. Hospital Clínic Barcelona; 4. Hospital Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

Ingresar en Unidades de Cuidados Intensivos puede producir el Síndrome post-cuidados intensivos en pacientes y familiares. En el ámbito europeo se utilizan los diarios como una herramienta para minimizar este síndrome. **OBJETIVO:** Evaluar el impacto del uso del diario en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos y en sus familiares en relación a la práctica habitual en cuanto a la calidad de vida, el estrés postraumático y la ansiedad/depresión a los 2-6 meses del alta de la unidad.

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico aleatorizado, paralelo, abierto y no ciego. Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos hospital nivel-III. Población/muestra: Pacientes ingresados en la unidad de críticos y familiares de referencia de febrero a septiembre 2019 que cumplieron los criterios de selección. Muestreo no probabilístico consecutivo. Intervención asignada aleatoriamente. Variables: sociodemográficas/clínicas, uso del diario (independiente), calidad de vida, estrés postraumático y ansiedad/depresión (dependientes). Los cuestionarios se administraron al paciente y familiar a los 2-6 meses del alta. Análisis descriptivo e inferencial (test Mann-Whitney o u de Mann-Whitney). Nivel de significación $p<0.05$. SPSS v24. Aprobación del comité ético.

Resultados/Intervenciones

n=20 pacientes y familiares (10 por grupo). El 55% (n=11) fueron hombres, con una edad media de 59.50±11.54 años, el 75% (n=15) tienen estudios básicos o superiores, y el 20% (n=4) tuvo contacto previo con una UCI. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el uso del diario en pacientes y familiares y variables de estudio, aunque se observó una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión intrusión entre el grupo control y el grupo experimental (Tabla1).

Conclusiones

Observamos disminución de las puntuaciones en todas las dimensiones a los 6 meses, excepto en la evitación (pacientes).

Financiación

Beca Talents-2018 del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, L'Institut de Recerca Germans Trias i la Fundació Catalunya-la Pedrera PR-284/18. Fundació Infermeria i Societat. 2018- 2021.

Palabras clave

Diario • Unidad Cuidados Intensivos • Enfermera • Paciente • Família • PICS • PICS-F • Ansiedad • Depresión • Calidad de Vida

sigue –>

		Dimensión	Grupo Control	Grupo Experimental	Sig (bilateral)
PACIENTE	EIE-R	Intrusión	-1.00	-7.66	p=0.01
		Hiperactivación/ Hiperexcitación	-3.33	-7.66	p=0.45
		Evitación	-6.33	-1.66	p=0.55
	HADS	Ansiedad	0.00	-3.33	p=0.11
		Depresión	1.66	-2.00	p=0.15
FAMILIAR	EIE-R	Intrusión	-4.66	-6.33	p=0.69
		Hiperactivación/ Hiperexcitación	-6.66	-8.00	p=0.41
		Evitación	6.33	-8.33	p=0.06
	HADS	Ansiedad	-1.00	-4.00	p=0.36
		Depresión	-0.66	-6.00	p=1.00

Tabla1.Diferencia de las medias de Estrés postraumático y Ansiedad/Depresión en pacientes y familiares entre los 6 y los 2 meses.

ID 103

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA MOVILIZACIÓN E HIGIENE DE LOS PACIENTES PORTADORES DE TERAPIA ECMO

María García Casares; M. González Cebrián; E. Alfageme Sastre; P. Miguel Gómez; L. Corrionero Martín
Hospital Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

Cada vez hay más pacientes ECMO permanecen encamados e inmovilizados durante varios días o semanas. Si acceso es femoral complica más,pueden existir problemas de perfusión distal en extremidades inferiores sobre todo extremidad en la que está canalizada la arteria femoral lo que favorece desarrollo de úlceras por presión (UPP). Esto demuestra que la movilización es necesaria en estos pacientes pero existe riesgo de una posible decanulación accidental si movilización no se hace correctamente,lo que podría desembocar en una hemorragia severa que provocaría muerte del paciente. Nuestro objetivo es establecer criterios para realizar correcta movilización y prevención de posibles complicaciones de piel que conlleva un paciente con ECMO y trabajar de forma segura y consensuada durante movilización de estos pacientes

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliografia de principales bases de datos y centros de referencia

Resultados/Intervenciones

cuidados enfermería durante higiene ir encaminados a prevencion de UPP,valorando estado de piel,tratando eliminar factores de riesgo,protegiendo zonas mayor presión,para mantener integridad de piel haciendo hincapié en zonas de contacto con cánulas,zonas edematizadas, que suponen riesgo aparición de lesiones. Es necesario:

· Disponer colchones antiescaras
· Proteger con apósitos zonas de riesgo para evitar los decúbitos por cánulas
· Hidratar piel una vez por turno
· Higiene corporal cada 24-48horas,segun estado hemodinámico paciente
· Al menos un profesional con experiencia durante movilización,que será el que dirija
· Ayuda de otros profesionales para vigilar cánulas y resto dispositivos durante movilización
· Utilización grúa para movilizar durante higiene para extremar precaucion en aseo y evitar decanulación
· Si ha movilizarse y no hay grúa,movilizar en bloque sobre lado canulado
· Si posible dos celadores
· Colocar paciente decubito supino,cabecero ligeramente elevado, manteniendo ángulo fisiológico de articulaciones, evitar hiperextensión

Conclusiones

Unificación criterios enfermeros para realizar movilización e higiene en pacientes ECMO,permite a enfermería evitar y prevenir complicaciones relacionadas con piel y trabajar de forma consensuada y segura por parte de equipo en manejo diario de estos pacientes.Evitando desplazamientos de cánulas durante movilización o en el peor de casos,la decanulación accidental

Palabras clave

Enfermeros • Ecmo • Paciente • Cuidados • Movilización

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 104

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO CON SOPORTE ECMO: UNA VISIÓN HOLÍSTICA

Laura Aguirre Romero; S. Bravo Gómez; AC. de Castro Martínez; AM. Camacho Rodríguez; MJ. Morell Vera; M. Triguero Ruiz; C. Cañadillas Pardo

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Objetivos/Introducción

Los avances en nuevas tecnologías para pacientes críticos obligan a los profesionalessanitarios a obtener una formación adecuada para afrontar nuevos retos con calidad yseguridad, cualidades imprescindibles en UCI.El uso de ECMO ha aumentado desde el año 2009, tanto con fin respiratorio comocardiaco. Así, lo plasma La ELSO (Extracorporeal Life Support Organization) en ELSORed Book 2017. Las estadísticas afirman una supervivencia del 56% en adultos coninsuficiencia respiratoria y del 40% con insuficiencia cardiaca, cuando las medidasconvencionales han fallado. Aunque es una técnica con riesgos añadidos, se demuestraque ECMO mejora la supervivencia de los pacientes que tienen una mortalidad cercanaal 100%. La implantación de esta terapia en nuestra unidad hace necesario la elaboración de unprotocolo de cuidados de enfermería.

OBJETIVO GENERAL:

· Alcanzar una atención integral y de calidad a pacientes con ECMO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

· Mejora del manejo enfermero a pacientes con ECMO.
· Aplicar los cuidados necesarios para las complicaciones asociadas al ECMO.Población diana:
· Personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del HospitalUniversitario Príncipe de Asturias.

Metodología/Observación clínica

Las bases de datos consultadas: MEDLINE, DIALNET, CUIDEN, SCIELO, PUBMED, COCHRANE, CINAHL. Como criterios de inclusión se establecen: adultos, artículos a texto completo, idioma inglés/español, desde 2010-2020; criterios de exclusión: neonatos/pediátricos. Keywords: ECMO, nursing care, critical care, extracorporeal membrane oxygenation.

Resultados/Intervenciones

Conocer la terapia de ECMO, tipos y utilidad en cada caso, la repercusión sobre elpaciente, los cuidados al paciente y del sistema, y, por último, complicaciones/actuación.

Conclusiones

El resultado será una elaboración de un algoritmo de actuación para el manejo ycuidados del paciente con ECMO en UCI.

Financiación

No declaramos tener subvención específica para este protocolo.

Palabras clave

ECMO • nursing care • critical care • extracorporeal

ID 117

IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD AASTRE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES CRÍTICOS

Jéssica Granado Solano; A. Uribe López; C. Salvat Cobeta; Y. López Saez; A. García Sanz; A. Vázquez Sánchez; F. Álvarez Lerma; M. Gas Amat; JR. Masclans Enviz; D. Ruiz Sánchez

Hospital del Mar

Objetivos/Introducción

Identificar áreas de mejora en la asistencia de pacientes críticos en la atención prestada por enfermería

Metodología/Observación clínica

Análisis de las rondas de seguridad realizadas en el año 2019 en una UCI polivalente con el programa AASTRE-2 (8 módulos con 32 variables). En cada ronda se seleccionaron aleatoriamente los pacientes y los módulos a revisar (30% del total). Se han analizado las variables relacionadas con cuidados de enfermería. El cumplimiento de cada variable se clasificó como adecuado, adecuado después de AASTRE, no adecuado y no procede, dependiendo del cumplimiento de los criterios de aplicación de cada una. Los resultados se expresan en porcentaje con respecto al total de evaluaciones realizadas de cada variable.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 21 rondas de seguridad que evaluaron 63 módulos con un total de 1052 valoraciones. De ellas, 602 (57,2%) pertenecen al área de cuidados de enfermería de las que 434 (72,1%) se clasificaron como adecuadas, 26 (4,3%) como adecuadas después de AASTRE, 75 (12,5%) como no adecuadas y 67 (11,1%) no procede. Se identificaron como prácticas no adecuadas o adecuadas después de AASTRE la adecuación de las alarmas del monitor (69,7%), la evaluación diaria del riesgo de desarrollar úlceras por presión (24,2%), el control de la agitación y prevención de la sobresedación (30,3%), el control del dolor (36,4%) y la prevención y manejo del delirio (39,4%). En 5 (15,6%) variables se observaron discrepancias entre los criterios de calidad definidos en el programa y los protocolizados en la UCI.

Conclusiones

La aplicación del programa AASTRE en UCI identificó áreas de mejora que ha permitido elaborar un programa de formación específico para enfermería. Es necesario adaptar los criterios de evaluación a los protocolos aprobados en UCI.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

AASTRE • Seguridad • Paciente crítico • UCI

ID 119

EFICACIA DE LA NUTRICIÓN ENTERAL INTERMITENTE FRENTE A LA ADMINISTRACIÓN CONTINUA EN PACIENTES CRÍTICOS PARA LA REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO

Maria Dolores Saiz Vinuesa

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos/Introducción

La nutrición enteral (NE) es una medida de soporte nutricional muy frecuente en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde existe controversia y variabilidad en la forma de administración. En estos pacientes pluripatológicos, con ventilación mecánica y numerosos tratamientos farmacológicos la gran mayoría, el riesgo de complicaciones respiratorias como la broncoaspiración y gastrointestinales, conducen a una disminución o suspensión de la alimentación programada deteriorando su estado nutricional. El método de administración de NE más utilizado en la UCI es la forma continua (NEC) y esto es lo que se recomienda en los protocolos, mientras que la nutrición enteral intermitente (NEI) se excluye porque aparentemente se le atribuye una mayor intolerancia y broncoaspiración. Hay pocos estudios que analizan qué método es más efectivo. Las revisiones sistemáticas concluyen en la necesidad de ensayos clínicos aleatorizados. Siendo el objetivo de este estudio evaluar la efectividad del método de administración de NE en pacientes de UCI.

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico Aleatorio. Muestra: Pacientes de UCI con indicación de NE, excluimos pacientes diabéticos y quirúrgicos. 196(2 grupos: NEC y NEI). Ámbito: UCI de un hospital de 3nivel. Variables e instrumentos de medida: Demográficas, clínicas, resultado (complicaciones gastrointestinales, broncoaspiración, estado nutricional)medidos por: Diarrea, vómitos, aumento de residuo gástrico, Rx tórax, Mini nutritional assessment, grasa corporal, valores bioquímicos. Para la recogida de datos se diseña una ficha de elaboración propia, se realizará entrenamiento para utilizar los instrumentos de medida; así como un pilotaje de la ficha. Se analizarán las frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión, nivel de significación $p < 0,05$, IC95%. Análisis bivariante: comprobación de la homogeneidad de grupos y contraste de hipótesis: Chi-cuadrado, t de Student y U-Mann-Whitney. Aspectos éticos: Consentimiento informado. Ley 14/2007. Aprobación por la Comisión de Investigación y el Comité de Ética de Investigación de Albacete.

Financiación

No se dispone de financiación

Palabras clave

Nutrición enteral • Complicaciones • Cuidados críticos • Estado nutricional • Método de administración

ID 121

IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO Y CAMBIO PERIÓDICO DE LAS SONDAS NASOGÁSTRICAS. CASO CLÍNICO: ROTURA DE LA SONDA

Elvira Joven Casaucau; R. Ramos Abril; MJ. Ruiz Fuentes; MC. Jiménez Gálvez
Hospital Miguel Servet, Zaragoza

Objetivos/Introducción

La falta de conocimieto sobre el mantenimiento de las sondas nasogástricas puede dar lugar a situciones que pongan en peligro la vida del paciente. **OBJETIVO:** dar a conocer un caso de obstrucción y perforación de la sonda que repercute en una neumonía por broncoaspiración

Metodología/Observación clínica

Paciente de 55 años ingresado en UCI de Cirugía Cardíaca del Hospital Miguel Servet de Zaragoza tras colocación de Asistencia Ventricular. Es portador de sonda nasogástrica de poliuretano para nutrición enteral desde el día 20/03/2019. Traqueostomía el 22/04/2019 El paciente, desconectado del respirador desde el día 6/05/2019 presenta deterioro respiratorio progresivo con diagnóstico de neumonía. El día 23/05/2019 se evidencia salida de nutrición enteral por boca. Se verifica ubicación de la sonda en cámara gástrica mediante radiografía. Por orden del médico intensivista es retirada la sonda observando rotura de la misma. Tras intentar progresar una nueva sonda nasogástrica sin éxito se solicita colaboración al servicio de endoscopias que confirman la presencia de molde esofágico. Se procede a la retirada del mismo mediante ruptura y lavados consecutivos.

Resultados/Intervenciones

NANDA: Riesgo de lesión (0035). NOC: Conducta de seguridad personal (1911) Detección del riesgo (1908) NIC: Identificación de riesgos (6610) Potenciación de la seguridad (5380). NANDA: Riesgo de aspiración (0039) FR: sonda nasogástrica NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) Control de la aspiración (1918) Estado de deglución (1010) NIC: Manejo del vómito (1570) Precauciones para evitar la aspiración (3200).

Conclusiones

El correcto mantenimiento de las sondas nasogástricas, así como el cambio protocolizado de las mismas, disminuye los riesgos asociados a esta terapia, en concreto y considerándolo el más grave, la neumonía por broncoaspiración

Como medida de mejora se instauró el cambio periódico de las sondas nasogástricas Se hicieron sesiones formativas sobre mantenimiento de las sondas nasogástricas: lavado de la misma, administración de medicación y medición de residuo gástrico.

Palabras clave

sonda nasogástrica • molde esofágico • neumonía por broncoaspiración

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 123

CREATIVIDAD COLABORATIVA PARA FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mònica Maqueda Palau, Xisca Verd Aulí
Hospital Universitari Son Espases

Objetivos/Introducción

Para proporcionar una atención de calidad en entornos sanitarios, es importante que los profesionales implicados compartan valores y colaboren entre ellos. Convivimos con sistemas de atención fragmentados y a veces la comunicación transcurre mediante prescripciones o notas. Objetivos: Explorar las percepciones de un equipo interdisciplinar de una Unidad de Cuidados Intensivos tras la puesta en marcha de una herramienta colaborativa para fomentar el trabajo en equipo.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo fenomenológico, realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel. Participantes: enfermeras, médicos y técnicos auxiliares de enfermería, reclutados a través de muestreo por conveniencia. Intervención: se elaboró un boletín mensual como herramienta colaborativa, en la que, de forma anónima, diferentes profesionales compartían un tema de interés general. Este boletín se difundía al resto del equipo de UCI. La recogida de datos se realizó después de un año de la implementación, a través de una encuesta cualitativa inductiva ad-hoc; las preguntas invitaban a la reflexión propia y personal de cada participante en relación con esta iniciativa. Posteriormente, se realizó un análisis de contenido, codificación de los datos, triangulación por parte de los investigadores, puesta en común e interpretación.

Resultados/Intervenciones

Se identificaron 4 categorías:

1. Clima laboral: percibieron una mejora en el entorno de trabajo, forma de relacionarse y satisfacción personal.
2. Sentido de pertenencia al equipo: identificación del profesional con el resto de los compañeros.
3. Herramienta de comunicación y aprendizaje, que permitió encontrar un espacio libre para expresar y compartir inquietudes y conocimientos.
4. Innovación colaborativa, para generar de ideas y llevarlas a la práctica.

Conclusiones

El boletín es una herramienta que fomenta el trabajo colaborativo entre equipos interdisciplinarios, despierta sentimientos de cohesión y pertinencia de grupo. La creatividad colaborativa fomenta genera microsistemas clínicos y fomenta el trabajo en equipo, repercutiendo en la calidad y la continuidad de la atención

Financiación

Este estudio no ha sido financiado.

Palabras clave

Grupo de Atención al Paciente • Creatividad • Calidad de la Atención de Salud • Relaciones interpersonales • Unidad de Cuidados Intensivos

ID 125

FISIOTERAPIA EN PACIENTES COVID-19 HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CRITICOS. EFECTO SOBRE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y LA MORTALIDAD

María Isabel Muñoz Diez; N. Plaza García; L. de la Guía López; SA. Juarros Martínez; MJ. Collazos Villafáfila; M. Llamas Sánchez; C. Martín Tuda

Hospital Clinico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

Un 17-35% de los pacientes afectados por COVID-19 ingresan en Unidades de Cuidados Críticos (UCIs) por un SDRA. Su mortalidad puede ascender a un 40%. Los fisioterapeutas forman parte del equipo multidisciplinar que trata a estos enfermos. Nuestro objetivo es valorar si el tratamiento fisioterápico (TF) puede mejorar su pronóstico e influir en la duración del ingreso hospitalario.

Metodología/Observación clínica

Análisis retrospectivo de pacientes COVID-19 que han recibido TF por indicación facultativa, junto al resto de medidas terapéuticas, en las UCIs del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; comparado con un grupo control que no lo ha recibido. Variables analizadas: demora en inicio TF, duración tratamiento TF, días ingreso hospitalario, intensidad afectación pulmonar, mortalidad. Análisis comparativo de variables (Chi2, T-Student), gráficos de dispersión, correlación Spearman, Kaplan-Meier. Significación estadística p<0,05.

Resultados/Intervenciones

Analizados 81 pacientes, edad media 62,6 años (DS 13,9), 74,1% varones. El 65,4% recibió TF, neumonía bilateral en el 100% (p0,002). Mediana de ingreso: 26 días (P25: 16,5, P75: 40). Demora media hasta inicio de TF: 14,5 días (DS 7,3). Mediana de duración del TF: 18 días (P25: 11, P75: 29,5). Encontramos correlación positiva entre la demora de inicio de TF y la duración del ingreso hospitalario (C. Spearman 0,51; p<0,001). Edad media de fallecidos fue 66,5 años vs 59,9 años de los supervivientes (IC95 -12,1 -0,67; p0,029). Tasa de mortalidad en pacientes con TF fue de 26.4% vs 71.4% de los pacientes no tratados (p0,002). La supervivencia (28 días) fue superior en los pacientes con TF (Kaplan-Meier, Log-rank: 26,28; p<0,001).

Conclusiones

En nuestra experiencia la tasa de mortalidad en UCIs es elevada y el TF es capaz de reducirla sensiblemente. La demora en el inicio del TF influye en la estancia hospitalaria y en el consumo de recursos. El TF es imprescindible en el tratamiento de pacientes COVID-19 en UCIs y recomendable iniciarlo precozmente.

Palabras clave

Fisioterapia • Covid-19 • Unidades de Cuidados Críticos • Mortalidad

sigue –>

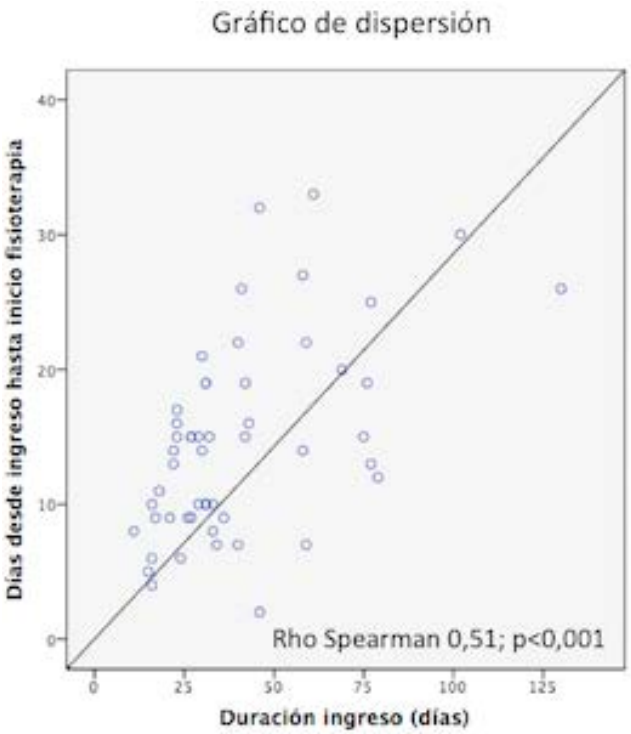
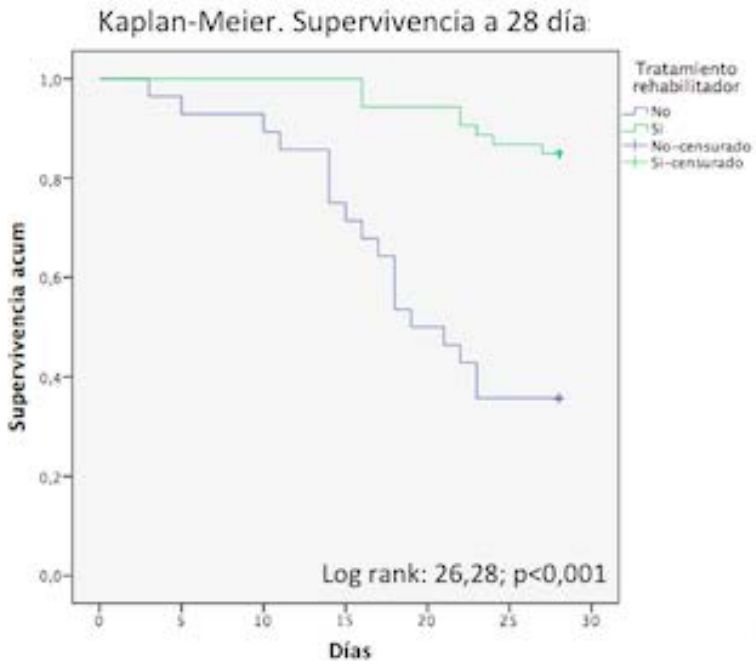


Gráfico de dispersión
Días desde ingreso hasta inicio fisioterapia
Duración ingreso (días)
Rho Spearman 0,51; p<0,001
0
10
20
30
40
0
25
50
75
100
125


Kaplan-Meier. Supervivencia a 28 día
Supervivencia acum
Días
Tratamiento rehabilitador
No
Si
No-censurado
Si-censurado
Log rank: 26,28; p<0,001
0,0
0,2
0,4
0,6
0,8
1,0
0
5
10
15
20
25
30

ID 126

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA CLINICAL FRAILTY SCALE AL ESPAÑOL

Susana Arias Rivera[1]; R. Sánchez Izquierdo[1]; R. Jareño Collado[1]; El. Sánchez Muñoz[1]; V. López López[1]; S. López Cuenca[1]; L. Oteiza López[1]; M. Checa López[1]; C. Andreu Vázquez[2]

1. Hospital Universitario de Getafe; 2. Universidad Europea de Madrid

Objetivos/Introducción

La utilización de escalas de fragilidad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), podría detectar precozmente a pacientes con mayores probabilidades de desarrollar síndrome postuci y reorientar nuestros cuidados hacia quien más los necesitan. Clinical Frailty Scale (CFS), fue diseñada para medir fragilidad en ancianos mediante la evaluación de su forma física en 9 niveles. Aunque ha sido validada en inglés, precisa una adaptación en español. Objetivos Adaptación y validación de CFS en pacientes de UCI, estratificando por edad y sexo.

Metodología/Observación clínica

Adaptación de CFS por el método de traducción-retrotraducción, con 6 traductores sanitarios y bilingües que trabajaron de forma independiente. Tras las traducciones, un comité de expertas unificó las versiones, obteniendo la primera versión española (CFS-v1) de la escala, con la que se realizó una prueba piloto (con enfermeras y médicos) en 5 ucis. Tras el piloto y una nueva revisión por el comité de expertas, se obtuvo la segunda versión española (CFS-v2), que fue retrotraducida al inglés (CFS-v3). Esta última versión (CFS-v3) se envió a los autores de la escala original (Universidad de Dalhousie, Canadá) para valorar su concordancia.

Resultados/Intervenciones

Entre la escala original y la resultante de la retrotraducción en inglés, se obtuvo una correspondencia buena en el 89% de los ítems. Solo el ítem 6 (fragilidad moderada) obtuvo concordancia correcta y fue modificado según las recomendaciones de los autores. La escala resultante del proceso de adaptación puede verse en la tabla adjunta.

Conclusiones

Hemos obtenido una versión adaptada al español de la Escala de Fragilidad Clínica (CFS-Es), que precisará de su oportuna validación.

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Escala clínica de fragilidad versión española (CFS-Es)

Nivel	Definición
1. Muy en forma	Personas que están fuertes, activas, enérgicas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son los que más en forma están para su edad.
2. En forma	Personas que no tienen síntomas de enfermedad activa, pero están menos en forma que las de la categoría 1. Suelen practicar ejercicio o son muy activas de forma esporádica. Por ejemplo, según la estación del año.
3. En buen estado	Personas cuyos problemas médicos están bien controlados, pero que no practican actividad física de forma regular más allá de los paseos habituales.
4. Vulnerable	Personas no dependientes para actividades de la vida diaria, pero a menudo los síntomas limitan algunas actividades. Suelen quejarse de "ser lento" y/o estar cansado durante el día.
5. Fragilidad leve	Personas que a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda en actividades instrumentales de la vida diaria (economía, transporte, labores domésticas que requieren esfuerzo, medicación). Por lo general, la fragilidad leve incapacita progresivamente para salir solos de compras o a pasear, hacer la comida y las tareas domésticas.
6. Fragilidad moderada	Personas que necesitan ayuda en todas las actividades realizadas fuera de casa y las tareas domésticas. En casa, a menudo tienen dificultad con las escaleras, necesitan ayuda para bañarse y podrían necesitar asistencia mínima (estimulación, acompañamiento) para vestirse.
7. Fragilidad grave	Personas completamente dependientes para el cuidado personal, por cualquier causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin gran riesgo de fallecer en los siguientes 6 meses.
8. Fragilidad muy grave	Personas totalmente dependientes y acercándose al final de la vida. En general, no podrían recuperarse ni de una enfermedad leve.
9. Enfermo terminal	Llegando al final de la vida. Esta categoría es para personas con esperanza de vida menor de 6 meses, tengan o no tengan signos evidentes de fragilidad.

Puntuación de fragilidad en personas con demencia. Todo paciente con demencia se considera un paciente frágil y el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia.

- Demencia leve (5. fragilidad leve): síntomas comunes en demencia leve incluyen olvidar detalles de acontecimientos recientes, aunque recuerden el acontecimiento en sí, repetir la misma pregunta/historia y aislamiento social.
- Demencia moderada (6. fragilidad moderada): la memoria reciente está muy deteriorada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos del pasado. Con indicaciones, pueden realizar solos sus cuidados personales.
- Demencia grave (7. fragilidad grave): los cuidados personales no son posibles sin ayuda.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 130

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA FRAIL SCALE AL ESPAÑOL

Susana Arias Rivera[1]; MM. Sánchez Sánchez[1]; EI. Sánchez Muñoz[1]: V. López López[1]; R. Jareño Collado[1]; L. Oteiza López[1]; S. López Cuenca[1]; M. Checa López[1]; C. Andreu Vázquez[2]; R. Sánchez Izquierdo[1]

1. Hospital Universitario de Getafe; 2. Universidad Europea de Madrid

Objetivos/Introducción

Son múltiples las herramientas utilizadas para valorar la fragilidad. En el entorno de los cuidados críticos, estas herramientas podrían ser utilizadas para identificar precozmente a pacientes con mayor riesgo de síndrome postuci. FRAIL scale (FS), fue diseñada para medir fragilidad en ancianos mediante la evaluación de 5 componentes (Fragilidad, Resistencia, Ambulación, Comorbilidades y pérdida de peso no intencionada). Esta escala ha sido validada en inglés, pero precisa una adaptación en español. Objetivos Adaptación y validación de FS en pacientes de UCI, estratificando por edad y sexo.

Metodología/Observación clínica

Adaptación de FS por el método de traducción-retrotraducción, con 6 traductoras sanitarias y bilingües que trabajaron de forma independiente. Tras las traducciones, un comité de expertas unificó las versiones, obteniendo la primera versión española (FS-v1) de la escala, con la que se realizó una prueba piloto (con enfermeras y médicos) en 5 ucis. Tras el piloto y una nueva revisión del comité de expertas, se obtuvo la segunda versión española (FS-v2), que fue retrotraducida al inglés (FS-v3). Esta última versión (FS-v3) se envió a los autores de la escala original (European, Canadian and American Geriatric Advisory Panel. J Nutr Health Aging. 2008;12(1):29/37) para valorar su concordancia.

Resultados/Intervenciones

Entre la escala original y la resultante de la retrotraducción en inglés, se obtuvo una correspondencia buena en el 100% de los ítems. La escala resultante del proceso de adaptación puede verse en la tabla adjunta.

Conclusiones

Hemos obtenido una versión adaptada al español de la escala FRAIL (FS-Es); sus propiedades psicométricas deberán ser evaluadas.

sigue –>

Escala FRAIL-ES

Ítems	Definición
Fatiga	¿Cuánto tiempo se sintió cansado durante las últimas 4 semanas? 1 = todo el tiempo o la mayor parte del tiempo, 0 = algunes veces, pocas veces o nunca.
Resistencia	¿Tiene alguna dificultad para subir, solo y sin ayuda, 10 escalones sin descansar? (no se considera ayuda el uso habitual del bastón) 1 = Sí, 0 = No.
Ambulación	¿Tiene alguna dificultad para caminar, solo y sin ayuda, varios cientos de metros? 1 = Sí, 0 = No
Enfermedades	Se les pregunta a los participantes a cerca de 11 enfermedades: ¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene [enfermedad]?, las enfermedades incluidas son: hipertensión, diabetes, cáncer (que no sea un cáncer de piel menor), enfermedad pulmonar crónica, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, angina, asma, artritis, ictus y enfermedad renal. 1 = 5 o más enfermedades, 0 = menos de 5 enfermedades.
Pérdida de peso no intencionada	¿Ha perdido usted peso involuntariamente en el último año (≥ 5%) o ha notado que la ropa le queda más holgada? 1 = Sí, 0 = No.

ID 134

RETIRADA NO PROGRAMADA DE CATÉTERES ARTERIALES Y VENOSOS CENTRALES EN EL PACIENTE CRÍTICO

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

Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

La retirada accidental de catéteres vasculares, es un indicador de calidad en la administraciónde cuidados, afectando a la seguridad del paciente.Objetivo:Determinar las tasas de autorretirada (AUT) y retirada accidental por maniobras (MAN) de loscatéteres arteriales (CA) y venosos centrales (CVC) en un servicio de cuidados intensivos-unidad de grandes quemados (UCI-UGQ) en dos períodos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo antes-después en una UCI-UGQ de 24 camas. Primerperíodo: 15-10-2018 a 15-01-2019, segundo período: 15-07-2019 a 15-01-2020. Entre ambosperíodos se comunicaron los resultados y se insistió en mantener correctamente las fijacionescon sutura. Incluidos todos los pacientes portadores de CA y/o CVC. Variables: demográficas,gravedad, motivo de retirada, dolor, sedación/agitación, delirio y presencia de contencionesmecánicas (CM). Análisis: descriptivo, tasa de incidencia por 1000 días dispositivo ycomparación de tasas mediante chi cuadrado. Aprobado por Comité ético de investigación.

Resultados/Intervenciones

Ingresos en 2018 vs 2019: 232 vs 408 (1586 vs 3149 días estancia); mujeres: 34% vs 42%. SAPS III, Mediana (RIC): 57 (45-67) vs 45 (33-54). Insertados 193 vs 413 CVC y 242 vs 421 CA. Tasas de retirada accidental en tabla. En el momento de la retirada accidental de CVC y CA ningún paciente tenía dolor (EVN/ESCID=0); agitación (RASS>0) en pacientes con CVC: 2 vs 1 paciente y con CA: 1 vs 2 pacientes; delirio (CAM-ICU positivo) en pacientes con CVC: 2 vs 1 y con CA: 1 vs 1. CM en AUT de CVC: 1 vs 2 pacientes; en AUT de CA: 0 vs 1 paciente.

Conclusiones

Las tasas obtenidas están por debajo de los estándares de calidad (CVC: 6 por 1000 díasdispositivo; CA: 15 por 1000 días dispositivo). Hemos aumentado en las tasas de los CVC ydisminuido en las tasas de los CA, aunque no de forma significativa en ninguno de los casos.

	Autorretiradas			Retiradas por maniobras		
	2018	2019	p	2018	2019	P
Catéteres arteriales	n=4	n=5	0,73	n=4	n=8	1
	3,63	2,18		3,63	3,48	
Catéteres venosos centrales	n=2	n=6	1	n=1	n=5	0,67
	1,54	1,97		0,77	1,64	

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 135

RETIRADA NO PROGRAMADA DE SONDAS ENTERALES EN EL PACIENTE CRÍTICO

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

Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

La retirada accidental de las sondas enterales es un evento adverso que puede afectar a laseguridad del paciente crítico. Objetivo: Evaluar el impacto de una sesión formativa en las tasas de autorretirada (AUT) yretirada accidental por maniobras (MAN) de las sondas enterales (SE) en un servicio decuidados intensivos-unidad de grandes quemados (UCI-UGQ).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo antes-después, realizado en una UCI-UGQ de 24 camas.Primer período: 15-10-2018 a 15-01-2019, segundo período: 15-07-2019 a 15-01-2020. Entre ambos períodos se comunicaron los resultados y se recomendaron 3 nuevos modos de fijación de las SE. Incluidos todos los pacientes portadores de SE. Variables: demográficas, gravedad, motivo de retirada, evento adverso como consecuencia de la retirada o reinserción, dolor, sedación/agitación, delirio y presencia de contenciones mecánicas (CM). Análisis: descriptivo, tasa de incidencia por 1000 días dispositivo y comparación de tasas mediante chi cuadrado. Aprobado por Comité ético de investigación.

Resultados/Intervenciones

Ingresos en 2018 vs 2019: 232 vs 408 (1586 vs 3149 días estancia); mujeres: 34% vs 42%. SAPS III, Mediana (RIC): 57 (45-67) vs 45 (33-54). Insertadas 156 vs 295 SE en 99 vs 205 pacientes. Tasas de retirada accidental por 1000 días de dispositivo en tabla. No se registraron eventos adversos relacionados con la retirada accidental ni con la reinserción del dispositivo. En el momento de la retirada accidental de la SE, presentaban dolor (EVN/ESCID>0) 12 vs 16 pacientes; agitación (RASS>0) 30 vs 30 pacientes; delirio (CAM-ICU positivo) 16 vs 15 pacientes y tenían CM 27 vs 44 pacientes.

Conclusiones

Tras la sesión formativa entre períodos, se ha observado una reducción no significativa en lastasas de retirada accidental, aunque el descenso en la tasa de autorretirada podría serconsiderado como clínicamente relevante.

	Autorretirada			Retirada por Maniobras		
	2018 N=45	2019 N=74	p	2018 N=8	2019 N=16	p
Sondas Enterales	48,13	37,26	0,39	8,56	8,06	0,89

ID 136

RETIRADA NO PLANIFICADA DE LA VÍA AÉREA ARTIFICIAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

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

Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

La retirada no planificada de los tubos endotraqueales es un evento adverso que puede implicar graves consecuencias para el paciente crítico. **OBJETIVO:** Determinar tasas de autorretirada (AUT) y retirada accidental por maniobras (MAN) de tubos endotraqueales (TE), en cuidados intensivos-unidad de grandes quemados (UCI-UGQ), en dos períodos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo antes-después, realizado en UCI-UGQ de 24 camas. Primerperíodo: 15-10-2018 a 15-01-2019, segundo período: 15-07-2019 a 15-01-2020. Entre ambos períodos se comunicaron los resultados del primer período, se reforzó la importancia de una correcta fijación, de favorecer el confort del paciente en la medida de lo posible y serconscientes de la relevancia para la seguridad del paciente de la retirada no planificada deldispositivo. Incluidos todos los pacientes portadores de TE. Variables: demográficas, gravedad, motivo de retirada, dolor, sedación/agitación, delirio y presencia de contenciones mecánicas (CM). Análisis: descriptivo, tasa de incidencia por 1000 días dispositivo y comparación de tasas mediante chi cuadrado. Aprobado por Comité ético de investigación.

Resultados/Intervenciones

Ingresos en 2018 vs 2019: 232 vs 408 (1586 vs 3149 días estancia); mujeres: 34% vs 42%. SAPS III, Mediana (RIC): 57 (45-67) vs 45 (33-54). Insertadas 151 vs 305 TE en 105 vs 197 pacientes. Tasas de retirada accidental por 1000 días de dispositivo en tabla. En el momento de la retirada accidental del TE, presentaban dolor (EVN/ESCID>0) 2 vs 3 pacientes; agitación (RASS>0) 1 vs 6 pacientes; delirio (CAM-ICU positivo) 1 vs 1 pacientes y tenían CM 3 vs 9 pacientes. No se reintubó a ningún paciente con AUT en 2018, en 2019 se reintubaron a 3 pacientes tras la AUT.

Conclusiones

Nuestras tasas de retirada accidental están por debajo de los indicadores de calidad de los pacientes críticos. Consideramos relevante clínicamente el descenso de la retirada por maniobras, aunque no hemos hallado significación estadística en la comparación de tasas.

	Autoretirada			Retirada por Maniobras		
	2018 N=3	2019 N=9	P	2018 N=2	2019 N=1	P
Tubos Endotraqueales	4,10	4,67	0,76	2,74	0,52	0,26

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 137

IMPORTANCIA DE LA COMPROBACIÓN DE LAS SONDAS NASOGÁSTRICAS TRAS LA MOVILIZACIÓN DE LAS MISMAS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

María Jesús Ruiz Fuentes; E. Joven; R. Ramos; MC. Jiménez
Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos/Introducción

El sondaje nasogástrico es una técnica sencilla e invasiva realizada a ciegas por profesionales de enfermería por lo que conlleva riesgos. La auscultación ha sido el método de comprobación de la correcta colocación de la SNG, pero las evidencias científicas demuestran que éste método carece de la fiabilidad. La radiografía de torax es el método Gold standard debido a su precisión. La medición del pH de las secreciones aspiradas a través de la SNG es el método de cabecera que representa la mejor alternativa de confirmación.

Metodología/Observación clínica

Paciente 72 años que ingresa en UCI tras colocación de endoprótesis aortica por infección del injerto aórtico. Portador de una SNG Salen en aspiración continua, introducida 70cm para que quede ubicada en duodeno. Postoperatorio inmediato sin incidencias. Tras extubación paciente agitado y desorientado, se retira el mismo la sonda hasta dejarla a unos 40cm, la enfermera vuelve a introducir la misma sin llegarla a retirar y la deja a los 70cm iniciales. Auscultación positiva, sin conseguir aspirado gástrico. Radiografía de control se visualiza la sonda en esófago.

Resultados/Intervenciones

NANDA: Confusión Aguda (00130) NOC: Cognición (0900), Nivel de delirio (0916) NIC: Manejo ambiental: seguridad (6486), Manejo del delirio (6440)NANDA: Riesgo de lesión (0035). NOC: Conducta de seguridad personal (1911) NIC: Identificación de riesgos (6610) Potenciación de la seguridad (5380) NANDA: Riesgo de aspiración (0039) NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias, Estado neurológico: conciencia (912) Estado deglución (1010) NIC: Manejo del vomito (1570) Precauciones para evitar la aspiración (3200). NANDA: Deterioro de la comunicación verbal (00051) NOC: Comunicación (0903) Elaboración de información (0907) NIC: Escucha activa (4920) Disminución ansiedad (5820).

Conclusiones

Si no se realiza una correcta comprobación de la posición a la que queda la SNG puede provocar situaciones de riesgo como inserción pulmonar o neumonía por broncoaspiración, sobretodoen pacientes con Síndrome Confusional agudo.

Palabras clave

Sondaje Nasogastrico • Radiografía de Tórax • Ph-metria

ID 140

CUMPLIMIENTO LISTADO DE VERIFICACIÓN CANALIZACIÓN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

Gema Tenor Salas; G. Llanes Fernández de la Cueva; C. Vázquez Pérez; MJ. Gónzalez Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

La colocación de Catéteres Venosos Centrales (CVC) es un procedimiento frecuente en el paciente crítico. Debe realizarse bajo ciertos criterios destinados a disminuir el riesgo de infecciones, las posibles complicaciones y/o eventos adversos. Desde el proyecto de bacteriemia Zero se implementó una Lista de Verificación de la Seguridad del Paciente con CVC con la intención de mejorar la calidad de atención, brindar seguridad al paciente, disminuir la incidencia de infecciones, la morbimortalidad, la estadía hospitalaria y los costes sanitarios. La Lista de Verificación del Paciente con CVC es un sistema de control y registro útil que permite identificar situaciones de riesgo que podrían desencadenar complicaciones y/o eventos adversos relacionados.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional prospectivo entre octubre-diciembre 2019, en la Unidad de Cuidados intensivos (26 camas) del hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Se realizó un análisis del lugar de inserción, nivel de urgencia y necesidad de guía.Se examinaron datos en las tres etapas: Previa, durante y después del procedimiento.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 57 registros(45,23%) de Listas de Verificación. El 66,66% se realizó en turno diurno, un 87,7% con carácter urgente. Lugar de inserción: subclavia (71,9%), yugular (21,0%), femoral (3,5%). Preciso recambio guia (1,7%). Etapa Previa: Consentimiento (52,63%), Higiene adecuada de manos y Indumentaria operador y asistente (100%), excepto protección ocular (100%), Desinfección con clorexhidina y técnica aseptica(100%). Durante: Campo estéril (100%), precisa segundo operador (87,7%). Después: Limpieza adecuada y colocación apósito (100%).

Conclusiones

La Lista de Verificación de CVC es un sistema de control y registro simple que permite verificar el adecuado cumplimiento de las recomendaciones en la inserción de los CVC con el fin de reducir la bacteriemia. En nuestra unidad el grado de cumplimiento de las medidas recomendadas es alto. Se hace necesaria la implementación de la protección ocular dentro de la indumentaria y aumentar la elección de la vía subclavia. Es necesario aumentar el porcentaje de canalizaciones con cumplimentación de listado de verificación

Palabras clave

Sistema venoso central • Catéter • Lista de verificación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 142

FORMACIÓN INTRASERVICIO EN CANALIZACIÓN VENOSA CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO ECOGUIADA EN UCI

Eva Gutiérrez Fernández[1]; JM. Luciano Sánchez[1]; RS. Sereno Barrancas[1]; E. Navarro-Pérez de Albéniz[1]; L. Pascual Sánchez[1]; L. Nafarrate Ruíz[1]; W. Conde Orio[1]; FJ. Amo Setién[2]; MP. Zudaire Rodríguez[1]; N. Torres Vargas[1]

1. HUA Txagorritxu; 2. Universidad de Cantabria

Objetivos/Introducción

La canalización ecoguiada de catéteres vasculares reduce el número de complicaciones, el tiempo empleado en la técnica y supone un incremento del confort y la seguridad en el paciente. **OBJETIVO:** conocer el impacto de una actividad formativa intraservicio de canalización venosa central de acceso periférico ecoguiada en UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo-prospectivo longitudinal realizado del 12 mayo 2019 al 12 enero 2020 en la UCI del Hospital Universitario de Álava (HUA) - sede Txagorritxu. Muestra: profesional de enfermería de la UCI de Txagorritxu que coloca vías centrales de acceso periférico ecoguiadas. Variables: formación, número de intentos, tutorización, tiempo empleado en la técnica, dificultades encontradas y experiencia en el servicio. Se recogen los datos post-formación a través de un sistema de registro manual; se procede a su análisis estadístico mediante SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

Reciben formación 20 profesionales, de los cuales, 13 canalizan vías. El 81% de los profesionales formados canalizan vías en menos de 2 intentos, frente al 40% de los no formados. El 32% del total de canalizaciones son tutorizadas. Se emplean 42 minutos de media desde el scan incial hasta la colocación del apósito; el 56% de los formados invierte menor cantidad de tiempo frente al 6% de los no formados. El 75% de los formados maneja adecuadamente el ecógrafo frente al 20% de los no formados. El 40% de los profesionales tienen entre 10-19 años de experiencia en el servicio.

Conclusiones

La formación del equipo de enfermería en accesos ecoguiados disminuye el tiempo de intervención y el número de punciones aportando mayor confort al paciente. Se debe de mejorar el método de recogida de datos utilizando un registro electrónico. Este trabajo puede ser la base para el desarrollo de un futuro estudio analítico. Limitaciones: falta de recogida de datos de vías falladidas, no colocadas y escasez de seguimiento del mantenimiento de los catéteres.

Palabras clave

Acceso vascular • ecoguiado • formación • UCI

ID 143

ACTUALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN, ANALGESIA Y CONTROL DEL DELIRIO, EN PACIENTES CRÍTICOS

Maria Dolores Castillo Lag; MD. Saiz Vinuesa; C. Carrilero López; MP. García López; M. Munera Valero; MJ. Piqueras Díaz; Á. Prado Mira; F. Romero Navarro; C. Ruiz Iniesta; E. Ruiz-Escribano Taravilla

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos/Introducción

Los enfermos críticos están sometidos a múltiples estímulos dolorosos, ocasionándoles estrés e incrementando la morbilidad, siendo prioritario que permanezcan sin dolor,evitando sobresedación; previniendo y detectando precozmente el delirio y actuando sobre él. En 2014, se inició la implementación del protocolo de analgesia, sedación y control del delirio, apoyado por la Comisión de Cuidados del Hospital, incorporándo recomendaciones de la Guía de Buena Práctica (GBP): Valoración y Manejo del dolor. RNAO. Evaluando y analizando los resultados; detectándose áreas de mejora que obligaron realizar esta actualización. **OBJETIVO:** Modificar aspectos del protocolo previo para optimizar el control del dolor, asegurando una sedación dinámica, detectando y controlando el delirio. Dirigido a profesionales que manejan el paciente crítico; población diana: Pacientes en UCI >14 años.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados PubMed (2014-2019) Inglés y castellano. Recomendaciones del grupo de trabajo Sedación y Analgesia (Semicyuc) y GBP:RNAO.

Resultados/Intervenciones

Monitorizar con escalas validadas el dolor, sedación y delirio.(+1B). Mantener EVA/ESCID< 3. Priorizar la analgesia disminuyendo necesidades de sedación y control del delirio.(+2B). Unificar criterios sobre uso de medicaciones y dosis. Potenciar analgesia preventiva y/o terapias no farmacológicas (+1C). Especificar un objetivo de sedación diario individualizado y valorar, registrar por turno(RASS objetivo).Evitar la sobresedación, promocionando la sedación cooperativa. (+1B).Incorporar concepto eCASH(atención centrada en el paciente).Aplicar PRE-DELIRIC, evaluando al ingreso factores de riesgo de delirio (+1B).Priorizar tratamientos no farmacológicos: reorientación, estimulación cognitiva, adecuación relación sueño-vigilia, movilización temprana (+1B), estimulación visual y auditiva, minimización del ruido y la luz artificial, para prevenir el delirio.

Conclusiones

La estandarización de intervenciones unifica y mejora nuestra práctica clínica diaria, consiguiendo una ausencia de variabilidad y permitiendo medir los resultados y seguir estableciendo áreas de mejora. Indicadores Semicyuc:medidos por autores de este protocolo. Indicadores RNAO: medidos mensualmente por personal ajeno a UCI, dentro del programa de implantación de GPC RNAO, revisando registros de Historia Clínica.

Palabras clave

Analgesia • Sedación • Delirio • Paciente crítico

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 144

SISTEMA VISUAL DE NECESIDAD DE AISLAMIENTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Josefa Escobar Lavela; Y. Villanueva Barba; MC. Martín Gigorro; MP. González Pascual; S. Redondo Piña
Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

Objetivos/Introducción

Los objetivos son:
· Mantener la cultura de seguridad entre los profesionales
· Evitar contaminaciones cruzadas entre nuestros pacientes

En nuestro Servicio, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste, en Arganda del Rey (Madrid), mantener la cultura de Seguridad del paciente es muy importante. Por ello, se decidió elaborar unos carteles identificativos que fueran más visuales que los establecidos en el hospital por el Servicio de Medicina Preventiva.

Metodología/Observación clínica

Se diseñaron y elaboraron unos carteles de gran tamaño y llamativos para que todo el personal recordara de forma fácil y rápida la necesidad de mantener el aislamiento en aquellos pacientes que así lo requirieran. Dichos carteles se colocan en el frontal del cabecero del box, desde el momento en que es necesario.

Resultados/Intervenciones

Se elaboraron 4 carteles distintos siendo:
· Aislamiento de contacto
· Aislamiento respiratorio
· Aislamiento aéreo
· Aislamiento inverso

Conclusiones

Este sistema visual supone una herramienta que permite: Mantener la cultura de seguridad, Identificar de forma rápida y segura la necesidad de mantener un tipo de aislamiento determinado

Palabras clave

carteles • aislamiento • seguridad

sigue –>

STOP
STOP
STOP
STOP
STOP

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 145

EVOLUTIVO EN LA SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES RESPECTO A LA LLAMADA TELEFÓNICA INFORMATIVA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Josefa Escobar Lavela; A. Flores Casarrubios; MC. Martín Gigorro; MP. González Pascual; L. González Borraz
Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

Objetivos/Introducción

Los objetivos son:
· Mejorar la satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI
· Poner en marcha las mejoras que indiquen en observaciones

La opinión de los familiares en nuestro Servicio, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste, en Arganda del Rey (Madrid), es muy importante. Por ello, en la encuesta de satisfacción entregada a la familia al alta de la asistencia en UCI, se incluyó una pregunta respecto a su opinión en cuanto a la llamada telefónica que recibían al inicio del turno de mañana.

Metodología/Observación clínica

Se ha llevado a cabo un estudio prospectivo desde el año 2015 del resultado de las encuestas entregadas a los familiares de los pacientes de UCI y en concreto, respecto a la pregunta Nº 12 ¿Cuál es su nivel de satisfacción con la información telefónica diaria?
· Nada satisfecho
· Poco satisfecho
· Ni insatisfecho ni satisfecho
· Satisfecho
· Muy satisfecho
· No sabe/No contesta

Resultados/Intervenciones

La llamada telefónica ha sido valorada en la encuesta de la siguiente manera: Archivo adjunto No se recibe ninguna sugerencia de mejora.

Conclusiones

Este estudio permite: Determinar cual es la satisfacción de las familias en cuanto a la llamada telefónica que reciben. Mejorar resultados, si fuera posible, con las observaciones que pudieran aportar.

Palabras clave

Llamada • Información • Satisfacción • Familiares

sigue –>

VALORACION LLAMADA	2015	2016	2017	2018	2019
Satisfecho	28	70	58	42	67
Muy satisfecho	34	78	79	68	71
Ns/Nc	3	3	6	3	10
Ni insatisfecho ni satisfecho	0	0	0	1	5
Poco satisfecho	0	2	3	0	1
% SAT. Y MUY SAT.	100,00	98,67	97,86	100,00	99,28

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 146

¡¡¡NOTIFICAR INCIDENTES SIRVE!!! MEDIDAS CREADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Josefa Escobar Lavela; MC. Martín Gigorro; MP. González Pascual; AM. de Pablo Hermida; EM. Hernández Sánchez
Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

Objetivos/Introducción

Los objetivos son:
· Incentivar la notificación de incidentes y eventos adversos
· Mantener la cultura de seguridad del paciente

Consideramos imprescindible la notificación de incidentes/eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste, en Arganda del Rey (Madrid). Es por ello que el Grupo de Seguridad multidisciplinar de UCI, como resultado de las notificaciones, puso en marcha una serie de medidas creadas que en algunos casos son aplicables solamente en la Unidad, pero en otros, han sido difundidas a otros Servicios del hospital.

Metodología/Observación clínica

La notificación de incidentes y errores de medicación por los profesionales de la UCI se lleva a cabo mediante el sistema CISEMadrid. Tras el estudio de las notificaciones se han llevado a cabo medidas correctoras que impidan se repitan dichos incidentes.

Resultados/Intervenciones

Aplicable solo en la UCI:
· Tapones en las Gafas de alto flujo cambio de artículo
· Bandejas de almacenamiento circuitos imagen de la terapia (imagen adjunto)

Aplicable a todo el hospital:
· Sistemas de sueroterapia que refluyen cambio casa comercial
· Placas de desfibrilación defectuosas cambio tras estudio casa comercial

Conclusiones

Comprobar el personal que sus notificaciones conllevan un estudio para aplicar medidas de mejora, estimula a los mismos a seguir haciéndolo. Que las notificaciones en UCI sirvan para proporcionar más seguridad a los pacientes hace que en otras Unidades sus pacientes también la incrementen cuando se usan esos mismos materiales y dejan de ser utilizados.

Palabras clave

Notificar • Incidentes • Seguridad

sigue –>

ID 147

INTEGRACIÓN DEL CONCEPTO "HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS" EN UNA UCI MULTIDISCIPLINAR

A. Garcia Sanz; F. Vela Cano; J. Granado Solano; J. Marín Corral; MC. Troya Vega; F. Álvarez Lerma; Masclans Enviz; D. Ruiz-Sánchez

Hospital del Mar

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son áreas altamente tecnificadas y resulta de capital importancia implementar programas de humanización de la atención al paciente y a sus familiares para mejorar su bienestar físico y emocional. En este trabajo se describen las primeras actuaciones llevadas a cabo para implementar el modelo "Humanización de los Cuidados Intensivos"

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo en la UCI del Hospital del Mar, polivalente y con 18 camas. En el año 2019 se implementaron varios proyectos destinados a favorecer tanto el bienestar físico y emocional del paciente y de su entorno como la participación de sus familiares. Durante dicho periodo se ha instaurado el protocolo "Movilización precoz del paciente crítico", un programa de apoyo psicológico a pacientes y familiares mediante el equipo voluntario de "Temps", el programa de "Terapia Musical Individualizada" (TMI), el protocolo de salidas del hospital "Paseos al mar", la apertura de la consulta Post-UCI y la conversión a "Unidad de puertas abiertas" que posibilita el acompañamiento por un familiar las 24h.

Resultados/Intervenciones

Se ha movilizado precozmente a 240 pacientes mediante sedestación y deambulación con grúa con fisioterapeutas mañana y tarde. Las voluntarias de Temps han realizado 432 intervenciones, 87 con pacientes y 345 con familiares. Se han realizado 127 sesiones de TMI en 64 pacientes. El protocolo "Paseos que curan" se ha aplicado a 27 pacientes, con salidas de 30 minutos al Paseo Marítimo. En la consulta post-UCI se han visitado 10 pacientes. Se han abierto las puertas de la unidad 24h y no se han registrado incidencias.

Conclusiones

La implementación de protocolos de humanización en la atención al paciente crítico, como tratamientos complementarios a los tradicionales, es factible en una UCI multidisciplinar. Además, abre las puertas a evaluar objetivamente el bienestar emocional en nuestra población objetivo.

Financiación

Programa de "Terapia Musical Individualizada" financiado por la Fundación Amics de l'Hospital del Mar.

Palabras clave

Humanización de los cuidados intensivos • Bienestar emocional • UCI de puertas abiertas • Movilización precoz • Terapia musical individualizada • Consulta postUC

ID 148

RETIRADA NO PROGRAMADA DE DISPOSITIVOS INVASIVOS EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

Susana Arias Rivera; R. Jareño Collado; MM. Sánchez Sánchez; F. Frutos Vivar
Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

La retirada no programada de dispositivos invasivos se considera un evento adverso y puede conllevar consecuencias graves para los pacientes. **OBJETIVO:** Conocer las tasas de retirada no programada de tubos traqueales, catéteres (venoso central y arterial) y sondas enterales, en la primera ola de la covid-19.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo incluyendo a los enfermos ingresados por covid-19 entre el 08.03.2020-08.05.2020 en un servicio de Medicina Intensiva con 18 camas. Se revisaron las historias clínicas y gráficas diarias de los pacientes con estancias > 24 horas. Variables: demográficas, índice de gravedad (SAPS 3), días de inserción, motivo de retirada, medicación administrada (analgésicos, sedantes y bloqueantes neuromusculares), nivel de analgesia (EVA/ESCID), nivel de sedación-agitación (RASS), contenciones mecánicas. Estadística descriptiva.

Resultados/Intervenciones

En el período de estudio ingresaron 129 pacientes, de ellos 8 con estancias < 24 h. De los 121 pacientes (2579 días de estancia) se ha podido revisar la historia de 100 pacientes (83%) con 2331 días de estancia (90%). Edad media 65 años (DE 11), 29% mujeres, SAPS 3 medio 54 puntos (DE 6), mediana estancia en UCI 15 días (RIC:10-24), exitus 33%. Se realizaron 150 maniobras de decúbito prono. Recibieron perfusión de: analgésicos 99 pacientes, días totales de analgesia 1712 días (73%); sedantes 99 pacientes, días totales de sedación 1849 días (79%); bloqueantes neuromusculares 87 pacientes, días totales de bloqueo neuromuscular 1061 días (46%). Se usaron contenciones mecánicas en 70 pacientes, días totales de contenciones 493 días (21%). Se observó dolor (EVA/ESCID>0) el 23% de los días, agitación (RASS>0) el 9% y sedación profunda (RASS<-2) el 45% del total de días valorados. Tasas en tabla.

Conclusiones

En esta cohorte de pacientes hemos encontrado unas tasas de autorretirada bajas, posiblemente relacionado con la sedación profunda y una elevada tasa de obstrucción del tubo traqueal.

	Tasas de retirada de por 1000 días de dispositivo				Tasas de uso del dispositivo	
	Autorretirada	Maniobras	Mal funcionamiento	Obstrucción	por 100 días de estancia	Por 100 pacientes
Tubo traqueal (n=229)	0,00	0,45	4,05	20,27	95,24	99,00
Catéter venoso central (n=173)	0,43	1,72	1,29	0,00	99,83	99,00
Catéter arterial (n=179)	1,88	1,41	8,95	0,47	91,08	100
Sonda enteral (n=166)	14,33	10,17	1,85	1,85	92,8	99,00

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 151

INFORMACIÓN ENFERMERA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ESPAÑOLAS: ¿ROL FORMAL O INFORMAL? ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Josefa Valls Matarín; M. del Cotillo Fuente
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Evaluar el documento de información proporcionado a los familiares al ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) españolas en referencia a la información enfermera.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, transversal multicéntrico de septiembre-diciembre de 2019. Se incluyeron 280 UCIs de adultos, según listado de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos. El folleto se solicitó mediante contacto personal, llamada telefónica, twitter o web del hospital. Variables analizadas:hospital(público/concertado,privado), universitario(sí/no), visita(abierta/cerrada),información médica y enfermera. Estadística descriptiva y Prueba X2 (relación información enfermera y resto de variables).

Resultados/Intervenciones

Se recogieron datos de 228 UCIs(81,4%), de las cuales 25(11%) no disponían de folleto. Un 77,8% eran públicas/concertadas y el 49,8% universitarias. El 94,1% tenían horario cerrado, aunque el 42,4% lo complementaban con uno flexible o de acompañamiento. El 100% incluía información médica diaria con horario establecido. El 21,7% (n=44) contenía información enfermera, un 27,3% con horario establecido y un 38,6% durante las visitas. El 79,5% la información enfermera hacía referencia a cuidados, 29,5% a necesidades, 13,6% al bienestar,15,9% al estado del paciente,11,4% al entorno, 9,1% a observaciones y 29,5% a aclaraciones. El 17,2% de todas las UCIs ofrecía colaborar en los cuidados. De los folletos con información enfermera, el 90,9% eran hospitales públicos/concertados y el 9,1% privados (p=0,02). El 65,9% eran universitarios frente el 34,1% que no (p=0,02).

Conclusiones

Una baja proporción de folletos citan la información enfermera con un contenido poco homogéneo y concreto.La información médica se encuentra ampliamente reflejada. Estos resultados contrastan con la realidad de la UCI, donde la enfermera es el profesional con mayor contacto con la familia. La referencia oficial de la información enfermera se da con más frecuencia en hospitales públicos/concertados y universitarios. Es necesario regularizar dicha información, ya que como parte responsable del proceso asistencial, la enfermera debe comunicar sus cuidados de manera formal, contribuyendo así, a hacer visible su labor.

Palabras clave

Cuidados Intensivos • Folletos • Familia • Relaciones profesional-familia • Comunicación

ID 162

ANÁLISIS DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN UNA UCI. OPINIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL

Montserrat Buscarons Alcázar, Partera Luque, C, Hernandez Perez, I, Fortià Palahí, C, Guia Rambla, MC, Jam Gatell, R
Hospital Universitari Parc Taulí, Hospital Universitari Parc Taulí, Hospital Universitari Parc Taulí, Hospital Universitari Parc Taulí, Hospital Universitari Parc Taulí, Hospital Universitari Parc Taulí

Objetivos/Introducción

La utilidad de las rondas de seguridad (RS) en términos de seguridad, calidad y eficacia está ampliamente demostradas, en este contexto, los objetivos del presente trabajo son:

· Analizar el porcentaje del cumplimiento ítems estudiados comparando con recomendaciones estándar de calidad (SC) SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias)
· Conocer opiniones equipo asistencial sobre rondas de seguridad (RS)

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y longitudinal realizado en UCI polivalente adultos (16 camas), del 10/7/19 al 22/1/2020. Participantes: equipo asistencial UCI (78 enfermera, 14 médico y 25 Auxiliares).

Herramientas utilizadas:
a) Hoja registro compuesta por 30 ítems agrupados en 8 bloques, relacionados con aspectos seguridad.
b) Encuesta opinión Ad hoc. Anónima. Voluntaria. Análisis SPSS v18.0

Resultados/Intervenciones

Se observaron un total de 92 pacientes en 8 RS (3, 2, 3 turno mañana, tarde y noche respectivamente). Porcentajes cumplimiento de algunos ítems: Pauta RASS 78%; (SC:95%) Identificación documentación en papel 85%;(SC:85%) Registro revisión alarmes por turno 100% Revisión carro paros 84%; (SC:100%) Hoja objetivos diarios 93%; (SC:80%) Consentimiento informado transfusión sanguínea 87%; (SC:95%) Escalas Downton Braden 93 y 84% respectivamente; (SC:100%) Consentimiento firmado contención física 65%; (SC:100%) Conocimiento programa de notificación efectos adversos 81% (SC100%) Notificación de efectos adversos 33% Encuestas recogidas: 65. Enfermeras 44 (67,7%); médico: 7(10,8%); Auxiliar: 14(21,5%). Satisfacción general RS: 83% encuestados dio una puntuación >7 (en una escala máxima de 10) Creen oportuno seguir realizando RS? Sí: 62 (97%). Participación en RS. Sí: 56,92% con un grado de satisfacción: >7(82%) Suficiente información sobre RS. Sí: 62 (97%) Conveniencia realización RS junto con directivos. Si: 76% RS ayuda aumentar la cultura de seguridad. Sí: 89%

Conclusiones

Elevado cumplimiento mayoría ítems, pero sin alcanzar los estándares de calidad recomendados por SEMICYUC. Valoración positiva de la RS del equipo asistencial.

Palabras clave

Rondas de seguridad en UCI • Seguridad de paciente

ID 165

ANÁLISIS DE UN MODELO DE COMUNICACIÓN ESTRUCTURADA DURANTE LOS CAMBIOS DE TURNO Y SESIONES INTERDISCIPLINARIAS

Xisca Verd Aulí, Mònica Maqueda Palau

Hospital Universitari Son Espases, Hospital Universitari Son Espases

Objetivos/Introducción

La herramienta SBAR (Situation, Background, Assessment, Recomendation), es un modelo para transferir información estructurada. **OBJETIVO:** Analizar y explorar el impacto de la herramienta SBAR utilizada por enfermería durante los cambios de turno y sesiones interdisciplinarias.

Metodología/Observación clínica

Estudio de intervención mixto, realizado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente. Muestra: enfermeras asistenciales de UCI. El estudio se realizó en tres fases:

1. Creación de un grupo focal para adaptar la herramienta SBAR a nuestro contexto local y posterior pilotaje.
2. Información y formación.
3. Implementación de su uso en cambios de turno y sesiones interdisciplinares.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario ad hoc con 10 preguntas cerradas en el que se analizó la utilidad de la herramienta, satisfacción profesional, calidad del traspaso de la información y relaciones interprofesionales. También se realizó una entrevista grupal con 8 profesionales, con el objetivo de explorar las percepciones y captar los discursos sobre el tema de investigación. Se realizó un análisis descriptivo cuantitativo de la información de las encuestas y un análisis cualitativo de los datos de la entrevista grupal.

Resultados/Intervenciones

El 72% fueron mujeres, el 28% hombres, edad media 36 años (±10), con experiencia laboral media de 12,2 años (±9). El 62,5% afirmó utilizar la herramienta SBAR, el 90% opinó que era útil, el 80,2% que mejoró la transferencia de la información y el 78,1% estaban satisfechos. Del análisis cualitativo, los participantes percibieron que el uso de la herramienta aumentó la confianza y seguridad a la hora de comunicar por parte de enfermería; disminuyó la percepción jerárquica preestablecida en las sesiones conjuntas; apareció el sentimiento de pertenencia al equipo, integración y mejora de la escucha.

Conclusiones

La implantación del modelo SBAR ha mejorado el traspase de información en los cambios de turno y la participación en las sesiones clínicas interdisciplinarias.

Palabras clave

Lista de verificación • Comunicación interdisciplinar • Satisfacción Personal • Rondas de enseñanza • Unidad de cuidados intensivos

ID 166

IMPLANTACIÓN DEL ANÁLISIS ALEATORIO DE SEGURIDAD EN TIEMPO REAL (AASTRE 2.0) COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD EN UCI

I. Molina Gallego[1]; A. Sarmiento Ruiz[2]; S. Cuesta Cordon[2]; J. Soler Oliver[2]; A. Castellanos Ortega[3]; MªJ. Broch Porcar[4]; J. Monzón Soriano[2]; M. Borrell Cerdan[2]; G. Leiva Aguado[5]

1. Enfermera Supervisora. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario y Politécnico La Fe; 2. Enfermera/o. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario y Politécnico La Fe; 3. Jefe Clínico. Unidad medicina Intensiva. Hospital Universitario y Politécnico La Fe; 4. Enfermera Adjunta. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario y Politécnico La Fe; 5. Enfermera Adjunta Área Críticos y Reanimación

Objetivos/Introducción

Actualmente, la Seguridad del Paciente es una prioridad para mejorar la calidad asistencial en los centros sanitarios. En los servicios de alta complejidad como las UCIs, la gravedad del paciente, la cantidad de intervenciones y de información que maneja la enfermera y el uso de alta tecnología favorece la aparición de efectos adversos. Las auditorías en tiempo real constituyen una herramienta de seguridad fiable, demostrando su utilidad en la reducción del riesgo de efectos adversos y en la identificación de puntos críticos de mejora en el proceso de cuidados del paciente crítico. El objetivo del estudio es analizar los resultados de la implantación del AASTRE 2.0 en una UCI médica de 24 camas y su impacto en el clima de seguridad.

Metodología/Observación clínica

Las rondas de seguridad se realizaron dos días a la semana, estando presentes los profesionales implicados en el cuidado del paciente junto al menos uno de los miembros del grupo de seguridad. En cada ronda el sistema selecciona aleatoriamente el 50% de los pacientes ingresados y el 50% de las variables incluidas (indicadores de calidad de SEMICUYUC).

Resultados/Intervenciones

Desde mayo de 2019 a febrero de 2020 se han realizado 46 rondas de seguridad, 466 pacientes aleatorizados con un SOFA Score de 4,5 (SD3,3), con una estancia media de 5 días (SD 3) con una mediana de ratio enfermera/paciente 1:12 Previo a la implantación del sistema AASTRE se realizó una consulta al personal de la UCI mediante una encuesta que se repitió 9 meses después, con resultados satisfactorios en cuanto al clima de seguridad.

Conclusiones

La implantación del AASTRE en nuestra unidad ha permitido mejorar la percepción de seguridad dentro del equipo, la comunicación interprofesional y comprobar si los indicadores de calidad de la SEMICUYUC se estaban aplicando, por lo que consideramos el AASTRE una herramienta de seguridad útil.

Financiación

No existe financiación para este estudio.

Palabras clave

Seguridad del paciente • Calidad • Cuidados intensivos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 168

USO DE LA INSUFLACIÓN- EXSUFLACIÓN MECÁNICA EN LA EXTUBACIÓN DE UN PACIENTE CON ESOFAGECTOMÍA TOTAL

Gonzalo Ballesteros Reviriego; B. Planas Pascual; A. Rojo Ruiz
Hospital Universitari Vall d'hebron

Objetivos/Introducción

La Tos Mecánica asistida o insuflación exsuflación mecánica (I-EM) consiste en la generación mecánica de una presión positiva seguido de una presión negativa, capaz de simular una tos en aquellas personas que no les sea posible realizarla de forma óptima. Gracias al flujo espiratorio generado, favorecerá a la movilización de secreciones bronquiales. Este dispositivo siempre que cumpla con una serie de requisitos, puede incluirse en los protocolos de extubación de manera segura. Objetivo: Favorecer el drenaje de secreciones en paciente intubado con weaning prolongado.

Metodología/Observación clínica

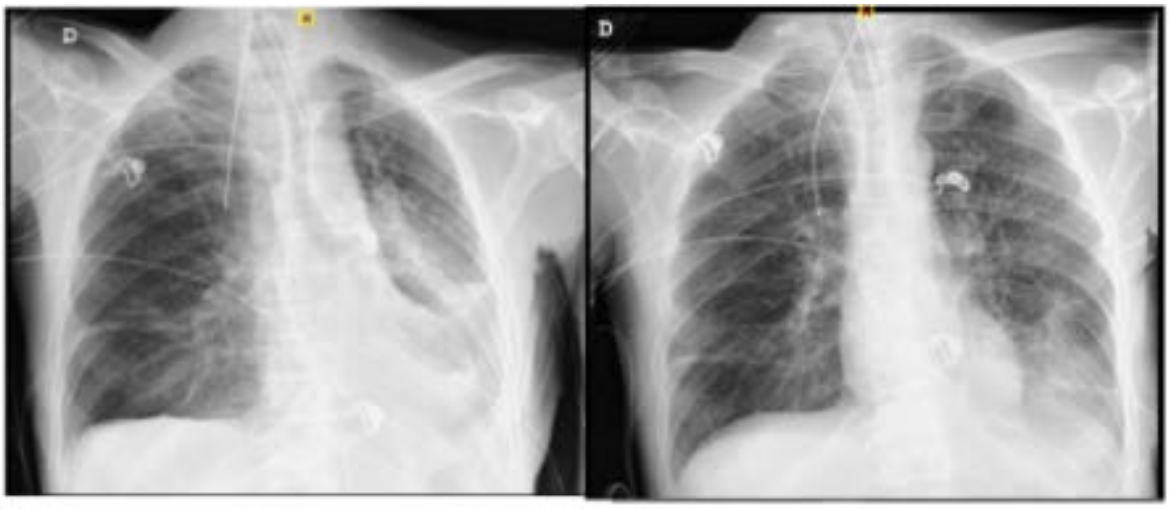
Paciente de 49 años que ingresa en UCI por shock séptico secundario al postoperatorio de esofaguectomía total por neoplasia. Durante su ingreso en UCI el paciente necesita colocación de 2 drenajes por derrame pleural bilateral. Tras radiografía de control, se observa pequeño neumotórax en ápex izquierdo. El mal manejo de secreciones por tos ineficaz unido a los problemas anteriores obliga a 3 reintubaciones y el planteamiento de la traqueostomía. Tras la última reintubación se aprecia una atelectasia basal izquierda. La aplicación de I-EM junto a una fibrobroncoscopia de soporte resolvió la atelectasia facilitando la extubación definitiva.

Resultados/Intervenciones

Se aplica la I-EM pre y post extubación, añadiéndose 2-3 sesiones diarias hasta su alta a planta para el correcto manejo de secreciones. (PINS +30cmH2O TINSP 2.5sg PESP -40cmH20 TESP 2sg Pausa 1sg). La realización de drenaje de secreciones juntamente con la ventilación mecánica y la aplicación de la I-EM favoreció a la eliminación de secreciones. La introducción del dispositivo dentro de las sesiones diarias supuso una ayuda a una extubación exitosa evitando la realización de la traqueostomía y una alta a planta precoz.

Conclusiones

La I-EM aplicada de forma segura puede ser de ayuda en los protocolos de extubación. El uso del dispositivo unido a la actuación del Fisioterapeuta Respiratorio es beneficioso en el equipo interdisciplinar para el weaning del paciente.



XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 169

ESTUDIO DESCRIPTIVO DOS AÑOS CONSECUTIVOS DEL DOLOR EN LA UCI

Cristina Herrera Alonso; I. Alvarez Carrascal; L. García López; C. Díez Sanz; C. Sotillo Díaz
Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Estudio de prevalencia para cuantificar, caracterizar y tratar de forma eficaz el dolor en UCI

Metodología/Observación clínica

Realizamos 184 cuestionarios, durante 10 semanas nov 2018/2019 evaluando edad, sexo, gravedad, tipo ingreso, fase del paciente, necesidad VM, episodios e intensidad del dolor ESCID/EVA por turno, registro enfermería y movilización precoz

Resultados/Intervenciones

Hombres 56,5%. Edad 60,5 ±15,6. Motivo ingreso: Insuficiencia Respiratoria 45,7%, Deterioro Neurológico 32,6%, Shock 17,4% Otros 4,13% APACHE II 16,1 ± 15,6 y SOFA 5,96 ± 3,7. ESCID/EVA mediana 1 RIC 0-3 Precisaban VM 69,0%, traqueostomizados 20,7%. Paciente consciente y colaborador 58,7%. Fases tratamiento; inicial 52,7%, estabilización 29,9%, subagudo 17,4% Prescripción analgésica 99,5% de pacientes; fija + rescates 56,5%, fija 29,3%, condicionada al dolor 13,6%. No dolor o leve 80%, moderado 14%, intenso 6,5 % Presentaban dolor moderado /intenso el 21% (EVA / ESCID 4), controlándose en el 98% de casos Existió comentario de enfermería en el 75-80% de los turnos Medidas no farmacológicas analizadas (tranquilidad, luz, sonido, temperatura) son adecuadas en el 75%. Cambios posturales realizados al 100% de pacientes (5 o más veces). Son movilizados 81% de los que procede. Se realiza fisioterapia al 14% de los que procede El registro del dolor no varía independientemente de las características de cada paciente, ni en el número de turnos, ni el número de veces. Comparando 2018 /2019 encontramos:. Mayor % de analgesia fija + rescates (60 Vs 53 pNS). Menor % de pauta condicionada al dolor (9,8% Vs 17,4% pNS). Mejorar % de pacientes sin dolor (46,7% Vs 41% pNS). Mayor registro de los diferentes turnos de enfermería (85% Vs 68%) p0,01

Conclusiones

Adecuada cultura. Mejora de un año respecto al anterior. Margen de mejora en movilización precoz y minimizar episodios de dolor relevante

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 170

CONTROL DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI TRAS SER SOMETIDOS A TERAPIA CAR-T

Cristina Herrera Alonso; I. Álvarez Carrascal; L. López García; C. Díez Sanz; M. Sancho González

Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Como hospital de referencia de la CAM, es objetivo del H Gregorio Marañón y de las unidades implicadas en ello, el control y seguimiento de los pacientes sometidos a TERAPIA CAR-T "Tipo de tratamiento en el que las células T del sistema inmunitario del paciente se modifican para que ataquen a células cancerosas", especialmente de los efectos secundarios y complicaciones derivadas de la administración de dicha terapia. S.L.C. síndrome de liberación de Citoquinas Síndrome neurológico asociado al tratamiento con células inmuefectoras (ICANS) Síndrome Activación macrofágica (MAS) asociado a tratamiento con CART Neutropenia febril e infecciones Citopenias prolongadas Hipogammaglobulinemia S.L.T. Síndrome de Lisis Tumoral

Metodología/Observación clínica

Según protocolo establecido en el hospital, ingresan 3 pacientes en la UCI cuando alcanzan un nivel x de gravedad. Viéndose alterados todos los patrones funcionales: Paciente 1: D.L.C. Varón a. VRS. Reingresa. X días de ingreso. Fallece Paciente 2: F.H.S. Mujer a. Ingresa por Insuficiencia respiratoria. X días ingreso y alta Paciente 3: M.Q. G. Varón 28 a. Ingresa por Encefalopatía y disfagia. X días de ingreso y alta

Resultados/Intervenciones

Ingresan en la UCI dichos pacientes según protocolo. Dando todo el soporte necesario, para control exhaustivo de las complicaciones que presentan tras la administración de dicha terapia y las derivadas de la estancia en UCI.

Conclusiones

De los pacientes que han recibido terapia CAR-T desde junio 2019 en el hospital G.M. (X pacientes) Tres ingresaron en UCI, de estos resulta 2 altas y un exitus. Demostrando el éxito de la terapia, sin necesidad de ingreso en UCI. Una vez ingresan un 66 % tuvo una buena evolución frente al desarrollo de mayores complicaciones o resultados nefastos. Pese a esto es una terapia de esperanza frente a otros tratamientos anteriormente administrados.

ID 171

EXPERIENCIA DE LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CRÍTICOS AFECTADOS POR EL SARS-COV-2 (A PROPÓSITO DE UN CASO)

Gonzalo Ballesteros Reviriego[1]; B. Planas Pascual[1]; A. Rojo Ruiz[1]; EA. Sánchez Romero[2]; C. Corbelini[3]; JH. Villafañe[4]

1. Hospital Universitari Vall d´hebron; 2. Universidad Europea de Madrid; 3. Casa di cura "Villa Serena"; 4. IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi

Objetivos/Introducción

El brote de la enfermedad del nuevo coronavirus COVID-19 comenzó en España a finales de marzo del 2020. Aunque se prevé una propagación como enfermedad leve o asintomática en la mayoría de los casos, un porcentaje elevado necesita asistencia hospitalaria e incluso de cuidados intensivos siendo posible el colapso del sistema sanitario. Este artículo analiza el caso de una paciente de 38 años ingresada en la UCI por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2 y la actuación de la fisioterapia temprana como coadyuvante en el proceso de recuperación Respecto a la falta de información sobre los efectos de la fisioterapia en este contexto, estos datos son esenciales para demostrar la viabilidad de la fisioterapia de manera precoz.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 38 años con antecendentes de asma, hospitalitzada en UCI por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS- CoV-2. La paciente ingresó sedada e intubada, manteniendo el mismo nivel de sedación hasta el 5º día. La radiografía muestra infiltrado bilateral de predominio derecho. Al 6º día con estabilidad hemodinámica y en fase de weaning, comienza la fisioterapia respiratoria y motora. Los objetivos de la fisioterápia temprana fueron mejorar el intercambio gaseoso, favorecer el drenaje de secreciones y ganar fuerza muscular con finalidad de facilitar el destete de la ventilación mecánica.

Resultados/Intervenciones

Fueron realizadas 6 sesiones, dividiéndose en una fase pre-extubación y otra post-extubación. La fase pre-extubación, destaca la mejora de los parámetros ventilatorios, el intercambio gaseoso y la fuerza muscular periférica. En la fase post-extubación además del mantenimiento y mejora de la fuerza muscular, se introduce a nivel de fisioterapia respiratoria el trabajo con dispositivo PEP (Therapep®). Tras 12 días de ingresso en UCI, la paciente es dada de alta a planta con aporte de oxigenoterapia convencional.

TABLE The Patient Characteristics, Ventilatory Parameters, and Blood Gas Analysis

Ventilator Settings	Day 1	Day 2	Day 3
Mode	A/C precision	CPAP/ASB	CPAP/ASB
Support pressure		12 cm H_2O	8 cm H_2O
PEEP	12 cm H_2O	8 cm H_2O	6 cm H_2O
Tidal volume	380-400 ml	380-390 ml	420-450 ml
Cstat	76 mL/cm H_2O	58 mL/cm H_2O	
Fio_2	50%	40%	40%
Respiratory frequency	20	23	23
Systolic blood pressure	110 mm Hg	110 mm Hg	
Diastolic blood pressure	60 mm Hg	60 mm Hg	
Heart rate	95 bpm	95 bpm	
Noradrenaline	5 mL/h	2 mL/h	
Arterial blood gas analysis			
pH	7.45	7.50	7.45
Pao_2	94 mm Hg	84 mm Hg	109 mm Hg
$Paco_2$	39 mm Hg	33 mmHg	29 mm Hg
HCO_3	27.1 mEq/L	25.7 mEq/L	27 mEq/L
Spo_2	97%	98%	98%
MRC-SS*	31	40	44

Abbreviations: bpm, beats per minute; CPAP/ASB, continuous positive airway pressure/assisted spontaneous breathing; Cstat, static compliance; Fio_2, inspired oxygen fraction; HCO_3, bicarbonate; Pao_2, partial pressure of oxygen; $Paco_2$, partial pressure of carbon dioxide; MRC-SS, manual assessment scale Medical Research Council Sum Score; PEEP, positive end-expiratory pressure; pH, hydrogenic potential; Spo_2, blood oxygen saturation

*MRC-SS: determining a cutoff of less than 48/60 to diagnose ICU-acquired weakness diagnose ICU due to increased morbidity and mortality

Conclusiones

La fisioterapia respiratoria y motora en el paciente crítico con infección por SARS CoV-2, además de no producir ningún efecto adverso destacable, favorece el intercambio gaseoso, eliminación de secreciones y a la mejora de la fuerza muscular. Estos elementos son claves en la extubación y alta del paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

ID 173

CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS SOBRE LA TÉCNICA DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Carlos Navarrete Tejero[1]; M. García González[1]; JA. Jiménez Jiménez[1]; S. Torres Comitre[2]; M. Navarrete Jiménez[1]; S. Tapiador García[1]; R. Gómez Robles[1]; D. Tapial Rodríguez[1]; N. López Tordesillas[1]; MM. Toledo Vela[1]

1. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; 2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: La técnica de aspiración endotraqueal en el paciente con ventilación mecánica invasiva es considerada de alta complejidad técnica asociada a graves complicaciones, existiendo relación entre su correcta realización y la disminución de la morbi-mortalidad.

OBJETIVOS:

1. Evaluar el conocimiento teórico y aptitud práctica de los profesionales que realizan la aspiración endotraqueal en las unidades de cuidado intensivos
2. Analizar los efectos de programas de formación

Metodología/Observación clínica

Se realizó búsqueda electrónica en: Medline, Web of Science, The Cochrane Library y Scopus. Se incluyeron estudios observacionales, experimentales, revisiones sistemáticas y una auditoria clínica retrospectiva. El personal fue enfermeras que realizaron la técnica en UCI de adultos y/o infantiles. Pacientes a los que se les realizaba la técnica. Se evaluó la calidad de cada estudio, no se limitó por fecha.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 42 estudios, en total 2044 profesionales valorados, 1796 pacientes y 5753 procesos observados. Se obtuvo una media de 56,2 en conocimientos teóricos y 49,1 en valoración práctica. Los procesos mejores valorados fueron: lavado de mano y uso de guantes. Los peor valorados: control de presión del aspirador y la valoración de indicación de aspiración. En pediatría las puntuaciones son similares. Existe un incremento significativo tras impartir formación (50,6% teórico y 65,4% práctica) y reducción del riesgo relativo de NVM de un 44%.

Conclusiones

Descubrimos que la puntuación media de la valoración es baja, siendo insuficiente para garantizar la seguridad de los pacientes. Hay procesos dentro de la técnica que el personal apenas conoce, y procesos que aun conociendo bien no los pone en práctica. Las tres cocluciones más significativas: Poca formación de base que posee el personal en relación a una técnica muy habitual, asociada a grades riesgos y complicaciones. La formación del personal sobre estas técnicas mejora enormemente su conocimiento y práctica y esto, reduce la morbi-mortalidad. Debe existir guias y protocolos basadas en la evidencia, aceptados e implementados en todas las UCI.

Palabras clave

Endotracheal • knowledge • Nursing • Practice • Suction

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 175

VALORACIÓN DEL GRADO DE DOLOR DURANTE LA HIGIENE CORPORAL EN PACIENTES CRÍTICOS

Susana Aguilar Malgrat
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) tienen dolor, ya sea por la enfermedad, por las técnicas invasivas o por los procedimientos realizados para el cuidado habitual y necesario del paciente. La higiene y los cuidados que se proporcionan en ella son parte de las actividades fundamentales de enfermería, y para realizarla debemos hacer movimientos que, según varios estudios, pueden ser dolorosos para los pacientes como son las movilizaciones con giro.Por todo lo descrito anteriormente, se crea la necesidad de hacer un registro del nivel de dolor de nuestros pacientes, para ello disponemos de la escala Escala Conductual Indicadora de Dolor (ESCID) validada para pacientes no comunicativos.Y con esta información surge la pregunta ¿Existe dolor durante la higiene corporal de los pacientes críticos?
OBJETIVOS: Evaluar el grado de dolor durante el procedimiento la higiene corporal en los pacientes críticos.

Metodología/Observación clínica

MetodologíaEstudio observacional descriptivo, longitudinal y prospectivo.Se valorará el grado de dolor, con la escala ESCID, durante el procedimiento de la higiene, en la muestra representativa calculada para la población a estudio.Se llevará a cabo en las 6 unidades de cuidados intensivos existentes en el Hospital Clínico de Barcelona, con pacientes sedoanalgesiados y con ventilación mecánica invasiva.La recogida de datos la realizará el equipo investigador con una plantilla diseñada para ese estudio, después de haber constatado que es válida para este fin, a través de una prueba piloto.

Palabras clave

Paciente crítico • Escalas • Dolor • Higiene • Cuidado crítico • Enfermería

ID 176

PLASMAFÉRESIS: GUÍA DE ACTUACIÓN EN UCI

Agurtzane Oregui Apraiz; G. Aldana Flores; I. Medrano Aguaviva; MV. Rastrilla Pérez; MI. Parra Eizagaechebarria; MT. Huidobro Sedano; E. Cardo Castro; S. Moreno Martín; E. Alonso Domínguez

Hospital Universitario de Cruces

Objetivos/Introducción

En los últimos años se ha incrementado el uso de la Plasmaféresis como parte del tratamiento en diversas patologías como la Púrpura Trombocitopénica Trombótica, Síndrome de Guillain-Barré y las Crisis de Miastenia Gravis entre otras, que son tratadas en las unidades de cuidados intensivos. La enfermería de UCI tiene un papel fundamental durante el procedimiento. Debe conocer la técnica y su manejo, detectando precozmente las complicaciones y alarmas que se generen durante la terapia y resolviendo éstas a la mayor brevedad. Por ello, es importante disponer de una herramienta de trabajo rápida y visual a la hora de realizar dicha terapia. El objetivo de nuestro trabajo es realizar una Guía de Actuación de enfermería para llevar a cabo la Plasmaféresis, estandarizar los cuidados y ayudar al personal durante el procedimiento.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Trip Database, ClinicalKey, Medline, Elssevier. Se utilizaron las palabras clave “plasmaféresis” AND “UCI”. Se revisaron guías de práctica clínica entre las fechas 2007-2017. Elaboración de la Guía por grupo de trabajo. Sesiones formativas intraunidad por parte de la enfermera clínica.

Resultados/Intervenciones

Se realiza una Guía de Actuación rápida y visual, con el fin de aportar cuidados integrales, de calidad y seguros, minimizando la incidencia de posibles eventos adversos. Dicha Guía incluye: *Material. *Consideraciones preterapia. *Montaje del set e inicio del procedimiento. *Control de los parámetros durante la terapia. *Vigilancia de los valores analíticos (plasmaféresis con citratos). *Consideraciones para finalizar la terapia y retirada del set.

Conclusiones

Con esta herramienta hemos unificado los criterios de actuación por parte del personal de enfermería intensiva optimizando así el desempeño profesional.

Financiación

Financiación propia.

Palabras clave

Plasmaféresis • Guía de Actuación Rápida • Unidad de Cuidados Intensivos

ID 180

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO: ESTUDIO CUALITATIVO EXPLORATORIO

M. Montserrat Aran Esteve[1]; B. Gallart[1]; JT. Mateos[1]; MP. Giron[1]; MA. Riera[1]; M. Gea[2]

1. Hospital Universitario Vall d'Hebron; 2. Universitat de Lleida

Objetivos/Introducción

Los pacientes que ingresan en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y reciben tratamiento con ventilación mecánica (VM) se enfrentan a diversos problemas que afectan a su recuperación. Precisamente por tratarse de experiencias subjetivas y únicas, un enfoque de tipo cualitativo nos aporta herramientas para proporcionar una atención más integral y holística. Objetivo general: Conocer las experiencias y percepciones de los pacientes sometidos a VM ingresados en la UCI de un hospital terciario.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo exploratorio realizado desde la perspectiva metodológica de la Teoría Fundamentada según Glaser y Strauss. Se siguieron los criterios de rigor de calidad de Guba y Lincoln para garantizar la confiabilidad de la investigación y se triangularon los resultados con cuatro pacientes y el investigador experto en metodología cualitativa. El tipo de muestreo realizado fue el teórico con n = 18 pacientes, se buscó una muestra representativa a partir de la combinación de los criterios de homogeneidad y de heterogeneidad respecto al tiempo de estancia en UCI con VM. La recogida de datos realizada fue la entrevista semiestructurada y fueron grabadas en audio y transcritas. El análisis de contenido se realizó con la ayuda del programa Nvivo 12. La recopilación de datos continuó hasta que no surgieron nuevas categorías, consiguiendo la saturación.

Resultados/Intervenciones

De las entrevistas surgió el tema principal: "percepción de los pacientes con ventilación mecánica" y 3 categorías: visión general de los pacientes (donde se incluyó el entorno, los síntomas físicos, psicológicos y sociales), relaciones interpersonales (comunicación, enfermería y familia) y salida de la UCI. En el estudio los pacientes describen las experiencias y percepciones tanto positivas como negativas que han influido en su bienestar en la unidad.

Conclusiones

El estudio muestra que los pacientes que están con ventilación mecánica experimentan vulnerabilidad y precisan de una atención continuada y un enfoque individual, holístico y multidisciplinario.

Palabras clave

Cuidados intensivos • Respiración artificial • Factores estresantes • Investigación cualitativa • Enfermería de cuidados intensivos

ID 182

TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO (TIHPC) EN TERAPIA ECMO

Elisabeth Alonso Domínguez; G. Aldana Flores; A. Oregui Apraiz; MI. Parra Eizagaechebarria; MT. Huidobro Sedano; MV. Rastrilla Pérez; S. Moreno Martín; I. Medrano Aguaviva

Hospital Universitario de Cruces

Objetivos/Introducción

La terapia con ECMO (Oxigenador de membrana extracorpórea) ofrece una asistencia mecánica que aporta soporte respiratorio y/o cardiovascular a pacientes con patologías pulmonares y/o cardíacas graves cuando las medidas terapéuticas convencionales fracasan. En ocasiones, estos pacientes han de ser trasladados a otros servicios para la realización de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos, y será la enfermería de las unidades de críticos, como miembro de un equipo multidisciplinar, quien prepare y acompañe al paciente durante el proceso. Los objetivos de este trabajo son: Realizar un protocolo de actuación y un check-list con el fin de evitar y resolver posibles complicaciones unificando los criterios de actuación. Conocer la terapia y sus posibles complicaciones para prevenirlas y poder evitarlas, o solventarlas si se produjeran.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Trip Database, Clinicalkey, Medline y Elssevier. Se revisaron artículos relacionados entre los años 2009 y 2019. Palabras clave: Traslado intrahospitalario paciente crítico.Curso formativo para el personal asistencial sobre manejo y cuidados del paciente en soporte ECMO. 7 sesiones sobre manejo de consola.

Resultados/Intervenciones

Realización de un protocolo de actuación dividiendo el proceso en 3 etapas: Preparación, Traslado, Regreso y estabilización en UCI. Realización de un check-list a modo de guía que facilite el procedimiento y evite posibles olvidos.

Conclusiones

Disponer de un protocolo de actuación y un check-list unificado permite ofrecer unos cuidados enfermeros de mayor calidad con una mayor seguridad para el paciente durante el traslado y hasta el regreso a la unidad de cuidados críticos.

Palabras clave

ECMO • Check-list • Traslado intrahospitalario

ID 183

LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO MEDIDA DEL RESULTADO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Isidro Alcalá Jiménez[1]; M. Romero García[2]; P. Muñoz Rey[3]; JM. Mata Márquez[1]; L. Benito Aracil[2]; E. Gallart Vive[1]; R. Tabernero Gallego[1]; JM. Gutiérrez González[4]; MA. Martínez Momblan[2]; P. Delgado Hito[2]

1. Hospital Vall d'Hebron; 2. Universidad de Barcelona; 3. Hospital Germans Trias i Pujol; 4. Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Objetivos/Introducción

La satisfacción del paciente como indicador de calidad está relacionada con los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia. Objetivos: Identificar el nivel de satisfacción del paciente crítico en relación a los cuidados enfermeros y describir las variables sociodemográficas y clínicas.

Metodología/Observación clínica

Diseño cuantitativo transversal descriptivo. Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de III nivel. Población: pacientes dados de alta de enero 2019-julio 2019, que cumplieron los criterios de inclusión: (1)orientado en tiempo, lugar y persona; (2)capaz de leer y escribir en español; y exclusión: (1)dado de alta a otro hospital o domicilio. Muestreo consecutivo (n=41). El nivel de satisfacción se evaluó con la Nursing Intensive Care-Satisfaction Scale de 49 ítems distribuidos en 4 factores: Cuidado_Holístico, Formas_Comunicación, Comportamientos_Profesionales y Consecuencias. Cada ítem presentó 6 opciones respuesta (Likert). Datos sociodemográficos y clínicos se registraron a través de un formulario. Análisis descriptivo. R-versión3.1.2_Windows. Aprobación comité ética. Estudio financiado por Fundación Enfermería y Sociedad (PR-282/2018) y por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación) FIS (PI18/00935).

Resultados/Intervenciones

Muestra final de 41. Edad media fue 62,31 años (DE±19,94) y el 68,3% (n=28) fueron hombres. El nivel de satisfacción fue elevado con una media de 274,26 (DE±23,92). Los ítems mejor valorados en cada factor fueron los relacionados con el control del dolor, han demostrado que les gusta su trabajo, han respondido a sus preguntas y sentirse agradecido, con una media de 5,82(DE±0.44), 5,87(DE±0.33), 5,80(DE±0.40) y 5,75(DE±0.48) respectivamente. Los peor valorados fueron los relacionados con el respeto del descanso, trabajar con una sonrisa, anticipación de los cuidados y sentirse como un número con media de 5,29(DE±1.24), 5.48(DE±1.07), 5.36(DE±1.13) y 3.97(DE±2.26).

Conclusiones

La medición de la satisfacción del paciente permite identificar aspectos relacionados con los cuidados para modificarlos y mejorar su calidad.

ID 186

PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON SDRA POR COVID-19 SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA Y PRONACIÓN

María Dolores Rodríguez Huerta[1]; MJ. Rodríguez Alonso[1]; M. Martín Rodríguez[2]; AM. Hitado Cifuentes[3]; M. Robles González[1]; A. Herrero Suárez-Bárcenas[1]; L. Fernández Gámez[4]; A. González García[5]; A. Díez Fernández[6]

1. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid; 2. Hospital Universitario de Getafe, Madrid; 3. Hospital Comarcal de Hellín, Albacete; 4. Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal; 5. Facultad de Ciencias de la Salud.Universidad de Granada; 6. Facultad de Enfermería de Cuenca.Universidad de Castilla-La Mancha

Objetivos/Introducción

La terapia posicional en prono como medida adyuvante en el tratamiento del SDRA por COVID-19 (C-SDRA) se ha utilizado ampliamente desde el inicio de la actual pandemia. Entre las complicaciones asociadas al prono encontramos el aumento significativo del riesgo de úlceras por presión y de obstrucción del tubo endotraqueal comparado con posición supina. El objetivo fue determinar la prevalencia de eventos adversos en pacientes diagnosticados de C-SDRA sometidos a ventilación mecánica y pronación.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo ambispectivo incluyendo pacientes con C-SDRA ventilados mecánicamente y pronados al menos una vez. El periodo de estudio fue del 6 de marzo al 31 de mayo de 2020. Variablesprincipales: número de maniobras, tiempo de prono, eventos adversos y eventos centinela. Se calcularon proporciones y frecuencias, se evaluó la relación entre úlceras faciales y horas de prono mediante ANOVA. Se utilizaron los programas IBM SPSS Statistics v.25.0. y EPIDAT 4.1 para los análisis estadísticos.

Resultados/Intervenciones

Los eventos adversos más frecuentes en los 44 pacientes analizados (130 maniobras) fueron edema facial (80,3%) y úlceras faciales por presión grado I y II (60,6%). Existe asociación positiva entre el tiempo en prono y el desarrollo de úlceras faciales ($p < 0,001$). La nutrición enteral fue bien tolerada y no hubo eventos adversos graves ni eventos centinela.

Conclusiones

A pesar del elevado tiempo en posición prona y número de maniobras realizadas, no se produjeron acontecimientos adversos graves. La pronación es factible y segura incluso en circunstancias especiales de gran demanda asistencial.Se ha identificado una necesidad de mejora en la protocolización de los cuidados de enfermería, así como en su registro en la historia clínica pudiendo aumentar así la calidad asistencial.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

COVID-19 • cuidados • prono • eventos adversos

ID 187

INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE SOBRE SPCI Y SPCI-F: PUESTA EN MARCHA DE LA ESCUELA DE CUIDADORES PRINCIPALES EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Noelia González Sedeño; B. Chaves Cuñado; E. García García; JA. Barroso Pellico; T. T. Martínez Martínez; EG. Aparicio Zaldivar; S. López Pérez; P. Cordero Carnicero; C. Velayos Amo; R. del Olmo Monge

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Objetivos/Introducción

La Escuela de Cuidadores Principales (ECP) forma parte del Proyecto InnovaHUCI del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

OBJETIVOS:

· Definir necesidades de pacientes y cuidadores principales.
· Fomentar relación de ayuda paciente-cuidador-profesionales sanitarios.
· Empoderar e implicar a pacientes y cuidadores en los cuidados.
· Planificar cuidados al alta, promover el autocuidado.
· Crear entorno de confianza y confort.
· Disminuir incidencia de Síndrome Post Cuidados Intensivos (SPCI) y SPCI familiar (SPCI-F) y colaborar con la consulta postUCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo de actividad y puesta en marcha.

El proyecto se divide en tres fases:
1ª: (Octubre-Diciembre 2018): presentación a Dirección y UCI; desarrollo de material docente.
2ª: (Enero-Abril 2019): puesta en marcha.
3ª: implementación de áreas de mejora.

Población diana: cuidadores principales/familiares de pacientes. Difusión de la actividad: carteles, trípticos de acogida, App FamiliaresHUCI-Fuenlabrada. Inclusión de cuidadores para sesión general: La UCI y su entorno. Higiene de manos y aislamiento. Detección individualizada de necesidades de Pacientes/Cuidadores/Familiares y planificación para sesiones a pie de cama.

Resultados/Intervenciones

Se han realizado 4 sesiones generales: participación media de 7 cuidadores. Se realizan: Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA) pre-sesión, a las 24 o 72h. Encuesta de satisfacción. Se realizan sesiones individualizadas sobre las necesidades detectadas: cambios posturales, autocuidado del cuidador y aspiración de secreciones en pacientes traqueostomizados. En la consulta postUCI se realizará una valoración acerca del SPCI y SPCI-F para compararlas con el periodo previo al inicio de la ECP.

Conclusiones

Las UCI son espacios hostiles, el paciente pierde su autonomía y la familia pasa a un 2º plano. Esto se relaciona con mayor morbilidad y prevalencia en tiempo de SPCI y SPCI-F. La ECP puede contribuir a mejorar el SPCI del paciente y de sus cuidadores/familiares.

Palabras clave

escuela familiares • humanización UCI • sindrome post cuidados intensivos • sindrome post cuidados intensivos familiar

ID 189

PROPUESTA DE INDICADORES DE CALIDAD AUTOMÁTICOS SOBRE LA DETECCIÓN DEL DELIRIUM EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS QUE DISPONGAN DE SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Diana Gil Castillejos; O. Plans Galván; J. Gómez Álvarez; X. Teixidó Huertas; M. Bodí Saera

Hospital Joan XXIII Tarragona

Objetivos/Introducción

Los indicadores de calidad(IC) permiten medir aspectos concretos de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación que nos permita realizar acciones de mejora[1]. Gracias a los Sistemas de Información Clínica(SIC), se pueden recuperar los datos introducidos en la práctica clínica para generar IC de forma automática. El delirium es una patología frecuente y prevenible. Su inadecuado abordaje repercute nocivamente en el pronóstico y la evolución del paciente[2]. **OBJETIVO:** Generar 2IC automatizados mediante datos del SIC que permitan evaluar y cuantificar el grado de cumplimiento de la detección del delirium para mejorar la calidad asistencial.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo en una UCI polivalente(30 camas). Se incluyeron pacientes ingresados y altados entre 2014-2019(ambos incluidos). Mediante un algoritmo de Extract-Transform-Load(ETL) se recuperaron del SIC datos de RASS, CAM-ICU, Diagnósticos y Motivos de Ingreso y se cargaron en una plataforma de Bussiness Intelligence(BI) desarrollada para explorar los datos del SIC de forma autónoma e intuitiva. Se implementó una métrica automática para cada IC. IC1: Nº estancias con evaluación de CAMICU (una vez al día)/Nº estancias totales. IC2: Nº pacientes con evaluación de CAM-ICU el 60-80-100(%) de su estancia. Se excluyeron estancias con RASS<-3, GCS 8 y TCE grave. Los datos se recogieron del SIC CentricityCriticalCareTM de General Electric. La ETL y las métricas se implementaron con Qlik Sense®.

Resultados/Intervenciones

En los 6años, se evaluó el CAM-ICU en el 18,5% de las estancias, con un 11,81-6,71-5,01(%) de pacientes a los que se les evaluó en un 60-80-100(%) de las estancias respectivamente. Sin embargo, los mismos datos los primeros 4 años fueron 3,35%, con 0,92-0,57-0,54(%), para 2018 fueron 26,48%, con 14,57-8,59-6,3(%) y para 2019 fueron 56,65%, con 39,57-22,03-16,26(%).

Conclusiones

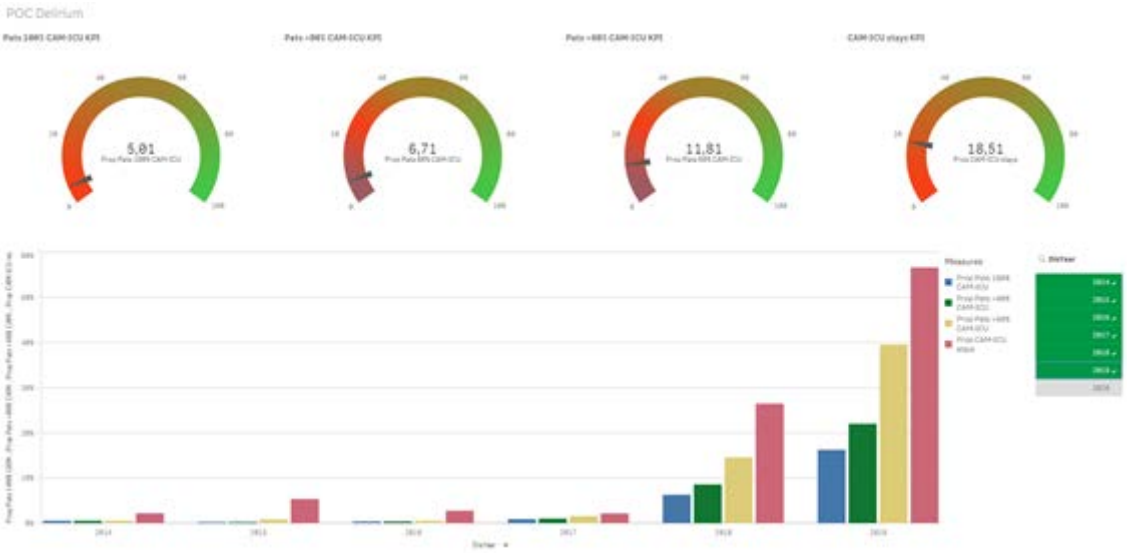
Los datos almacenados en el SIC permiten crear IC automatizados. El incremento en los valores de los IC de los últimos 2años indica una mejora en la monitorización del delirium.

Palabras clave

Delirium • Indicadores de calidad • Cuidados intensivos

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021



XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 191

AUMENTO DE CALIDAD DE GESTIÓN DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS (PCR); EN UN ÁREA DE SALUD

José María Martínez Oliva[1]; FJ. Paredes Pérez[1]; CM. Alonso Villa[1]; JJ. Rodríguez Mondéjar[2]; C. Casas Cánovas[1]; M. Munuera Ortuño[1]; L. Guirao Martínez[1]; E. Antolinos López[1]; P. Carrascal Rosique[1]; R. Lorca Marcos [1]

1. Hospital General Universitario Reina Sofia Murcia; 2. Gerencia 061 Murcia

Objetivos/Introducción

Se ha detectado que existían serios déficits en la gestión situaciones críticas, en Paradas Cardio-Respiratorias (PCR) en diferentes unidades hospitalarias y que los roles no estaban suficientemente definidos. **OBJETIVOS:** Definir roles, responsabilidades y actuación de cada estamento profesional ante una (PCR) y dar formación para gestionarla.

Metodología/Observación clínica

La muestra sobre la que actuamos, son todos los profesionales del área de salud, tanto hospitalaria como de atención primaria. El periodo realizado, ha sido desde mayo 2018; a diciembre de 2019

Plan de acción:

· Definición de los roles y responsabilidades de cada estamento profesional, estableciendo el algoritmo de RCP específico en cada unidad.
· Formación en atención inmediata a la emergencia.
· Cartelería de procedimiento de actuación.
· Actualización periódica de conocimientos.

Resultados/Intervenciones

Se han definido roles y responsabilidades en los centros de salud y en todas las unidades del hospital. 2. La formación, mediante talleres acreditados, cuya duración es de una hora, se ha completado en un total de 160 talleres El número de profesores es de 20 en Atención Hospitalizada y 24 en Atención Primaria, para 12 centros de salud. El número de profesionales formados ha sido de 1596 3. En todas las unidades, se ha completado la formación y dotado de cartelería.

Conclusiones

La definición de roles, responsabilidades y disponer del algoritmo de RCP, está suponiendo una mejora en el abordaje de las situaciones críticas. Los talleres están teniendo muy buena aceptación entre los profesionales de todos los colectivos, se advierte una mayor seguridad en la actuación de los profesionales que esperamos repercuta en la seguridad del paciente.

Palabras clave

Formación • Cardiopulmonar • Parada • RCP

ID 192

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA PARA INYECCIÓN DE INDICADOR EN TERMODILUCIÓN TRANSPULMONAR. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

José María Pedroche Muñoz; CJ. Corchete González; E. Ferreras Martínez; B. Hernández Navas; M. López López; D. Tapial Rodríguez; M. Hernández Resuela; M. Luna Alonso; L. Serrano Mohedano; MY. Pintado Juez

Hospital Virgen de la Salud de Toledo

Objetivos/Introducción

El PICC se ha convertido en un catéter habitual en las UCIs. Facilita un acceso venoso central con las mismas garantías que otros catéteres centrales de inserción central (CCIC) y presentando ventajas en algunos aspectos. Una de sus limitaciones es que no está indicado para realizar la inyección del indicador en la TDTP. Nuestras preguntas son: ¿Qué diferencias se dan en los cálculos si se inyecta por un PICC?¿Son esas diferencias constantes y por tanto, podrían ser corregidas mediante algún algoritmo?

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una búsqueda inicial en las principales bases de datos: PubMed, Crochane, Scopus y Web of Science. No se ha utilizado ninguna limitación ni en tiempo ni en idioma.

Resultados/Intervenciones

Se han identificado dos artículos de los mismos autores en los que se ha realizado comparación directa entre PICC y CCIC para la inyección de indicador en el cálculo de TDTP y se han evaluado las concordancias entre las mediciones.

Conclusiones

El primero de ellos indica que la TDTP con a través de PICC no es suficientemente precisa, sin descartar la posibilidad de utilizar un factor corrector para poder usarlo. El segundo expone que un PICC con un calibre adecuado puede ser utilizado de manera fiable. Son necesarios más estudios de calidad para verificar esta fiabilidad, evitándose así muchas canalizaciones de CCIC motivadas por la necesidad de una monitorización hemodinámica y todos los riesgos inherentes a ellas. Además se facilitaría la regularización de la TDTP por PICC a la realizada a través de un CCIC.

Palabras clave

peripherally inserted central catheters • femoral central venous catheter • jugular central venous catheter • Transpulmonary thermodilution • PiCCO-device • cardiac output

ID 198

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA FORMATIVO EN DETECCIÓN PRECOZ DEL RIESGO CLÍNICO DE LOS PACIENTES, EN ENFERMERAS/EROS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA TERRASSA

Rosa María Ribal Prior; M. Sañé Ferran; Q. Carreras Beltrán; A. Bertrán Jufresa; B. Sánchez González; R. Algarte Dolse
Hospital Universitario Mutua Terrassa

Objetivos/Introducción

Algunos parámetros fisiológicos de los pacientes se alteran en las horas previas a sufrir un evento crítico (1) y los signos vitales anormales pueden ayudar a identificar el deterioro clínico antes de que ocurra (2). El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de una intervención formativa en los conocimientos sobre la valoración del riesgo clínico basado en la toma de constantes por parte de las enfermeras de unidades convencionales de hospitalización.

Metodología/Observación clínica

Estudio cuasi experimental sin grupo control realizado en el Hospital Universitario MútuaTerrassa entre Octubre-Noviembre 2019. Este centro dispone de 384 camas y la población a estudio fueron 218 enfermeros/eras de las unidades de medicina interna, cirugía y urgencias. Realizaron la formación 176 y 152 cumplimentaron el cuestionario antes y después de la intervención (tasa de 86,3% respuesta). Para recoger datos se utilizó un cuestionario de 10 preguntas ad hoc que evaluaba los conocimientos sobre la relación entre toma de constantes y riesgo clínico. La formación consistió en 1hora teórica i 1 hora para resolución de casos y aplicabilidad de la escala de alerta precoz (NEWS), mediante la herramienta de Kahoot. Las variables cualitativas se expresan mediante frecuencias y proporciones y se compara el grado de conocimientos antes y después mediante el test de McNemar para datos apareados.

Resultados/Intervenciones

El cuestionario fue realizado por 152 profesionales. En la tabla 1 se muestra la relación entre el porcentaje de acierto pre y posterior al curso en cada una de las 10 preguntas.

Conclusiones

La toma de constantes es una actividad muy propia i frecuente de enfermería y relacionada de forma directa con el riesgo vital del paciente. La combinación de la teoría y casos prácticos de la práctica asistencial ha permitido aumentar los conocimientos de los profesionales en relación a la importancia de las constantes en la detección del riesgo clínico del paciente.

Palabras clave

Riesgo clínico • Constantes vitales • Alerta precoz

ID 199

INSERCIÓN ECOGUIADA DE CATÉTERES CENTRALES DE ACCESO PERIFÉRICO: CURVA DE APRENDIZAJE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mercedes del Cotillo; LM. Barbas; S. Martínez
Hospital Universitari Mutua de Terrassa

Objetivos/Introducción

Conocer la curva de aprendizaje de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos (UCI) en la inserción ecoguiada de catéteres centrales de acceso periférico (PICC).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo en una UCI polivalente de julio- diciembre de 2019. Se realizó tras un taller teórico-práctico a las enfermeras sobre punción ecoguiada para inserción de PICC. Se incluyeron pacientes a los que se les intentó insertar un PICC. Se registró vía venosa difícil (VVD), técnica de punción (ecoguiada o a ciegas), éxito de la inserción, anestésico local, número de punciones, complicaciones en la inserción y motivo de retirada.

Resultados/Intervenciones

El 84,6%% de las enfermeras fueron formadas en punción ecoguiada. Se incluyeron 69 pacientes, el 53,6 % presentaba VVD. Se realizaron 100 intentos de canalización de un PICC (65% con técnica ecoguiada). La tasa de éxito con el ecógrafo fue del 70,8% (46 PICC). El gráfico 1 representa la curva de aprendizaje en la técnica ecoguiada mostrando un elevado uso del ecógrafo al inicio del estudio que luego se estabiliza. El porcentaje de éxito mejora entre el primer y último mes de estudio. El gráfico 2 muestra el descenso en la media de punciones para canalizar el catéter y la tabla 1 los datos de los 68 PICC insertados.

Conclusiones

La técnica ecoguiada para inserción de PICC se ha incorporado rápidamente en la unidad. La curva de aprendizaje evidencia un elevado uso del ecógrafo con buena tasa de éxito, que mejora al final del periodo de estudio con disminución de la media de punciones. La utilización de esta técnica ha aumentado la probabilidad de inserción de PICC en situación de VVD con mínimas complicaciones. No se ha integrado la anestesia local en la punción ecoguiada. Las enfermeras han adquirido la habilidad de la técnica en un breve espacio de tiempo, aunque queda margen de mejora.

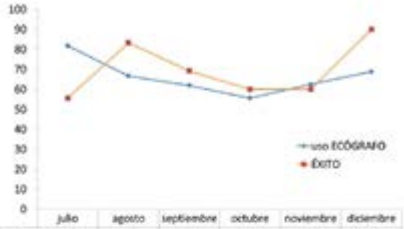
Palabras clave

dispositivos de acceso vascular • ecografía • curva de aprendizaje • enfermera • unidad de cuidados intensivos

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Gráfico 1. Curva de aprendizaje en punción ecoguiada



	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
uso ECÓGRAFO	81,8	66,7	61,9	55,6	62,5	68,8
ÉXITO	55,6	83,3	69,2	60	60	90

Gráfico 2. Media del nº de punciones

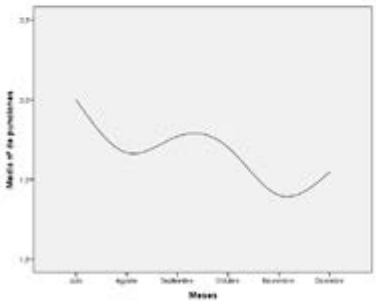


Tabla 1. Datos de los PICC insertados

Variables		PICC= 68 ECO n=46	a ciegas n=22	Valor p
VVD	n(%)	29(63%)	8(36,4)	0,04
Anestesia local	n(%)	2(4,3)	0	0,3
Nº punciones:	n(%)			
1		24(52,2)	18(81,8)	0,06
2		18(39,1)	2(9,1)	
3		3(6,5)	2(9,1)	
4		1(2,2)	0	
Complicaciones inserción:	n(%)	3(6,5)	3(13,6)	0,3
Sangrado/hematoma		2(4,3)	1(4,5)	
Arritmias		1(2,2)	1(4,5)	
Punción arterial		0	1(4,5)	
Motivo retirada:	n(%)			
No necesario		7(15,2)	3(13,3)	0,5
Sospecha infección		8(17,4)	3(13,3)	
Bacteriemia		0	0	
Flebitis		0	1(4,6)	
Salida accidental		2(4,3)	0	
Éxitus		4(8,7)	2(9,1)	
Otros		3(6,5)	0	

VVD=vía venosa difícil

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 200

RESISTENCIA AL FLUJO DE SANGRE VS PRESIÓN TRANSMEMBRANA, COMO PREDICTORES DE COAGULACIÓN DEL FILTRO EN LA TERAPIA CONTINUA DE REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES DE UCI

Carlos Navarrete Tejero[1]; M. García González[1]; A. Velasco Ramos[1]; M. Navarrete Jiménez[1]; JA. Jiménez Jiménez[1]; D. Castro González[1]; M. Nombela García[1]; MM. Toledo Vela[2]; MC. Gutiérrez Rodríguez[1]; M. Hérnandez Resuela[1]

1. Hospital Virgen de la Salud, Toledo; 2. Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Objetivos/Introducción

Una de las grandes complicaciones de la terapia renal sustitutiva continua es la obstrucción del filtro, debido a la progresiva coagulación de sus capilares con el paso de las horas de terapia. La presión transmembrana (PTM) es el predictor del avance de coagulación del filtro más usado. La resistencia al flujo de sangre (RFS) es otro predictor menos conocido. El objetivo de este estudio es analizar y comparar la evolución de la PTM y RFS durante la terapia como predictores del avance de coagulación del filtro.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo, calculamos 10 casos como tamaño muestra. Los datos del análisis se extrajeron en enero de 2021 de la memoria de la consola prismaflex de la unidad con un dispositivo USB, datos de casos desde marzo 2020 a enero 2021. Las variables analizadas fueron los valores, e incrementos de la PTM y RFS, el tiempo de cada ciclo y tipo de anticoagulación. Se usó SPSS y EXCEL para el análisis estadístico.

Resultados/Intervenciones

Se analizan 10 casos, en total 28198 minutos de terapia y 4680 minutos en la etapa final de los ciclos. Se anticoagulan 5 con citrato, 4 con heparina y uno sin anticoagulación. La relación media entre PTM/RFS es 250 veces mayor la PTM. RFS muestra medias mayores que PTM en los incrementos de sus valores a lo largo de la terapia en los casos que la presión de efluente (PEF) evoluciona con menos variación durante la terapia, pero con menor desviación típica (SD). RFS=325,2% ±15%; PTM=117% ±26%.

Conclusiones

Como predictor de coagulación del filtro, RFS ofrece una posibilidad tan validad como la PTM. RFS se incrementa conforme se coagula el filtro a una mayor velocidad que la PTM, pero con menos fluctuaciones. En casos donde se le exige una alta demanda al filtro y la PEF sufre gran variación, RFS ofrece mayor nitidez.

Palabras clave

CRRT • coagulation • PTM • filter • blood flow

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 201

ENTRENAMIENTO MUSCULAR INSPIRATORIO A LOS SEIS MESES DEL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA >48H

Anna Garcia Segura; N. Carrasco Rodríguez; M. Alvarado; J. Trenado; MM. Fernández
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con ventilación mecánica (VM) pueden desarrollar debilidad de la musculatura respiratoria persistente, beneficiándose del entrenamiento muscular inspiratorio específico. **OBJETIVO:** Investigar si el entrenamiento de la musculatura respiratoria a 6 meses del alta hospitalaria durante 2 semanas, mejora fuerza muscular respiratoria, test de marcha de 6 minutos y calidad de vida relacionada con la salud.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo en Hospital Universitario Mútua Terrassa en diciembre 2019. Incluimos 8 pacientes a 6 meses del alta hospitalaria con VM>48h en UCI. Se evaluó PImáx (Presión Inspiratoria Máxima) y si <80% de su teórico se incluyeron. Realizamos un primer entrenamiento muscular respiratorio presencial con el fisioterapeuta con válvula resistiva tipo Threshold. Se incentivó continuar el entrenamiento domiciliario durante dos semanas, realizando 5 series de 10 repeticiones mañana/tarde. Cada 3 días control telefónico para incentivar y resolver dudas. Se empezó con una intensidad del 60% de su PImáx y diariamente aumento de carga un 10% o nivel de fatiga 6/10 escala Borg. Variables estudiadas: PImáx, Test de marcha 6 minutos (6MWT) y calidad de vida con EuroQol-Five Dimensional Visual Analogue Scale. Estadística descriptiva con porcentajes y medianas.

Resultados/Intervenciones

8 pacientes (87% hombres). Edad media 72±7 años, IMC 27±5, estancia media UCI 29±18 días. A 6 meses del alta del hospital los pacientes presentaban PImáx 72±16 cm H_2O, caminaban 336±101 metros en 6MWT y puntuaban 78±10 en EuroQol-Five. A 2 semanas post-entrenamiento se detectaron mejorías significativas en PImáx: 86±25 cm H_20 (p=0.01), 6MWT 399 ±88 metros (p=0.04). Sin embargo, la valoración de calidad de vida no cambió de forma significativa con EuroQol 79±10(p=0.67).

Conclusiones

La debilidad de la musculatura respiratoria persiste aún 6 meses después del alta hospitalaria en pacientes que recibieron ventilación mecánica en UCI>48h. Dos semanas de entreno con válvula resistiva mejora la fuerza muscular inspiratoria y la funcionalidad.

Palabras clave

Presión inspiratoria máxima • Entrenamiento muscular inspiratorio • Rehabilitación pulmonar • UCI • Ventilación mecánica

Resultados pre y post entrenamiento

	Pre entrenamiento	Post entrenamiento	*p*=
PImáx	72±16	86±25	0.01
6MWT	336±101	399 ± 88	0.04
EuroQol	78±10	79±10	0.67

PImáx: Presión inspiratoria máxima. 6MWT: prueba de marcha 6 minutos. EuroQol: índice de salud EuroQol

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 203

INFORMACIÓN SANITARIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ESPAÑOLAS EN TIEMPOS DE LA COVID-19. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Josefa Valls Matarín; M. del Cotillo
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Determinar las unidades de cuidados intensivos (UCI) españolas que proporcionaron información médica y/o enfermera a los familiares de pacientes ingresados durante la pandemia de la COVID-19 y conocer las condiciones en que se realizó.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo-transversal-multicéntrico (junio- septiembre 2020). Se incluyeron 280 UCI de adultos según listado de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos. Se confeccionó un cuestionario "ad hoc" mediante formularios Google con 14 preguntas, enviado a las supervisoras por correo electrónico. Estadística descriptiva (porcentajes) y bivariante con Chi2.

Resultados/Intervenciones

Respondieron 177 UCI(63,2%). Durante la pandemia se proporcionó información médica en el 98,9%. Antes de la pandemia la información enfermera se dió en el 63,3% de las unidades y durante ese periodo en el 35%, (p=0,01). El método más utilizado por los médicos fue la llamada telefónica(98,9%) y la enfermera la videollamada y teléfono (71%). La información médica se realizó desde el primer día en el 87,4% y la enfermera en el 37,1% (p<0.001). De las unidades que ofrecieron información enfermera (n=62), el 88,7% fue proporcionada por este profesional, aunque también se delegó a la supervisora (27,4%), médico (25,8%) o trabajadora social/gestora de casos (1,6%). El 62,9% de las enfermeras estuvieron de acuerdo en dar información, el 32,3% manifestaron dudas y en desacuerdo el 4,8%. Los principales motivos de estas reticencias fueron sobrecarga asistencial (73,9%), miedo a las preguntas (47,8%) y creencia que la información médica era suficiente (39,1%).

Conclusiones

La información proporcionada a los familiares durante la pandemia fue principalmente médica. La mitad de las UCI que ofrecían información enfermera dejaron de hacerlo durante la pandemia. El método más utilizado fue el teléfono seguido de la videollamada. Una tercera parte de las enfermeras manifestaron reticencias para informar. La pandemia de la COVID-19 ha modificado las rutinas de información enfermera, nexo necesario entre paciente y familia.

Palabras clave

información • enfermera • cuidados intensivos • COVID-19

ID 208

IMPACTO DE LA INSTAURACIÓN DE LA ENTREVISTA FAMILIAR TELEFÓNICA EN LA DONACIÓN DE TEJIDOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

Jaume Uya Muntaña[1]; A. Cabrejas Ayuso[1]; JR. Juan Villanueva[1]; M. Cano Puig[1]; MC. Alcazar Vives[2]; A. Pitarch Serrano[2]; M. Quijada Martorell[2]; M. Jaume Lliteras[2]

1. Hospital Universitari de Bellvitge; 2. Donor Center - Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

Introducción: La donación de tejidos se ofrece por parte de los enfermeros de coordinación de trasplantes a familiares y allegados después del fallecimiento de una persona. Pese a ser mucho menos conocida que la donación de órganos tiene una gran repercusión en la sociedad ya que por cada uno de ellos se puede llegar a trasplantar a más de 100 personas. En la UCI se ofrece una eleva posibilidad de realizar este ofrecimiento mediante la entrevista familiar pero, debida a la situación de pandemia, el modelo tradicional de entrevista familiar presencial ha pasado a otro: el telefónico. Objetivo: Determinar el impacto de la entrevista familiar telefónica en la donación de tejidos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo llevado a cabo entre los años 2019 y 2020 en un hospital universitario de tercer nivel. Variables de estudio: nº de defunciones anuales, nº de entrevistas realizadas y características, aceptación o negativa a la donación. Análisis descriptivo (%) y bivariante: x2 para variables cualitativas y t student para variables cualitativas y cuantitativas. Almacenamiento de datos y análisis estadístico mediante Excel.

Resultados/Intervenciones

Número de fallecimientos en período de estudio: 1202. Entrevistas realizadas N=194, 44 (22,68%) presenciales, 150 (77,32%) telefónicas. Aceptación donación formato presencial: (29) 65,91%. Aceptación donación formato telefónico: (88) 58,67%

Conclusiones

El uso habitual de la entrevista familiar tipo telefónica ha demostrado no tener ningún efecto negativo en cuanto a las tasas de donación de tejidos que se han mantenido estables pese a la falta de comunicación no verbal y al uso del teléfono como canal de comunicación verbal.

Palabras clave

Donación tejidos • comunicación • enfermería

ID 209

USO DE LA REALIDAD VIRTUAL INMERSIVA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Lídia Marti Hereu[1]; AM. Navas[1]; G. Navarra[2]; C. de Haro[1]; MF. Pérez[1]; G. Gomà[2]
1. Área de Críticos, Hospital Universitario Parc Taulí; 2. Area de Críticos, Fundación-Hospital Universitari Parc Taulí, UAB, CIBERES

Objetivos/Introducción

El uso de la realidad virtual inmersiva (RVi) en contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es escaso. Nuestro objetivo es evaluar la viabilidad del uso de la RVi en los pacientes críticos con o sin ventilación mecánica (VM) y determinar el grado de ansiedad antes y después de la sesión.

Metodología/Observación clínica

Estudio analítico descriptivo, prospectivo y transversal. Prueba piloto con 20 pacientes de una UCI polivalente de hospital terciario. Se incluyeron pacientes adultos, conectados o no a VM, alertas y tranquilos (RASS -1/+1) y sin delirio (CAM-ICU negativo). Se utilizaron gafas de RVi Oculus Go (Facebook Technologies, LLC). La estrategia de relajación consistía en la visualización de una experiencia de 15 minutos de duración, con escenas naturales y de fantasía, música relajante y una narrativa. Las sesiones se realizaron individualmente, con el paciente monitorizado y posición fowler o sentado. Recogimos variables sociodemográficas, clínicas, y de viabilidad. La ansiedad antes y después de cada sesión se evaluó mediante la versión reducida en español del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-e) y se analizó mediante prueba T de muestras emparejadas (significación estadística cuando el valor p fue <0,05).

Resultados/Intervenciones

Inclusión de 20 pacientes, edad media de 63,9 años, 60% hombres. Se realizaron un total de 34 sesiones de RVi. 32% pacientes ventilados mecánicamente, 32% oxigenoterapia de alto flujo, 36% otros soportes respiratorios. Se completaron el 80% de las sesiones, sin interrupciones por efectos adversos graves. Se observó una disminución significativa en el nivel de ansiedad después de cada sesión de RVi.

Conclusiones

El uso de la RVi en el contexto de UCI es viable, incluso en pacientes ventilados mecánicamente. La RVi reduce la ansiedad del paciente crítico, lo que sugiere que esta “terapia digital” puede ser eficaz para mejorar el estado emocional durante el ingreso en UCI.

Financiación

Trabajo ganador del Premio “Infermera i societat a la Innovació Infermera”, 2018, Fundació Infermera i Societat (Barcelona). Este trabajo también obtuvo una subvención por parte de la SOCMIC (Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica): Proyecto de Investigación 2019.

Palabras clave

Realidad virtual • Ansiedad • Paciente crítico • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 223

DESMITIFICANDO LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERCEPCIÓN Y REALIDAD EN PACIENTES Y CIUDADANOS

Rayco Álvarez Díaz; EJ. Sanz Álvarez
Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Universidad de La Laguna

Objetivos/Introducción

La percepción de la población respecto a un posible ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es variable, se pretende determinar:

· La percepción que se tiene por parte de la ciudadanía, sobre sus cuidados y el pronóstico de su enfermedad, si tuviera que ser ingresado en una UCI.
· La percepción que tienen los pacientes ingresados actualmente en la UCI.
· Analizar las repercusiones bioéticas de la información recibida y las expectativas en ambos grupos.

Metodología/Observación clínica

Se realizan entrevistas abiertas estructuradas a pacientes ingresados en la UCI del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC) con plena conciencia, de al menos cuatro días de ingreso y a ciudadanos canarios con método informante en clave, con extensión en bola de nieve, no seleccionados previamente y mayores de edad.

Resultados/Intervenciones

Se ha tratado de analizar, desde una mirada bioética, las percepciones que tienen los pacientes ingresados en la UCI del CHUNSC durante su estancia. Se observan percepciones de muerte, de humanización de los cuidados, de desconocimiento, de tecnificación de la unidad, aburrimiento, termorregulación, de déficit de autocuidados, deterioro del patrón del sueño, pérdida de percepción del espacio y el tiempo, temor, desesperanza, sufrimiento, o, por contra agradecimiento y perspectivas de futuro. Se ha observado que la percepción de mortalidad por parte de la ciudadanía es mayor que los datos reales de supervivencia en UCI. Los ciudadanos refieren percepciones de gravedad, preocupación, miedo o muerte y refieren desinformación en relación a la UCI. En ambos grupos, la mayoría desconoce la existencia de la manifestación anticipada de voluntades.

Conclusiones

La percepción ciudadana difiere de la realidad existente en la UCI. Se debe asumir la responsabilidad, en la asistencia, desde una mirada bioética del cuidado: cuidador-cuidado, para cubrir y cumplir las expectativas, basadas en relaciones complejas de alta calidad en un entorno tecnificado, para un equilibrio clínico y ético.

Palabras clave

Intensive care unit • Patient´s perceptions • Citizen´s perceptions • Visitation • Advance healthcare directive

ID 231

ESTRÉS Y ANSIEDAD DEBIDO A LA COVID19 EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS, ¿PODRÍA AFECTAR A SU SATISFACCIÓN LABORAL?

Eduardo Fuentes Fuentes; AC. Marín Guerrero; L. Morales González; EM. Díaz Santamaría; JH. Gartner Salcedo; G. Ávila Martín

Centro de Salud La Estación de Talavera de la Reina (SESCAM), Unidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM), Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM). Enfermera del Centro de Salud Talavera Centro. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM). Unidad Docente Multiprofesional de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM)

Objetivos/Introducción

Durante la primera ola de Covid19, el aumento de casos, la gran carga de trabajo, el agotamiento y la falta de medicamentos específicos pudo contribuir a tener una alta carga mental en los profesionales sanitarios. El objetivo fue investigar el estrés y la ansiedad laboral al que estuvieron sometidos los enfermeros en las UCI durante el primer estado de alarma por Covid19, relacionándolo con la satisfacción laboral.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal en el personal enfermero a nivel nacional. Se envío por correo electrónico un cuestionario anónimo divido en secciones: variables sociodemográficas y laborales, Job Content Questionnaire para medir el estrés laboral, Inventario de Ansiedad de Beck para evaluar la ansiedad laboral, y Cuestionario de Font-Roja para medir la satisfacción laboral. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS®. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con Chi Cuadrado. Para las variables cuantitativas se utilizó la T de Student. Nivel de significación para valores de $P<0,05$.

Resultados/Intervenciones

768 enfermeros completaron el cuestionario. Siendo SERMAS (35,3%) y SESCAM (35%), los más participativos. Se comparó a los enfermeros de UCI (N=185) con los enfermeros del resto de servicios. La población de UCI tuvo más mujeres, con una media de edad de 35 años (35,9±8,7), una media de años trabajados de 13 (13,3±8,9) y mayormente eventuales. Con respecto al estrés laboral, se detectaron diferencias significativas en las demandas psicológicas (P=0,000) y en la dimensión de control sobre el trabajo (P=0,000). También se encontraron diferencias en la severidad en la ansiedad (P=0,019). Además, se detectaron diferencias en relación con la satisfacción laboral (P=0,015).

Conclusiones

Existió mayor estrés laboral, en relación con la demanda psicológica, entre los enfermeros de UCI. Además, los enfermeros de UCI, presentaron una ansiedad más severa. Por último, el personal enfermero que trabajó en las UCI observó un nivel de satisfacción laboral menor.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 232

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON TRAUMA GRAVE. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 15 AÑOS

Ana Belén Calero Pizarro; C. García Fuentes; MA. Murillo Pérez; M. Chico Fernández; V. Moreno Esquiliche; C. López López
Hospital Universitario12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Describir las características de la enfermedad traumática en los pacientes mayores de 65 años.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional retrospectivo de un registro de pacientes con trauma, realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Comunidad de Madrid. La muestra estaba formada por pacientes ingresados desde enero de 2003 a diciembre 2018, que tenían una edad ≥65 años y estancia >24 horas en UCI. Las variables que se recogieron se agruparon en demográficas, características clínicas de la enfermedad traumática, evolución y mortalidad en UCI. Se realizó análisis descriptivo de las variables con media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según procediera. Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes.

Resultados/Intervenciones

En los últimos 15 años ingresaron 5333 pacientes con traumatismos, de los cuales 677(12,7%) correspondieron a pacientes ≥ 65 años. La edad media fue 75,42(6,749) años y la distribución de sexo mayor en hombres 434(64,1%). Se objetivó un incremento del número de ingresos de 24(7,8%) en el año 2003, a 71(17,4%) en el año 2018.El accidente de trafico fue la causa de traumatismo más habitual 304(44%), dentro de éste predominó el atropello 189(28%). Las caídas fueron la segunda causa 218(32,2%). La región anatómica más afectada fue la craneal 475(70%). Necesitaron vía aérea artificial 374(61,2%) pacientes, realizándose traqueotomía en 89 (13,1%). Los días con ventilación mecánica fueron 3(1-9). La complicación más frecuente fue el fallo multiorgánico 43(6.4%). Necesitaron cirugía urgente 168(25 %). La estancia en UCI fue 2(1-5) días. La mortalidad fue 196(29%), siendo la principal causa la hipertensión intracraneal 62(31,6%).

Conclusiones

En los últimos años se ha incrementado el ingreso de pacientes ≥65 años con traumatismo grave, siendo las principales causas el atropello y las caídas. La región anatómica más afectada fue la cabeza, siendo su complicación la que incrementa la mortalidad.

Palabras clave

geriatría • cuidados intensivos • trauma grave

ID 238

EXPERIENCIA DE VIDA EN FAMILIARES DE PACIENTES DE COVID 19 ANTE UNA MUERTE SIN DESPEDIDA

Laura Yolanda Pagola López[1]; MA. Andrade[1]; CKY. Medina[2]; CAS. Medina[2]; GV. Salvador[3]; AJM. Abarca[4]
1. Instituto Politécnico Nacional; 2. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia IPN; 3. Univ. Autónoma del Estado de México; 4. Univ. Nacional de San Agustín Arequipa

Objetivos/Introducción

La muerte de una persona siempre ha ocupado un lugar preponderante en la sociedad humana, esta se vive de acuerdo a la cultura desarrollando diversos rituales funerarios en el proceso. El COVID-19, lo anterior ha modificado desde diciembre de 2019 actos fúnebres. Es importante conocer el sentir de la persona para que este pueda lograr la resiliencia y elaboración de un duelo sano. El objetivo fue: Analizar la experiencia de vida en familiares de pacientes con COVID-19 que no han tenido la oportunidad de despedirse de su ser querido.

Metodología/Observación clínica

La investigación se realizó bajo el paradigma cualitativo, el método fenomenología, instrumento entrevistas a profundidad a 34 sujetos de estudio, realizadas por medio de plataformas de comunicación. El estudio fue realizado de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, bajo los principios éticos. Se utilizaron criterios de rigor credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

Resultados/Intervenciones

Emerguieron seis categorías: Vivir sin despedirse; Soledad ante la muerte; Tragedia familiar; Deseo de saber que supo que lo amaban; Buscando resiliencia y Duelo complicado. La muerte es universal, pero tiene un matiz único en cada sujeto individual y colectivo que la experimenta, el vivir sin despedirse las personas lo interpretan como una manera de no dignificar al hombre en el momento se su muerte.

Conclusiones

Es importante crear puentes de comunicación paciente - familiar - enfermera para despedidas diferentes con ayuda de tecnología o lectura de cartas; trabajar despedidas; apoyar a la familia en ritos fúnebres diferentes a lo que se ha realizado siempre; trabajo en equipo multidisciplinario para este fin; atención de la dimensión espiritual del paciente y familia; afrontamiento precoz al suceso para evitar un duelo complicado. Realizar una intervención con esta población.

Financiación

Financiado por la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional

Palabras clave

Muerte • Duelo • Covid-19 • Pandemia • Cuidado de enfermería

ID 246

EXPERIENCIA EN LA UNIDAD CORONARIA EN TÉCNICA CON SISTEMA DA VINGI

Lucía Corrionero Martín; E. Alfageme Sastre; M. González Cebrián; AM. Caramazana González; MG. Barriga Miguel; MÁ. Sánchez Calvo; P. Igual Gómez; M. García Casares
Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

La insuficiencia tricuspídea es una alteración valvular que conlleva una regurgitación sanguínea hacia la aurícula derecha. Esto provoca síntomas graves, debido a una disminución del gasto cardiaco, como hipertensión auricular derecha, disnea, cansancio externo. Hasta hace unos años el tratamiento de esta patología consistía en un recambio valvular quirúrgico. Recientemente han surgido opciones de tratamiento valvular percutáneo en pacientes que han sido rechazados para cirugía o de alto riego quirúrgico. Nuestro objetivo es conocer la técnica de reparación percutánea de válvula tricúspide con sistema DaVingi.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de artículos científicos obtenidos de las principales bases de datos. Colaboración con la unidad de investigación del servicio de cardiología de nuestro hospital.

Resultados/Intervenciones

El sistema DaVingi es un dispositivo de anuloplastia percutánea con anillo a través de acceso yugular y femoral derecho. Con este procedimiento se pretende implantar un anillo sintético flexible sobre el anillo de válvula tricúspide para reducir el diámetro del anillo valvular, disminuyendo el flujo retrógrado y mejorando el cierre y el funcionamiento de la válvula. Esta técnica se realiza bajo anestesia general con control ecocardiográfico transesofágico y escopia/radiológico en la sala de hemodinámica.

Conclusiones

Basándonos en nuestra experiencia en la unidad de cuidados críticos coronarios sobre esta técnica, creemos que el uso del anillo representa una alternativa segura y real para pacientes con insuficiencia tricuspídea. El procedimiento percutáneo genera menor tasa de complicaciones con movilización precoz y menos estancia hospitalaria. Creemos necesario la elaboración de un protocolo para este procedimiento para optimizar la calidad de los cuidados de enfermería en nuestra unidad, así como la elaboración de una guía orientada al paciente para mejorar las estrategias de afrontamiento de los pacientes ante este proceso.

Palabras clave

DaVingi • tricúspide • valvuloplastia • prótesis valvular • reparación

ID 247

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE INSERCIÓN DE CATÉTER ARTERIAL GUIADO POR ULTRASONIDOS EN UNA UCI DE ADULTOS: ESTUDIO PROSPECTIVO CUASI-EXPERIMENTAL

Manuela León; A. Guirao; J. Pérez; R. González-Urria; C. González; A. Lafuente; L. Salvador; A. Farre; I. Carmona; P. Castro
Hospital Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

Los ultrasonidos se utilizan sistemáticamente en la canalización venosa central. En los últimos años se está también implantando su utilización en la canalización de los catéteres arteriales. Sin embargo, aunque la mayoría de los estudios apoyan su utlilización frente a la técnica tradicional de la palpación, en el paciente crítico los estudios son escasos y no evalúan el seguimiento posterior del catéter. Diseñamos por ello un estudio comparando la canalización arterial mediante palpación y mediante ultrasonidos en una unidad de cuidados intensivos de adultos por operadores entrenados en la canalización con palpación y no expertos en los ultrasonidos.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo (cuasi-experimental) antes-después de dos cohortes de pacientes críticos que requieren catéter arterial por indicación del equipo asistencial: una primera, a los que se coloca el catéter por el método clásico de palpación; y una segunda que, tras un entrenamiento en la técnica de ultrasonidos, se les coloca mediante ultrasonidos. Se compararon entre las cohortes las diferencias en tiempo del procedimiento, primer intento exitoso, número de intentos, intentos fallidos, funcionalidad del catéter y complicaciones como hematoma e infección.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron un total de 202 procedimientos, 103 en el grupo de palpación y 99 en el grupo de ultrasonidos. Como resultados preliminares se ha encontrado que los ultrasonidos se asociaron a una mayor tasa de primer intento exitoso (59 % vs 50,48 %) y menos intentos fallidos (12% vs 22,3 %) y menos hematomas (10 % vs 21 %).

Conclusiones

La canalización arterial mediante ultrasonidos en una UCI de adultos con personal poco experto se asoció a una mayor tasa de éxitos y menos complicaciones. Durante el congreso se presentarán los resultados definitivos del estudio.

Palabras clave

catéter arterial • ultrasonografía • arteria radial • monitorización invasiva

ID 249

DESBRIDAMIENTO EN EL PACIENTE QUEMADO: DESBRIDAMIENTO TANGENCIAL VS. DESBRIDAMIENTO ENZIMÁTICO

Sara González Martín; MD. Barrero Almazán
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

El tratamiento de elección de las quemaduras es la eliminación precoz de la escara existente para la posterior reepitelización del tejido.Como alternativa al tratamiento tangencial surge el desbridamiento enzimático, consistente en la aplicación tópica de enzimas degradando específicamente las proteínas desnaturalizadas hasta alcanzar tejido sano. El objetivo es realizar una revisión bibliográfica para conocer la evidencia del desbridamiento enzimático en las quemaduras de cualquier grado vs desbridamiento tangencial.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, COCHRANE y MEDLINE, admitiendo publicaciones realizadas en los últimos 5 años hasta noviembre de 2019.Los términos utilizados fueron: burn, eschar removal, nexobrid, burns treatment, burns debridement. Se combinaron con los operadores booleanos AND y OR.Los criterios de inclusión fueron: pacientes adultos, con quemaduras dermicoprofundas ingresados en unidades de cuidados intensivos y que requirieran desbridamiento enzimático y/o tangencial.

Resultados/Intervenciones

La aplicación del desbridamiento enzimático precisa de la preparación de la zona a tratar con un ambiente húmedo y un adecuado control del dolor. En cuanto a su administración, una vez aplicada sobre la quemadura se debe cubrir con un apósito oclusivo durante 4 horas, posteriormente se retira el producto enzimático, y se deja una cura en ambiente húmedo, con la cobertura de apósitos o sustitutos cutáneos.

Conclusiones

El desbridamiento enzimático y posterior cobertura con un ambiente húmedo es el tratamiento de elección para las quemaduras dermicoprofundas, especialmente térmicas, teniendo como ventajas el desbridamiento completo de las quemaduras preservando la dermis sana, disminuye la necesidad de injertos, disminuye la incidencia de cicatrización hipertrófica, reduce la necesidad de procedimientos quirúrgicos y disminuye el riesgo de sangrado.La cobertura del lecho desbridado, ya sea con una cura en ambiente húmedo o con sustitutos cutáneos, favorece la reepitelización del tejido de forma acelerada, así como la creación de una barrera protectora contra agentes externos.

Palabras clave

Cirugía plástica • Unidad de quemados • Enfermería • Desbridamiento • Revisión sistemática

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 253

DONDE LO IMPOSIBLE SE CONVIERTE EN REALIDAD. CUMPLIENDO LOS DESEOS DE PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO

Laura Juguera[1]; C. Cánovas Martínez[2]; M. Pardo Ríos[2]; JM. Salas Rodríguez[2]

1. UCI Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Gerencia emergencias 061

Objetivos/Introducción

La finalidad de la Fundación Ambulancia del Deseo (FAD) es ayudar a cumplir los deseos de pacientes en estado crítico, que tienen una importante limitación en su movilización y con poco tiempo de vida. Se moviliza una ambulancia con personal sanitario y todos los recursos necesarios para recoger a la persona en su vivienda o en el centro sanitario o institución donde esté ingresado y llevarlo al lugar o evento donde haya manifestado que es su deseo. Objetivo:analizar el impacto que tiene sobre los pacientes y sus familiares que están ingresados en una unidad de hospitalización, entre ellas una unidad de cuidados intensivos, el cumplir su deseo, voluntad o sueño antes de fallecer.

Metodología/Observación clínica

Se ha llevado a cabo una investigación cualitativa con un enfoque fenomenológico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 15 pacientes o a sus familiares, que cumplieron su deseo en el año 2019. Posteriormente se transcribieron y se realizó un análisis de contenido del discurso, donde emergieron categorías y subcategorías.

Resultados/Intervenciones

Han emergido 4 grandes categorías: Cierre de ciclo vital, impacto emocional, factores facilitadores, barreras limitantes. De los 15 entrevistados, 8 se encontraban ingresados en cuidados paliativos, 2 en una unidad de cuidados intensivos y 5 en planta de hospitalización. Los resultados obtenidos muestran que para todas las personas cumplir su voluntad supone un tratamiento a nivel emocional donde pueden cerrar una etapa de su vida. La mayoría pensaron que era imposible por las limitaciones que suponía su estado de salud y la movilización de recursos. Uno de los factores facilitadores fue el equipo humano y el marco legal del Servicio Murciano de Salud que ampara esta Fundación.

Conclusiones

El cumplir los deseos o voluntades de pacientes hospitalizados tiene un impacto emocional positivo, que permite a la persona despedirse de algún lugar, estar junto a su familia o volver a casa por última vez.

ID 265

IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 EN LA GESTIÓN ENFERMERA PARA DONACIÓN DE TEJIDOS

Maria Jaume Lliteras; B. Garces Jimeno; MT. Ruiz Garcia; M. Castro Villa; M. Quijada Martorell; A. Pitarch Serrrano; P. Brillas Fructuoso; MI. Saez Vizcaino; MA. Montiu Pérez; J. Miranda Salmerón
Hospital Clínic Barcelona, Banc de Sang i Teixit

Objetivos/Introducción

La obtención de tejidos de Catalunya se centraliza en el Donor Center(DC). Los donantes de tejidos(DT) se gestionan través de la enfermera, responsable de la detección, evaluación, extracción y seguimiento de ellos. El personal referente de centros colaboradores para la DT habitualmente es enfermero y mayoritariamente ubicado en las UCIs. La pandemia Sars-Cov-2, a finales de enero 2020, ha afectado a 100M de personas produciendo mundialmente 2,16M defunciones. Muchos programas de donación, se vieron afectados, reduciendo considerablemente su actividad. Además, la actividad asistencial del personal de críticos, referentes en donación en sus unidades, se reorientó a pacientes COVID19, dejando apartada la actividad de donación. Igualmente, el personal enfermero del DC se reubicó en UCI, dejando la gestión de la DT a mínimos. Nuestro objetivo para este estudio es describir la actividad de donación de tejidos de 2019 y 2020, comparar la actividad de ésta para, analizar el impacto de la pandemia en la DT en Catalunya y así proponer actividades para la recuperación de la donación.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional retrospectivo del los donantes de tejidos de Catalunya durante el año 2019 y 2020. Se analizaron las activaciones y donaciones de tejidos de ambos años y posteriormente se realizó una comparativa entre ellos. Se obtuvieron los datos de la base de datos de la unidad, utilizando Excel para su análisis.

Resultados/Intervenciones

De 3630 activaciones en 2019, se generaron 1788 DT. En 2020 se gestionaron 1902 activaciones, generando 1194 DT.

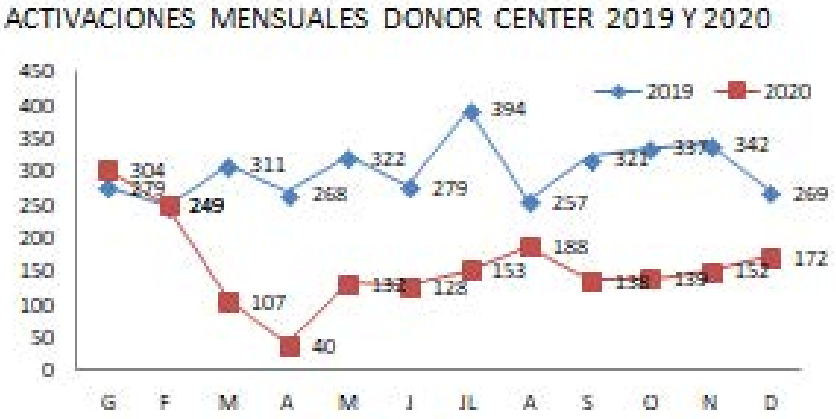
Conclusiones

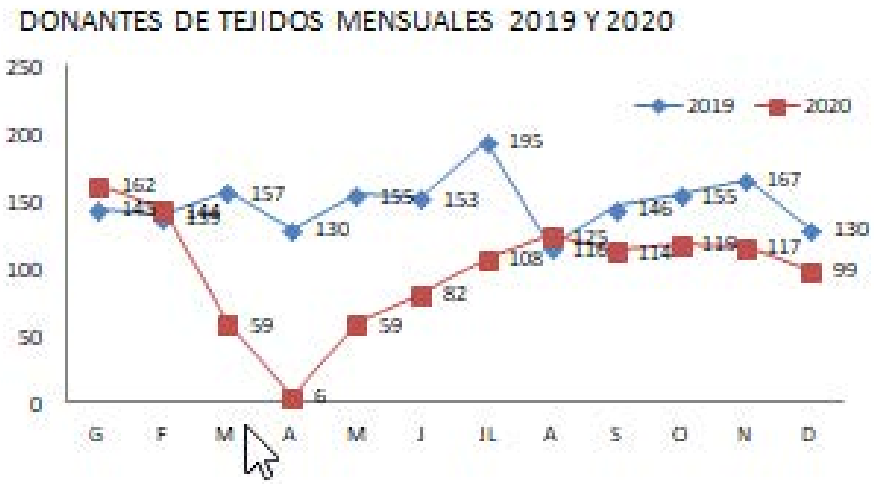
La necesidad de adaptación de las infraestructuras durante la pandemia repercutieron con un importante descenso en la DT arriesgando el abastecimiento de tejidos para implante. La adaptación de procedimientos y la formación enfermera en COVID19 y donación, son claves para favorecer la recuperación de la DT.

Palabras clave

donación de tejidos • donación • coordinador de trasplantes • COVID19

sigue –>


ACTIVACIONES MENSUALES DONOR CENTER 2019 Y 2020
2019
2020
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
G F M A M J JL A S O N D
304
279
249
311
268
322
279
394
257
321
337
342
269
107
40
132
128
153
188
138
139
152
172


DONANTES DE TEJIDOS MENSUALES 2019 Y 2020
2019
2020
250
200
150
100
50
0
G F M A M J JL A S O N D
162
144
157
130
155
153
195
125
146
155
167
130
59
6
59
82
108
116
114
119
117
99

ID 268

IMPACTO EMOCIONAL DE LA PANDEMIA COVID-19 EN TRABAJADORES DE UCI EN ESPAÑA

Fernando José García Hedrera[1]; F. Gil Almagro[1]; FJ. Carmona Monge[1]; R. Domínguez Rincón[1]; MP. Miguel Barragán[1]; S. García Gómez[1]; C. Peñacoba Puente[2]; P. Catalá Mesón[2]; L. Velasco Furlong[2]
1. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 2. Universidad Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y física de los trabajadores sanitarios de cuidados intensivos y analizar los factores que influyen sobre ello.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal mediante encuesta online (mayo-junio 2020). La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia entre profesionales de cuidados intensivos del sistema sanitario que habían trabajado con pacientes COVID -19. Se analizaron variables laborales, el estrés agudo mediante la escala SASR-Q, el insomnio mediante la escala ISI y la ansiedad y depresión mediante la escala DASS-21.

Resultados/Intervenciones

Un total de 457 trabajadores de cuidados intensivos se incluyeron en el estudio. Se encontraron puntuaciones elevadas en todas las variables analizadas siendo destacable que el 60,5% de los encuestados presentaba trastorno por estrés agudo evaluado con el SASR-Q. Un total de 75,5% de los trabajadores presentaba insomnio de acuerdo a la escala ISI. También se encontraron puntuaciones elevadas en depresión, ansiedad y estrés evaluada con la escala DASS-21. Las puntuaciones en salud física y psicológica general evaluadas mediante la escala SF-36 fueron bajas, siendo menor en el componente de salud mental. De manera general, las puntuaciones fueron peores en el caso de ser mujer, enfermera, una mayor carga de trabajo y una baja disponibilidad de equipos de protección individual.

Conclusiones

La elevada prevalencia de problemas emocionales y de salud entre los trabajadores y el efecto de los factores organizacionales y la perceción de los trabajadores debería servir a las autoridades en el diseño de futuras estrategias para proteger la salud de los profesionales que atiendan futuras crisis epidemiológicas.

Palabras clave

COVID-19 • Estado mental • Personal de cuidados intensivos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 273

PERFIL PROFESIONAL Y CONDICIONES LABORALES DE ENFERMEROS EN CUIDADO INTENSIVO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

DM. Achury[1]; E. Cavallo[2]; LF. Achury[1]; SM. Rodríguez[1]; HR. Alvarado[1]; C. Ulloa[2]; M. da Silva Barreto[3]; V. Merino[4]; D. Andrade[5]
1. Pontificia Universidad Javeriana; 2. REINECC; 3. FAFIMAN; 4. Hospital Edgardo Rebagliati Martins; 5. B. Braun Avitum

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Las Unidades de cuidado intensivo exigen un perfil profesional diferenciado que permita proporcionar un cuidado enmarcado en la calidad y unas condiciones laborales apropiadas, lo que conlleva a una transformación de las prácticas asistenciales y gerenciales. **OBJETIVO:** Determinar el perfil profesional y las condiciones laborales de los enfermeros de unidad de cuidado intensivo (UCI) en países como Colombia, Argentina, Perú y Brasil durante el primer semestre del 2019.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio multicéntrico observacional descriptivo de corte transversal.Métodos: Se incluyeron 1427 profesionales de enfermería de UCI. Se aplicó una encuesta online para identificar las características del perfil profesional y las condiciones laborales. Las preguntas de la encuesta se fundamentaron en los lineamientos establecidos para el perfil profesional dados por la Federación mundial de enfermería en Cuidado Critico y para las condiciones de trabajo por la OIT y la Alianza mundial para los recursos humanos de salud Para el análisis de la información se utilizó el software estadístico Rstudio. Se hizo uso de estadística descriptiva para la presentación de resultados.

Resultados/Intervenciones

Resultados: Solo el 33,6 % de los profesionales tenían especialización en cuidado intensivo. Las competencias más aplicadas fueron comunicación (68,5%) y gestión del cuidado (78,5%). Predominó una relación enfermera paciente 1:2 y mayor a 1:6. El 59,1% tenían un contrato a término indefinido, 38,8% laboraban 48 horas semanales, 49,8% tenían turnos rotativos. Tan solo el 50,4% recibían incentivos. El promedio salarial fue de 348 a 1500 USD. El 64,5% se encontró satisfecho el trabajo.

Conclusiones

Se requiere fortalecer el perfil profesional de los enfermeros promoviendo la formación posgraduada y el desarrollo de competencias de resolución de problemas y trabajo en equipo. Es necesario estandarizar la relación enfermera paciente, mejorar los salarios y aumentar los incentivos para alcanzar una mayor satisfacción laboral.

Financiación

Pontificia Universidad Javeriana. Bogota.Colombia

Palabras clave

Condiciones de trabajo • perfil laboral • Enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 274

ELECTROCARDIOGRAMA INTRACAVITARIO EN LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN PACIENTES CRÍTICOS

José María Pedroche Muñoz; MY. Pintado Juez; M. Luna Alonso; D. Tapial Rodríguez; B. Hernández Navas; E. Ferreras Martínez; M. López López; M. Hernández Resuela; L. Serrano Mohedano; R. Gómez Robles
Hospital Virgen de la Salud de Toledo

Objetivos/Introducción

Describir la técnica de electrocardiograma intracavitario en la implantación del catéter central de inserción periférica (PICC) en pacientes críticos. El implante del PICC es una técnica habitual de enfermería. Como en cualquier catéter central, una posición inadecuada de la punta del catéter, puede provocar complicaciones tales como efectos adversos, mal funcionamiento e implicaciones médico-legales. Por ello, es necesario la realización de un control radiológico de la punta del catéter post-implantación. Dicho control radiológico presenta una serie de inconvenientes en el paciente crítico cómo retrasos antes de poder usar el catéter y la necesidad de recolocación si la punta del PICC no está en el sitio correcto.

Metodología/Observación clínica

Mediante la comprobación de la punta del PICC por el método de electrocardiografía intracavitaria se pueden evitar estos inconvenientes ya que permite comprobar la ubicación de la punta del dispositivo en tiempo real por lo que nada más finalizar la técnica, se puede hacer uso del dispositivo. Está técnica se puede aplicar a todos los pacientes en los que se pueda identificar la onda P en el electrocardiograma (ECG).

Resultados/Intervenciones

La técnica del electrodo intracavitario para determinar la posición correcta de la punta del PICC es una técnica validada y ampliamente utilizada en otras unidades de enfermería. La variante de esta técnica respecto a la canalización del PICC estándar es la conexión de la guia metálica del PICC al monitor de ECG mediante un cable estéril para poder visualizar los cambios en la onda P. El protocolo contempla realizar radiografia de torax simultaneamente hasta que comprobemos que realizamos la técnica de manera fiable.

Conclusiones

Esta técnica permite disminuir tiempos de intervención, gasto sanitario y aumenta la seguridad del paciente.

Palabras clave

Intracavitary electrocardiogram • Peripherally inserted central catheters

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 277

NECESIDADES DE CUIDADO ESPIRITUAL EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Laura Yolanda Pagola López[1]; MMA. Andrade[1]; AJM. Abarca[2]; GV. Salvador[3]; CKY. Medina[1]; CAS. Medina[1]
1. Instituto Politécnico Nacional; 2. Universidad Nacional de San Agustín Arequipa; 3. Universidad Autonoma del Estado de México

Objetivos/Introducción

El cuidado espiritual va más allá de lo religioso, puede ir desde la religión hasta lo metafísico de la persona, es decir, la esencia, la trascendencia, el alma en sí. Los profesionales de enfermería siempre se han caracterizado por dar cuidado en todas las dimensiones del ser humano física, social, psicológica y espiritual, muchas veces esta última la más olvidada, de ahí la importancia de conocer las necesidades que hay en esta esfera del ser humano. El objetivo de este trabajo de investigación fue analizar las necesidades de cuidado espiritual que precisa una persona adulta hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo, método fenomenología, realizado en cinco unidades de cuidados intensivos en Hospitales de la Ciudad de México, se efectuaron entrevistas a profundidad a 13 sujetos de estudio hospitalizados en la terapia intermedia. El estudio se realizó de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación y bajo principios ético. Se utilizaron criterios de rigor en investigación cualitativa: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvieron cuatro categorías: Necesidad de reencontrase, Necesidad de perdonarse, Necesidad de ayuda espiritual y Necesidad de trascender. Estas cuatro categorias se engloban en un todo que es el ser humano y de donde parten las necesidadesque se tienen en tiempos de crisis como lo es una enfermedad. Heidegger afirma que el reencontrase es algo cotidiano y la espiritualidad es una perspectiva interna del ser, el personal de enfermería aporta cuidado para lograr cubrir estas necesidades.

Conclusiones

El cuidado espiritual es igual de importante que las otras dimensiones del ser humano, cuando se brinda cuidado en esta dimensión la persona siente mejoría y acompañamiemto por el personal profesional de enfermería. El reto es capacitar a los profesionales de enfermería para dar el cuidado en esta dimensión y este sea verdaderamente holístico.

Financiación

Proyecto financiado en el 2020 por el instituto Politécnico Nacional

Palabras clave

Cuidado espiritual • Enfermería • Necesidades de cuidado espiritual

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 280

PROTOCOLO DE TORACOTOMIA DE RESUCITACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TRAUMA

Cornejo Bauer Clara; C. Mudarra Reche; A. Eixeres Esteve; M. Chico Fernández; S. Bermejo Aznarez; A. Sánchez Castillo; MA. Murillo Pérez
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La toracotomía de resucitación es un proceso caótico, complejo con baja incidencia aunque con importante factor pronóstico de supervivencia y de recuperación neurológica. A pesar de ello, es necesario mantener la resucitación transversal de la atención inicial al trauma pudiéndose desarrollar en diferentes escenarios clínico.

OBJETIVOS:

· Estandarizar el procedimiento de toracotomía de emergencia en pacientes con trauma grave en cuanto a recursos, distribución y roles del equipo.
· Identificar los pacientes con trauma torácico que son subsidiarios de beneficiarse de dicho procedimiento.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cochrane, utilizando los términos: critical care, trauma, trauma teams emergency, emergency deparment thoracotomy, resuscitative thoracotomy combinados con AND y OR 2006-2019. Se realizaron reuniones multidisciplinares del equipo investigador para desarrollar el protocolo. Se analizaron procedimientos de toracotomías reales mediante revisión de videograbación, estableciendo áreas de mejora con diagrama de flujo de tiempo y posterior simulación del procedimiento previo a su implementación en la Unidad.

Resultados/Intervenciones

Se determinaron los diferentes puntos del proceso como: son el criterio de activación, indicación, cambios de distribución de roles y la vía de acceso. Distribución del material según objetivos del procedimiento: apertura torácica, liberación del pericardio, reparación de lesiones cardiacas y torácicas así como clampaje aórtico. Esto requiere una preparación del material en varios pasos como es preparación del campo quirúrgico y la apertura torácica, caja de toracotomía, diferentes suturas y canalización de arteria femoral para optimización de la monitorización

Conclusiones

El empleo de un protocolo de esta técnica permite identificar aquellos pacientes que puedan beneficiarse así como organizar la atención asistencial según las prioridades tras identificar los puntos clave del procedimiento con el fin de mejorar la supervivencia. ALGORITMO Se analizarán mediante revisión de videograbación los pacientes atendidos según implantación de protocolo. Revisión anual del protocolo.

Palabras clave

toracotomía de emergencias • videograbación • equipo resucitación trauma • cuidados críticos • simulación

ID 293

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE, EL FAMILIAR Y ENFERMERÍA RESPECTO AL DIARIO DE UCI EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Laura Bosch Martínez; G. Rodríguez; R. González-Urria; S. Andrés; AM. Lafuente; A. Farré; M. León; L. Salvador; I. Carmona; P. Castro
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

Un 30-50% de los supervivientes al ingreso en UCI presentan el Síndrome de Cuidados Post UCI (PICS). Una estrategia para disminuir las consecuencias psicológicas del PICS es el diario de UCI. Ideado en los países nórdicos, enfermería y los familiares narran el día a día del paciente dirigiéndose a él, aportando también fotografías. La experiencia del diario en España es muy limitada. El objetivo de este estudio es conocer la opinión de enfermería, pacientes y familiares sobre esta herramienta durante un estudio piloto. Resulta importante tener esta información, pues conocer sus opiniones es fundamental para determinar barreras de implementación y puntos de mejora.

Metodología/Observación clínica

Estudio piloto llevado a cabo durante 15 semanas. La muestra de pacientes fue de conveniencia y no probabilística. Para conocer la percepción de los tres grupos se entregaron cuestionarios. Los datos recogidos se sometieron a un análisis descriptivo y bivariante. El comité de ética asistencial aprobó la toma de fotografías de los pacientes previo consentimiento explícito y el Comité de Ética de Investigación aprobó el protocolo.

Resultados/Intervenciones

Se diseñó un diario en formato papel. Se incluyeron 8 pacientes, de los cuales 3 murieron. Se escribieron 8 diarios y en 6 se insertaron fotografías. La mayoría de los pacientes leyó el diario al alta de la UCI, todavía en el Hospital. Se entregaron cuestionarios a 35 enfermeros, 9 familiares y 6 pacientes. Un 83% de enfermeras consideró que el diario se podría implementar en un futuro, a un 83% de pacientes les gustó leer un diario que se basara en el día a día y a un 89% de los familiares les ayudó a expresar sus pensamientos y emociones.

Conclusiones

La satisfacción del personal de enfermería, pacientes y, sobre todo, familiares con el diario fue en general positiva.

Financiación

Financiado por parte de la investigadora principal

Palabras clave

Diario de UCI • Unidad de Cuidados Intensivos • Percepción • PICS

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 295

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO VERSUS OTROS SISTEMAS DE OXIGENOTERAPIA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Elena Alfageme Sastre[1]; P. Miguel Gómez[1]; M. García Casares[1]; L. Corrionero Martin[1]; M. González Cebrián[1]; B. Pérez Montejo[1]; B. Benéitez Turrión[1]; S. Pascual Sánchez[2]

1. Hospital Clínico Universitario de Salamanca; 2. Centro de Salud María Auxiliadora de Madrid

Objetivos/Introducción

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es una terapia efectiva en pacientes con altos requerimientos de oxígeno y en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Su uso en unidades de cuidados críticos es cada vez más habitual. Nuestro objetivo con la realización de este trabajo es el de comparar este dispositivo con el resto de sistemas de oxigenoterapia.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de artículos científicos de las principales bases de datos.

Resultados/Intervenciones

Los dispositivos de oxigenoterapia convencional (mascarilla venturi o gafas nasales) se distinguen de la OAF:

- Estos suministran un gas que alcanza un flujo máximo de 15 litros por minuto (lpm) y unas condiciones óptimas de humedad y temperatura. La OAF administra flujos eficaces de 50-60 lpm proporcionando una fracción inspirada de oxígeno (FiO2) continua de 21 a 100%, con una temperatura y humedad óptimas.
- La oxigenoterapia convencional proporciona un pico de flujo inspiratorio (PFI) inferior al originado por el paciente, generando una dilución del oxígeno administrado con el medio ambiente y proporcionando una FiO2 errónea. En cambio, la OAF proporciona un flujo continuo que permite administrar una FiO2 más real y controlada.
- La OAF genera presión positiva produciendo una redistribución del líquido alveolar y reclutando alveolos.

Respecto a la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), las diferencias encontradas son:

- La VMNI aporta una presión positiva al final de las espiración (PEEP) más controlada que con la OAF.
- Las interfaces usadas con la OAF son mejor toleradas por los pacientes que las usadas con la VMNI.

Conclusiones

La OAF se presenta como una terapia más eficaz en pacientes con IRA que la oxigenoterapia convencional. La OAF proporciona una mejor tolerancia por el paciente que la VMNI, pero no permite controlar ni regular los niveles de PEEP. El dispositivo de OAF es de fácil uso y aplicación por el personal de enfermería.

Palabras clave

OAF • VMNI • Oxigenoterapia convencional • IRA

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 297

PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS ANTE LA TÉCNICA ECOGUIADA DE INSERCIÓN DEL PICC EN LA UCI

RL. Escobedo; M. Marraco; M. Echamendi; B. Lorente
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

El catéter central de acceso periférico (PICC) es una opción que tiene mucha relevancia en las unidades de cuidados intensivos (UCI), gracias a las ventajas que posee frente a otros catéteres venosos centrales (CVC). La incorporación del ecógrafo, posibilita la inserción en las que los pacientes estarían abocados a un abordaje central y disminuye el riesgo de trombosis. El objetivo de este estudio es conocer cómo se sienten las enfermeras de la unidad ante la técnica eco-guiada de inserción del PICC en cuanto a seguridad y destreza y cómo de integrados están algunos pasos del protocolo.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Muestra: Personal de enfermería de la UCI-A del Complejo Hospitalario de Navarra. 108 enfermeras. Recogida y tratamiento de datos: Encuesta vía “google forms”. Spss.

Resultados/Intervenciones

La mitad de las encuestadas ha cogido menos de 10 PICC con éxito, con o sin ecógrafo, el 30,6% más de 20. Solo el 26,8% declara una práctica de un 7/10 con el ecógrafo. La nota media ha sido 5,14. La mitad indica 5 o menos en la práctica con el ecógrafo, de las cuales, solo el 32,3% afirma una práctica de 7/10 o más en la técnica sin el ecógrafo. El 44,44% usa el ecógrafo como primera opción siempre o casi siempre, pero el 75% no siente que el ecógrafo le dificulte la inserción. El 62,9% declara no medir nunca o casi nunca el diámetro de la vena que va a canalizar y el 64,8% no comprueba nunca o casi nunca que la guía esté en la luz del vaso antes de insertar el catéter.

Conclusiones

Existe personal con experiencia acostumbrado a realizar la inserción sin ecógrafo. Además hay bastante personal con poca experiencia que necesita más formación en la técnica eco-guiada. Este estudio muestra que todavía nos queda recorrido para terminar de implantar la técnica en nuestra UCI.

Palabras clave

ecografía • catéter venoso central de inserción periférica • enfermeria • técnica

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 300

PROGRAMA DE COMUNICACIÓN PARA FAMILIAS UCI COVID

Maria Delicias Quintana Estellés; E. Morales; P. Sanz; LF. Carrasco; I. Zaragoza; E. de la Vera; I. Bautista; C. Sánchez; JC. Montejo
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La crisis sanitaria causada por la COVID-19 ha interrumpido el régimen de visitas y la flexibilización horaria en nuestras unidades de cuidados intensivos (UCI), impidiendo el acceso y contacto directo de familiares. Por ello, el personal sanitario ha de adaptar esta necesidad, facilitando soporte en el cuidado psicosocial a pacientes y familias. **OBJETIVO:** Diseñar y analizar un programa de comunicación mediante e-mail entre familiares y pacientes ingresados por COVID-19 durante la primera y segunda ola de la pandemia.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, transversal. Llevado a cabo en dos periodos: Marzo-Mayo y Septiembre-Diciembre en dos UCI de hospital terciario: Polivalente/Cardiológica. Se incluyen todos los correos electrónicos recibidos de los familiares ingresados objeto de estudio. Todos los correos son contestados por un profesional del grupo de Humanización. Se clasifican en función de: sexo del emisor, intención, documento adjunto, agradecimiento. Además, se recogen variables de parentesco con el paciente. Finalmente, se realiza análisis desde un punto de vista psicosocial en función del contenido. Los mails comunes de agradecimiento son trasladados al personal de cuidados intensivos.

Resultados/Intervenciones

El 100% de los pacientes ingresaron por neumonía SARS-CoV-2. Se recibieron un total de 788 emails: 551 en primer período y 237 en segundo. La mayoría mujeres con parentesco de mujer o hija. En el 85,78% la intención es enviar mensaje directo al familiar ingresado. Los documentos enviados fueron: cartas 34,77%, audios 40,48% y videos 8,12%. Además, el 40,98% de ellos adjunta agradecimiento a profesionales, así como a la nueva estrategia de comunicación.

Conclusiones

La nueva metodología de comunicación adaptada a la imposibilidad de presencia en la UCI tuvo buena respuesta por parte de los familiares. Los resultados muestran que resultó ser una iniciativa positiva debido al elevado número de agradecimientos, favoreciendo el cuidado en su dimensión más integral y humana.

Palabras clave

COVID • familias • email • humanización • UCI

ID 305

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA PROGRAMACIÓN Y LA ACTUACIÓN FRENTE A LAS ALARMAS DEL MONITOR Y DEL VENTILADOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Gerard Rodriguez Cañabate; L. Bosch; AM. Lafuente; I. Carmona; P. Castro
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

El error médico es una de las principales causas de muerte. El mal manejo de la tecnología es también un riesgo para la seguridad del paciente. Una programación deficiente de las alarmas del monitor y del ventilador puede conllevar a eventos adversos y/o muerte. Además, el hecho de que suenen alarmas no relevantes también es un riesgo para la seguridad del paciente. El objetivo de este estudio es valorar el efecto de una formación educativa sobre la programación de alarmas en la monitorización y de ventilación en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional transversal en dos tiempos en el que se ha evaluado antes y después de una intervención educativa la programación y el número de las alarmas del monitor, del ventilador y el manejo de éstas al inicio y final de los diferentes turnos de enfermería en una UCI. El estudio se realizó durante 5 semanas: 2 semanas para la valoración del estado basal de las alarmas, 1 semana para la intervención educativa y 2 semanas para la valoración posterior. Los datos recogidos se sometieron a un análisis descriptivo y bivariante. La intervención educativa consistió en una sesión de 15 minutos dentro del mismo turno donde se explicaba como reducir las alarmas estériles y como programarlas para un ambiente seguro para el profesional y el paciente.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron antes y después de la intervención la programación de 2307 alarmas asociadas a la monitorización y 1253 asociadas al ventilador y 1892 alarmas de monitorización y 836 del ventilador, respectivamente. La intervención se asoció a una mejoría en la programación de la mayoría de las alarmas analizadas. Sin embargo, se produjo un aumento en el número total de alarmas que sonaban.

Conclusiones

Una intervención educativa, puede mejorar la programación de las alarmas de monitorización y ventilación en una UCI.

Financiación

La financiación fue a cargo del investigador principal

Palabras clave

Alarmas monitorización • Alarmas ventilación • Unidad de Cuidados Intensivos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 306

DESCRIPCIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA FORMATIVO MANIOBRA DE DECÚBITO PRONO EN PACIENTE CONSCIENTE NO INTUBADO CON COVID-19 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

Elena Botillo; L. Largo; S. Lema; F. Gil; E. Veyrunes; G. Martínez; C. Díez; L. Fernández; O. Romo; J. Aboitiz
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos/Introducción

Previo a la pandemia por SARS-CoV-2, el posicionamiento de pacientes en decúbito prono (DP) era una maniobra utilizada exclusivamente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para pacientes con hipoxemia refractaria causada por síndrome de distrés respiratorio agudo. Desde marzo del 2020, se ha incrementado su uso fuera de las UCI, como en urgencias y hospitalización. El presente trabajo pretende describir el desarrollo y puesta en marcha de un programa formativo en nuestro hospital de la maniobra de decúbito prono en paciente consciente no intubado con Covid-19 fuera de las UCI, extensible a residencias del área sanitaria, con el objetivo de unificar dicha maniobra.

Metodología/Observación clínica

Se forma un grupo de trabajo interprofesional de distintas unidades para desarrollar el procedimiento, utilizando el protocolo de DP descrito en la UCI. También se unifican las maniobras de posiciones alternativas como el semiprono y el decúbito lateral.Se establece un programa formativo de 38 ediciones de 2h de duración para la formación de equipos interprofesionales de urgencias, hospitalización y 4 residencias del área sanitaria.Se desarrolla un póster y vídeos como ayudas cognitivas que se reparten en las unidades.

Resultados/Intervenciones

Se forma a 263 trabajadores del hospital y 17 de residencias.El 77.8% de los asistentes consideraron que la utilidad de lo aprendido en el curso era excelente y el 18.9% la consideran muy buena. El 71.63 % de los asistentes consideraron los contenidos excelentes y el 24% muy bueno.

Conclusiones

Después de lo vivido durante la primera ola de la pandemia, esta actividad formativa era necesaria y ha sido demostrado por la acogida entre los asistentes. El desarrollo de esta formación también ha ayudado a repasar los cambios posturales entre las distintas posiciones (prono, semiprono, decúbito lateral).Es una maniobra fácil de realizar con un mínimo entrenamiento y mínimos recursos que provoca una mejora en la calidad asistencial.

Palabras clave

Prono • paciente consciente • no intubado

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 316

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE FAMILIARES DE PACIENTES DE LARGA DURACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

Gema Tenor Salas; MJ. Álvarez Martín; G. LLanes Fernández de la Cueva; C. Roque Senna; MJ. González Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos(UCI) somete a los miembros de su familia a una situación difícil, frecuentemente inesperada, que provoca un cambio de los patrones de relación habituales y que requieren adaptación. Con frecuencia se aprecia la aparición de altos niveles de ansiedad y de nuevas necesidades.

OBJETIVOS:

· Detectar las necesidades de los familiares de pacientes de larga duración.
· Describir los aspectos positivos encontrados por los familiares durante la estancia en UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo realizado durante el mes de Marzo de 2019 en el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (26 camas) La recogida de información: entrevistas en profundidad.Criterio se inclusión:< 90 días.La enfermera fija de mañana es la encargada de la recogida de datos. Analisís cualitativo: Atlas.Ti.

Resultados/Intervenciones

Se realizarón 5 entrevistas.Variables demográficas: Conyuge (60%), hijos (40% restante). En el 60 % de los casos habían permanecido en el hospital desde el ingreso de su familiar.Las necesidades detectadas se clasifican en las siguientes categorias: Apoyo psicológico (60%), mayor información(80%),acogida temprana(40%), aumento de visitas(60%), Compartir experiencias(80%) y mejora en infraestructuras(60%)

Conclusiones

Todas las categorías del estudio están relacionadas entre sí, tras su análisis se percibe la necesidad de apoyo en estos momentos tan difíciles (ofrecido por los propios compañeros familiares y por los profesionales de la unidad),la información detallada (tanto del funcionamiento de la UCI como del paciente) y algunas mejoras en las infraestructuras. En definitiva, una asistencia más humanizada.Tras este estudio se han implantado como áreas de mejora: información enfermera a pie de cama, lo que ha permitido un trato mas individualizado y la ampliación de una visita más ; se está valorando la necesidad de un plan de acogida temprana.

Palabras clave

Familia • Necesidades • Enfermería • Información

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 319

PERSPECTIVA FAMILIAR DE LA INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA A PIE DE CAMA

Gema Tenor salas; G. Llanes Fernández de la Cueva; N. Herrezuelo Bermejo; L. Bandera Tenor; MJ. González Suárez
Hospital Universitario Juan ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

Los familiares constituyen un pilar fundamental en el proceso de la enfermedad y en el cuidado del paciente crítico. La información de enfermería a los familiares es una práctica habitual en nuestra UCI a la vez que necesaria,desde el mes de abril en nuestra unidad esta información se realiza a pie de cama por su enfermera referente. **OBJETIVOS:** Valorar la opinión de los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad tras implantación de un nuevo modelo de información enfermera.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo realizado mediante entrevistas en profundidad a familiares de pacientes críticos, durante el mes de diciembre de 2019 en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva (26 camas).

Resultados/Intervenciones

Se realizaron entrevistas en profundidad a familiares hasta conseguir la saturación de la información, en total se analizaron 6 discursos que reportaron las siguientes categorías:

· Contacto físico (100% de los discursos): ”Puedo entrar, verle, darle un beso... eso no hay palabras que lo compensen”.
· Humanidad (66,6%): “Estoy pasando por un mal momento y ayuda mucho una cara amable, una sonrisa “
· Información pertinente (50%): “Me explica todo con paciencia porque de los tecnicismos no me entero y él le da todas las vueltas necesarias a la información hasta que consigue llegarme”
· Tranquilidad(83,3%): “En cuanto la ves, todo es paz “ Como categorías poco frecuentes pero relevantes destaca:
· Intimidad
· Posibilidad de ayuda en los cuidados: “Tenía fiebre y le iban a poner paños fríos, colaboré en esa tarea y de verdad que me encantó”

Conclusiones

Los familiares valoran muy positivamente la información de enfermería en el box del paciente, les aporta mucha tranquilidad el poder tener un contacto físico con su familiar. En nuestra unidad, con esta nueva forma de información se ha conseguido humanizar un poco más la asistencia sanitaria, por lo que consideramos que es una práctica adecuada y pertinente.

Palabras clave

Información • Atención familias

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 322

¿CÓMO PREFIEREN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA INFORMAR A LA FAMILIA ?

Gema Tenor Salas; G. LLanes Fernández de la Cueva; R. Cossi Magaña; FJ. Fernández Gómez; MJ. González Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

La información de enfermería que se brinda a la familia, es una práctica habitual en nuestra Unidad. Hasta Abril de 2019, era la enfermera fija de mañana la encargada (sala adjunta), a partir de esa fecha, se propone un método diferente; es su enfermera referente y a pie de cama. Este cambio ha supuesto una asistencia mas humanizada, siendo manifestada por los familiares como muy positiva. **OBJETIVO:** Conocer la opinión y grado de satisfacción de los profesionales sobre el nuevo modelo de información de enfermera.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en la UCI del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, durante el mes de diciembre de 2019 (tras 8 meses de instauración del nuevo modelo). Instrumento: encuesta anómina de preguntas abiertas, selección multiple y tipo Likert (5 máxima puntuación y 1 mínima)

Resultados/Intervenciones

Se obtuvieron 59 respuestas (67,04%). de las cuales el 83,1% fueron mujeres, el 45,8% con un rango de de edad de 41-50 años y con experiencia profesional mayor de 3 años (59,3%). El 78% de los encuestados fueron diplomados en enfermería. El 96,6% considera más adecuada esta nueva forma de informar y el 93,1% piensa que es mejor recibida por la familia. Puntuaciones medias obtenidas: Información necesaria(4,54) y adecuada(4,35). Satisfacción general(4,53). Organización y dinámica de trabajo(3,93) Los profesionales refieren que supone una tranquilidad para la familia(98,3%), además piensan que se favorece el contacto familia/profesionales (78%) y se humaniza la asistencia(69,5%). Como áreas de mejora manifiestan: - Formación en habilidades de comunicación. - Estructurar la forma de dar la información para unificarla. - Estudiar la posibilidad de que la información la realice el profesional que termina su turno.

Conclusiones

El nuevo modelo implantado genera un alto grado de satisfacción en nuestros profesionales, favorece la relación familia/paciente/profesional aunque es necesario incorporar áreas de mejora (formación, unificación de la información..)

ID 323

PERFIL DEL PACIENTE CON RESTRICCIÓN FÍSICA. UNA PRÁCTICA ENFERMERA FRECUENTE

Gema Tenor Salas; M. Vargas Sánchez; MJ. García Martínez; A. Díez Suárez; G. LLanes Fernández de la Cueva; MJ. González Suárez; MA. Rodríguez Cano
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

La contención mecánica es un procedimiento utilizado para restringir la movilidad de un paciente usando dispositivos adecuados con el fin de evitar que se produzcan daños al propio enfermo, a terceras personas y/o al entorno y cuando hayan fracasado otras medidas alternativas como la contención verbal y la farmacológica.El personal sanitario que trabaja en UCI cree que el uso de las restricciones físicas son necesarias para prevenir eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.OBJETIVOS-Determinar la prevalencia de contenciones en nuestra unidad -Describir el perfil del paciente con contención mecánica.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional propectivo realizado durante el mes de diciembre de 2109 en UCI del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (26 camas) Recogida de datos: observación directa, cumplimentación de check-list y revisión de registros. Variables: presencia contención, registro, prescripción, estado vigilia/alerta (RASS) y dolor (EVA/ESCID)

Resultados/Intervenciones

Se realizan 142 observaciones, el 12,7% presentan restricción física de miembros superiores. En el 27,7 % había registro de la presencia restricción en incidencias de enfermería.En el 100 % de los casos no hay prescripción médica. El 61,11 % presentan desviación del estado alerta/ vigilia (el 81,81% por algún grado de agitación y el 18,18% por sedación). El 38,88% presentan dolor en algún grado.Las principales observaciones descritas son: “paciente desorientado, poco colaborador” y “por seguridad del paciente”.

Conclusiones

En nuestra unidad no existe ni registro específico ni protocolo para el uso de contenciones. A pesar de que la indicación de la restricción es competencia del médico,en nuestra unidad no es una práctica habitual su prescripción ni la solicitud del consentimiento al paciente o familiar.Es necesario desarrollar un protocolo de actuación y vigilancia continua del paciente, revaluando de manera frecuente las necesidades.Su uso debe limitarse y justificarse, siendo necesario que los profesionales estén formados y entrenados en el uso de las restricciones y tener claras las normativas y protocolos de actuación.

ID 328

PRIMEROS PASOS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN EN LA UCI DE LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL (ASCS)

M. de Miguel Luken; M. Luque Cívico; C. Martín Báez; MJ. Mairena Valdenebro; R. Torres López; SM. García Fernández; LM. Pérez Pelaez; A. Ortega Guerrero; M. Enríquez de Luna
ASCS

Objetivos/Introducción

Los avances científicos y tecnológicos no sólo traen como consecuencia un considerableaumento de la esperanza de vida sino también una"cosificación" del paciente, que repercute enuna deshumanización de la asistencia sanitaria[1]. Humanizar la asistencia significa hacerladigna del ser humano y coherente, por tanto, con los valores que él siente.Nuestra UCI quiere participar en este cambio de paradigma y para ello crea un grupo detrabajo multidisciplinar con el objetivo de analizar, debatir y proponer medidas encaminadas aHumanizar nuestra asistencia.

Metodología/Observación clínica

En Abril de 2019 se crea el grupo "Humanización de la UCI de la ASCS", formado por 7enfermeros y 1 facultativo, que analizan el documento "Manual de buenas prácticas de HU-CI"[2]. De las 159 buenas prácticas que propone el manual, se seleccionan 11 que fueran sencillas y debajo coste económico. Son englobadas en diferentes áreas: UCI de puertas abiertas/Comunicación equipo-familia-paciente/Bienestar del paciente/Cuidados al profesional/Síndrome post Cuidados Intensivos/Cuidados al final de la vida/Infraestructura humanizada. Posteriormente seplasman en un documento presentado en sesión con los responsables de unidad en Mayode 2019.

Resultados/Intervenciones

El grupo de trabajo consideró como idóneas las siguientes buenas prácticas:
· Briefings de seguridad con participación del facultativo.
· Inclusión de la enfermera en la información a familiares.
· Sistemas alternativos-aumentativos en pacientes con pérdida temporal de capacidad verbal.
· Elaboración de protocolo:manejo del delirium.
· Plan de movilización precoz con implicación de familiares.
· Dispositivos tecnológicos que faciliten momentos de ocio al paciente.
· Evaluación de burt out de nuestros profesionales.
· Mejora del confort de la sala de espera.
· Elaboración de encuesta:conocer la percepción de los profesionales(noviembre 2019).
· Sensibilización del equipo mediante formación por un experto (Febrero 2020).
· Formación en acompañamiento y aspectos bioéticos.

Conclusiones

La UCI de la ASCS decide adquirir un compromiso para desarrollar el proyecto dehumanización y el primer paso es ampliar el horario de visitas de los familiares a partir de Marzo 2020.

Financiación

El estudio no precisa financión por parte de la ASCS.

Palabras clave

UCI • Humanización

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 332

COMPLICACIONES DE LA POSICIÓN DECÚBITO PRONO (DP) EN PACIENTES COVID-19 CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIA AGUDO (SDRA) Y VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI)

Saúl García González; S. Blanco Abril; E. Jiménez García; E. Barja Martínez
Hospital Universitario de Móstoles

Objetivos/Introducción

Identificar las complicaciones que produce la posición DP en pacientes con SDRA moderado/severo por COVID-19 tratados con VMI en nuestra unidad. Evaluar la calidad de esta intervención tomando como referencia el indicador de calidad existente sobre la presencia de úlceras por presión en DP. En los pacientes con SDRA grave sometidos a ventilación mecánica invasiva refractarios al tratamiento utilizado, se recomienda la ventilación en posición DP con objeto de mejorar la relación ventilación /perfusión y la oxigenación. La pronación del paciente es una estrategia que entraña tanto beneficios como riesgos. Una de las complicaciones que se observa con mayor frecuencia tras esta maniobra es la aparición de úlceras por presión. Existen indicadores de proceso de calidad asistencial sobre este tipo de complicaciones.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo realizado en la UCI del Hospital Universitario de Móstoles entre Marzo y Abril de 2020, a pacientes >18 años diagnosticados de SDRA moderado/severo, según criterios de Berlín, por COVID-19. Variables: demográficas, IMC, gravedad, estancia, días VMI, número y hora de sesiones en DP, cargas de trabajo, lesiones y eventos adversos. Estadística descriptiva básica: media (desviación estándar), mediana (rango intercuartílico) o porcentaje (intervalo de confianza del 95%). Chi-cuadrado de Pearson. Calculo de tasa de UPP en DP por 1000 días de VMI.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 139 pronos en 63 pacientes, con duración mediana de 22 horas y mediana de 11 días de VMI. Como complicaciones más relevantes: inestabilidad hemodinámica (5.5%), desaturación (5.8%), obstrucción vía respiratoria (13.7%), vómitos (15.8%) y desplazamiento/retirada accidental de la vía aérea artificial (1.4%). La tasa de UPP por 1000 días de VMI fue de 77.9.

Conclusiones

Las complicaciones encontradas son similares a las descritas en la literatura. La tasa de UPP supera los estándares de calidad. Es necesario trabajar en la planificación de actividades y cuidados para prevenir lesiones y eventos adversos.

Palabras clave

Decúbito prono • complicaciones • úlceras por presión.

sigue –>

	HUM 2020 (n=139)	Curley MA. Am j Crit. Care 1999 (n=240)	Taccone P. JAMA 2009 (n=342)
Inestabilidad Hemodinámica (hta y/o arritmias)	5.5%	1.1%	72%
Desaturación	5.8%	0.3%	64%
Obstrucción Vía respiratoria	13.7%	0.1%	51%
Vómitos	15.8%	-	29%
Pérdida Acceso Venoso	0%	0.1%	16%
Desplazamiento TOT/ Extubaciones inesperadas	1.4%	0.4%	11%

	HUM 2020	Indicador de Calidad (SEMICYUC) [2011-2017]
UPP en Prono (por 1000 días VMI)	77.9	<15

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 333

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LAS UCI COVID EN RELACIÓN A SU ROL PROFESIONAL Y SU SEGURIDAD PERSONAL

Laura Vidal Tarrasón; E. Gallart Vive; R. Tabernero Gallego; EM. Tauste Rubio; P. Giron Espot
Hospital Universitario Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

La pandemia del COVID conllevó un reto a nivel asistencial y logístico sin precedentes. Una vez superada la primera ola, se planteó este proyecto con el objetivo de explorar la percepción de los profesionales, enfermeras y técnicos en cuidados de enfermería, que habían trabajado en las UCI COVID en relación con su rol profesional y su seguridad personal.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, transversal realizado en un hospital terciario entre julio y agosto de 2020 a profesionales de las UCIS COVID. Encuesta anónima con 100 preguntas cerradas y 1 abierta. 14 preguntas eran escalas Likert con puntuación de 1 a 5. Variables cualitativas: frecuencias y porcentajes para cada categoría. Variables cuantitativas: media y desviación estándar o mediana, mínimo y máximo según normalidad. Estudio fue aprobado por el CEIC.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvieron 340 encuestas (participación: 56,6%). 223 (65%) no trabajó con su equipo habitual y de ellos 93 (27,4%) creían que este hecho supuso dificultades para el funcionamiento de la UCI. La percepción de seguridad del EPI obtuvo una media de 3.2 (DE=1) y la de incomodidad de 4,4 (DE=0,7) puntos.En relación a la experiencia del cuidado al final de vida: 213 (62,6%) la tenían previa, 99 (29,1%) puntualmente y 28 (8,2%) nunca. El nivel de ansiedad fue de 2,6 (DE=1,2). El 90% de los profesionales refirió haber vivido la experiencia global con estrés. Los aspectos que más preocuparon fueron la realización de test PCR y miedo a la falta de EPIS y material. Creyeron que la comunicación familia-paciente podía ser mejorable 269 (77,9%) profesionales.

Conclusiones

La adaptación de los profesionales fue buena a nivel personal y profesional, la percepción de seguridad fue aceptable aunque el grado de estrés y ansiedad percibidos fueron elevados.Los profesionales identificaron como áreas de mejora la comunicación con la familia, la implantación de PCR rutinarios y la gestión del material.

Palabras clave

COVID • percepciones profesionales • seguridad • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 336

EL PACIENTE CRÍTICO CON COVID 19: UN RETO PARA LA ENFERMERÍA INTENSIVA

RL. Escobedo; A. Echarte; B. Palacios; R. Salinas; R. Rincón

Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

El paciente con Covid-19 en UCI presenta una alta carga de trabajo de enfermería, que sumado al aumento de personal no formado, hace plantearse la necesidad de estandarizar un proceso de atención de enfermería(PAE). El objetivo del PAE es, por tanto, mejorar la planificación enfermera disminuyendo el tiempo de exposición al virus del personal de enfermería, especialmente del menos entrenado.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en “Pubmed” para conocer la evidencia más actualizada sobre cuidados de enfermería del paciente crítico con Covid-19. Para elaborar el plan se ha utilizado la herramienta “NNN consult”. El caso clínico es un paciente con Covid-19 fase III conectado a ventilación mecánica invasiva, en terapia de prono, sedoanalgesiado y relajado, con insuficiencia renal e hiperglucemia de estrés.

Resultados/Intervenciones

Se adjunta tabla con valoración. Los diagnósticos principales que se desarrollan en el plan son: Diagnósticos de riesgo: Riesgo de infección. Riesgo de lesión corneal. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. Riesgo de aspiración. Riesgo de nivel de glucemia inestable. Riesgo de desequilibrio electrolítico. Riesgo de úlceras por presión. Riesgo de síndrome de desuso. Riesgo de shock. Diagnósticos reales: Hipertermia. Deterioro de la integridad de la mucosa oral. Motilidad gastrointestinal disfuncional. Deterioro del intercambio de gases. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Dolor agudo. Deterioro de comunicación verbal. Interrupción de los procesos familiares. Sufrimiento espiritual.

Conclusiones

Estos pacientes son frecuentemente sometidos a terapia de prono, que conlleva un aumento del riesgo de úlceras por presión. Se debe cambiar la posición de los brazos y el cuello cada 2 horas manteniendo especial atención al tubo orotraqueal. Deben protegerse los empeines, dedos de los pies, rodillas, crestas ilíacas, hombros y cara. La nutrición enteral es el método de alimentación de elección en estos pacientes. Esta puede provocar complicaciones que deben ser supervisadas por enfermería: diarrea, vómitos, broncoaspiraciones e hiperglucemias. En ocasiones, estos pacientes no pueden recibir visitas por lo que se prestará especial atención al apoyo emocional del paciente y familia.

Palabras clave

Covid-19 • Cuidados de enfermería • Paciente crítico • Decúbito prono • Distrés respiratorio

sigue –>

PATRONES FUNCIONALES GORDON	Qué valora	Cómo se valora
PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD	Paciente sedoanalgesiado en el que no se puede valorar el manejo de su propia salud. Se valoran los riesgos: • Riesgo de lesión corneal • Riesgo de caídas • Riesgo de infección • Riesgo de perfusión tisular periférica	• Revisión ocular por turno • Revisión sedoanalgesia y dispositivos anti caída (alarma, barreras, altura cama) • Revisión aspecto dispositivos • Valoración perfusión periférica: pulsos periféricos, relleno capilar, temperatura y color extremidades.
NUTRICIONAL - METABÓLICO	Valoración de la piel Tolerancia paciente Vigilancia triper o hipoglucemia Vigilancia temperatura Balance hídrico	• Vigilancia piel por turno • Observación, palpación y auscultación del abdomen por turno • Drenaje de SNG a bolsa según protocolo • Glucemia c/6 horas(h) • Temperatura c/h o c/2h • Diuresis horaria y balance diario
ELIMINACIÓN	Vigilancia ritmo intestinal Debido a la relajación muscular y la inmovilización, estos pacientes tienden a no realizar deposición(DPS)	
ACTIVIDAD-EJERCICIO	Vigilancia signos vitales: FC, ECG, PA, FR Vigilancia patrón respiratorio Vigilancia tubo endotraqueal Vigilar alineación corporal	• Vigilancia activa de monitorización • Revisión de alarmas al inicio del turno y durante si precisa • Revisión parámetros VMI y alarmas, al inicio del turno y durante si precisa • Valorar secreciones, presión presuma, comisura tubo
COGNITIVO-PERCEPTIVO	Valorar nivel de dolor Valorar nivel de sedación óptima Valorar nivel de relajación muscular óptima	• Dolor: ESCID • Sedación: RASS y BIS (40-60) • Relajación: TOF (1-2/4)
ROL-RELACIONES	Valorar disponibilidad de visitas de la familia	Preguntar a la familia por necesidades, posible adaptación de horario, información telefónica...
AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA DEL ESTRÉS	Valorar adaptación de la familia a la situación	
VALORES-CREENCIAS	Valorar necesidad de apoyo espiritual de la familia	Ofrecer servicio religioso a la familia, si precisa

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 343

LA UCI MÁS ALLÁ DE LA UCI

Blanca Delgado Larrode; V. Hurtado
Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos/Introducción

Ante el desconcierto de la población adolescente en la lucha contra el COVID, preparamos unas charlas de concienciación para alumnos de un instituto.

Nuestros objetivos son:
· Acercar el trabajo de la enfermera de UCI.
· Dar a conocer las consecuencias de una estancia en UCI para un paciente y su familia.
· Informar del impacto de la pandemia a nivel profesional y sanitario.
· Concienciar de la importancia del cumplimiento de las normas de prevención.

Metodología/Observación clínica

Se hizo un estudio descriptivo transversal tras 20 charlas realizadas con una muestra de 240 alumnos de entre 13 y 17 años. En estas charlas se informó del trabajo que se realiza en una UCI, relatando casos reales e invitándolos a colocarse un EPI y vivir nuestra realidad. Se valoró el impacto de la intervención sobre los alumnos con una encuesta semiestructurada a través de Google Forms. Las variables estudiadas fueron:
· Edad
· Sexo
· Personas con quien conviven
· Conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias
· Conocimiento del trabajo en UCI
· Cumplimiento de las normas

De 480 alumnos contestaron 240.

Resultados/Intervenciones

Tasa de respuesta: 50.4% La muestra estaba compuesta por 116 niños y 124 niñas con una media de edad de 15 años. La mayoría de ellos viven con sus padres y hermanos. El 59.2% considera que conoce un poco el trabajo en UCI y el 50,2% no conocía las consecuencias del Covid. El 38.5% considera que tras la charla mejorará su conducta y el 94.2% que la pandemia afecta a todos independientemente de la edad.

Conclusiones

Se ha conseguido acercar el trabajo de la enfermera de UCI a la sociedad y una mayor implicación de los adolescentes en las medidas preventivas de la infección por Covid-19.

Palabras clave

Adolescencia • concienciación • COVID-19 • familia

ID 346

DONACIÓN EN ASISTOLIA CON PAN-ECMO MÓVIL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Jl. Torres González[1]; M. Pérez Redondo[2]; MI. Mateo Lumbreras[3]; S. Ramírez López[3]; D. Herrero Ferrero[3]; M. del Cerro Cid[3]; S. Saboya Sánchez[2]; L. Fernández Blanco[2]; GM. Martín Nuevo[2]; MA. Guerra Martínez[2]
1. Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes. SERMAS; 2. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda; 3. Hospital Universitario Clínico San Carlos

Objetivos/Introducción

Evaluar la eficacia y efectividad del equipo PAN-ECMO de la CM. Analizar la integración de la enfermera de UCI en el equipo PAN-ECMO.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo descriptivo multicéntrico, de abril 2017 a enero 2021. En octubre de 2018 se incorporan al equipo PAN-ECMO enfermeras de UCI de dos Hospitales de alta complejidad de la CM, tras criterios de selección y formación teórico-práctica específica. Se analizan los donantes tipo III de asistolia en todos los hospitales de la CM donde acude el equipo PAN-ECMO.Se recogieron variables sociodemográficas del donante y variables del proceso de donación. Se registraron en base de datos del programa excell.Las variables cuantitativas se expresan en media (desviación estándar) y las cualitativas en valor absoluto y porcentaje. Nivel de significación $p<0,05$. Programa estadístico SPSS 21.0

Resultados/Intervenciones

73 donantes con PAN-ECMO móvil, con media de 56 (±18) años y 10 (±7) días de estancia en UCI. Se trasladó el equipo a 14 Hospitales de la CM, siendo en el 57% su primer caso de DAC.Se han realizado 125 ofertas renales (86%), 64 hepáticas (89%) y 19 pulmonares (26%), implantándose el 78%, 52% y 58% respectivamente. En 12 donantes hubo complicaciones (16%), en las que el 58% sin poder comenzar la perfusión y en 8% por mal funcionamiento del ECMO. No pudo realizarse la donación en el 2,7% de los donantes.Las enfermeras del equipo PAN-ECMO han realizado 40 donantes (55%); de los que se han trasplantado 60 riñones (75%), 18 hígados (45%) y 7 pulmones (17,5%) de los órganos aceptados.

Conclusiones

La rentabilidad de la DAC en la CM con preservación PAN-ECMO del equipo móvil es buena. Este procedimiento permite que los Hospitales realicen su primer donante tipo III.Las enfermeras de UCI pueden integrarse en el equipo PAN-ECMO, manteniendo las cifras de órganos extraídos e implantados por este proceso.

Financiación

Este proyecto ha sido financiado en su inicio por la beca de la Fundación Mutua Madrileña.

ID 349

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA UCI DE LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL (ASCS) SOBRE FLEXIBILIZACIÓN DE HORARIOS DE VISITAS

MJ. Mairena Valdenebro; M. de Miguel Luken; M. Luque Cívico; C. Martín Báez; SM. García Fernández; R. Torres García; LM. Pérez Pelaez; A. Ortega Guerrero; M. Emriquez de Lun

ASCS

Objetivos/Introducción

En nuestra unidad mantenemos una política de visitas cerrada,establecida hace más de 20 años que no difiere de la habitual en el resto de España.El proyecto HU-CI ha puesto de manifiesto que la necesidad de proximidad de los familiares hacia nuestros pacientes críticos, se encuentra entre una de las más importantes. Igualmente numerosos documentos recomiendan una transacción hacia un sistema de visitas más flexible que facilite la implicación de los familiares en ciertos cuidados. Estos hechos nos han llevado a reflexionar sobre la necesidad de un cambio con respecto a la atención que prestamos a los familiares de los pacientes que atendemos. **OBJETIVO GENERAL:** Conocer la opinión de los profesionales de la UCI de la ASCS sobre el horario de visitas. **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Conocer si el personal sanitario estaría dispuesto a un cambio con respecto al horario de visita y la implicación familiar.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Tras revisión bibliográfica sobre Humanización de Cuidados, el grupo de trabajo de la UCI (7 enfermeros, 1 médico y la responsable de unidad) elabora una encuesta de 10 preguntas multirespuestas en formato oneline, diferenciándose 3 bloques: características demográficas de la muestra/conocimientos/expectativas sobre Humanización y sugerencias. El cuestionario fue enviado a 52 profesionales en Noviembre-Diciembre(2019), siendo el porcentaje de cumplimentación del 73%.

Resultados/Intervenciones

De los 38 profesionales encuestados el 26% son auxiliares, el 55% enfermeros y el 18% médicos, de los cuales el 73% cuenta con más de 10 años de experiencia en UCI. En relación al bloque de conocimientos y expectativas de los profesionales:

· 73%conoce el proyecto HUCI.
· 79%manifiesta querer formación.
· 82%aumentaría las visitas.
· 74%opina que la visita abierta beneficia a paciente/familia.
· 37% opina que veneficiaria a profesionales.

Conclusiones

Los resultados ponen de manifiesto que podría plantearse un cambio en el régimen de visitas y una mayor implicación de los familiares.

Financiación

El estudio no precisa financiación por parte de la ASCS

Palabras clave

UCI • Humanización • Visitas • Familiares

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 352

BARRERAS PARA LA MOVILIZACIÓN PRECOZ EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES

Maria Salamero Amorós; J. Valls Matarín; A. García Segura; N. Carrasco Rodríguez; M. Fernández Fernández; ML. Alvarado Panesso; J. Trenado Álvarez

Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), la movilización precoz (MP) se ha demostrado que es segura, factible y beneficiosa para el paciente ya que reduce los días de estancia, ventilación mecánica, la debilidad muscular adquirida y el delirium. No obstante, existen barreras para su implementación. Objetivo:Identificar los tipos de barreras percibidas por los profesionales sanitarios ante la movilización precoz del paciente en una UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal en una UCI polivalente de 12 camas en julio del 2019. Se utilizó la encuesta validada de Koo con 23 preguntas, previa adaptación transcultural (traducción y retraducción por 4 traductores). La población de estudio fueron médicos y personal de enfermería (enfermeras y auxiliares) (PE). Estadística descriptiva con frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados/Intervenciones

Se recogieron 56 encuestas (84%), el 25% eran médicos y el 75% PE. La principal barrera del paciente detectada fue la inestabilidad clínica con el 93%. A nivel del servicio fue la la existencia de órdenes de reposo al ingreso (46%) y la necesidad de ordenes médicas para movilizar (48%). Referente al equipo asistencial se obtuvo como barreras: la ratio de auxiliares con el 86%, fisioterapeutas con el 80% y de enfermeras con el 76%. Los profesionales también consideraron que los médicos intervienen en un 73% en la falta de comunicación del equipo, en un 75% en el retraso del inicio de la movilización y en un 71% en la falta de criterio homogéneo para la MP.

Conclusiones

La barrera más frecuente es la inestabilidad clínica del paciente seguida del ratio de personal para llevar a cabo la movilización. Detectar las barreras derivadas del servicio y del equipo asistencial ha permitido desarrollar un protocolo con estrategias dirigidas a mejorar su implementación de manera más eficaz.

Palabras clave

Movilización precoz • barreras • unidad de cuidados intensivos • enfermería

ID 353

CONOCIMIENTOS SOBRE EL PACIENTE CON TRAUMA GRAVE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN

Antonio Juan Reyes Recio; J. Guillén; D. Vega; L. Pérez; N. Matos; S. Guedes
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Objetivos/Introducción

El Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín carecía de un protocolo sobre atención a pacientes con Trauma Grave hasta Julio 2020. Tras su implantación, realizamos un estudio con el objetivo de analizar el conocimiento del mismo y los conocimientos teórico-prácticos acerca de la atención al paciente con Trauma Grave por parte de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo (n=47) mediante encuesta Ad-Hoc. Previo a la recogida de datos, obtuvimos la aprobación del Comité de Ética de la Investigación / Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEI/CEIm) de nuestro Hospital.

Resultados/Intervenciones

El 76,6% conocía la existencia del protocolo "Código Trauma", pero solo el 23,4% conocía su contenido. Vía aérea (A): error del 69,08% Ventilación (B): error del 39,13% Circulación (C): error del 12,77% Estado neurológico (D): error del 58,91% Exposición (E): error del 55,14%

Conclusiones

Un alto porcentaje de encuestadas sabía que existía el protocolo "Código Trauma", sin embargo, un porcentaje muy bajo conocía su contenido. Observamos un adecuado conocimiento teórico del paciente con Trauma Grave, pero detectamos carencias en el manejo práctico de las movilizaciones/inmovilizaciones más utilizadas en estos pacientes, así como también en el manejo práctico de la vía aérea y control cervical (A), la ventilación (B), la valoración del estado neurológico (D) y la valoración de la exposición (E) (algoritmo ABCDE del Advance Trauma Life Suport). Propuesta formativa al personal de enfermería, recomendamos: Sesiones formativas sobre el protocolo "Código Trauma", incidiendo en los criterios para definir a un paciente como politraumatizado y que enfermera es la responsable de la vía aérea en estos supuestos. Formación sobre atención inicial al paciente con Trauma Grave, con especial énfasis en el manejo de la vía aérea y control cervical, ventilación, valoración del estado neurológico y valoración de la exposición. Talleres de movilización e inmovilización de pacientes con Trauma Grave.

Palabras clave

Trauma Grave • Formación • Enfermería • Urgencias

Tipo de inmovilización	Identifican la imagen correctamente el:	Saben utilizarlo el:
Collarín cervical tipo Stifneck regulable	34,09%	61,30%
Collarín cervical tipo Philadelphia	61,70%	68,09%
Inmovilización tetracameral o Dama de Elche	93,62%	29,55%
Camilla de cuchara, de palas o tijera	95,56%	47,62%
Tabla espinal larga	86,36%	57,14%
Colchón de vacío	78,26%	28,89%

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 354

PANDEMIA, EXPERIENCIA Y ETNOGRAFÍA. LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Daniel Gómez Pérez; M. Sánchez Pozo; I. Peláez Ortega; M. Blanco Daza; C. Moñino Montero
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La pandemia del COVID-19 es uno de los acontecimientos sociales más extraordinarios del siglo XXI. En España, los distintos regímenes de "Estados de Alarma" han supuesto diferente limitaciones y cambios entre otras cosas de: la libertad de circulación de las personas, requisas temporales y prestaciones personales obligatorias y medidas de contención en diferentes ámbitos como el educativo, la actividad comercial o cultural. Esto ha supuesto, así mismo, una limitación en las actividades de investigación.

Metodología/Observación clínica

En primer lugar, pretende mostrar un estudio observacional descriptivo mediante revisión sobre la evidencia científica encontrada en Ciencias de la Salud (Pubmed, Embase, LILACS, Cuiden, CINHAL y Scielo) sobre qué es lo que se ha investigado desde una perspectiva cualitativa, qué técnicas se han utilizado y en qué contextos sociales. Por otro lado, exponer qué implicación ha tenido la explosión y el desarrollo de la pandemia para la investigación antropológica, cómo se han tenido que adaptar desde el diseño, las distintas aproximaciones al campo de estudio, los métodos y técnicas utilizadas y las principales limitaciones encontradas en la investigación durante este periodo.

Resultados/Intervenciones

Del total de publicaciones que se han realizado en el último año sobre el COVID-19, tan sólo un 9,27% fueron en el ámbito de los cuidados intensivos, y de estos solamente un 0,012% fueron estudios cualitativos. Los agentes sociales investigados fueron los profesionales en un 95% de los trabajos seguidos por las familias y las técnicas utilizadas fueron entrevistas/encuestas.

Conclusiones

La pandemia del COVID-19, ha supuesto también una restricción en el desarrollo de trabajos de investigación en el marco de los cuidados intensivos, a pesar de haber sido uno de los mayores protagonistas de esta crisis. Un inconveniente mayor además en la investigación cualitativa ya que sus métodos requieren un acercamiento a los agentes sociales diferentes a la cuantitativa.

Palabras clave

COVID-19 • Cuidados Intensivos • Investigación Cualitativa

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 355

SIMULACIÓN CLÍNICA: PRESENTE Y FUTURO DE LOS CUIDADOS CRÍTICOS

Almudena Crespo; S. Hernández; B. Carreto; L. Picazo; AM. Pérez; M. Gómez del Pulgar
Universidad Francisco de Vitoria

Objetivos/Introducción

La simulación clínica (SC) es una metodología que permite experimentar una representación de un evento real de atención sanitaria con el fin de practicar, aprender, evaluar, probar o comprender los sistemas o las acciones humanas. La simulación clínica cobra protagonismo debido al enfoque de las universidades en un aprendizaje basado en competencias, se enfrenten a situaciones reales simuladas que logra un aprendizaje experiencial y el desarrollo del pensamiento crítico en los estudiantes de enfermería a través de la reflexión de la práctica, para actuar de forma lógica, coherente y con la calidad y seguridad de la situación a la que se enfrentan, lo cual se puede utilizar en esta situación causada por el COVID- 19 y ante cualquier situación crítica que los alumnos y profesionales sanitarios enfermeros se puedan enfrentar. Por ello, nuestro objetivo es valorar la utilidad de la simulación clínica para controlar el estrés de los alumnos de enfermería en las UCIs.

Metodología/Observación clínica

Se trata de un estudio cruzado, dónde se compara a cada participante consigo mismo, en situaciones diferentes, con una dimensión a evaluar de laboratorio y otra de campo. Se realizará un estudio piloto, con alumnos de 4º Grado en su rotación de UCI. Se medirán las variables nivel de estrés, mediante la variabilidad de la Frecuencia Cardiaca (FC) con la aplicación Elite HVR, el cuestionario bilingüe KEZKAK de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (antes del inicio de prácticas en UCI y al finalizar) y una escala EVA adaptada (en diferentes momentos de la intervención). Se utilizará el programa SPSS para el análisis estadístico de los datos, tras la anonimización de los mismos. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la institución.

Resultados/Intervenciones

Pendiente del inicio del proyecto.

Conclusiones

Se pretende demostrar la disminución del estrés en los alumnos tras la preparación en SC.

Financiación

Marco de la Convocatoria de Ayudas a Proyectos de Investigación 2021 de la Universidad Francisco de Vitoria en la modalidad de Investigación en Innovación Educativa.

Palabras clave

Simulación Clínica • Estrés • UCIs • COVID-19

ID 358

OPINION DE LOS PROFESIONALES ANTE LA LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO

Juan Carlos Muñoz Camargo; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; A. Muñoz Torrero Peña
Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Conocer la opinión y la actitud de los profesionales que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos frente a la limitación del esfuerzo terapéutico.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal donde se pidió la colaboración a toda la plantilla de la UCI sin realizar ningún tipo de muestreo. Se excluyeron aquellos profesionales eventuales con un tiempo mínimo de servicio en la unidad de 3 meses. Los datos de la opinión y actitud de los profesionales se recogieron a través de una encuesta validada y adaptada para su utilización en el ámbito hospitalario con los siguientes apartados: Variables sociodemográficas, y preguntas operacionalizadas con escalas nominales dicotómicas que exploran las dimensiones más relevantes de la LET. Se realizó análisis univariado y bivariado de variables cualitativas y cuantitativas. La comparación entre variables cualitativas se hizo mediante el test de la ji al cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney. El nivel de significación se estableció en una $p<0,05$

Resultados/Intervenciones

Se obtuvo una tasa de respuesta del 100%, un total de 154 respuestas. El 80% (123) de los entrevistados fueron mujeres. un 75% (116) afirmaba ser católico (la mayoría no practicante. Un 72% (111) de los profesionales conocía el DVA. Un 70% (107) de los profesionales opina que las decisiones de LET las debería tomar un equipo multidisciplinar y un 16% (25) opina que debería ser la familia. El 93,5% (144) se muestra partidario de la eutanasia. Un 8% (12) está de acuerdo con la Distanasia, un 94% (145) a favor de la Antidistanasia y un 98% (151) a favor de la Ortotanasia.

Conclusiones

La mayoría de los participantes tomaría en cuenta la decisión del paciente de limitar las medidas extraordinarias siendo contrarios al encarnizamiento terapéutico y estando a favor de una muerte digna.

Financiación

No se cuenta con financiacion publica ni privada

Palabras clave

Limitacion del esfuerzo terapeutico • Eutanasia • Documentos de voluntades anticipadas

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 359

LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO EN UCI

Juan Carlos Muñoz Camargo; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; A. Muñoz Torrero Peña
Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Analizar la aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico en una unidad de Medicina Intensiva y las variables consideradas en la toma de decisiones.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo de las LET llevadas a cabo durante un año. Se analizaron las siguientes variables: edad y género, estancia en el hospital previa al ingreso en la UCI, tipo de paciente (médico o quirúrgico), APACHE II, días de VM, SOFA máximo durante la estancia en la UCI, NEMS medio durante la estancia en UCI, mortalidad en UCI o en hospital, puntuación obtenida en la escala (PAEEC]), tipo de LET (no inicio o retirada), la toma de decisión por parte del equipo asistencial (individual o en sesión clínica), participación de la familia o del paciente en la toma de decisiones, día de evolución en que se tomó la decisión. Las variables categóricas se expresan mediante porcentaje, mientras que las variables continúas se resumen como media y desviación estándar y sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados/Intervenciones

En el periodo de estudio hubo 1012 ingresos en UCI. Del total de ingresos, 126 pacientes fallecieron lo que supone una mortalidad intra-UCI del 12,9%. Se recogieron 54 casos de LET un 42% del total de fallecidos, La edad media de los pacientes fue de 70.5(±10.9 años IC 95% (67,5-73,4). La puntuación mediana obtenida en la escala PAEEC fue de 4 RIC (6) puntos IC 95 % (3,3-5,6). La media de Apache II al ingreso fue de 22.6. (±8.58) IC 95% (20,2-24.9). La media de días de estancia en UCI fue de 14.36 días (±17.98) IC 95% (9,2-19,04). El tipo de LET se puede ver en la figura 1.

Conclusiones

Los principales motivos de decidir LET fueron la irreversibilidad y futilidad de los tratamientos. Un alto porcentaje de pacientes sometidos a LET presentaba alteración previa de la calidad de vida.

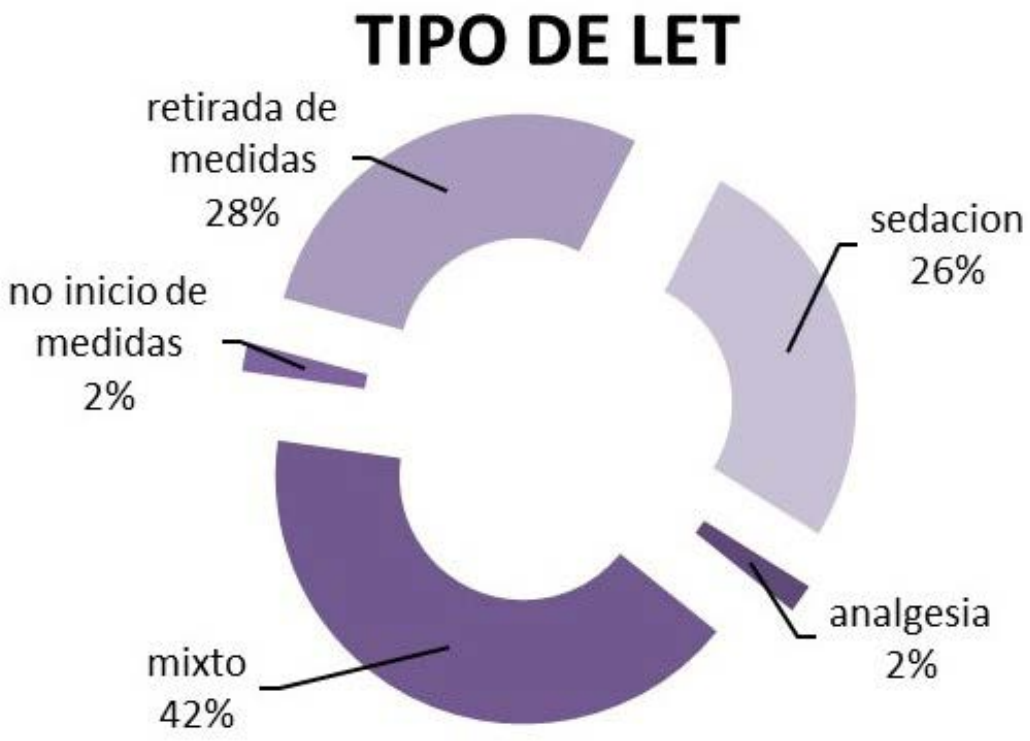
Financiación

No se cuenta con financiacion publica ni privada.

Palabras clave

Limitacion del esfuerzo terapeutico • Apache II • Calidad de vida

sigue –>


TIPO DE LET
retirada de medidas 28%
sedacion 26%
no inicio de medidas 2%
analgesia 2%
mixto 42%

ID 360

LAS "SEGUNDAS VÍCTIMAS" DEL COVID-19 (SEVIC-19). IMPACTO EN LOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LAS ISLAS BALEARES: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Cristina Moreno Mulet[1]; N. Sansó Martínez[1]; M. Miró Bonet[1]; C. López Deflory[1]; A. Carrero Planells[1]; M. Nadal Servera[2]; P. García Pazo[1]; J. Valdivielso Navarro[1]; C. Zaforteza Lallemand[3]; A. Avellán Giler[4]

1. Universitat Illes Balears; 2. Hospital Universitari Son Espases; 3. Hospital Comarcal de Inca; 4. Estudiante Facultad Enfermería UIB

Objetivos/Introducción

Los profesionales de unidades cuidados intensivos (UCI) que han prestado atención a pacientes COVID han estado sometidos a un alto impacto familiar, personal y profesional. En concreto, ha aumentado la incidencia de trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático, afectando también a la calidad de vida profesional. El objetivo es explorar el impacto que la atención pandémica prestada ha tenido en los profesionales sanitarios, así como describir sus estrategias de afrontamiento.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo de análisis crítico del discurso, mediante entrevistas semiestructuradas a enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería de las UCI de los hospitales públicos de Baleares. Se realizó un muestreo de carácter teórico-intencional de aquellos profesionales que hubiesen prestado al menos dos semanas de atención a pacientes COVID.

Resultados/Intervenciones

Participaron 11 profesionales, balanceados según categoría profesional (4/4/3) y género (6/5). Los profesionales describen impacto a nivel personal, profesional/organizacional. A nivel personal, han padecido insomnio y estrés. Durante la primera ola, tuvieron que reorganizar sus dinámicas familiares por el miedo al contagio de sus convivientes. A nivel profesional/organizacional, explican los cambios producidos en la asistencia, destacando la incertidumbre sobre la disponibilidad y uso de los equipos de protección individual, así como la soledad de los pacientes y la exclusión de los familiares. Presentan algunos conflictos éticos relacionados con los procesos de muerte y limitación del soporte vital. También hacen referencia a la reorganización de los equipos y los cambios en las dinámicas interprofesionales. Como estrategia de afrontamiento destaca la fuerte cohesión entre los profesionales, especialmente durante la primera ola.

Conclusiones

Existen diferencias en el impacto percibido entre profesionales, muy especialmente vinculadas al género. Es imprescindible reconocer el impacto que la atención pandémica está teniendo en los profesionales sanitarios para desarrollar estrategias organizacionales que les protejan a ellos, a los pacientes y a los familiares.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares en el marco de las Ayudas a los Proyectos de Investigación (PI-2020/0578).

Palabras clave

Impacto personal • Impacto profesional • Impacto organizacional • Conflictos éticos • COVID/19

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 361

LAS "SEGUNDAS VÍCTIMAS" DEL COVID-19 (SEVIC-19). ESTRÉS MORAL Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LAS ISLAS BALEARES: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA

Noemí Sansó-Martínez[1]; P. García Pazo[1]; L. Galiana Llinares[2]; J. de Pedro Gómez[1]; C. Moreno Mulet[1]; A. Carrero Planells[1]; C. López Deflory[1]; M. Miró Bonet[1]; M. Borràs Mateu[3]; M. Nadal Servera[4]
1. Universidad de las Islas Baleares; 2. Universidad de Valencia; 3. Estudiante; 4. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos/Introducción

Los profesionales de unidades cuidados intensivos (UCI) durante la atención prestada en la pandemia por la COVID19, han estado sometidos a un alto impacto personal y profesional. En concreto, diversos estudios evidencian un aumento de trastornos psicopatológicos afectando también a la calidad de vida profesional. El objetivo del estudio es conocer el nivel de estrés moral y analizar la calidad de vida de los profesionales (CVP) de intensivos de Baleares.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal a través de encuesta anónima autoadministrada entre junio y noviembre de 2020. Contestaron 122 profesionales del sistema público (10% médicos, 65% enfermeras y 24% auxiliares de enfermería), media de edad de 39 años, el 81% de la muestra son mujeres, con una media de 13 años de experiencia. El 86% no ha padecido la enfermedad COVID-19. El 26% no disponía de equipo de protección individual (EPI) y el 78% vio aumentada su carga de trabajo. El 90% de la muestra informa que ha atendido a pacientes que han fallecido por COVID.

Resultados/Intervenciones

Los resultados en CVP, muestran niveles moderados/altos de satisfacción por compasión, pero, paradójicamente, también cifras elevadas en burnout y fatiga por compasión. No se han obtenido diferencias significativas en la CVP ni en el estrés moral, entre las diferentes disciplinas, ni tampoco por género. En cambio, la edad se ha demostrado como un factor de protección ante el burnout. El aumento de las cargas de trabajo se relaciona con la CVP, obteniendo mayores puntuaciones en las dimensiones negativas y menores en la positiva. En el mismo sentido la falta de EPI frente a la infección aumenta el estrés moral.

Conclusiones

La falta de sistemas de protección supone no sólo un aumento del riesgo de contraer la enfermedad, sino que además, un mayor riesgo de sufrir procesos como el burnout, la fatiga por compasión o el estrés moral.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares en el marco de las Ayudas a los Proyectos de Investigación (PI-2020/0578).

Palabras clave

Estrés moral • Calidad de vida profesional • Burnout • Satisfacción por compasión • Fatiga por compasión • COVID-19

ID 362

PLAN DE CAPACITACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS POR COVID-19 DE FUDEN

Loira Fernandez Lorente; M. Rojas Jiménez; P. Rebollo Gómez; A. Trampal Ramos; M. Camos Ejarque; A. Maganto García; N. Conejo Pérez; C. González López; A. Amezcúa Sánchez
FUDEN

Objetivos/Introducción

La pandemia producida por la COVID-19 ha puesto a prueba los sistemas sanitarios de decenas de países y ha dado lugar a una miríada de artículos de opinión, planes de contingencia e incipientes ensayos. Es evidente que abarca todo este contenido es complejo. Por este motivo, nos proponemos elaborar un plan de capacitación para que todas las enfermeras estén preparados para ofrecer los mejores cuidados basados en la mejor evidencia disponible.

Metodología/Observación clínica

Utilizamos como metodología de investigación-acción participativa organizada en: 1ª fase. Identificación del problema. Hicimos partícipes a la población de estudio mediante redes sociales y encuestas de necesidades formativas.Segunda base: Planificación didáctica. Del contenido del plan de contingencia en base a las últimas publicaciones y los protocolos oficiales más actuales y evidencia científica disponible.Tercera fase: Apertura del contenido. Para llegar al mayor número de profesionales ubicamos este plan en nuestra plataforma de Fuden inclusiva, la cual, tiene acceso gratuito. Ultima fase. Evaluación y difusión. Lanzamos este plan de contingencia utilizando utilizando como recursos las redes sociales además del boletín semanal emitido por la organización

Resultados/Intervenciones

El contenido del plan de contingencia tiene como pilar fundamental las recomendaciones tanto general como de protección individual ante la COVID-19 además aborda cuidados de enfermería en pacientes con problemas respiratorios, así como la monitorización y cuidado del paciente crítico. La formación consta de 25 horas. Como material docente y de apoyo el alumno cuenta con distintos materiales docentes ubicados en nuestra plataforma Moodle.

Conclusiones

En ambos planos se inscribieron 8503 enfermeros y se emitieron un total de 1623 insignias digitales como reconocimiento al aprendizaje. Siguiendo la filosofía de la investigación e innovación responsable queremos mejorar la realidad que nos rodea haciendo llegar a cualquier enfermero la mejor evidencia disponible con el objetivo de ofrecer los mejores cuidados y mejorar los resultados en salud en cualquier contexto.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 364

IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cecilia Cuzco[1]; CE. Frías[1]; C. Casafont[1]; S. Pérez-Ortega[1]; J. Prats Barrera[1]; E. Querol Vallés[1]; M. Venturas Nieto[1]; N. Fabrellas[2]; A. Zabalegui[1]
1. Hospital Clínic Barcelona; 2. Universidad de Barcelona

Objetivos/Introducción

Introducción: Debido a la pandemia COVID-19, los hospitales españoles aplicaron medidas que incluían la adecuación y reorganización de las salas de hospitalización, la habilitación de quirófanos y hospitales de día convertidos en unidades de cuidados intensivos (UCI) para responder rápidamente a la demanda de camas de UCI provocada por la pandemia. Esta situación generó presión, desafíos y la necesidad de una respuesta rápida de las enfermeras. Objetivo: Examinar las experiencias de las enfermeras de cuidados intensivos durante la pandemia COVID-19 y su impacto en el bienestar emocional.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo descriptivo. Se realizaron entrevistas a enfermeras que atendieron a pacientes con COVID-19 en las UCIs del Hospital Clínic de Barcelona en Mayo de 2020. Participaron enfermeras seleccionadas mediante muestreo intencionado. Las entrevistas se realizaron presencialmente y se realizó un análisis de contenido. Se utilizó la lista de verificación de criterios consolidación para la presentación de informes de investigación cualitativa (COREQ). El estudio cumple con los criterios éticos (consentimiento informado, aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Ética de Investigación Clínica).

Resultados/Intervenciones

Se entrevistaron 10 enfermeras. Surgieron 3 temas principales que impactaron en el bienestar emocional de las enfermeras: sufrimiento por la soledad del paciente, afrontamiento a los desafíos, barreras para la continuidad de los cuidados.

Conclusiones

Estos hallazgos podrían ayudar a establecer un apoyo profesional especializado para las enfermeras en situaciones de emergencia utilizando equipos de intervención de salud mental para prevenir y detectar cambios en el bienestar emocional.

Financiación

Gran COVID-19 DN040696 Hospital Clínic Barcelona

Palabras clave

Bienestar emocional • COVID-19 • Cuidados intensivos • Experiencias enfermeras • Investigación cualitativa • Salud mental

ID 366

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cecilia Cuzco[1]; P. Delgado Hito[2]; I. Manzanares Tellez[1]; P. Muñoz Rey[3]; M. Romero García[2]; MA. Martínez Momblan[2]; G. Martínez Estalella[1]; I. Carmona Delgado[1]; P. Castro Rebollo[1]
1. Hospital Clínic Barcelona; 2. Universidad de Barcelona; 3. Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: El alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI) es una transición importante que repercute en el bienestar del paciente. Las enfermeras pueden jugar un papel importante en este proceso, potenciando el empoderamiento del paciente para disminuir los efectos negativos que produce la transición de niveles de cuidados. **OBJETIVO:** Identificar intervenciones enfermeras para empoderar a los pacientes críticamente enfermos durante el alta de la UCI y analizar sus beneficios.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura en las bases de datos CINAHL complete, MEDLINE, SCIENCE DIRECT y la base de datos de revisiones sistemáticas COCHRANE, buscando estudios con intervenciones enfermeras en la educación de pacientes adultos durante el alta de UCI. Se buscaron artículos en inglés y español publicados entre el 2000 y el 2020.

Resultados/Intervenciones

Se identificaron 856 artículos; 850 fueron excluidos porque no cumplían con los criterios de inclusión. Finalmente, se incluyeron 7 estudios: dos ensayos controlados aleatorizados, tres estudios descriptivos, un estudio cualitativo participativo-constructivista y un estudio de antes y después. Las intervenciones enfermeras se centraron principalmente en la preparación del alta de los pacientes en la UCI a través de la información y la educación. La creación de enfermeras de enlace de la UCI y la participación de las enfermeras de práctica avanzada en cuidados críticos también tuvieron como objetivo apoyar a los pacientes durante el alta de la UCI.

Conclusiones

El conocimiento sobre las necesidades del paciente durante la transición de la UCI, la información y la educación, son temas importantes para facilitar la transición de los pacientes de un nivel de cuidados a otro. La literatura muestra que la información y educación son las principales intervenciones enfermeras. El empoderamiento se basa en la información y educación al paciente, harían falta más estudios que demuestren su impacto en este contexto.

Financiación

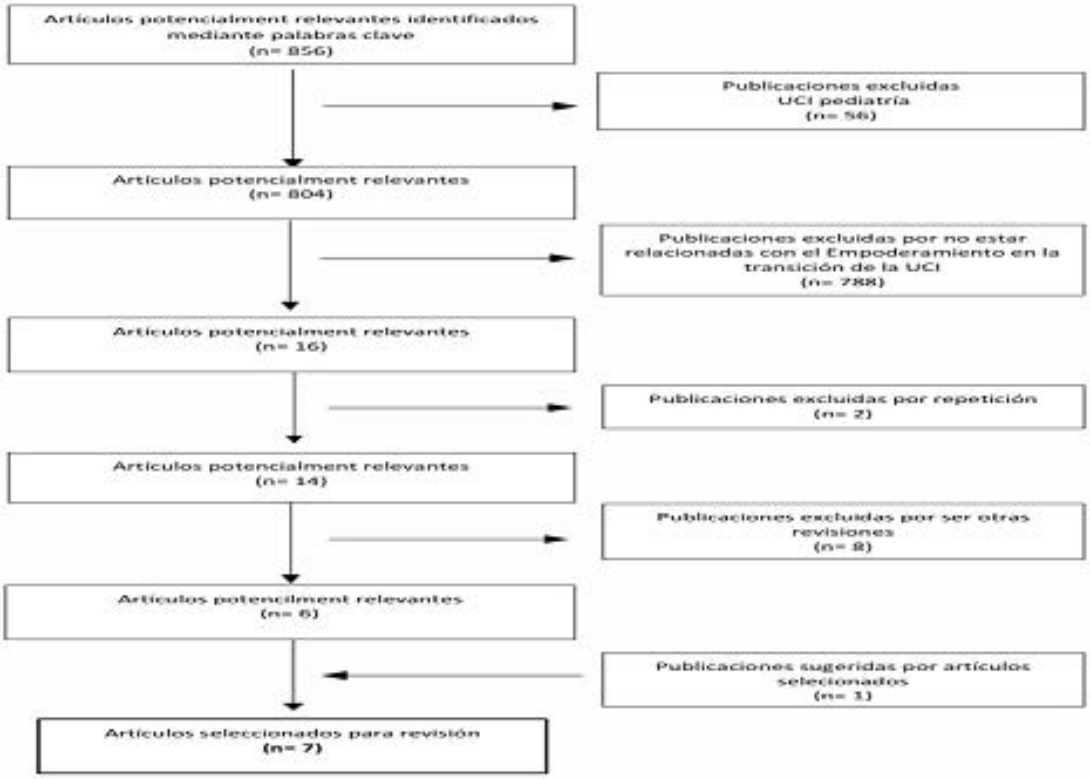
PR-248/17 2017 Fundación Enfermería y Sociedad

Palabras clave

Empoderamiento del paciente • Educación al paciente • Información al paciente • Transición de la UCI • Traslado de la UCI • Intervenciones enfermeras

sigue –>

Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de los manuscritos incluidos en la presente revisión



ID 368

INFORMACIÓN TELEFÓNICA PROPORCIONADA POR LAS ENFERMERAS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS EN PERIODO COVID-19. VALORACIÓN DE PROFESIONALES Y FAMILIARES

Esther Jové Ponseti; E. Dalmau Pastor; M. Buscarons Alcázar; AM. López Ávila; R. Jam Gatell
Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell

Objetivos/Introducción

Ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) acentúa la necesidad de proximidad, seguridad e información de pacientes/familiares. La restricción de visitas implantada durante la pandemia COVID 19 comportó cambios en la comunicación/relación entre paciente/familia y profesionales. Ante esta situación, las enfermeras ayudaron a familiares a afrontar el proceso informando telefónicamente. Describir valoración profesionales UCI (médicos-enfermeras) sobre información facilitada. **OBJETIVOS:** Describir valoración profesionales UCI (médicos-enfermeras) sobre información facilitada. Describir valoración familiares pacientes ingresados sobre información recibida.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. UCI polivalente (66 camas). Población: médicos/enfermeras/familiares de pacientes ingresados durante periodo COVID-19 (15 abril-30 mayo 2020). Variable principal: información telefónica facilitada por enfermera Instrumento: cuestionarios elaborados ad hoc. Test estadísticos no paramétricos.

Resultados/Intervenciones

Muestra: 103 profesionales de 140, 55 familiares de 67. Información telefónica en periodo restricción visitas. Médicos informaron 66.7%, misma frecuencia que antes del periodo COVID-19, 79.2%. Enfermeras, empezaron 17 días después (una vez difundidas directrices del procedimiento) 67.3%, mayor frecuencia que previo al periodo COVID-19, 44.9%. Los profesionales convinieron informar telefónicamente 99%, aunque se observaron reticencias/desacuerdos (enfermeras 44.9%-médicos 24.1%), principalmente, por sobrecarga de trabajo (enfermeras 63.3%, médicos 42.6%). Información enfermera, aspectos tratados: descanso 93.9%, confort 91.8%, estado ánimo 75.5% y consciencia 89.8%, estado piel 63.3%. Valoración profesionales (médicos/enfermeras) sobre información enfermera. Puntuación, medianas 8/10, rango 5 (5-10). Las enfermeras expresaron que disponer de un documento de consulta sería necesario/útil, 71.4%. Valoración familiares sobre información enfermera. 87.3% recibieron información enfermera, (50% diariamente). Puntuación, mediana 10/10, rango 9(1-10) y videollamadas, mediana 10/10, rango 8(2-10). Fue considerada útil 85.5%, con lenguaje claro 90.9% y empático 61.8%. Disminuyendo ansiedad/angustia 61.8% y reconfortante 52.7%.

Conclusiones

Profesionales/familiares valoraron positivamente la información telefónica enfermera. Un elevado porcentaje de enfermeras informaron telefónicamente a familiares, a pesar de algunas reticencias/desacuerdos. Un documento de consulta podría incrementar la seguridad enfermera para proporcionar información telefónica. La enfermera proporciona información sobre aspectos relevantes del cuidado del paciente, completando la información proporcionada a familiares.

Palabras clave

información • telefónica • videollamada

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 370

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN ENTERAL

P. Úbeda Blanco; C. Hérnandez Martín; MA. Gómez Rucio; MJ. Villamon Nevot; M. Marín Ibáñez; E. Altabás Herrero
Hospital Obispo Polanco de Teruel

Objetivos/Introducción

El estreñimiento es una de las complicaciones que aparecen en los pacientes críticos relacionado con la inmovilidad, medicación administrada e hipoxia. Los efectos negativos derivados son intolerancia a la nutrición, fracaso en el destete, aumento de los días de estancia, todo esto asociado a un peor pronóstico. En nuestra unidad se creó un protocolo para el manejo del estreñimiento en pacientes con nutrición enteral.

OBJETIVOS:

1. Analizar el cumplimiento de un protocolo destinado a evitar el estreñimiento en pacientes con Ventilación mecánica y nutrición enteral.
2. Evaluar la efectividad del protocolo.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la UCI del Hospital Obispo Polanco de Teruel en el año 2020. La población a estudiar son los pacientes ingresado en la unidad que han sido sometidos a VM y NE. Variables independientes: edad, sexo, administración de parafina líquida, administración micro enema o polietilenglicol, administración de enema, días de retraso en el inicio. Variables dependientes: registro de cada una de las fases, realización de deposición.

Resultados/Intervenciones

Cumplieron criterios de inclusión 61 pacientes. Pacientes que se les administro parafina líquida: 28. En 21 no fue efectiva, de estos solo en 9 se siguió el algoritmo de los cuales 3 no hicieron deposición y sólo en uno de ellos se aplicó la última medida.

Conclusiones

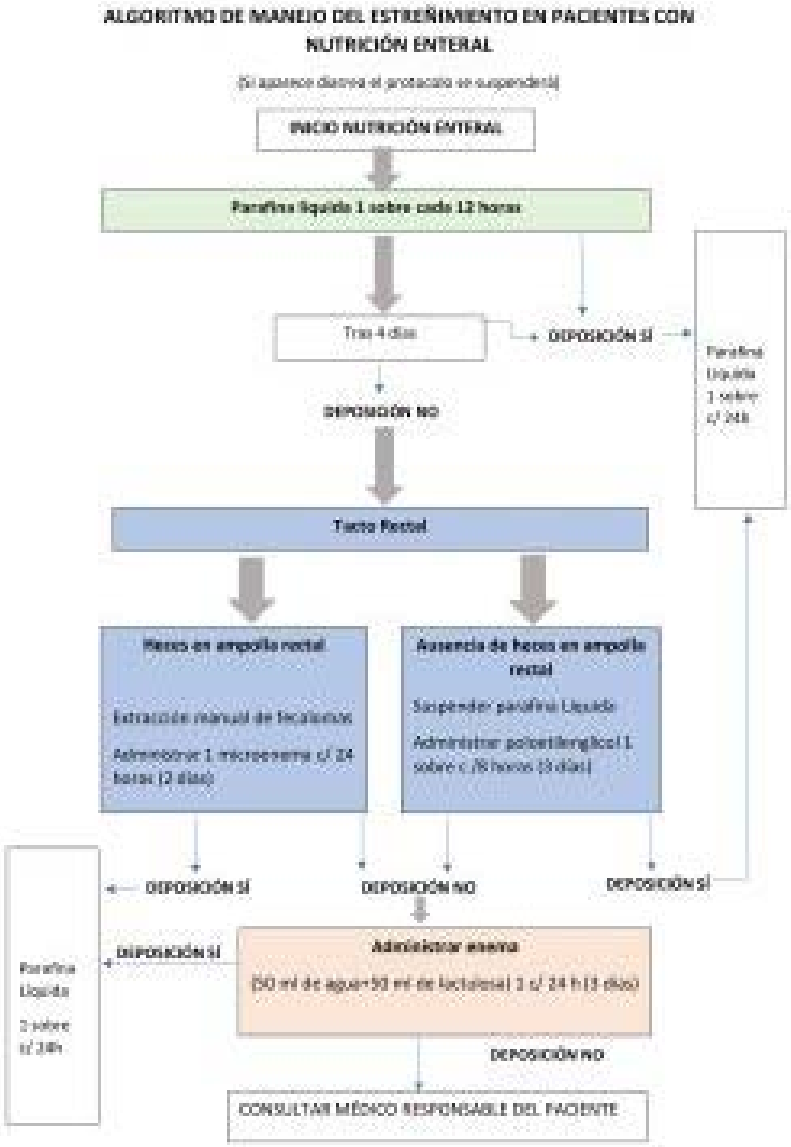
Los datos muestran la necesidad de dar mayor difusión al protocolo para aumentar el conocimiento de su existencia y así aumentar el beneficio para el paciente.

Palabras clave

Estreñimiento • UCI • nutrición enteral.

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021



ID 373

MANIOBRA DE PRONO Y UPP. ¿ES NECESARIA LA PREVENCIÓN?

M. Marín Ibáñez; MA. Gómez Rucio; MJ. Villamon Nevot; C. Hernández Martín; E. Altabás Herrero; P. Blanco Úbeda
Hospital Obispo Polanco de Teruel

Objetivos/Introducción

Las úlceras por presión (UPP) es la complicación más frecuente en pacientes en decúbito prono y suponen un problema relevante en las UCI ya que se asocian a una mayor morbimortalidad. **OBJETIVOS:** conocer la incidencia y localización de úlceras por presión en pacientes en decúbito prono.

Metodología/Observación clínica

Diseño y periodo de estudio: estudio descriptivo, observacional retrospectivo, realizado en el año 2020. Ámbito: UCI del Hospital Obispo Polanco de Teruel, con un total de 8 camas. Sujetos de estudio: pacientes a los que se le ha realizado maniobra de prono en el año 2020 en la Unidad de Cuidados Intensivos. Plan de trabajo: Recogida de datos a partir del sistema de gestión clínica Metavisión. Variables: Independientes: sexo, edad, estancia en UCI, paciente covid si/no, Norton mínimo, sesiones de prono, presencia de UPP y localización de las mismas. Dependientes: presencia de UPP en pacientes a los que se le ha realizado maniobra de prono.

Resultados/Intervenciones

Un porcentaje elevado de pacientes presentan UPP cuando se les realiza maniobra deprono. La localización de las UPP varía según la posición del paciente. En nuestro estudio la localización más frecuente fue la comisura labial mientras que en supino son en sacro y talones según la bibliografía consultada. Debemos intensificar las medidas de prevención de UPP en pacientes a los que se lesrealiza la maniobra de prono.

Conclusiones

Un porcentaje elevado de pacientes presentan UPP cuando se les realiza maniobra deprono. La localización de las UPP varía según la posición del paciente. En nuestro estudio la localización más frecuente fue la comisura labial mientras que en supino son en sacro y talones según la bibliografía consultada. Debemos intensificar las medidas de prevención de UPP en pacientes a los que se lesrealiza la maniobra de prono.

Palabras clave

UCI • UPP • prevención • plan de cuidados • decubito prono

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 374

INDICACIONES DE LA CALÉNDULA SEGÚN LOS NIVELES DE EVIDENCIA

Montserrat Nolla Benavent
Cambrils, Tarragona

Objetivos/Introducción

Las terapias naturales y complementarias precisan de evidencia científica para su aplicación en los centros asistenciales. El objetivo de este trabajo ha sido la búsqueda de los estudios relacionados con el uso de la caléndula y la posterior clasificación según los diferentes niveles de evidencia.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica exhaustiva y posterior revisión crítica.Las bases de datos consultadas fueron: Cuiden, Pubmed, Cinhal i Google Scholar. Se incluyeron los escritos en idioma inglés o castellano y con disponibilidad de texto completo. Se identificaron un total de 150 artículos.Además, se realizaron búsquedas manuales en páginas web, de instituciones, asociaciones y profesionales de reconocido prestigio.

Resultados/Intervenciones

Indicaciones de la caléndula: lesiones de la dependencia, úlceras diabéticas, radiodermatitis, gingivtiis, ulceras venosas. Clasificación según los niveles de evidencia. Especificación de la selección de artículos.

Conclusiones

La bibliografía muestra que la terapia con caléndula es segura, con buenos resultados. No obstante, faltan más ensayos clínicos aleatorizados con número de pacientes en una escala mayor, para establecer un uso más prioritario en la aplicación de caléndula en heridas y úlceras.Los estudios muestran que la caléndula estimula tanto la proliferación como la migración de los fibroblastos, que intervienen en las primeras fases del proceso de reconstrucción y granulación de las heridas.

Palabras clave

Caléndula • Heridas

ID 378

¿CUIDAMOS ADECUADAMENTE LOS SISTEMAS DE PRESIÓN? REVISIÓN DESPUÉS DE 10 AÑOS

Fernando Benlliure Portero[1]; C. Moreiro Jorge[2]; R. de los Dolores González[3]; R. Gómez Barbero[3]; I. Mateos Monzón[4]; N. Sánchez Hidalgo[3]; MC. Martín Alonso[5]; E. Benlliure Enríquez[6]; MJ. García Muriel[4]; S. Prieto Palomares[4]

1. UVI Cirugia Cardiaca Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Jefa de Enfermeria; 2. UVI Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 3. Enfermera UVI Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 4. UVI CC Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 5. Responsable de Formacion UVI Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; 6. Hospital Severo Ochoa Leganes, Madrid

Objetivos/Introducción

Los sistemas de presión (SP) son fundamentales para poder monitorizar hemodinamicamente de forma adecuada a los pacientes, sirviendo para mantener permeables los catéteres y para comprobar si los datos que aportamos son reales o no, siempre y cuando sigamos las recomendaciones del fabricante de los transductores y de dichos SP. Comprobar si después de 10 años de haber informado de como los cuidábamos y para que servían exactamente los SP ha mejorado nuestro cuidados de ellos.

Metodología/Observación clínica

Se realizaron tomas de datos prospectivas en los distintos turnos y en las unidades Polivalente, de Cirugia Cardiaca y Coronaria de nuestro hospital, entre junio de 2019 Marzo de 2020. Realizamos la estadística recomendada por el Servicio de investigación de nuestro hospital Se reviso si la presión era la adecuada y si se usaban sueros de volumen y colocados en posición adecuada a nuestros SP Se realizaron 900 observaciones, anotando turno, Presion, unidad y si el SP era usado de forma correcta.

Resultados/Intervenciones

No se encontraron diferencias significactivas entre las unidades y los turnos Se encontró que la presión se mantenía de forma adecuada 300 mmHg en el 22,2 %, entre 150 y 300 en el 55,6% y por debajo de 150 en el 22,2% El 16,44% ultilizaba sueros de volumen inadecuado y el 66,66 posicionaba mal los sueros, Solamente el 16,9% cumplia todos los requisitos.

Conclusiones

A pesar de ser uno de los cuidados básicos en la monitorización de los pacientes, continuamos sin poner suficiente atención a ello, y es uno de los cuidados en los que debemos mejorar de forma significativa Se propone, dar a conocer de nuevo estos datos entre las enfermeras de las diferentes unidades realizar seminarios periódicos, especialmente entre el personal de nueva incorporación.

Palabras clave

Monitorizacion • Sistemas de Presion

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 384

FORMACIÓN REGLADA PARA LA CAPACITACIÓN DE ENFERMERAS QUIRÚRGICAS EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS CRÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19

María Torres Figueiras[1]; J. Pintor Crispin[1]; I. Campos Albert[1]; S. Sánchez Cruz[1]; V. Roig Pérez[2]; I. Flores Lucas[2]; MC. Gil Collados[1]; MJ. Soriano Ruiz[1]; A. López Orenes[1]

1. Hospital Universitario del Vinalopó; 2. Hospital Universitario de Torrevieja

Objetivos/Introducción

El estado actual de pandemia por COVID 19, ha trasformado el escenario laboral actual. Durante el actual estado de pandemia los Hospitales Universitarios del Vinalopó (Elche) y el Hospital Universitario de Torrevieja, se adaptaron a las necesidades de dar asistencia a los pacientes que requerían atención en unidades cuidados críticos y desarrollaron espacios en el área quirúrgica manteniendo siempre los niveles de calidad y seguridad en los cuidados. Esto requiere una actuación por parte de la supervisión de estas áreas encargadas de organizar los equipos de asistencia como de la supervisión de las áreas de formación y docencia para la implementación de programas de formación de las enfermeras "no expertas" en el área de cuidados intensivos. **OBJETIVO GENERAL:** Diseñar un programa de formación especifica en cuidados intensivos para las enfermeras del área quirúrgica que realizaran su labor asistencial en las unidades de cuidados intensivos ubicadas en el área quirúrgica.

Metodología/Observación clínica

Se combinaron plantillas de enfermería con enfermeras de mayor experiencia en la unidad de cuidados críticos con plantillas más noveles de profesionales de enfermería del área quirúrgica. Se elaboró un programa formativo presencial con grupos reducidos y sesiones diarias de una hora y media de duración dirigido a las enfermeras quirúrgicas durante un mes. Tras las sesiones presenciales se volcaron todos los contenidos teóricos en la plataforma del campus virtual de Ribera Salud Galenus para poder ampliar los conocimientos y realizar una evaluación sobre los mismos.

Resultados/Intervenciones

Durante el presente curso de capacitación se han formado a 25 profesionales de enfermería quirúrgica del Hospital Universitario del Vinalopó, y a 30 profesionales del Hospital universitario de Torrevieja.

Conclusiones

Los programas de formación, así como la reestructuración de plantillas noveles y expertas en el área del cuidado de pacientes críticos han sido fundamentales para mantener un seguimiento en la calidad y en la seguridad de la asistencia.

Palabras clave

enfermería • cuidados intensivos • capacitación • formación

ID 386

FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL PERSONAL SANITARIO DE CUIDADOS INTENSIVOS. ENCUESTA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Montserrat García González; M. Hernández Resuela
Complejo Hospitalario de Toledo

Objetivos/Introducción

Objetivo: Evaluar la formación en reanimación cardiopulmonar de todo el personal sanitario en una UCI de hospital terciario con 26 camas y con un protocolo hospitalario de RCP desde 2010.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal mediante encuesta, de elaboración propia, anónima, a 123 trabajadores del personal sanitario de la UCI del Hospital Virgen de la Salud.

Resultados/Intervenciones

Se incluyen 123 encuestas. El 36,5% habían realizado un curso de formación en RCP en los últimos 2 años, el 46,3% hace más de 2 años, y el 15,4% no habían realizado ningún curso de RCP nunca. Sólo el 41,46% de trabajadores de UCI habían realizado alguna vez un curso de RCP avanzada. El 46% opina que la forma de detectar una paraca cardiorrespiratoria (PCR) es si el paciente no tiene pulso frente al 54% inicia maniobras si está inconsciente y no respira. Tan sólo el 69% de los encuestados reconoce que iniciaría masaje cardíaco ante un paciente inconsciente y que no respira frente a un significativo 31% que reconoce que no lo haría hasta reconocer el ritmo de monitorización y/o asegurar vía aérea. Tras desfibrilar con DESA un 40% tomaría el pulso arterial antes de reiniciar masaje. Sólo el 63% marcó un ritmo de masaje cardíaco entre 100-120 compresiones por minuto, y el 69% reconocen correctamente el ritmo desfibrilable. La mayoría de enfermería considera su responsabilidad iniciar RCP y colocar DESA, solo 55% realizaría desfibrilación, auxiliares sólo el 44% iniciaría RCP y 2,5% colocaría el DESA, el 15% enfermería no considera su responsabilidad conocer órdenes de no RCP.

Conclusiones

Existe una gran variabilidad en cuanto a formación en el personal sanitario de nuestra UCI, con mayor impacto en aquellos grupos con más recambio de personal. Mucho personal no está concienciado del masaje cardíaco de calidad como mejora la supervivencia y el pronóstico neurológico y tomarían el pulso tras desfibrilar.

Palabras clave

reanimación cardiopulmonar • formación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 393

METODOLOGÍAS DOCENTES ASOCIADAS AL PRÁCTICUM DE LOS ALUMNOS DE POSTGRADO Y ENFERMEROS/AS DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

José Miguel Cachón Pérez[1]; C. Álvarez López[2]; E. García García

1. Universidad Europea de Madrid; 2. Hospital Universiatario Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos/Introducción

En el currículo de la formación de los profesionales de enfermería se incluye la realización de prácticas clínicas, donde se utilizan diversas metodológias docentes con el fin de construir un entorno de aprendizaje práctico que permita el desarrollo del profesional en formación. El objetivo del trabajo es describir las diferentes metodologías docentes utilizadas en las prácticas clínicas de los alumnos de posgrado y personal de nueva incorporación en las unidades de cuidados críticos.

Metodología/Observación clínica

La metodología elegida para dar respuesta a los objetivos propuestos es la realización de una revisión de la bibliográfica publicada. Las bases de datos consultadas son Medline y CINAHL. El árbol de búsqueda utilizado es el siguiente:(postgraduate students AND critical care nursing, preceptorsihip AND practicum. Como limitadores hemos utilizado los siguientes, ultimos cinco años,idioma inglés y castellano. edad de los participantes mayores de 18 años. Criterios de inclusión, acceso al documento en texto completo, articulos donde se aborda la metodologia docente en la UCI

Resultados/Intervenciones

Hemos obtenido un total de 135 referencias, que tras elimiar los duplicados 12, los articulos que no cumplian los criterios de inclusion 15, recogimos 108 referencias. Las metodologias docentes identificadas en los articulos obtenidos son las siguientes:

- Aprendizaje reflexivo. Donde los alumnos reflexionan sobre acontecimientos sucedidos en el entorno clinico, generalmemte utilizando un diario reflexivo.
- Sociabilización del aprendizaje, el alumno adquiere la cultura de la organización o profesional gracias al contacto con las unidades de criticos.
- Educación interprofesional.
- Razonamiento critico.
- Sesiónes clínicas, donde se puden recoger los siguientes tipologias: casos clinicos, casos problema, incidentes criticos, bibliográficas, sesiones de revisión/actualización.

Conclusiones

No existe una unica metodología doccente que podamos utilizar para la formación de nuestros alumnos de posgrado o personal de nueva incorporación, sn embargo en todos se destaca la figura del tutor o mentor como facilitador del entorno de aprendizaje clinico basandose tanto en su experiencia personal como profesional.

Palabras clave

critical care nursing • postgraduate students • training methodology

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 394

ANÁLISIS ALEATORIOS DE SEGURIDAD EN TIEMPO REAL COMO INDICADOR DE PROCESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CAN MISSES DE IBIZA

Jose Antonio García Verdejo; RB. Marí Montero; M. Vila Rumbo; MP. Merino de Cos; RN. Carreño Ponfil; N. González Pérez; A. Moya Ocaña; C. González Reyes; FJ. Ramírez Rodríguez
Hospital Can Misses, Ibiza

Objetivos/Introducción

La auditoría AASTRE (Análisis Aleatorios de Seguridad en Tiempo Real) es una herramienta validada de translación del conocimiento dirigida a mejorar la seguridad de los pacientes (SP), que aporta la oportunidad de identificar los puntos de mejora para garantizar la adherencia a una buena práctica clínica. El objetivo principal de este trabajo es mejorar la calidad y SP crítico a través de la implementación de los AASTRE en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Can Misses. Como objetivos secundarios: Cuantificar y medir nuestra práctica clínica. Detectar riesgos para la seguridad del paciente.

Metodología/Observación clínica

Aleatorización en tiempo real, 3 veces por semana, a pie de cama, del 50% de 37 medidas seguras en el 50% de los pacientes. Se emplearon las variables: ratio enfermero/paciente, adjunto/paciente, SOFA, días de estancia en UCI y tipo de paciente. La variable para cuantificar los resultados de las rondas de seguridad: PMR-AASTRE (Número de «Sí, después de la evaluación»*100/número de evaluaciones realizadas (total-«no procede»). Se incluyeron en una plataforma web, visualizándose los resultados en tiempo real y entre UCIs con similar metodología.

Resultados/Intervenciones

Desde enero de 2018 a septiembre de 2019 se analizaron 6447 medidas. Un 68,5% (4417) se habían realizado correctamente antes de la evaluación; 2% (125) tras la ronda de seguridad; 1,5% (97) no realizadas; 28% (1808) no procedía su evaluación. El grado de cumplimiento del indicador (IN-SMI-033 AASTRE) fue del 96%.

Conclusiones

En nuestra UCI, este indicador evidencia que todas las medidas evaluadas tienen un grado de cumplimiento igual o superior al estándar. La auditoría AASTRE tiene el potencial de transformar una actuación clínica insegura en segura. La omisión de informar a los familiares fue la medida más rectificada tras la ronda de seguridad. Esta metodología tiene un importante papel en la mejora continua de la calidad asistencial y la SP crítico.

Palabras clave

Seguridad (safety) • Auditorías de Seguridad en Tiempo Real • Gestión del riesgo (risk management) • Unidad de cuidados Intensivos (Intensive care unit • Pacientes críticos (critical patients)

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 395

INCIDENCIAS DECLARADAS EN UCI POR LOS PROFESIONALES: ANÁLISIS POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

César Rodríguez Núñez; J. Irigoien Aguirre; A. Iglesias Rodríguez; M. Martín Martínez; M. García Corres; D. Muñoz Martín; L. Samaniego Boveda; L. Ruilope Alvaro; B. Gaite Garcia; M. Velasco Martín
Hospital Universitario Araba (Txagorritxu). Organizacion 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. Su objetivo es que todo el personal aprenda de estos errores a través su difusión y se puedan elaborar medidas de prevención a través de su análisis. Objetivo: Describir los incidentes declarados por los profesionales de UCI en relación con la asistencia sanitaria. Conocer las medidas implementadas tras su análisis.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en la UCI del Hospital Universitario Araba Txagorritxu durante el 2019. 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 198 incidentes relacionados con: 26,26% dispositivos; protocolos (27,27%); formación (9,6%); Fármacos (17,17%); Comunicación equipo (6,57%); emergencias (5,55%); RRHH (1,02%); Otros (6,57%). En un 99.5% fueron evitables y en un 77,27% llegaron al paciente los incidentes, sin causar daño grave en un 100%. Gravedad: Leve (47%), Moderado (33.3%), y Grave (19,7%). Las acciones emprendidas en factores predisponentes para los incidente fueron eliminados (6.1%), aceptados (3.1%), y controlados(90.8%). La época de mayor declaración fue en 1ªsemestre (56,56%) en un 79,81% por enfermeras.

Conclusiones

Somos un colectivo implicado en la declaración de incidentes para mejorar la seguridad del paciente. Protocolos, dispositivos y fármacos son los eventos más declarados. Debemos reforzar elementos de seguridad que eviten los incidentes disminuyendo así su aparición y gravedad a través de formación y unificación de criterios de actuación.

Palabras clave

seguridad paciente • SNAPS • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 396

NIVELES DE BURNOUT ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA EN UNA UCI DE UN HOSPITAL NIVEL III

Montserrat García González; S. Torres Comitre; L. Muñoz Manzanas; N. López Tordesillas; A. Lázaro Arenas; C. Navarrete Tejero; M. Navarrete Jiménez
Complejo Hospitalario de Toledo

Objetivos/Introducción

Conocer los niveles de BurnOut que presenta el equipo multidisciplinar en la UCI del complejo hospitalario de Toledo, antes y después de la pandemia. Describir los niveles de síndrome de burnout y su relación con variables sociodemográficas, laborales y psicológicas en enfermeras de cuidados críticos.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal y descriptivo.Datos de descripción de la población (once variables),\"Inventario de burnout de Maslach \"(MBI) midiendo tres subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal). El periodo de estudio transcurrió entre febrero 2020 y febrero 2021.

Resultados/Intervenciones

Recogidos cuestionarios al 85% del equipo multidisciplinar, incluyendo enfermeras, médicos, TCAEs y celadores. La pandemia ha afectado significativamente al personal, sobre todo enfermeras, que muestran un incremento de los niveles de Burnout en febrero de 2021 frente a los valores de 2020. Además se objetivó la presencia de cansancio emocional en el gran parte del equipo multidisciplinar y despersonalización en menor medida.

Conclusiones

El equipo multidisciplinar de UCI presenta incremento en los valores de burnout a lo largo de los meses de pandemia. Esto nos debe plantearnos la necesidad de tomar medidas para combatir la aparición de burnout y poner en marcha mecanismos para resolver satisfactoriamente los casos conocidos.

Palabras clave

Burnout • Critical care • Cuidados Críticos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 399

CALIDAD, SEGURIDAD Y COMPROMISO ¿CÓMO VIVIR CON LAS CERTIFICACIONES Y NO MORIR EN EL INTENTO?

Manuela Vila Rumbo; JA. García Verdejo; MP. Merino de Cos; FM. Ruiz Ramón; S. Pérez Espuelas; P. Fernández Reina; A. Mazuecos Reche; PJ. Medina García
Hospital Can Misses, Ibiza

Objetivos/Introducción

La organización del SMI se enmarca en el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas: ISO 9001, Sistema de Gestión de la Calidad; UNE 179003, Sistema de Gestión de Riesgos; y UNE 93200, Carta de Servicios. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia durante cuatro años como SMI con esta triple certificación.

Metodología/Observación clínica

Cumplir anualmente los requisitos que establecen las normas mediante auditorías externas realizadas por entidades acreditadas.

Resultados/Intervenciones

La norma ISO 9001 permite conocer el contexto de nuestra organización, trabajar con procesos, identificar riesgos y oportunidades y planificar objetivos de calidad. La norma UNE 179003 nos ayuda a disminuir los incidentes relacionados con la seguridad del paciente a través de la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos reales y potenciales. La gestión de las alarmas del respirador, técnicas continuas de depuración extrarrenal, o la limitación de la terapia de soporte vital, han sido gestionados proactivamente mediante el Análisis Modal de Fallos y Efectos. Los eventos adversos graves se han analizado con el Análisis Causa Raíz. Se monitorizan mensualmente 60 indicadores de calidad y seguridad. Con la norma UNE 93200 hemos establecido compromisos con familiares (información, visitas y sugerencias) y con los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Urología y Urgencias.

Conclusiones

Somos la primera unidad que dispone de estas tres certificaciones a nivel nacional. Trabajar con esta metodología, nos permite demostrar que cumplimos con unos requisitos de calidad, seguridad y compromiso avalado por entidades externas independientes; y nos obliga a la mejora continua porque, para implementarlas y mantenerlas, es necesario pasar auditorías con carácter anual. Además, fomentan el trabajo en equipo y disminuyen la variabilidad de la práctica clínica.

Palabras clave

Certificación (certification) • Gestión del riesgo (risk management) • Unidad de cuidados intensivos (intensive care unit • Seguridad(safety) • Pacientes criticos (critical patients)

ID 401

ENTRENAMIENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PRIORITARIAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO MEDIANTE CASOS CLÍNICOS SIMULADOS

Óscar Arrogante; L. Carrión-García; A. Polo

Fundación San Juan de Dios, Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael, Universidad Nebrija, Madrid

Objetivos/Introducción

Determinar las intervenciones de enfermería prioritarias y sus actividades relacionadas según la Nursing Intervention Classification (NIC) seleccionadas por estudiantes de pregrado de Enfermería para la resolución de casos clínicos simulados de situaciones habituales en cuidados intensivos.Evaluar mediante la simulación clínica (SC) la adquisición de las competencias enfermeras necesarias para el adecuado manejo del paciente crítico en estudiantes.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

- Participantes: 106 estudiantes de tercer curso del Grado en Enfermería del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija (Madrid).
- Instrumentos: Listado de las NIC y sus actividades relacionadas seleccionadas por los estudiantes y checklist de verificación de las actividades enfermeras desempeñadas por los estudiantes en los escenarios clínicos simulados.
- Procedimiento: Escenificación de casos clínicos simulados relacionados con situaciones habituales en cuidados críticos mediante la metodología MAES® (Metodología de Autoaprendizaje en Entornos Simulados).
- Análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos (SPSS v.21).

Resultados/Intervenciones

Las NIC prioritarias seleccionadas por los estudiantes con mayor frecuencia fueron: [3140] Manejo de las vías aéreas, [3350] Monitorización respiratoria, [4210] Monitorización hemodinámica invasiva, [2620] Monitorización neurológica, [1400] Manejo del dolor, [2380] Manejo de la medicación y [5820] Disminución de la ansiedad.La mayoría de los estudiantes lograron adquirir de las competencias enfermeras específicas de los casos clínicos simulados para el manejo del paciente crítico.

Conclusiones

La SC es una metodología docente efectiva para que los estudiantes de Enfermería pongan en práctica las NIC y sus actividades relacionadas para la resolución de casos clínicos simulados de situaciones habituales en cuidados críticos. Esta metodología es útil para que los estudiantes entrenen y adquieran las competencias enfermeras necesarias para su futuro profesional.La SC se debería aplicar en los profesionales de Enfermería de intensivos, principalmente en el personal de nueva incorporación o que necesite reciclarse (entrenamiento de nuevos protocolos, técnicas y/o procedimientos enfermeros o que no sean muy habituales).

Palabras clave

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

ID 404

IMPLEMENTACIÖN DE UN EQUIPO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN UNA UNIDAD DE TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO DE PACIENTE CRÍTICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Borja Violant Gómez[1]; C. González Muñoz[1]; R. Condal Sanmartín[1]; D. Valenzuela Entrena[1]; R. Garrido Massana[1]; JR. Ricart Martín[2]; C. Blasco Solis[2]
1. Sistema d'Emergències Médiques; 2. Hospital Germans Trías i Pujol

Objetivos/Introducción

Desde la eclosión de la pandemia de Covid19 y el incremento considerable de pacientes críticos complejos de manera dispersa por todo el territorio de Catalunya, se puso en evidencia la necesidad de ofrecer una respuesta altamente especializada por parte del Sistema d'Emergéncies Médiques que garantizara la estabilización y el traslado de este tipo de enfermos, permitiendo asegurar la equidad, a centros de alta tecnología sanitaria.En este contexto, surgieron las unidades de traslado de Paciente Crítico Altamente Complejo (PCAC), donde el papel de enfermería formada en cuidados intensivos se ha demostrado esencial dentro del equipo asistencial encargado de comenzar la acción terapéutica de máxima especialización en el hospital de origen, avanzando su tratamiento y haciendo posible su traslado.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en MEDLINE, EMBASE and PsycINFO, sobre la enfermería especializada, traslado interhospitalario de paciente crítico, rol de la enfermería de cuidados críticos, seguridad del paciente e impacto sobre la calidad asistencial.

Resultados/Intervenciones

En base a nuestra experiencia adquirida, realizamos unas recomendaciones técnicas sobre la configuración de los equipos de enfermería para el transporte de PCAC, donde proponemos la evaluación de la experteza clínica en la atención del paciente crítico a través de un modelo de baremación donde se tengan en cuenta:

· Formación reglada adquirida.
· Actividades de docencia e investigación previas en el area en cuestión.
· Evaluación de habilidades técnicas y psicosociales.

Conclusiones

El perfil de enfermería especializada representa una pieza indispensable dentro del equipo asistencial de las unidades PCAC, donde participa en la toma de decisiones clínicas de manera coordinada con el resto de miembros para la mejora de la atención del enfermo, lleva a cabo una evaluación continuada de su estado de salud de manera global y holística y prevee las posibles complicaciones realizando de manera apropiada y autonóma las medidas terapéuticas encaminadas a la estabilización clínica con una visión homeostática e integradora.

Palabras clave

enfermería • especialización • cuidados críticos

ID 405

ADHERENCIA ENFERMERA A LA CANALIZACIÓN VENOSA CENTRAL DE ACCESO PERIFERICO ECOGUIADA

Eva Gutiérrez Fernández; E. Corredera Bas; A. Ibañez Montón; A. Barrón Arroyo; L. Montoya González; N. Moreno Aramendia; M. Albaladejo Perea; C. Rodríguez Núñez; FJ. Amo Setién; LE. Tapia-Barrera

HUA Txagorritxu

Objetivos/Introducción

El equipo de enfermería, debidamente formado, es capaz de realizar una canalización venosa central de acceso periférico ecoguiada de manera segura, eficiente y eficaz disminuyendo potenciales complicaciones relacionadas con el proceso. Objetivo: Conocer la adherencia enfermera a la canalización venosa central de acceso periférico ecoguiada de los profesionales de enfermería UCI del Hospital Universitario de Álava-HUA.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo longitudinal realizado en enero 2021 en dos UCIs del HUA. Muestra: profesional de enfermería de UCI con, al menos, 6 meses de experiencia en la unidad que conociese el significado de “canalización venosa central de acceso periférico ecoguiada”. Variables: características demográficas, conocimientos previos, canalización venosa central de acceso periférico ecoguiada y satisfacción y áreas de mejora. Se recogen los datos a través de un formulario estructurado, anónimo y voluntario de 24 ítems, difundido en Band; se procede a su análisis estadístico mediante SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

Respondieron al cuestionario 86 profesionales, 86% mujeres y 65% de sede Txagorritxu. El 62% de los trabajadores recibieron formación intraservicio previa a la implantación del procedimiento dentro de la unidad, considerandolo insuficiente en un 58%. El 98% de enfermería estaría dispuesto a recibir más formación. La canalización “a ciegas” se utiliza “a veces” en el 41% de las punciones, puesto que sienten inseguridad el 90% de los profesionales. La técnica se considera en el 86% de las respuestas muy beneficiosa para enfermería. Los profesionales se sintieron “poco” satisfechos con la formación en el 44% de los casos y con el método de implantación el 51%. Como áreas de mejora: formación y apoyo.

Conclusiones

La baja adherencia enfermera a la canalización venosa central de acceso periférico ecoguiada podría estar relacionada con la baja satisfacción con la formación recibida y la implantación del procedimiento en la unidad. Por lo que, una formación continuada en niveles y la incentivación en el uso del ecógrado podría mejorar los resultados.

Financiación

No financiado.

Palabras clave

Adherencia • Enfermería • Acceso vascular • Ecoguiado • UCI

ID 407

ADQUISICIÓN DE UN ROL MÁS ACTIVO EN EL MANEJO DE LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA CONTINUO MEDIANTE TERMODILUCIÓN CON PICCO POR PERSONAL DE ENFERMERÍA

Juan José de Haro; D. Carrasco; MT. Peig; L. Sánchez; C. Villavicencio; X. Teixidó; J. Leache
Hospital Universitario Joan 23

Objetivos/Introducción

La complejidad del manejo del paciente critico en shock, implica la necesidad de utilizar técnicas de monitoraje continuo como el sistémica PICCO y saber interpretar los parámetros clínicos obtenidos.En este sentido es el personal de enfermería quien está a pie de cama y de forma continua evaluando a los pacientes, por lo tanto, es necesaria una formación base teórica/practica sólida que permita un control más adecuado del estado cardiovascular de los pacientes asi como la adopción de un rol más activo en el diagnóstico y la toma de decisiones diarias. Por estas razones el objetivo de este trabajo fue mejorar el conocimiento en monitorización hemodinámica continua mediante el sistema PICCO.

Metodología/Observación clínica

1. Establecer un grupo de trabajo: grupo interdisciplinario formado por médicos, enfermeras ytécnicas. 2. Revisión y actualización de los diversos protocolos de unidad. 3. Formación continuada. 4. Seguimiento de la formación mediante test de autoevaluación continuos.

Resultados/Intervenciones

Protocolo: Montaje y calibración Indicaciones y parámetro Algoritmo de actuación del paciente en shock Programa de formación continuada mediante diversos métodos audiovisuales (charlas en powerpoint, pizarras, vídeos tutoriales, talleres prácticos). Test de autoevaluación continuo.

Conclusiones

La instauración de estas estrategias son a largo plazo, estamos en la fase inicial de formación y revisión de protocolos, se ha conseguido que el personal tenga a su alcance multiples recursos que le permitirán una formación más autónoma y dinámica.Consideramos también que se alcanzara una mejora del manejo diario de los pacientes en términos de aumentar la calidad asistencial (precoz y óptima) así como de la seguridad del paciente.

Palabras clave

monitorización hemodinámica • PICCO • termodilución

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 408

EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL IMPLICADO EN EL MANEJO HEMODINÁMICO

Juan José de Haro; MT. Peig; D. Carrasco; L. Sánchez; C. Villavicencio; X. Teixidó; J. Leache
Hospital Universitario Joan 23

Objetivos/Introducción

La monitorización hemodinámica es una herramienta que da información de los pacientes críticos, detecta y determina el origen de la inestabilidad y guia la elección del tratamiento más adecuado y su efectividad. El objetivo es evaluar los conocimientos sobre hemodinámica que posee el personal sanitario del servicio de medicina intensiva y definir si el nivel de conocimientos se asocia a características sociológicas y/o profesionales identificables.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo de sección transversal.Se realiza una encuesta específica compuesta de 20 preguntas con 5 opciones de respuestas creada por el grupo de hemodinámica de la unidad y cumplimentada por los profesionales de ésta.Se calculan las frecuencias relativas y absolutas en %.

Resultados/Intervenciones

La muestra es de n=71 profesionales, siendo 113 enfermeros, 18 médicos residentes y 11 adjuntos.Según los datos de la encuesta el colectivo con menos conocimientos es el grupo de enfermero/as eventuales con un 66% de aciertos. A su vez, los MIR son los que poseen mayor nivel de conocimientos (un 84% en aciertos) en relación con sus adjuntos (74% aciertos), ya que son los más actualizados debido a su necesidad en su práctica diaria.Del shock y el gasto cardiaco un 63,25% tienen los suficientes conocimientos, sobre la fluidoterapia un 38%, de la PVC/PCP, drogas y vías 69,33% y de los diferentes sistemas utilizados en nuestra unidad (PICCO, Swang Ganz) un 82,83%.

Conclusiones

El personal implicado en el manejo hemodinámico tiene una carencia sobre conocimientos de fluidoterapia, pero tienen claro cuales son los diferentes dispositivos utilizados para la monitorización hemodinámica, precisan de una revisión sobre conceptos del shock, el gasto cardiaco, la PVC/PCP, drogas vasoactivas y vías.Hay una necesidad de formación generalizada, dirigida principalmente a la enfermería eventual. La aplicación de un programa formativo online con soporte audiovisual, permitirá unificar criterios entre los profesionales de la unidad.

Palabras clave

monitorización hemodinámica • precarga • shock • gasto

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 7

UTILIZACIÓN DEL BIS, CONSTANTES HEMODINÁMICAS Y REFLEJO DE DILATACIÓN PUPILAR COMO MEDIDAS DE NOCICEPCIÓN EN EL PACIENTE NO COMUNICATIVO EN UCI

Y. López de Audicana Jiménez de Aberasturi; A. Vallejo de la Cueva; PM. Pelegrín Gaspar; A. Azahara Margüelo; A. Quintano Rodero; N. Parraza Díez; E. Cardo Castro; O. Díez Zaballa; M. Martín Martínez; V. Sanz Porras
Osakidetza

Objetivos/Introducción

La monitorización del dolor del paciente continúa en constante reevaluación. La nocicepción esun mecanismo fisiológico que participa en la percepción de dolor. La presencia de cambios enla actividad cerebral y respuestas del sistema autónomo frente a los estímulos podrían serindicadores de nocicepción en el paciente crítico. **OBJETIVO:** Evaluar la respuesta nociceptiva del paciente ante un estímulo no doloroso,estímulos de intensidad calibrada y en el aspirado endotraqueal (AET) a través del BIS,constantes hemodinámicas (CH) y reflejo de dilatación pupilar (PDR).

Metodología/Observación clínica

Estudio con intervención, en una UCI polivalente de 35 camas. INCLUSIÓN: >18 años,analgosedados, con BPS basal 3, ESCID basal 0, y RASS entre -1 y -4. Con consentimientoinformado firmado. EXCLUSIÓN: Pacientes con afectación pupilar, Glasgow<6, en tratamientocon clonidina, dexmedetomidina, tramadol, ketamina, adrenalina, y antagonistas del calcio,noradrenalina> 0,6 y/o dobutamina> 10 µg/kg/min. Mediciones de PDR: PupilómetroAlgiScan®. Aprobado por CEIC Euskadi.

Resultados/Intervenciones

Mediciones totales, 183. Las medianas de las variaciones del BIS y los CH no superaron el 10%ante ninguno de los estímulos. La BIS es el parámetro que más varió con una mediana globalde 1,72 (-2,00-9,52), y de 2,31 (0,00-10,46) y 4,10 (0,00-15,00) ante 40mA y el AET. Con la PDRse observa una tendencia a mayores valores ante incrementos de intensidad de estímulo.

Conclusiones

Los cambios en las CH no parecen ser buenos identificadores de cambios en la nocicepción delpaciente. La respuesta de la actividad cerebral medida a través del BIS se muestra ligeramentemás reactiva ante los estímulos pero sin mostrar cambios de relevancia clínica. La respuesta ala nocicepción de la PDR podría ser una medida prometedora para la medición de nocicepciónen el paciente crítico.

Palabras clave

Pain • Critical care • Reflex • Pupillary

	ND N:31	10mA N:31	20mA N:31	30mA N:31	40mA N:28	AET N:31	TOTAL N:183
	P_{50} (P_{25}-P_{75})	P_{50} (P_{25}-P_{75})	P_{50} (P_{25}-P_{75})	P_{50} (P_{25}-P_{75})	P_{50} (P_{25}-P_{75})	P_{50} (P_{25}-P_{75})	P_{50} (P_{25}-P_{75})
BIS	3,40 (-2,32-11,90)	1,21 (-2,38-8,88)	1,49 (-2,38-6,00)	0,00 (-4,65-12,00)	2,31 (0,00-10,46)	4,10 (0,00-15,00)	1,72 (-2,00-9,52)
FC	0,00 (-1,42-1,16)	1,07 (-1,04-2,00)	0,00 (-1,50-1,60)	0,00 (-1,03-3,12)	0,49 (0,00-2,14)	1,66 (-1,01-7,61)	0,00 (-1,11-2,43)
FR	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-13,33)	0,00 (0,00-0 ,00)
TAS	0,00 (-1,16-1,73)	0,00 (-0,76-4,44)	0,00 (-0,86-1,62)	0,80 (0,00-2,89)	0,43 (-1,35-3,52)	2,58 (-0,72-7,14)	0,00 (-0,85-2,91)
TAD	-1,30 (-3,84-1,75)	1,4 (-1,66-2,66)	0,00 (-1,72-1,76)	1,50 (0,00-3,57)	2,01 (-2,44-5,43)	1,66 (-3,79-8,47)	0,00 (-1,81-3,44)
TAM	0,00 (-2,67-2,73)	1,1 (-1,39-2,38)	0,00 (-1,13-1,01)	0,00 (-1,21-4,44)	0,53 (-2,24-3,67)	1,31 (-1,36-7,79)	0,00 (-1,31-2,73)
SATO2	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (-1,03-3,10)	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (-1,04-0,00)	0,00 (0,00-0,00)
PDR	2,00 (1,00-5,00)	3,00 (0,00-7,00)	6,00 (4,00-12,00)	9,00 (4,00-18,00)	16,00 (8,25-21,75)	34,00 (25,00-51,00)	8,00 (3,00-20,00)

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 8

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON INFARTO DE VENTRÍCULO DERECHO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Martorell Campins[1]; AB. Expósito Torres[2]; L. Torrens Rotger[2]; M. Ocón López[1]; Y. Torres Figueira[2]; V. Sánchez Llabrés[2]; RM. Oliver Marques[2]; M. Nadal Servera[1]
1. Hospital Universitari Son Espases; 2. Clínica Juaneda

Objetivos/Introducción

El fallo ventricular derecho (FVD) es una patología en aumento con el avance de las técnicas de imagen y monitorización, hasta hace poco una situación infradiagnosticada y banalizada. En pacientes críticos ingresados por cualquier causa, el FVD se ha asociado con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. La incidencia de FVD no se conoce con exactitud, ya que depende de los criterios usados para su diagnóstico, pero en la mayoría de los casos se infraestima. Sus causas principales son Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, Tromboembolismo pulmonar e Infarto Agudo de Miocardio de ventrículo derecho, junto con otras causas como Hipertensión Pulmonar Primaria o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Existen situaciones agravantes como arritmias, sobrecarga hídrica, anemia, e infección.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 77 años con antecedentes de Hipertensión Arterial que ingresa tras angioplastia primaria por IAM inferior. Se realiza Ecocardiografía que objetiva FVD sin dilatación. Mala evolución inicial: Fallo Renal Agudo con anúria y sobrecarga hídrica, que progresa a FVD con dilatación y Shock Cardiogénico. La paciente entra en Fibrilación Auricular mal tolerada, que progresa a Parada Cardiorrespiratoria tras Cardioversión Eléctrica, por lo que requiere intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

Resultados/Intervenciones

Se han identificado diagnósticos e intervenciones relacionadas principalmente con el manejo del gasto cardíaco, el intercambio de gases, la perfusión tisular y el shock. Ver “Tabla”.

Conclusiones

El tratamiento apropiado y dirigido, y la observación clínica precoz, es vital para el manejo del enfermo crítico con FVD. Esto puede resultar en una mejora no solo de la supervivencia, sino también de la disminución de los días de estancia y de las secuelas al alta en UCI. El plan de cuidados de enfermería individualizado, acorde con el seguimiento y la monitorización del FVD, ofrece mayor eficiencia e implicación ante estos pacientes.

Palabras clave

Proceso de Atención de Enfermería • Cuidados Enfermeros • Fallo Ventricular Derecho • Infarto de Ventrículo Derecho

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	INTERVENCION DE ENFERMERIA	COMPLICACIONES
Deterioro del intercambio de gases (00030) r/c insuficiencia cardiaca y aumento de la permeabilidad vascular pulmonar m/p taquipnea y desaturación.	• Vía aérea permeable. • Administración de oxígeno suplementario. • Monitorización continua de signos vitales (FR, SaO_2). • Evaluación de criterios de IOT: fracaso respiratorio inminente; apnea o depresión respiratoria; FR < 10 rpm o > 30-40 rpm; incapacidad para mantener PaCO2 superior a 60mmHg con FiO2 de 0.5 % o superior.	○ Parada Cardiorrespiratoria. ○ Insuficiencia respiratoria.
Disminución del gasto cardiaco (00029) r/c infarto agudo de miocardio, arritmias y shock m/p fallo renal agudo, anuria y sobrecarga hídrica.	• Monitorización continua de signos vitales (FC, TA). • Manejo de líquidos: administración de diuréticos; distribución de entrada de líquidos por 24 horas.	○ Síndrome de bajo gasto cardiaco.
Perfusión tisular periférica ineficaz (00024) de origen cardiovascular r/c fallo ventricular derecho agudo y shock cardiogénico m/p hipotensión arterial y fibrilación auricular.	• Soporte Vital Avanzado y Reanimación Cardiopulmonar. • Monitorización neurológica (GCS, RASS, Pupilas, ESCID). • Vía aérea permeable. • Administración de oxígeno suplementario. • Canalización de catéter venoso periféricos supradiafragmático n°14 o n°16, o catéter venoso central, y de catéter arterial. • Monitorización continua de signos vitales (FR, SaO_2, FC, TA). • Manejo de líquidos: administración de diuréticos; distribución de entrada de líquidos por 24 horas.	○ Parada Cardiorrespiratoria. ○ Ulceras vasculares.
Riesgo de shock (00205) r/c infarto agudo de miocardio y bajo gasto cardiaco.	• Monitorización continua de signos vitales (FR, SaO_2, FC, TA). • Mantenimiento de catéteres venosos. • Realización de pruebas complementarias: analítica sanguínea, gasometría arterial. • Valoración de administración de cristaloides. • Administración de drogas vasoactivas y transfusiones sanguíneas.	○ Parada Cardiorrespiratoria. ○ Insuficiencia cardiaca.
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00024) r/c bajo gasto cardiaco y parada cardiorrespiratoria.	• Mejora de la perfusión cerebral. • Monitorización neurológica (GCS, RASS, Pupilas, ESCID). • Reestructuración y estimulación cognitiva.	
Deterioro de la movilidad física (00085) r/c sedoanalgesia y síndrome de desuso m/p RASS -5 y encamamiento.	• Fomento de ejercicios: flexión-extensión, movilización pasiva, movilización asistida y movilización activa. • Terapia de ejercicios: ambulación; movilidad articular; control muscular; silla de ruedas. • Prevención de caídas. • Vigilancia de la piel.	○ Ulceras por presión. ○ Disminución de fuerza y tono muscular.

ID 9

EXPERIENCIAS Y BENEFICIOS EN EL PACIENTE CRÍTICO DEL USO DEL DIARIO DE UCI REALIZADO POR ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana Belén Expósito Torres[1]; M. Nadal Servera[2]; RM. Oliver Marques[1]; Y. Torres Figueira[1]; C. Martorell Campins[2]; V. Sánchez Llabrés[1]; L. Torrens Rotger[1]
1. Clínica Juaneda; 2. Hospital Universitari Son Espases

Objetivos/Introducción

Los diarios-UCI se presentan como instrumento terapéutico o acto de cuidado1-4. Su uso se asocia con mejoras en la experiencia de ingreso y en la morbilidad al alta del enfermo crítico1,4,5.

Los objetivos son:

1. Describir las experiencias e

2. identificar sus beneficios físicos, cognitivos y mentales, del uso del diario-UCI en el paciente crítico.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica -investigación secundaria-. Las palabras clave –Diario de UCI, Paciente Crítico, Enfermeras, Unidad de Cuidados Intensivos, Experiencias, Beneficios- fueron transformadas en descriptores en el tesauro MeSH y combinadas en una operación booleana: “Diary” AND “Nurses” AND “Intensive Care Units” AND (“Perception” OR “Benefit”); Se consultaron las bases de datos PubMed y SCOPUS con límites: idiomas inglés/castellano y publicación 2009-2019; Se localizaron 490 documentos: 22 manuscritos seleccionados y revisados tras lectura crítica, eliminación de artículos sin interés o con duplicado.

Resultados/Intervenciones

El uso del diario-UCI produce emociones diversas, sentimientos de unión y percepciones de calidad, y se describe como una experiencia positiva1,2,4,6-15. Además, refleja un proceso de vivencia de tres fases: crisis (estado crítico), retorno (supervivencia) y normalización (estado de recuperación)3,9-12,16,17. Diversos estudios indican que reduce los niveles de ansiedad y depresión 1-3 mes al alta, y los episodios de estrés postraumático, entre 1-3-12 mes al alta4,18-21. Un estudio indica que incrementa las percepciones de salud general, vitalidad, componente físico y componente mental22. Otros estudios indican que mejora la reconstrucción y memoria, aunque no se ha evidenciado una reducción del deterioro cognitivo5,10-12,14,22.

Conclusiones

El uso de diarios-UCI se describe como una experiencia positiva que produce diversidad de emociones y refleja fases de vivencia sobre la enfermedad crítica. Existen evidencias en reducción de secuelas psicológicas y sugerencias en mejora de funcionalidad y cognición: es necesaria mayor evidencia de estudios experimentales y observacionales.

Palabras clave

Diario de UCI • Paciente Crítico • Unidad de Cuidados Intensivos • Debilidad neuromuscular • Deterioro cognitivo • Trastornos mentales • Síndrome Post-Cuidados Intensivos

sigue –>

ESTRATEGIA Y RESULTADOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	BASES DE DATOS	
	PUBMED	SCOPUS
Límites de búsqueda • *Año 2009-2019* • *Idioma Inglés/Castellano*	24	466
Criterios de inclusión *(1) Descripción percepciones del paciente durante ingreso UCI* *(2) Descripción beneficios en secuelas/síndrome Post-UCI*	11	20
Evaluación de la calidad • *Diseño metodológico* • *Análisis de datos* • *Generación de resultados*	9	13
○ Metodología variada, principalmente cualitativa ○ Producción variada, principalmente escandinava, sueca o británica 10 estudios fenomenológicos / 2 revisiones sistemáticas / 2 revisiones bibliográficas 2 estudios de cohortes / 2 estudios de método mixto / 1 estudio de prevalencia 1 estudio cuasi-experimental / 1 estudio narrativo / 1 estudio documental		

SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA		
EXPERIENCIA DEL USO DE DIARIOS DE UCI	REACCIONES	- Emociones de pánico, trauma, tristeza, asombro, placer, alegría, felicidad y superación. - Sentimientos de unión y confianza. - Percepciones de satisfacción y calidad.
	VIVENCIAS	- Crisis (estado crítico): vivencia inicial, pasiva y despersonalizada. - Retorno (supervivencia): relaciones, participaciones y despedidas. - Normalización (estado de recuperación): vivencia final, emergente y repersonalizada.
BENEFICIOS DEL USO DE DIARIOS DE UCI	FÍSICOS	- Incremento de la percepción de salud física.
	COGNITIVOS	- Mejora de la reconstrucción y la memoria cognitivas.
	MENTALES	- Reducción de los niveles de ansiedad y depresión. - Reducción de los episodios de estrés postraumático. - Incremento de la percepción de salud mental.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 10

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ROLES DE PRÁCTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA EN UCIS: HACIA UN NUEVO PARADIGMA

Carlos Martorell Campins[1]; V. Sánchez Llabrés[2]; L. Torrens Rotger[2]; AB. Expósito Torres[2]; RM. Oliver Marques[2]; Y. Torres Figueira[2]; M. Nadal Servera[1]
1. Hospital Universitari Son Espases; 2. Clínica Juaneda

Objetivos/Introducción

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en el ámbito de cuidados críticos es un perfil innovador, resolutivo y eficiente ante la demanda de profesionales y la complejidad de pacientes (6). Los objetivos son: (1) identificar los roles existentes en el panorama internacional y (2) describir los niveles de competencia y formación, de la EPA en cuidados críticos.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una investigación secundaria -revisión bibliográfica-. Las palabras clave fueron transformadas en descriptores en el tesauro MeSH –Critical Care, Nurse Role, Intensive Care Units, Competency, Education, Regulation- y combinadas en operaciones booleanas, junto a términos libres no indizados aunque reconocidos -Critical Care Nursing, Nurse Practitioner, Advanced Nurse Practitioner, Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice-. Se consultaron las bases de datos PubMed, Cochrane Library Plus y Cinahl –límites de idiomas inglés y castellano, publicación entre 2009-2019-. Se localizaron 609 documentos, siendo seleccionados y revisados 29 tras su lectura crítica, eliminación de artículos sin interés y con duplicado.

Resultados/Intervenciones

El rol de EPA en cuidados críticos es una realidad a nivel internacional, pero existe una complejidad derivada de la gran variabilidad de términos y la falta de acuerdo de criterios para establecer su definición y competencias. El progresivo interés sobre la EPA ha favorecido el desarrollo de varios modelos, entre los que destaca el Strong Model of Advanced Practice Role Delineation Tool. El establecimiento de los dominios y las competencias propios del rol de las “Acute Care Nurse Practitioners” se basa en las habilidades clínicas de las Nurse Practitioner (NP) y la perspectiva holística, docencia y liderazgo de las Clinical Nurse Specialist (CNS).

Conclusiones

La EPA en cuidados críticos ofrece una nueva perspectiva de atención al enfermo crítico, basada en necesidades de eficiencia del sistema y complejidad del paciente. Su introducción debe cumplir con competencias de expertía, docencia, liderazgo, coaching y nivel formativo Máster.

Palabras clave

Enfermera de Práctica Avanzada • Enfermera de Cuidados Intensivos • Práctica Avanzada de Enfermería en UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 11

PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE CRÍTICO CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Mateu Nadal Servera[1]; Y. Torres Figueira[2]; V. Sánchez Llabrés[2]; RM. Oliver Marques[2]; C. Martorell Campins[1]; AB. Expósito Torres[2]; L. Torrens Rotger[2]; A. Navas Ortega[2]; M. Ocón López[1]
1. Hospital Universitari Son Espases; 2. Clínica Juaneda

Objetivos/Introducción

La incidencia de debilidad adquirida (DA) en el enfermo crítico con ventilación mecánica invasiva (VMI) es 26-65%1-4. La movilización precoz (MP) se presenta como estrategia preventiva y terapéutica5.

OBJETIVOS:

1. reducir la incidencia de debilidad adquirida e

2. incrementar el nivel de independencia, del paciente crítico ingresado en cuidados intensivos (UCI).

Población diana: pacientes con VMI > 48 horas; Dirigido a: enfermeras, médicos y fisioterapeutas de UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica para su protocolización. Las palabras clave –Protocolo, Paciente Crítico, Unidad de Cuidados Intensivos, Movilización Precoz- fueron transformadas en descriptores en el tesauro MeSH y combinadas en una operación booleana: “Clinical Protocols” AND “Intensive Care Units” AND “Early Ambulation”; Se consultaron las bases de datos PubMed, SCOPUS y Cochrane Library Plus: límites de idiomas inglés/castellano y publicación 2009-2019; Se localizaron 56 documentos: 7 artículos seleccionados tras lectura crítica, revisión dirigida, eliminación por interés o duplicado. Se identificaron criterios de inicio/interrupción del protocolo (estabilidad clínica y hemodinámica, reserva cardiovascular y respiratoria)1,6-8; intervenciones de movilización pasiva (miembros superiores e inferiores), asistida/activa (fuerza y contragravedad), sedestación y transferencia1,6,7,9,10; y resultados en paciente (reducción de días de VMI, incremento de niveles de independencia)11 y servicio (reducción de días de encamamiento, ingreso UCI e ingreso hospitalario)1.

Resultados/Intervenciones

La protocolización se basa en la síntesis de la evidencia sobre criterios e intervenciones de MP, y su nivel de evidencia (NE). Consultar tabla/algoritmo. “Estudio de criterios de inicio MP, intervención médica1,7,8,11 (NE 4).” Realización de intervenciones MP, intervención enfermera y fisioterapéutica1,6,7,9 (NE 4).” Evaluación de criterios de interrupción MP, intervención médica6,8 (NE 2+).

Conclusiones

El estado de consciencia y la fuerza contragravitatoria indican el progreso en niveles de MP. La protocolización incluye dos indicadores de evaluación de resultados: fuerza muscular para medición de DA (Escala MRC) y autocuidado en AVD para medición de independencia (Índice Barthel).

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

PROTOCOLO DE MOVILIZACION PRECOZ	
CRITERIOS INICIO	**CRITERIOS INTERRUPCION**
• Apto según historia médica, estado actual e indicaciones farmacológicas. • Reserva cardiovascular: FC_{basal} < 50% de FC_{max} y variabilidad TA < 20%. • Reserva respiratoria: PaO_2/FiO_2 > 300, SaO_2 > 90% y variabilidad SaO_2 < 4%. • Parámetros de ventilación mecánica: FiO_2 < 0.6 y PEEP < 10 mbar. • Electrocardiografía: no síndrome coronario agudo ni arritmias. • Pruebas analíticas: [Hb] > 7g/dL, [Trombo] > 20.000 c/mm³, [Leuco] > 4.300-10.800 c/mm³ y [Glu] 63-360 mg/dL. • Dolor controlado, Nivel de consciencia estable. • No contraindicación neurológica ni ortopédica.	• FC < 40 o > 130 ppm. • TAD < 65 mmHg o > 110 mmHg. • TAS > 200 mmHg. • FR < 5 rpm o > 40 rpm. • SaO_2 < 88%. • Signos de agitación psicomotriz, síndrome coronario agudo, arritmias, asincronía ventilatoria o hemorragia digestiva. • Uso de balón de contrapulsación intra-aórtico o membrana de oxigenación extra-corpórea.

			Transferencia cama-sillón c/24 horas
		Sedestación en borde de cama c/24 horas	
	Ejercicios asistidos/activos de fuerza/resistencia MMSS y MMII c/12 horas + Sedestación en cama c/8 horas		
Movilización pasiva MMSS (dedos, muñeca, codo, hombro) c/8 horas + Movilización pasiva MMII (dedos, planta, tobillo, rodilla, cadera) c/8 horas			
NIVEL 1 **(RASS =-1)**	**NIVEL 2** **(RASS 0)**	**NIVEL 3** **(RASS 0, BÍCEPS MRC 3/5)**	**NIVEL 4** **(RASS 0, CUADRICEPS MRC 3/5)**
INTERVENCIONES			

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 13

VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO PARA LA DOSIFICACIÓN DE INSULINA EN EL POST-OPERATORIO DE PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA

Rafael-Jesús Fernández-Castillo[1]; C. Jiménez Espino[2]; L. Antón Fernández[2]; M. Bonilla Toribio[2]; A. Ponce Fernández[2]; MD. González Caro[2]

1. Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla Hospital Universitario Virgen Macarena; 2. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

La consecución de la euglucemia en el paciente postquirúrgico cardíaco adulto es un objetivo primordial demostrado por la literatura científica (1). La evidencia avala el uso de sistemas automatizados de infusión de insulina como el Space Glucose Control (SGC) para un control estricto de la glucemia por parte de las enfermeras (2). El objetivo radica en conocer la valoración de las enfermeras sobre el uso del SGC.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo, que examina las opiniones de las enfermeras de la UCI del Hospital Virgen Macarena de Sevilla acerca del uso del SGC en el manejo de la glucemia del paciente posquirúrgico cardíaco. Se utilizó una encuesta fundamentada en la literatura existente, con 8 preguntas tipo likert y tres preguntas de respuesta abierta. Del mismo modo se establecieron dos grupos, con participantes que usasen el sistema en menos o más de 10 ocasiones. Se analizaron los datos con la prueba de la chi-cuadrado. Se obtuvo aprobación del Comité de Ética de la Investigación

Resultados/Intervenciones

Trabajan en UCI cardíaca un total de 60 enfermeros, de los cuales un 78,3% (n=47) usaron el SGC, respondiendo la encuesta un 89% (n=42). Un 76.2% (n=32) de las enfermeras consideran el SGC un sistema de fácil manejo. Un 83.4% (n=35) de las encuestadas considera entre buena y regular la estabilización de la glucemia en rango objetivo. Así mismo, consideran ventajoso el cálculo de dosis automático y el aviso de control de glucemia. Por otro lado, un 54.8% (n=23) valora como aumentada su carga de trabajo. No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al uso del SGC

Conclusiones

El SGC es percibido por las enfermeras como un sistema fácil de manejar y útil en el control estricto de la glucemia. Sin embargo, los participantes describen más carga de trabajo y una disminución del confort del postoperatorio inmediato de los pacientes

Financiación

Financiación parcial procedente de fondos privados de B.Braun.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 14

ENFRENTÁNDOSE A SU PRIMER CONTRATO EN UCI: UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO DE LAS PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Rafael-Jesús Fernández-Castillo; MD. González Caro; E. Fernández García; MC. González Delgado; C. Martínez Iglesias
Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Hospital Universitario Virgen Macarena. Unidad Clínica de Cuidados Intensivos

Objetivos/Introducción

Las enfermeras que se incorporan a su primer contrato laboral experimentan un alto grado de miedo y estrés[1]. Los retos laborales específicos que presenta la UCI, suponen un añadido al distrés emocional[2]. Muchas profesionales se incorporan sin experiencia previa y, a pesar de tener formación, requieren de apoyo inicial[3]. El objetivo de nuestro estudio radica en conocer las vivencias de las enfermeras al incorporarse a su primer contrato laboral en UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo de corte fenomenológico realizado en la UCI del Hospital Universitario Virgen Macarena. Se desarrollaron entrevistas en profundidad en el mes de septiembre de 2019 a enfermeras reclutadas por muestreo intencional que realizaban su primer contrato laboral eventual en UCI. Se recogieron variables demográficas, presencia de formación complementaria en UCI y realización de prácticas curriculares en UCI. Se llevó a cabo un template analysis según Brooks et. al. (2015), apoyados en el software Atlas.Ti versión 7. Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes y aprobación de la dirección de la unidad.

Resultados/Intervenciones

Se entrevistaron un total de 8 enfermeras (6 mujeres y 2 hombres). Un 87,5 % no tenía formación complementaria en UCI y únicamente la mitad había realizado prácticas curriculares en el servicio. Se presentan 18 códigos agrupados en cinco temas: cuidados al paciente crítico, formación en cuidados intensivos, relación con los profesionales de la UCI y sentimientos emergentes del cuidado en UCI.

Conclusiones

El miedo a errar debido al desconocimiento de cuidados específicos y la sensación de superación y desarrollo profesional son las emociones expresadas por las enfermeras de nueva incorporación a UCI. El apoyo entre compañeros, la acogida por los cargos intermedios y la formación previa con un periodo de adaptación son claves para favorecer el desarrollo del cuidado enfermero en UCI.

Palabras clave

Enfermería Intensiva • Satisfacción laboral • Especialización enfermera

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 15

INTENSIVE CARE NURSES? EXPERIENCES DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A QUALITATIVE STUDY

Rafael-Jesús Fernández-Castillo: MD. González-Caro; E. Fernández García; AM. Porcel Gálvez; J. Garnacho Montero
Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Due to the COVID-19 pandemic, health care systems worldwide are working under challenging conditions. Patients, who are seriously ill, require intensive care admission. In fighting COVID-19, nurses are frontline health care workers and, as such, have a great responsibility providing needed specialized patient care in intensive care units (ICUs). However, working conditions and emotional factors have an impact on the quality of the care provided. The purpose of this study was to explore and describe the experiences and perceptions of nurses working in an ICU during the COVID-19 pandemic.

Metodología/Observación clínica

Qualitative research was undertaken, with an empirical approach, using inductive content analysis techniques. The selected population consisted of ICU nurses from a tertiary teaching hospital in Spain. Data were obtained via semi structured videocall interviews from Apr 12 to Apr 30, 2020. Subsequently, transcribed verbatims were analyzed using the template analysis model of Brooks.

Resultados/Intervenciones

A total of 17 nurses comprised the final sample after data saturation. Four main themes emerged from the analysis and 13 subthemes: “providing nursing care”, “psychosocial aspects and emotional lability”, “resources management and safety” and “professional relationship and fellowship”.

Conclusiones

Providing health care by intensive care nursing professionals, during the COVID-19 pandemic, has shown both strong and weak points in the healthcare system. Nursing care has been influenced by fear and isolation, making it hard to maintain the humanization of health care. Implications for practice include optimizing resource management (human and material), providing psychological support and adequate training for ICU nurses, as well as high-quality protocols for future emergency situations.

Palabras clave

COVID-19 • Qualitative methods • Template analysis • Respiratory Care • Intensive Care Nursing

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 16

OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS CON LA ANTICOAGULACIÓN CON CITRATOS EN CRRT

Elsa García, T. Pérez; El. García; E. Juan; X. Castillo; M. Escarp; M. Miralbes; X. Prados; M. de la LLana
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos/Introducción

Las técnicas de circulación extracorpórea continua (CRRT) suponen una inversión importante en UCI y una carga importante de trabajo para enfermería. La coagulación del hemofiltro es la causa más frecuente de interrupción del tratamiento. Esto también supone ciertos riesgos: pérdidas de sangre, infección, etc. Hemos llevado a cabo un estudio comparativo con los siguientes objetivos:

· Analizar los recursos empleados y efectividad con la terapia de CRRT con anticoagulación con citratos versus heparina y versus sin anticoagulación.
· Analizar la supervivencia del circuito en cada uno de los grupos de estudio.

Metodología/Observación clínica

Hemos realizado un estudio de análisis comparativo de las variables. Se incluyen en el estudio 51 pacientes ingresados en la UCI del HUAV durante el año 2019 con fracaso renal agudo y que requieren terapia de reemplazo renal. Se hace una revisión de sets gastados, de horas de supervivencia de cada filtro en cada uno de los grupos de pacientes del análisis, así como de la mortalidad resultante para cada tipo de terapia.

Resultados/Intervenciones

En el 7,8% de casos se ha trabajado con citratos, 35,3% con heparina y 58,8% sin anticoagulación.Se han utilizado un total de 157 sets el 2019. La media de vida útil se relaciona con el tipo de anticoagulación. Los hemofiltros sin anticoagulación presentan una vida media reducida (21,7 horas), con heparina (23,2 horas) y la mayor supervivencia del set se da con citratos (53,6 horas).Se observa mayor mortalidad en pacientes sin anticoagulación (76,2%), por el contrario, en el grupo de citratos, la mortalidad ha sido de un 4,7%.

Conclusiones

Las CRRT son técnicas comúnmente utilizadas en pacientes críticos. El éxito de estas técnicas depende, en gran parte, de la permeabilidad del circuito de diálisis y de conseguir trabajar con un protocolo que minimice las complicaciones. El uso de citratos supone un sistema económico y eficaz.

Palabras clave

Recursos • Citratos • Técnicas de circulación extracorporea • Hemofiltro

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 17

PROTOCOLO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Rafael Muriana; AJ. Vázquez Fernández; C. Martín Castaño; MI. González Méndez; MR. Urban Carmona; P. Bazan Baez
Hospital Universitario Virgen del Rocio, Sevilla

Objetivos/Introducción

El aislamiento preventivo consiste en la aplicación de medidas de aislamiento de contacto en pacientes con alta sospecha de estar colonizados o infectados por bacterias multirresistentes (BMR). En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) existe un alto riesgo de transmisión cruzada de BMR. Se ha propuesto, al ingreso de pacientes con alto riesgo de estar colonizados por una BMR, la aplicación de las medidas de aislamiento de contacto de forma preventiva.

Metodología/Observación clínica

Se incluyen los criterios clínicos para indicar un aislamiento preventivo, las muestras biológicas que deberían obtenerse para determinar la presencia de BMR, las medidas de prevención a cumplir y los criterios para levantar su aplicación.

Resultados/Intervenciones

Criterios de aislamiento preventivo. (Categoría IB) Se han incluido las siguientes situaciones clínicas que debían valorarse al ingreso del paciente en UCI mediante lista de verificación:a) Ingreso previo (> 7 días) en un centro hospitalario en los últimos 6 meses.b) Contacto frecuente con servicios asistenciales sanitarios (hemodiálisis, quimioterapia, hospital de día, etc.).c) Tratamiento antibiótico durante más de 7 días en los 15 días previos al ingreso.d) Antecedente de colonización o infección por una BMR. e) Heridas o úlceras crónicas (por presión, vasculares, quirúrgicas, etc.).Muestras de estudio. (Categoría IB). En colaboración con el Servicio de Microbiología, realización de frotis nasal, rectal y faríngeos en las primeras 24 h de ingreso en la UCI. De forma adicional se toman otras muestras (sangre, secreciones respiratorias, orina, exudado de heridas u otras) cuando el médico responsable del paciente lo considere necesario.Medidas de aislamiento. (Categoría IB). La ubicación del paciente en aislamiento precisa de un box individual con cartel identificativo de aislamiento de contacto.

Conclusiones

La aplicación de este protocolo permite aplicar los criterios de aislamiento preventivo para utilizar en una UCI, así como optimizar su aplicación con el objetivo de reducir en lo posible la diseminación de BMR.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 18

SEGURIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRABDOMINAL Y MANIPULACIÓN DE FLUIDOS BIOLOGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA CITOREDUCTORA Y QUIMIOTERAPIA HIPERTEMICA INTRAPERITONEAL (HIPEC) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Rafael Muriana; AJ. Vázquez Fernández; C. Martín Castaño; MI. González Mendez; MR. Urban Carmona; MI.Alfonso Costillo
Hospital Universitario Virgen del Rocio, Sevilla

Objetivos/Introducción

La cirugía HIPEC es una técnica compleja que supone un desafío técnico para todo el equipo de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, pero a su vez representa una oportunidad de reducir la morbimortalidad en pacientes con carcinomatosis peritoneal ovárica.Enfermería se encarga de administrar los citostáticos en peritoneo y manipular los líquidos de drenaje para su desecho.Por lo que resulta fundamental que los profesionales conozcan las medidas para la prevención y protección de riesgos frente al manejo de estos citostáticos.

Metodología/Observación clínica

A su llegada a UCI los pacientes sometidos a HIPEC presentan un catéter de diálisis peritoneal y tres drenajes aspirativos. En el postoperatorio se infunde el citostático, utilizando sistemas cerrado de seguridad con filtros y adaptadores universales para sistemas IV para su administración, pinzando los drenajes y cuantificando la salida de los líquidos posteriormente.

Resultados/Intervenciones

Los equipos de protección personal que deben utilizar para la administración del citostático y manejo de los residuos son los siguientes; dos pares de guantes sin polvo como agente calzante, se deben cambiar cada 30 minutos, un par de guantes se pondrá por debajo del puño de la bata y el otro por encima, bata de baja permeabilidad desechable, gafas de protección y mascarillas FFP2, después de la retirada de los equipos de protección se ha de realizar lavado de manos con agua y jabon. Igualmente, todo el personal debe conocer el protocolo de exposición accidentales y recogida de derrames.

Conclusiones

El personal de Enfermería es el responsable de los cuidados de los pacientes sometidos a HIPEC en la Unidad de Cuidados Intensivos, cirugía y técnica compleja que requiere de unos cuidados complejos al incluirse citostáticos, por lo que todo el personal encargado de la manipulación del agente citostático han de conocer las técnicas de manipulación y administración para reducir los riesgos de exposición a dicho agente.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 19

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO SOBRE LA COLOCACIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA(CM) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Sheila Moya Gutiérrez; E. Martínez; S. Hernández; MP. Hernández
Hospital Sant Joan Despí Moisés Broggi

Objetivos/Introducción

El uso de CM restringe la libertad de los pacientes, debemos tener en cuenta los aspectos médico-legales y deontológicos. Objetivos: Determinar la justificación de las CM según nuestro nuevo protocolo. Identificar las características comunes más relevantes. Comprobar la realización correcta de los registros.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico.- Incluimos todos los pacientes ingresados en UCI entre el 1/12/2018 al 30/11/2019 con CM colocadas. Excluimos: Ingresados por traumatismo craneoencefálico, ictus con secuelas, u otro motivo neurológico. Antecedentes psiquiátricos, alzhéimer, demencia, enólicos, tóxicos o benzodiacepinas. Recogida de datos en historia clínica y en gráfica informatizada. Variables:

1. Socio-demográficas
2. Relacionadas con la valoración de la necesidad de colocación de CM.
3. Relacionadas con los registros. Análisis estadístico.

Las variables cualitativas se presentaron como proporciones y las cuantitativas con media.

Resultados/Intervenciones

Muestra: 71 pacientes. 65%hombres, 69 años de media (+/-15). 66%de los ingresos, de tipo médico. Media de ingreso: 14 días. (+/-13) De los 71 pacientes contenidos, el 61%estaban intubados. 32%tenían antecedentes psiquiátricos, 28%enólicos, 21%consumidores de tóxicos, 46%tomaban benzodiacepinas.76%de las CM estaban registradas en SAP, se firmaron el 55%de consentimientos. 20%tenían pauta médica escrita. 34%tenían dolor ≥3, no tratado. 22%de pacientes con delirium (56%hiperactivo, 21%mixto y 12%hipoactivo). Contención química más usada: 27%dexmedetomidina, 27%haloperidol, 25%olanzapina. 27%fueron exitus, 68%en UCI, el resto antes de 3 meses. Hubo 212 pacientes intubados el año de estudio. Un 20%precisaron CM. 61%de CM ajustadas al protocolo.

Conclusiones

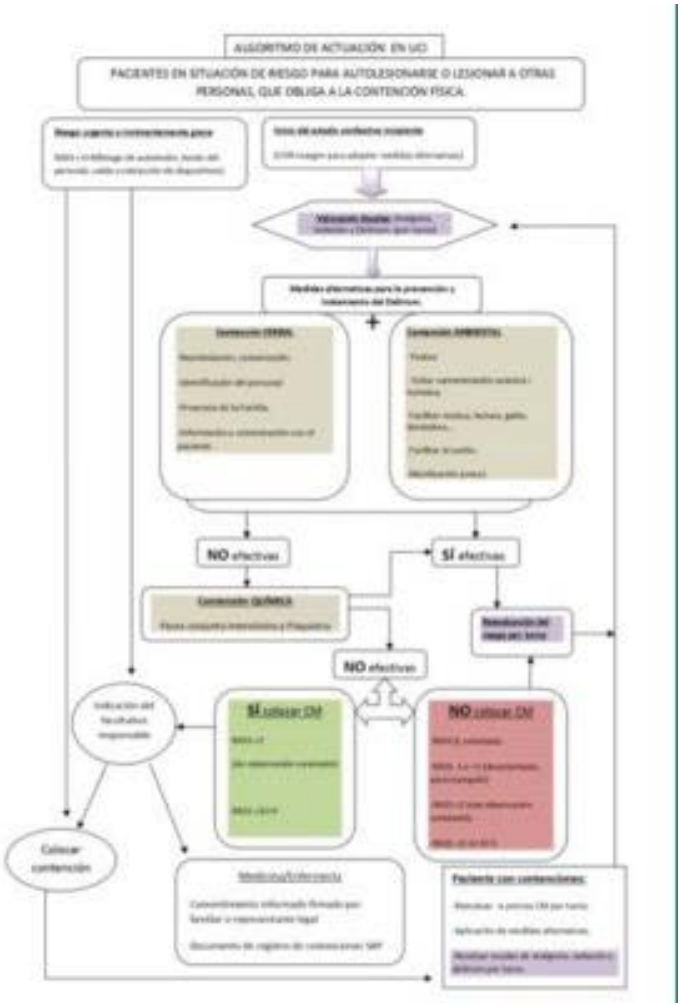
Lejos de cumplir el estándar de SEMICYUC. Hemos mejorado. Entre 2011 y 2018 tenemos una media anual de 226 (+/-29) pacientes intubados.Podríamos afirmar que conteníamos al 100%, más las CM colocadas por otros motivos. En cambio, después de iniciar el protocolo, contabilizamos un 20% de intubados con CM.

Palabras clave

Contención • Mecánica • UCI • Protocolo • Algoritmo

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021



XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 20

DIALITRAUMA DEL PACIENTE CRÍTICO EN LAS PRIMERAS 72 HORAS

Ana Wensell Fernández[1]; R. Rodríguez García[1]; H. Fernández Alonso[1]; C. Telenti Rodríguez[1]; ML. González Fernández[2]; C. González Fernández[1]

1. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA); 2. Hospital Universitario de Cabueñes

Objetivos/Introducción

La insuficiencia renal aguda (IRA) afecta al 21% de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), con una mortalidad del 35%. Las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE) son la principal herramienta terapéutica. Sin embargo, no se encuentran exentas de complicaciones, donde el reconocimiento precoz, la prevención y los cuidados enfermeros resultan fundamentales. Conocer las complicaciones asociadas a las TCDE en sus primeras 72 horas. Analizar la mortalidad y los factores de riesgo vinculados a esta técnica.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de edad que recibieron TCDE en una UCI Polivalente durante un periodo de 15 meses. Se analizaron parámetros demográficos, escalas de gravedad, situación hemodinámica y complicaciones relacionadas con la técnica y mortalidad. Los datos se analizaron mediante el programa informático SPSS.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 60 pacientes con una edad media de 63,4 + 11,05 años, el 65% varones. La gravedad al ingreso medida por el Apache II fue de 24,7 + 7.6. La complicación más frecuente fueron la hipotermia y las alteraciones hidroelectrolíticas en 34 y 27 pacentes respectivamente. Estudiados factores como el APACHE II, días de TCDE o el uso previo de soporte vasoactivo o VM, sólo la variable SOFA al inicio de las TCDE predijo la probabilidad de éxitus (p 0.019).

Conclusiones

El perfil del paciente crítico sometido a TCDE es el de un varón que ingresa en situación de shock séptico con fracaso multiorgánico. La mortalidad observada es elevada, presentando como complicaciones más habituales la hipotermia y las alteraciones hidroelectrolíticas. A pesar de la seguridad de las TCRR es importante por parte de enfermería conocer el dialitrauma asociado a ellas para poder prevenir en la medida de lo posible y establecer cuidados de calidad que aumenten la efectividad y seguridad de las mismas.

Palabras clave

Técnicas de Reemplazo Renal • Complicaciones • Paciente crítico

TABLA DE VARIABLES *(pacientes, n=60)*

SOFA inicio TCDE, media y DE	13,43(3,99)	VM pre TCDE, n (%)	31 (52)
Estancia en UCI, media y DE	15,2(15,6)	Aminas pre TCDE, N (%)	53 (88)
Estancia hospitalaria, media y DE	34,3(53,3)	Dias de TCDE, media y DE	4,2 (6,9)
Exitus en UCI, n(%)	34(57)	Reinicio TCDE, n (%)	11 (18)
Motivo de ingreso, n (%)		***Complicaciones, n (%)***	
Shock Séptico	18 (30)	Hipotermia	34 (57)
Patología Abdominal	14(24)	Transfusión	19 (32)
Insuficiencia Respiratoria	11 (18)	Sangrado	1 (2)
FRA	5 (8)	Hipofosfatemia	8 (13)
Patología Neurológica	4 (7)	Hipernatremia/Hiponatremia	1 (2)/4 (7)
PCR	4 (7)	Hiperpotasemia/Hipopotasemia	1 (2)/8(13)
Shock hipovolémico	4 (7)	Hipocalcemia/Hipercalcemia	13(22)/0
		Alcalosis /Acidosis metabólica	4 (7)/ 14(23)

SOFA: Sepsis-related Organ Failure Assessment score; TCDE: técnicas continuas de depuración extrarrena; DE:desviación estándar;UCI: unidad de cuidados intensivos; FRA:fallo renal agudo;PCR: parada cardiorespiratoria; VM: ventilación mecánica.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 21

CARGA DE TRABAJO PARA ENFERMERIA ASOCIADA A LAS TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL

Ana Wensell Fernández[1]; R. Rodríguez García[1]; H. Fernández Alonso[1]; C. Telenti Rodríguez[1]; ML. González Fernández[2]; C. González Fernández[1]

1. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA); 2. Hospital Universitario de Cabueñes

Objetivos/Introducción

Las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE) son utilizadas habitualmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Conllevan un aumento en el gasto de recursos materiales y de cargas de trabajo para enfermería asociándose a otros cuidados como la ventilación mecánica (VM), administración de drogas vasoactivas o hemoderivados. Gran parte de la gestión del cuidado enfermero relacionado con las TCDE se debe a la preparación y conexión del aparataje, por lo que alargar la vida media útil de los filtros podría disminuir cargas de trabajo, mejorando la gestión del tiempo, la calidad y seguridad de los cuidados prestados. Describir las principales mejoras en el manejo por parte de enfermería de los pacientes con TCDE derivadas del uso del hemofiltro, VM u otros dispositivos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de edad sometidos a TCDE en una UCI Polivalente durante los mese de Junio de 2017 a Noviembre de 2018. Se analizaron parámetros demográficos, escalas de gravedad, situación hemodinámica y complicaciones relacionadas con la técnica y mortalidad. Los datos se analizaron mediante el programa informático SPSS v.15.0

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 60 pacientes, 65% varones, con una edad media de 63,4 + 11,05 años. La gravedad al ingreso medida por el Apache II fue de 24,7 + 7.6. Se utilizaron 112 filtros en las primeras 72 horas de terapia. En 25 pacientes (42%) se utilizó anticoagulación del sistema siedo éste Heparina no fraccionada. Ninguna de las variables estudiadas se relacionó con una mayor probabilidad de coagulación de los mismos

Conclusiones

La mayoría de los pacientes que precisaron TCDE se encontraban en situación de fracaso multiorgánico con necesidad de VM y tratamiento vasopresor. Mejorar la preparación y conexión al sistema de depuración renal asi como su mantenimiento efectivo es imprescindible para mejorar nuestros resultados.

Palabras clave

Técnicas de Reemplazo Renal • Carga de trabajo • Enfermería de cuidados críticos

***TABLA VARIABLES** (pacientes, n=60)*

Variables Demográficas		*Acceso vascular, n (%)*	
Exitus en UCI, n(%)	31 (52)	Femoral Derecha	41 (68)
Estancia en UCI, media (DE)	15,2 (15,6)	Femoral Izquierda	18 (30)
Estancia hospital en días, media (DE)	34,3 (53,3)	Yugular Derecha	1 (2)
Indicaciones TCDE, n (%)		***Variables TCDE***	
Oliguria	41 (68,3)	VM pre TCDE, n(%)	31 (52)
Acidosis metabólica	32 (53,3)	VM durante TCDE, n(%)	49 (82)
Uremia	12 (20)	Aminas pre TCDE, n(%)	53 (88)
Sobrecarga Hídrica	6 (10)	Aminas durante TCDE n(%)	54 (90)
Alteraciones electrolíticas	2 (3,3)	Días TCDE, media (DE)	4,2 (6,9)
		Nº filtros/paciente en 72h, media (DE)	1,8 (1)

DE:desviación estándar; UCI: unidad de cuidados intensivos; TCDE: técnicas continuas de depuración extrarrenal

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 22

HIPOGLUCEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO: EVIDENCIA ACTUAL

Judith Mateo Rovira; L. Gallego Aguirre
Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Objetivos/Introducción

Analizar y dar a conocer la evidencia actual sobre el control y repercusión de la hipoglucemia del paciente en la unidad de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Se trata de una revisión bibliográfica con búsqueda en PubMed, Cochrane plus y Cuiden Se usaron filtros de tiempo (2015-2019), idioma (español e ingles) y estudios en humanos Se consultaron guías y revistas como Semicyuc, El Savier, y Scielo

Resultados/Intervenciones

La evidencia indica que los factores de riesgo para el desarrollo de la hipoglucemia son el tratamiento con insulina, diabetes mellitus, sepsis, uso de drogas vasoactivas, suspensión de la terapia nutricional sin ajuste de la insulinoterapia, infusión de soluciones bicarbonatadas, insuficiencia renal y uso de técnicas de reemplazo renal continuo. Estudios donde se comparó el control estricto de glucemia con el convencional mostraron un incremento de hipoglucemia severa en los pacientes del grupo de tratamiento intensivo con insulina frente al grupo con tratamiento convencional. Numerosos estudios fueron suspendidos precozmente por la incidencia de hipoglucemia grave en el manejo intensivo con insulina. De acuerdo con la evidencia actual el intervalo valido de glucemia en sangre debería ser de 1,40-1,80g/l La presencia de uno o más episodios de hipoglucemia se ha asociado con el aumento de días de estancia en UCI y una mayor mortalidad La sobre corrección en las cifras de glucemia es potencialmente deletérea (lesiones neurológicas irreversibles)

Conclusiones

La hipoglucemia incrementa la morbimortalidad del paciente critico por lo que se debe apostar por una adecuada monitorización para prevenirla y/o detectarla de forma temprana Los protocolos de actuación son necesarios en todas las UCIs para un mejor control metabólico. Futuros estudios junto con la nueva tecnología deberán considerar instrumentos que permitan un control más exhaustivo de la glucemia en sangre

Palabras clave

hipoglucemia • paciente crítico

sigue –>

HIPOGLUCEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO: EVIDENCIA ACTUAL

1º Autora: Mateo Rovira , Judith
2º Autora: Gallego Aguirre Lydia
Enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Sant Joan de Reus

INTRODUCCION

El control de la glucosa en sangre y el tratamiento con insulina son uno de los estándares de calidad en la Unidad de Cuidados Intensivos.
Varios estudios demuestran que a mayor control de la glucemia del paciente crítico menor es la morbimortalidad. No obstante, esta estrategia terapéutica incrementa la incidencia de hipoglucemia grave, y por tanto la mortalidad del paciente.

OBJETIVO

Analizar y dar a conocer la evidencia actual sobre el control y repercusión de la hipoglucemia del paciente en la unidad de cuidados intensivos.

METODOLOGIA

Se trata de una revisión bibliográfica con búsqueda en PubMed, Cochrane plus y Cuiden

Se usaron filtros de tiempo (2015-2019), idioma (español e inglés) y estudios en humanos.

Se consultaron guías y revistas como Semiyuc, El Savier, y Scielo

RESULTADOS

- La evidencia indica que los factores de riesgo para el desarrollo de la hipoglucemia son el tratamiento con insulina, diabetes mellitus, sepsis, uso de drogas vasoactivas, suspensión de la terapia nutricional sin ajuste de la insulinoterapia, infusión de soluciones bicarbonatadas, insuficiencia renal y uso de técnicas de reemplazo renal continuo.
- Estudios donde se comparó el control estricto de glucemia con el convencional mostraron un incremento de hipoglucemia severa en los pacientes del grupo de tratamiento intensivo con insulina frente al grupo con tratamiento convencional. Numerosos estudios fueron suspendidos precozmente por la incidencia de hipoglucemia grave en el manejo intensivo con insulina.
- De acuerdo con la evidencia actual el intervalo válido de glucemia en sangre debería ser de 1,40-1,80g/l
- La presencia de una o más episodios de hipoglucemia se ha asociado con el aumento de días de estancia en UCI y una mayor mortalidad
- La sobre corrección en las cifras de glucemia es potencialmente deletérea (lesiones neurológicas irreversibles)

CONCLUSIONES

- La hipoglucemia incrementa la morbimortalidad del paciente crítico por lo que se debe apostar por una adecuada monitorización para prevenirla y/o detectarla de forma temprana
- Los protocolos de actuación son necesarios en todas las UCIs para un mejor control metabólico.
- Futuros estudios junto con la nueva tecnología deberán considerar instrumentos que permitan un control más exhaustivo de la glucemia en sangre

BIBLIOGRAFIA

[illegible]

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 24

MONITOREO DE LA TERAPIA CON HEPARINA NO FRACCIONADA EN EL POSTOPERATORIO DE LA TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR

Eric Galve Martínez; A. Silva Beguer; T. Pérez Nicolás; J. Modrego Capitán; J. Rosselló Sancho; C. Díez Rubio; I. Fernández Campos; M. Moreno Jiménez; V. Sánchez Gracia
Hospital Clinic de Barcelona

Objetivos/Introducción

La tromboendarterectomía pulmonar (TP) es el tratamiento de elección en la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC). Pasadas 24 horas de la cirugía, a estos pacientes se les inicia tratamiento antitrombótico con perfusión continua de heparina no fraccionada (HNF) en la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios (UVIR). El personal de enfermería utiliza un protocolo para el manejo de la terapia con HNF con el fin de controlar el tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA). El objetivo de este estudio es explorar el buen control del tratamiento antitrombótico de los pacientes ingresados en la UVIR que han sido sometidos a una TP.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal. El muestreo ha sido consecutivo y se han reclutado a todos los pacientes que han sido sometidos a una TP y han recibido terapia con HNF de Enero a Octubre de 2019. El tamaño de la muestra ha sido de 9 participantes. La recogida de datos se ha realizado mediante revisión de historias clínicas. Se han realizado pruebas estadísticas no paramétricas.

Resultados/Intervenciones

El tiempo promedio de ingreso en la UVIR fue de 9,89 +/- 2,80 días. Los controles de TTPA se realizaron cada 8,95 +/- 3,40 horas. El 75% de los pacientes estuvieron en rango terapéutico con unos valores de TTPA de 65,31 +/- 11,94 segundos. Ningún paciente estuvo de media por debajo de este rango, solo dos estuvieron por encima y no presentaron sangrado.

Conclusiones

El protocolo actual para el manejo de la terapia con HNF en pacientes sometidos a una TP es una herramienta efectiva que logra mantener al 75% de los pacientes en los valores de TTPA deseados. Sería conveniente hacer una revisión del mismo en cuanto al inicio de la terapia ya que los dos primeros días los pacientes presentan unos valores de TTPA más altos de los deseados.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ninguna financiación para la realización del estudio.

Palabras clave

heparina • hipertensión pulmonar • tromboendarterectomía • enfermería • TTPa

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 25

DETERMINACIONES ANALÍTICAS RECOMENDADAS Y AJUSTES DE LAS CONCENTRACIONES DE CITRATO Y CALCIO EN LAS TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR) CON ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO (ARC)

Patricia Bazán Báez; L. Alfonso Costillo; M. Ávalos Sánchez; R. Muriana Jiménez; A. Vázquez Fernández; C. Martín Castaño
UCI Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

· Vigilar de manera continuada el estado del paciente a través de las manifestaciones clínicas, alteraciones electrolíticas y acido-base.
· Mantener unas concentraciones adecuadas de calcio en el circuito y de calcio sistémico a través de un correcto manejo de las bombas de citrato y de calcio.
· Seguir un control analítico estricto para evitar complicaciones metabólicas derivadas del uso del citrato en las TCRR.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en bases científicas internacionales sobre protocolos y actuaciones en otros centros.

Resultados/Intervenciones

Ver tabla 1. Dependiendo de los niveles del calcio ionico del circuito (Ca++ postfiltro) con la sangre extraida de la toma venosa potfiltro, valoraremos la modificación del flujo de la bomba de citrato, siguiendo las tablas específicas basados en estudios y cálculos propios de cada tipo de máquina. Dependiendo de los niveles de calcio iónico sistémico, valoraremos la modificación del flujo de la bomba de calcio, siguiendo las tablas específicas basados en estudios y cálculos propios de cada tipo de máquina.

Conclusiones

Protocolos de actuaciones bien diseñados, con una monitorización estrecha de Ca++ iónico postfiltro y sistémico, una valoración de la ratio Ca total/Ca iónico y PH, minimizará el riesgo de complicaciones en el uso de estas técnicas.

Palabras clave

Terapias Continuas de Reemplazo Renal (TRRC) • Anticoagulación • Citrato

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

	Objetivo	Determinaciones
Ca^{++} Postfiltro	Ajuste dosis Citrato	A los 5/10 minutos Cada 6 horas
Ca^{++} Sistémico	Ajuste infusión de Calcio	Basal Cada 6 horas
Calcio total sistémico	Ratio Calcio Total/iónico Índice indirecto acumulación Citrato (≥2.5)	Basal Cada 12 a 24 horas
EAB (PH y bicarbonato)	Detectar alcalosis o acidosis metabólica	Basal A los 5/10 minutos Cada 6 horas
Analítica reglada con P y Mg	Valorar requerimiento de suplementos	Cada 24h

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 27

CAPNOGRAFÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sara Tapiador García[1]; MI. Rodrigo Martín[1]; E. Martín-Tereso Hidalgo[2]
1. Hospital Virgen de la Salud; 2. Hospital Virgen del Valle

Objetivos/Introducción

Esta revisión bibliográfica va enfocada a ampliar conocimientos sobre el uso de la capnografía, dirigida a personal sanitario, en unidades de críticos tanto intra como extrahospitalariamente.

Metodología/Observación clínica

Realizamos una revisión bibliográfica sobre el uso de la capnografía en paciente crítico, nuestra investigación se centra en los últimos 12 años. Para nuestro estudio hemos empleado las bases de datos Cochrane, Pubmed, Mediline. Los Mesh utilziados fueron capnografía, dióxido de carbono (CO2), dióxido de carbono espiratorio final (EtCO2) y ventilación mecánica. Se han excluido de nuestra investigación los estudios relacionados con el paciente pediátrico y el paciente en ventilación espontanea.

Resultados/Intervenciones

El capnógrafo ha evolucionado considerablemente, mejorando su precisión en las mediciones. La capnografía no se usa únicamente para conocer el estado ventilatorio del paciente, sino que junto con una monitorización no invasiva (pulsioximetría, tensión arterial y electrocardiograma), podemos conocer su estado hemodinámico y metabólico. Conocer las curvas del capnograma nos permite detectar y adelantarnos a posibles complicaciones durante el tiempo que esté conectado a ventilación mecánica. Actualmente hay numerosas guías que recomiendan el uso de la capnografía. Las más importantes y con mayor evidencia científica son, entre otras que se discutirán, la correcta colocación del tubo endotraqueal (TET) y traqueotomía percutánea, la monitorazación y calidad de la reanimación cardiopulmonar (RCP), o el traslado del paciente crítico tanto intra como extrahospiotalariamente.

Conclusiones

La capnografía es una técnica no invasiva y de manejo sencillo, que no se usa lo suficiente, teniendo en cuenta la gran información objetiva que podemos conocer a través de ella. Existen poco estudios relacionados con esta técnica aplicada en UCI (unidades de cuidados intensivos), siendo más común su uso en servicios de urgencias extrahospitalarias (SEM) y en unidades quirúrgicas. El uso de la capnografía también puede evitar las extracciones numerosas e innecesarias de gasometrías arteriales, pero no es excluyente.

Financiación

Autofinanciación

Palabras clave

Capnografía • Dióxido de carbono • Dióxido de carbono espiratorio final • Ventilación mecánica

sigue –>

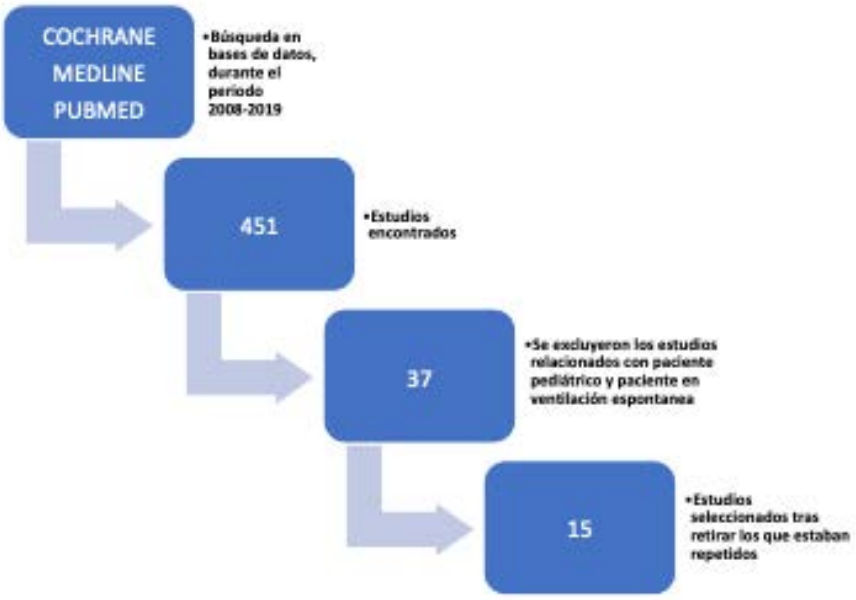


Diagrama de flujo

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 28

POSTOPERATORIO INMEDIATO DE PACIENTE CON DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A DE STANFORD EN UCI

Francisco Javier Vega Vázquez; J. Robles Carrión; JA. Pérez Merino
Hospital Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

El síndrome aórtico agudo (SAA) es un proceso agudo de la pared aórtica que se asocia a una alta morbilidad y mortalidad. Exponer y analizar el postoperatorio inmediato en la UCI, de un paciente intervenido de disección aórtica tipo A. Describir tipos de disecciones aórticas. Resumir Plan de Cuidados de Enfermería en el paciente crítico, en el postoperatorio inmediato de disección aórtica.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de un paciente, en su postoperatorio inmediato, de intervención quirúrgica de disección aórtica tipo A, en la UCI del Hospital Regional Virgen Macarena. (Sevilla).Se analizaron el tipo de disección, datos epidemiológicos, factores de riesgo, estancia en UCI y hospitalización.A las 9 horas de su ingreso en UCI, se interviene quirúrgicamente. Se colocan electrodos de marcapasos transitorio epicárdico en ventrículo derecho y drenajes correspondientes (mediastínico y pleural). La estancia en UCI fue de 9 días

Resultados/Intervenciones

Dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos se realizan los Cuidados post-operatorios del SAA vigilando la aparición de complicaciones en el paciente crítico como son la hemorragia, la infección, insuficiencia renal o respiratoria, afectación neurológica, rotura aórtica o IAM, para ello, utilizamos la clasificación y definiciones de diagnósticos enfermeros de la NANDA, los Resultados (NOC) Y las Intervenciones (NIC).

Conclusiones

El SAA tiene una alta mortalidad. La técnica más utilizada para el diagnóstico definitivo es angio-TAC. La estabilización del paciente, reduciendo la presión arterial, controlando la frecuencia cardíaca, así como la eliminación del dolor serán fundamentales para alcanzar nuestros objetivos, vigilando la aparición de complicaciones en el paciente crítico como son la hemorragia, la infección, insuficiencia renal o respiratoria, afectación neurológica, rotura aórtica o IAM, mediante un Plan de Cuidados.

Palabras clave

Disección aórtica • Postoperatorio • UCI • Enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 30

¿LACTANCIA MATERNA EN UCÍ

Antonio Sánchez Gallardo; J. Robles Carrión; FJ. Vega Vázquez
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Describir la incidencia y evolución de las pacientes ingresadas en UCI con preeclampsia grave (PG). Indicar Plan de Cuidados de Enfermería. Divulgar el tríptico, innovador, con recomendaciones sobre lactancia materna (LM) que se entregará a nuestras pacientes/ familia.

Metodología/Observación clínica

Realizamos un estudio observacional, retrospectivo y cuantitativo con las pacientes ingresadas en UCI del Hospital Virgen Macarena y Área, por PG, tras cesárea, desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2019.

Resultados/Intervenciones

Ingresaron en UCI un total de 19 pacientes, con edad media de 34 años y una distribución diagnóstica al ingreso de 100% de PG, no ingresando ninguna eclampsia y síndrome HELLP 1 caso (5,5%) Sucedió en la semana gestacional media 35 +1 semanas. El 47% fueron primigestas, siendo el 74% cesáreas urgentes. La hemoglobina media al ingreso fue de 11,56 g/dl. Los RN fueron 50% varones y 50% mujeres. La posición que presentaban era 94,73 % cefálica y pélvica el 5,27 %, con peso medio al nacer de 2.218,5 grs. La estancia media en UCI fue 2,63 días. La mortalidad del 0%.

Conclusiones

De las pacientes por PG, el 47% eran primigestas, durante el tercer trimestre de gestación. Estancia media en UCI de 2,63 días y mortalidad 0%. Realizamos educación sanitaria, con recomendaciones para conseguir una lactancia exitosa, así como la conservación de la leche y la administración de la misma mediante la técnica dedo-jeringa. Siendo nuestro horizonte realizar un protocolo para la UCI y normalizar la posibilidad de que las madres ingresadas puedan iniciar la LM piel con piel con el recién nacido.

Palabras clave

Preeclampsia • Lactancia Materna

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 31

CUMPLIMIENTO ENFERMERO DE UN PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON HEPARINA SÓDICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Víctor Sánchez Gracia; J. Modrego Capitán; J. Rosselló Sancho; M. Moreno Jiménez; A. Silva Beguer; T. Pérez Nicolás; I. Fernández Campos; C. Díez Rubio; E. Galve Martínez
Hospital Clinic de Barcelona

Objetivos/Introducción

Existen entidades clínicas como el tromboembolismo pulmonar o cirugías como la tromboendarterectomía pulmonar que incluyen la heparina sódica en su tratamiento. Esta terapia precisa de unos controles del tiempo de tromboplastina parcial activado de los pacientes para un correcto manejo. En la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios (UVIR) del Hospital Clínic de Barcelona es el personal de enfermería quién inicia y monitorea dicha terapia siguiendo un protocolo elaborado por el Grupo de Trabajo del Enfermo Crítico del mismo hospital. El objetivo de este estudio es determinar el cumplimiento enfermero de este protocolo en los pacientes que precisan tratamiento con heparina sódica.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo. El muestreo ha sido consecutivo y se han reclutado a todos los enfermeros que trabajan en la UVIR. El tamaño de la muestra ha sido de 15 participantes. La recogida de datos se ha realizado mediante un cuestionario anónimo desarrollado ad hoc. Posteriormente los datos se han analizado mediante estadística descriptiva.

Resultados/Intervenciones

Un 20% del personal de enfermería sigue dicho protocolo de forma estricta para iniciar el tratamiento con bolo de heparina mientras que un 73'3% pregunta primero al equipo médico. Solo un 53'3% de los enfermeros sigue el protocolo para realizar modificaciones en la velocidad de la perfusión.

Conclusiones

El protocolo para el manejo del paciente con perfusión de heparina sódica no se ha consolidado como referente entre el personal de enfermería. Muchos de estos profesionales acuden al médico en busca de instrucciones ya que en ocasiones éstos hacen variaciones del protocolo dependiendo de la patología o de la clínica del paciente. Es necesario hacer una revisión de dicho protocolo y hacerlo más específico para que contemple todas las realidades fisiopatológicas de la UVIR. La presentación conjunta de un nuevo protocolo a médicos y enfermeros aumentaría su seguridad en la utilización del mismo.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ninguna financiación para la realización del estudio.

Palabras clave

heparina • protocolo • enfermería • trombosis • TTPa • anticoagulación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 32

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO DEL SONDAJE URETRAL SEGÚN EL PROYECTO ITU-ZERO

Inmaculada Vázquez Rodríguez Barbero; P. Monteagudo López-Lucendo; Y. Muñoz Cañas; M. Laguna Sánchez; MP. Rozas Sánchez; MI. Ruiz Núñez-Arenas
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El término infección urinaria se asocia a un recuento significativo de bacterias en la orina, con diferencias en su etiopatogenia y expresión clínica, lo que repercute en su enfoque terapéutico, evolución y pronóstico. Las Infecciones del tracto urinario representan el 15%-20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, y aproximadamente el 70% están asociadas con un sondaje vesical permanente (SVP). En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), las SVP son muy frecuentes por la situación de los pacientes y por la carga de trabajo en las UCI, siendo enfermería la encargada del mantenimiento siguiendo las medidas incluidas en el Proyecto ITU-ZERO.

Los objetivos planteados son:

- Disponer de un protocolo que proporcionen a los profesionales de enfermería los conocimientos necesarios del mantenimiento del sondaje uretral siguiendo las medidas del Proyecto ITU-ZERO.
- Reducir la densidad de incidencia de la infección del tracto urinario asociada al mantenimiento de la sonda uretral.

Metodología/Observación clínica

Procedimiento: Mantenimiento del sondaje uretral. Personal que interviene: Enfermera, auxiliar de enfermería y médico intensivista. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos cuiden, pubmed, scielo y google académico de los artículos publicados con las palabras claves: medidas de mantenimiento del sondaje uretral, prevención de la infección urinaria, urethral catheter maintenance measures, urinary infection prevention.

Resultados/Intervenciones

Intervenciones específicas enfermería: Tabla adjunta. - Problemas más importante: cultivo de orina positivo con o sin sintomatología - Indicadores de evaluación: reducir la densidad de infecciones del tracto urinario en nuestra Unidad. - Registro de la actividad en la hoja de enfermería de la Unidad y la plataforma informática del Hospital

Conclusiones

Los profesionales de enfermeria de las UCIs deben conocer los protocolos de mantenimiento del sondaje uretral, siguiendo el Proyecto ITU-ZERO, para proporcionar a los pacientes cuidados basados en la evidencia científica, para reducir los factores de riesgo y disminuir la indicencia de las infecciones urinarias.

Financiación

Propia

Palabras clave

Protocolo clínico • Diuresis • Infección • Enfermería • Unidad de Cuidados Intensivos

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

- Revisar diariamente la indicación del sondaje vesical, procurando retirar la sonda vesical lo antes posible.
- Higiene de manos (agua y jabón o solución hidroalcohólica) antes y después de cualquier tipo de manipulación, tanto de la sonda vesical como del sistema colector.
- Higiene diaria del meato urinario con agua y jabón (y siempre que sea necesario), secando bien la zona posteriormente.
- Revisar a diario la zona de fijación en el muslo (si se ha realizado), para evitar lesiones, cambiando a diario la sujeción y la zona de fijación.
- Revisar que el sistema colector este por debajo del nivel de la vejiga, evitando que toque el suelo.
- Mantener siempre el sistema cerrado, evitando desconexiones (incluso en casos de traslado del paciente). Cuando se realice el cambio de cama del paciente, si el sistema colector está en el mismo nivel de la vejiga, pinzar la s.v. hasta que en el menor tiempo posible lo coloquemos de nuevo por debajo del nivel de vejiga, entonces despinzar el sistema.
- Mantener el flujo de orina libre de obstrucciones y acodamientos.
- No realizar lavados vesicales de forma rutinaria, si fuese necesario hacerlo por algún motivo, mantener medidas asépticas estrictas.
- No cambiar de forma rutinaria la sonda ni el sistema colector (solo ante sospecha de infección y por indicación médica o por mal estado de alguno de los dos).
- Si se precisa recogida de muestra de orina (sedimento o urocultivo), realizar:
  - Higiene de manos (solución hidroalcohólica o agua y jabón)
  - Si es necesario (por ej. si hay diuresis escasa) pinzar la sonda vesical el menor tiempo posible para poder sacar la muestra.
  - Desinfección con clorhexidina alcohólica del puerto de toma de muestras.
  - Aspirar con jeringa estéril y sacar la muestra.
  - Desinfectar de nuevo el puerto de toma de muestras.
  - Realizar de nuevo la higiene de manos.
- No sacar por rutina tira reactiva de orina, solamente cuando sea necesario hacerlo.
- Cuando se retire la sonda vesical no hay que realizar reeducación vesical. Si no tolera la retirada, antes de volver a realizar sondaje permanente valorar antes: colector de orina, pañal o sondaje intermitente.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 33

IMPLEMENTACIÓN DE HOJA DE CHEQUEO PARA LA RECEPCIÓN DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAS UNA CIRUGÍA CARDÍACA

María Lucía Alfonso Costillo; P. Bazán Báez; M. Ávalos Sánchez; R. Muriana Jiménez; A. Vázquez Fernández; C. Martín Castaño
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

· Estandarizar la preparación del box para el postoperatorio inmediato del paciente cardíaco.
· Mejorar los cuidados y las actuaciones de enfermería con la anticipación a complicaciones tras una cirugía cardiaca
· Integrar estas prácticas dentro de los protocolos de seguridad integral del paciente quirúrgico.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en bases científicas internacionales sobre protocolos y actuaciones en otros centros. Creación de una hoja de chequeo con el equipamiento y materiales necesarios a preparar. Pilotaje y validación del protocolo de preparación en la recepción de pacientes tras distintas intervenciones cardiacas y llevado a cabo por distintas enfermeras. Ajuste del protocolo. Propuesta a la coordinación de la unidad para la difusión y puesta en funcionamiento.

Resultados/Intervenciones

Se creó y propuso una hoja de chequeo con la que la enfermera responsable prepara y revisa la disponibilidad y el funcionamiento de todo el material y equipamiento necesario para la recepción de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca. El material será preparado tanto por el personal de enfermería como por los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). La revisión final será competencia de la enfermera responsable. El protocolo fue dividido en 5 bloques: aspectos generales, soporte hemodinámico, soporte respiratorio, fluidoterapia y fármacos y extracción de sangre. Estos bloques están divididos en 2 subgrupos (uno con las competencias de preparación de enfermería y otro de los TCAE)

Conclusiones

Discusión: Recibimos un feedback positivo por parte del profesional de enfermería que participó en el pilotaje. En líneas de investigación futuras, proponemos un estudio cuantitativo sobre la eficacia de la lista de chequeo para enfermería. Conclusión: La profesionalización de la enfermería requiere la implementación de protocolos, la presente hoja de chequeo está teniendo una buena acogida entre las enfermeras de la unidad, ya que agiliza y asegura una correcta preparación del box y facilita la adaptación a la unidad de profesionales de nueva incorporación.

Palabras clave

postoperatorio • cirugía cardíaca • extracardíaca

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 34

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDO A TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL CON ANTICOAGULACIÓN CON CITRATO

Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; JC. Muñoz Camargo; A. Muñoz-Torrero Peña; V. Chillaron Caceres; O. Salas Torres; MP. Nuñez Jiménez; MP. Rubio Serrano; A. Puebla Martín; MC. Sánchez Bermejo Rodriguez Barbero
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) están indicadas en pacientes graves con inestabilidad hemodinámica[1] que pueden desarrollar fallo renal[2] y que será difícil tratar con sesiones de hemodiálisis convencional. El citrato sódico actúa como quelante del calcio iónico, cuya concentración disminuye en el circuito de monitores de TCRR, inhibiendo la vía intrínseca y extrínseca de la cascada de coagulación, como resultado se consigue la anticoagulación local del circuito extracorpóreo[3]. El objetivo planteado es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia necesarios en un paciente sometido a Técnicas Continuas de Reemplazo Renal anticoagulado con citrato sódico.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 68 años ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos tras intervenirla de pancreatectomia con quimiohipertermia. No alergias conocidas. Hipertensa. Diabética. Hipotiroidismo. Cirrosis biliar primaria. Enfermedad por reflujo gastroesofágico Pancreatitis crónica. Intervenida de colecistectomia.

Resultados/Intervenciones

Se abordan las necesidades, diagnósticos, intervenciones, resultados y actividades enfermeras en pacientes sometidos a TCRR con anticoagulación con citrato para tratar insuficiencia renal aguda y acidosis láctica: Nanda 00126 Conocimientos deficientes de su enfermedad y régimen terapéutico. Nanda 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. Nanda 00046 Riesgo de la integridad cutánea. Nanda 00146 Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud. Nanda 00004 Riesgo de infección. Procedimientos invasivos.

Conclusiones

TCRR son propias de pacientes críticos, una indicación es corregir la acidosis metabólica-láctica y la insuficiencia renal aguda. La elección de la TCRR con anticoagulación con citrato trisódico permitió con una sesión corregir la acidosis y la insuficiencia renal del paciente.

Financiación

Propia

Palabras clave

Insuficiencia renal • Acidosis láctica • Terapia de Reemplazo Reanal • Anticoagulantes • Citrato de sodio • Enfermería de Cuidados Críticos

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

NECESIDADES	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
Necesidad 2: Alimentación / Hidratación	**Nanda 00126** Conocimientos deficientes de su enfermedad y su plan terapéutico.	**Noc 1803** Conocimiento del proceso de la enfermedad.	**Nic 5602** Enseñanza: proceso de enfermedad.	**560626** Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente y/o familia.
Necesidad 3: Eliminación.	**Nanda 00025** Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.	**Noc 0601** Equilibrio hídrico, presión arterial, entradas y salidas diarias equilibradas, peso corporal estable, edema periférico.	**Nic 4120** Manejo de líquidos.	**359002** Observar color, calor, inflamación y edema. **560203** Describir los signos y síntomas de la enfermedad, si procede.
Necesidad 8: Higiene / Integridad piel y mucosas	**Nanda 00046** Deterioro de la integridad cutánea.	**Noc 1105** Integridad del acceso de diálisis.	**Nic 3660** Cuidados de las heridas. Administrar cuidados en la zona de punción.	**359012** Vigilar color y temperatura de la piel. **419020** Determinar la correcta colocación.
Necesidad 9: Evitar peligros	**Nanda 00146** Ansiedad relacionado con amenaza de cambio en el estado de salud	**Noc 1211** Nivel de ansiedad	**Nic 5820** Disminución de la Ansiedad.	**648009** Crear un ambiente seguro para el paciente.
Necesidad 9: Evitar peligros	**Nanda 00004** Riesgo de infección Procedimientos invasivos.	**Noc 1902** Control del riesgo.	**Nic 2440** Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso	**231417** Controlar el equipo intravenoso, la velocidad del flujo y la solución a intervalos regulares, según el protocolo del centro. **655007** Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 35

CUIDADOS ENFERMEROS APLICADOS EN LA INSERCIÓN Y MANEJO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL ASOCIADOS A LA REDUCCIÓN DE BACTERIEMIAS EN UCI

Beatriz Fernández Pantigoso
Hospital Clínico Universitario

Objetivos/Introducción

Las intervenciones que han demostrado tener un impacto mayor en reducir las infecciones causadas por catéter venoso central (CVC) son la intervención educativa combinada con la vigilancia adecuada para evitar la bacteriemia asociada al catéter. Esta intervención supone la implantación de un Protocolo relacionado con la inserción y mantenimiento del CVC, basado en el conocimiento científico; higiene adecuada de manos, uso de clorhexidina en su mantenimiento, preferencia vena subclavia como lugar de insercion, uso de medidas de barrera total durante la insercion, retirada de CVC innecesarios, manejo higiénico de los catéteres, carro exclusivo para accesos venosos. El objetivo es determinar la efectividad de los cuidados de enfermería relacionados para prevenir la bacteriemia por CVC en la UCI.

Metodología/Observación clínica

Revisiones bibliográficas y bases de datos. Realización de un estudio observacional retrospectivo durante el año 2019 en nuestra UCI polivalente de 11 camas para conseguir el objetivo planteado.

Resultados/Intervenciones

Se recogieron un total de 140 pacientes (todos portadores de CVC al menos durante 5 días). La distribución de la muestra en cuanto a variables demográficas y de gravedad fue homogénea con los casos de 2016.Al aplicar todas las medidas del Protocolo se observa una reducción de las tasas de bacteriemia relacionadas con CVC (T.I.: 2,5% pasa al 1,2% y la D.I.: 1,4% pasa al 1%).

Conclusiones

Comparados estos datos con los obtenidos en nuestra Unidad en 2016, donde no se llevaron a cabo todas las medidas del Protocolo se concluye una reducción de la Tasa de densidad de infecciones asociadas a cuidados sanitarios del CVC, por lo que hay que incidir en todos los puntos del protocolo (bundles) y la utilidad del Checklist realizado. Con ello aumentamos la seguridad de los pacientes y se reducen significativamente los costes sanitarios.

Palabras clave

Bacteriemia • Catéter venoso central • Efectividad • Seguridad • Calidad

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 37

INCIDENCIA DE DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Esther Martínez Jiménez; S. Moya; S. Hernández; MP. Hernández
Hospital Moisès Broggi

Objetivos/Introducción

El delirium es un estado de alteración mental aguda que se presenta en adultos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y está infradiagnosticado. Uno de los test para diagnosticarlo es la Escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) -Determinar la incidencia de delirium. -Identificar los diferentes tipos de delirium. -Identificar las características comunes más prevalentes.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron entre diciembre de 2018 y noviembre de 2019 a los pacientes adultos, ingresados más de 24 horas y escala CAM-ICU positiva. Los criterios de exclusión fueron aquellos que contraindicaron realizar la escala CAM-ICU. La recogida de datos se obtuvo mediante historia clínica y gráfica informatizada. Variables: relacionadas con datos socio-demográficos, ingreso en UCI y delirium. Las variables cualitativas se presentaron como proporciones y las cuantitativas con media.

Resultados/Intervenciones

91 pacientes fueron diagnosticados de delirium, con una media de edad de 74 años, en su mayoría hombres (65%). El 51% eran fumadores, el 30% enólicos y un 43% tomaban benzodiacepinas o antipsicóticos. El 65% de los ingresos fueron de tipo médico. La media en la escala APACHE II fue de 19 puntos. El ingreso en UCI duró 11 días, con un 11% de reingreso. Los días totales de ingreso fueron 27. Un 30% falleció en UCI. El 51% precisó VM. La sedoanalgesia más empleada fue remifentanilo en un 44%, midazolam en un 34% y dexmedetomidina en un 36%. Precisó noradrenalina un 53% de los pacientes. El delirium de tipo mixto fue el más habitual en un 63%, seguido del hipoactivo en un 27%. Lo fármacos más usados para su manejo fueron la olanzapina 61% y el haloperidol en un 40%.

Conclusiones

La incidencia de delirium es inferior a la descrita, posiblemente porque:
· disponemos de protocolo de sedación.
· no todo el mundo aplica bien la escala CAM-ICU.

El resto de características son similares a la bibliografía.

Palabras clave

delirium • UCI • CAM-ICU • sedación • analgesia

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 39

PACIENTES CON LEVOSIMENDÁN EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA

José Robles Carrión; FJ. Vega Vázquez
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Levosimendan pertenece a una nueva categoría de inotrópicos denominada sensibilizadores al calcio. Levosimendan es un vasodilatador sistémico, pulmonar y coronario al producir la apertura de los canales de K + ATPasa dependientes. Esta acción sobre los canales de K + ATPasa dependientes, es también la responsable del efecto más novedoso, ANTI-ISQUÉMICO MIOCÁRDICO

Metodología/Observación clínica

Estudio cuantitativo, retrospectivo y descriptivo de pacientes tratados con Levosimendán en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca, en UCI del Hospital Virgen Macarena, desde el 1 Septiembre 2018 a 31 Agosto 2019. Actualización y revisión bibliográfica, en principales bases de datos, sobre Levosimendán en postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca.

Resultados/Intervenciones

Serie de 32 casos, la edad media fue de 66,31 años, siendo el 53% hombres y 47% mujeres 31% presentaba obesidad y sobrepeso un 53% Los procedimientos quirúrgico:intervenciones valvulares (81,25%), intervenciones coronarias (25%) y de la aorta con un 6,25%. Tipo de cirugía: Programada: 78%; Urgente: 19% y emergente: 3%. Realizándose 2 reintervenciones. El 100% de casos se realizó circulación extracorpórea, con tiempos medio de CEC de 88,70 min e intervalos entre 70-140 min y tiempos de isquemia medios de 70 min con intervalos entre 60-120 min. El 100 % de los pacientes requirieron perfusión de Levosimendan de inicio en quirófano, adjuntándose otras perfusiones de drogas vasoactivas, siendo la Noradrenalina + Dobutamina la más utilizada (13 casos), seguida de Noradrenalina y la combinación NORA+ DOBUTA + ADRENALINA y sólo de Dobutamina con 2 casos. Así como la administración de hemoderivados en el 46,88% de la serie. El Balón de contrapulsación Intraaórtico se utilizó en 15,62 %. VM > de24 horas fue el 28,13%. Días de estancia media de 14,2 días en UCI y en planta fue de 13,1 días

Conclusiones

El tipo de paciente que se administró Levosimendán, fueron pacientes valvulares, intervenidos de forma reglada y drogas vasoactivas más utilizadas Noradrenalina+Dobutamina, con estancia media:14,2 días y mortalidad:15,62%

Palabras clave

Levosimendan • Cirugía Cardiaca • Postoperatorio

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 40

VALORACIÓN POR ENFERMERÍA Y OTROS PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO (SISNOT)

Rut Garrido Pascual, MªL Sancho; JMª Gutiérrez; C. Vergara; MªC García; A. Diego
Complejo Asistencial Universitario de Palencia - UVI polivalente y coronaria

Objetivos/Introducción

Conocer la valoración del personal de un Servicio de Cuidados Intensivos sobre SISNOT. Identificar dificultades para notificar. Detectar medidas que mejoren la participación.

Metodología/Observación clínica

Estudio mediante encuesta de evaluación, descriptiva, analítica, longitudinal, prospectiva, de respuestas cerradas-abiertas ofrecida al personal entre octubre-diciembre 2019. Variables: categoría profesional, valoración utilidad de SISNOT, realización de notificaciones, motivo no notificación, valoración del sistema (de 1 a 5), medidas para mejorar la participación. Análisis estadístico: Descriptivo de variables con distribución de frecuencias. Comparativo entre respuestas de Enfermeras y resto de categorías mediante test de Fisher y t de Student.

Resultados/Intervenciones

Recogidos 41 cuestionarios. Categorías profesionales: Médico 6, Celador 5, TCAE 9, Enfermera 16, No especificada 5. Valoración SISNOT %: Muy útil-Útil 58,5; Poco útil 17,1; Indiferente 24,4. El 70,7% no notificó por%: Sentimiento de culpa/acusación 44,8; Desconocimiento 13,8; Dudas anonimato 17,2; Falta de tiempo 13,8; Falta de formación 17,2; Temor a represalias 6,9.Del 29,3% que notificó valoró su utilidad: Accesibilidad al sistema 3,8±1,3.Procedimiento a seguir 3,2±1,4. Confidencialidad 3,6±1,6.Once encuestados aportaron medidas para mejorar la participación: simplificar pasos, líder por colectivo, información periódica, aumentar feed-back entre gestores-profesionales, evaluar mejoras, eliminar sentimiento culpa/acusación e implicar a todos los colectivos. Las enfermeras valoraron peor las mejoras que el resto de profesionales en el análisis comparativo (p=0,034).

Conclusiones

El SISNOT es valorado positivamente por los profesionales en su utilidad y características como sistema de notificación. La mayoría del personal no notifica por sentimiento de culpa/acusación. Aportadas propuestas encaminadas a mejorar: procedimiento para notificar, metodología grupo SISNOT y cultura de seguridad, siendo necesarios futuros estudios para identificar porqué las enfermeras valoran la utilidad de las mejoras en menor grado que el resto de profesionales.

Palabras clave

Seguridad del paciente • Medicina intensiva • Notificación • Eventos adversos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 41

APERTURA ACCIDENTAL DEL CIRCUITO DE UNA ASISTENCIA RESPIRATORIA VENO- VENOSA (ECMO). ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ DE UN EVENTO CENTINELA

Rubén Ramos[1]; MJ. Ruiz Fuentes[1]; E. Joven Casaucau[1]: MC. Jiménez Gálvez[1]; V. Ramos Abril[2]; L. Nebra Rubio[1]; SM. Esteban Escolano[1]; MT. Martínez Lamazares[1]; I. Sancho Val[1]; P. Sánchez Chueca[1]
1. Hospital Universitario Miguel Servet; 2. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Objetivos/Introducción

El uso de membranas de oxigenación extracorpórea (ECMO) ha aumentado notablemente en los últimos años, convirtiéndose actualmente en una herramienta esencial en el tratamiento de la disfunción pulmonar y cardiaca severa. No obstante, a pesar de la generalización de su uso, las asistencias circulatorias son todavía un complejo tratamiento con multitud de potenciales eventos adversos. Estos riesgos, obligan a los equipos asistenciales implicados a analizar cada uno de los eventos adversos ocurridos y a adoptar las medidas correctoras oportunas con el objetivo de evitar que estos vuelvan a repetirse.

Metodología/Observación clínica

Herramientas utilizadas: Análisis causa-raíz. Diagrama de Ishikawa. Entrevista personal. Brainstorming. Brainwriting. Análisis de barreras Tras analizar la información facilitada por el equipo, se establece como causa inmediata de la apertura del circuito la desconexión de una llave de tres vías postmenbrana tras el enganche accidental de esta a la bata de uno de los miembros del equipo. La mala calidad de las llaves de tres vías, la dificultad para ajustarse al cuerpo algunas partes de la bata de aislamiento, así como la dificultosa movilización de este paciente, que requería la presencia de numerosos miembros del equipo, fueron apuntadas entre otras como causas latentes del evento adverso.

Resultados/Intervenciones

Como primera medida se ha incluido en el ckeck-list asociado a la asistencia circulatoria ECMO, la comprobación en cada turno de trabajo por parte de la enfermera responsable de todas las conexiones existentes en el circuito de la asistencia. Mientras, está pendiente la implantación de nuevas medidas preventivas de barrera que deben ser acordadas por diferentes profesionales y departamentos del hospital.

Conclusiones

Es preciso identificar, notificar y analizar los eventos adversos ocurridos en la práctica clínica, así como implementar las medidas correctoras necesarias para prevenir riesgos y corregir las debilidades de los sistemas de trabajo, con el objetivo último de prestar una atención cada vez más segura.

Palabras clave

Seguridad Clínica • Análisis Causa-Raíz • ECMO • Asistencia Respiratoria • Evento Adverso • Evento centinela

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 42

CONTROL DE PRESIONES DEL MONITOR PRISMAFLEXR PARA TÉCNICA CONTINUA DE REEMPLAZO RENAL

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

Objetivos/Introducción

La monitorización de presiones en Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) es labor de enfermería.(1-3) Es prioritario conocer los rangos adecuados de presiones y rentabilizar esta información para optimizar los cuidados enfermeros que proporcionamos al paciente crítico. El objetivo que nos planteamos es disponer de un protocolo que proporcione a los profesionales de enfermería los conocimientos necesarios para conocer los valores nomales y los límites superiores e inferiores de las presiones del monitor Prismafle® para TCRR.

Metodología/Observación clínica

Procedimiento: Control del rango y límites de presiones del monitor Prismaflex® para TCRR. Personal que interviene: Enfermería. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: cuiden, pubmen, scielo, con las palabras claves: protocolo de presiones depuración extrarrenal, técnicas continuas depuración extrarrenal, continuous technical pressures of extrarenal purging.

Resultados/Intervenciones

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

Conclusiones

Enfermería debe conocer los rangos adecuados presiones, y sus límites inferiores y superiores en el monitor PrismaflexR para TCRR, para resolver posibles incidencias y proporcionar cuidados basados en la evidencia que requieren los pacientes críticos.

Financiación

Propia

Palabras clave

Protocolos clínicos • Terapia de reemplazo renal • Presión • Unidad de cuidados intensivos • Enfermería basada en la evidencia

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

PRESIONES	DEFINICIÓN	RANGO NORMAL	LÍMITES
PRESIÓN DE ENTRADA	Presión de succión que ejerce la bomba de sangre para obtener el flujo de sangre pautado.	- 50 - (-150) Mm Hg.	- 250 - (+300) Mm Hg.
PRESIÓN DE RETORNO	Presión desde el polo venoso del filtro de sangre hasta la luz venosa del catéter del paciente.	+ 50 - (+150) Mm Hg.	- 50 - (+350) Mm Hg.
PRESIÓN DEL FILTRO	Presión del segmento situado entre la bomba de arterial y el filtro de sangre.	+ 100 - (+250) Mm Hg.	- 50 - (+450) Mm Hg.
PRESIÓN DE EFLUENTE	Presión del compartimiento de ultrafiltrado.	- 50 - (+150) Mm Hg.	- 350 - (+350) Mm Hg.
PRESIÓN TRANSMEMBRANA	Es la diferencia de presiones a ambos lados de la membrana del filtro.	Inferior a (+200) Mm Hg.	+70 - (+350) Mm Hg.
CAÍDA DE PRESIÓN	Es la diferencia de presiones entre el polo arterial y el polo venoso del filtro.	+30 - (+70) Mm Hg.	+10 - (+100) Mm Hg.

ID 43

MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LOS CUIDADOS DEL SONDAJE URETRAL EN EL PACIENTE CRÍTICO COVID

Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; A. Puebla Martín; S. García-Velasco Sánchez-Morago; MP. Rubio Serrano; MP. Nuñez Jiménez; MA. Puebla Martín; MG. García Fernández; M. Herrera del Campo; AB. Aguirre Romero; A. Espinar Ochoa
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

La pandemia por coronavirus es una enfermedad infecciosa producida por el virus SARS-CoV-2 El sondaje uretral es necesario en los pacientes críticos covid, siendo enfermería la encargada de inserción, mantenimiento, toma de muestras y retirada, siguiendo las medidas incluidas en el Proyecto ITU-ZERO. El objetivo planteado es disponer de un protocolo que proporcione a los profesionales de enfermería las medidas de protección necesarias en los cuidados del sondaje uretral en el paciente crítico covid

Metodología/Observación clínica

Procedimiento: Medidas de protección:de los procedimientos del sondaje uretral en el paciente crítico covid. Personal que interviene: Enfermera y técnico en cuidados enfermeros. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: cuiden, pubmen, scielo, las palabras claves: (medidas de protección) AND (sondaje uretral) AND (paciente crítico covid); (protection measures) AND (urethral seal) AND (critical covid patiente); posteriormente se procede a la unificación de criterios según el proceso de atención de enfermería (PAE).

Resultados/Intervenciones

Las recomendaciones para los procedimientos con manipulación urinaria:

· Adecuada higiene de manos (IIB)
· Adecuado lavado y desinfección de zona a manipular
· Equipo de protección individual (IB)
· Limpieza y desinfección del instrumental y salas de trabajo según recomendaciones de Medicina Preventiva del Centro Hospitalario.
· Eliminación de material utilizado en contenedor de residuos infecciosos (IIIB)

Problema: Manejo inadecuado de excretas urinarias que ponga en riesgo al paciente y/o profesionales sanitarios. Indicadores de evaluación: Ausencia de incidencias. Registro de la actividad y cualquier incidencia en la gráfica de enfermería y en la plataforma digital del Hospital. (III)

Conclusiones

Enfermería debe conocer lal medidas de protección en la manipulación de los procedimientos asociados al sondaje uretral, para minimizar los riesgos a una posible exposición al virus SARS-CoV-2 y proporcionar cuidados basados en la evidencia que requieren los pacientes. críticos con covid.

Financiación

Propia

Palabras clave

Cateterismo urinario • Medidas de segurida • Infecciones por coronavirus • Equipo de protección personal • Protocolos clínicos • Unidades de Cuidados Intensivos

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 44

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Laura Zorrero Rabadán; B. Martínez Pindado; P. López Martín
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

Crear una guía de fácil manejo para los profesionales enfermeros donde puedan encontrar pautas para el correcto manejo del catéter ventricular.

Metodología/Observación clínica

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la revisión bibliográfica en bases de datos (PUBMED, CUIDEN y CINHAL) y posterior elaboración de la guía.

Resultados/Intervenciones

La guía consiste en una primera parte en la que se explica el catéter ventricular (necesidad y uso del dispositivo, procedimiento de inserción y fijación, y partes del sistema de drenado y de medición de la PIC), y una segunda parte donde hablamos de los cuidados que debemos administrar al paciente portador del mismo.

Conclusiones

La realización de guías proporciona cuidados consensuados y estandarizados a los pacientes, aumentando la calidad asistencial y disminuyendo los efectos adversos.

Palabras clave

drenaje ventricular externo • presión intracraneal • líquido cefalorraquideo • cuidados enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 45

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN A TRAVÉS DE UN DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Patricia López Martín; B. Martínez Pindado; L. Zorrero Rabadan
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

El drenaje ventricular externo (DVE) es un dispositivo muy común en las unidades de cuidados intensivos, y puede ser utilizado con diversos fines. Se puede utilizar como método de monitorización de presión intracraneal (PIC), para el drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) o para la administración de fármacos vía intratecal. Este último uso es el que más manipulación precisa y, por tanto, el que más riesgo de infección conlleva. El adecuado manejo de estos drenajes está en relación directa con la disminución de infecciones del sistema nervioso central en estos pacientes. Por todo ello es de vital importancia la protocolización de la correcta administración de fármacos por esta vía.

Metodología/Observación clínica

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED, CUIDEN y CINHAL, y elaboración del protocolo mediante consenso de expertos.

Resultados/Intervenciones

Se realizó un protocolo en el cual se incluye un repaso fisiológico del sistema nervioso central ylas presiones intracraneales, la preparación del material necesario, la realización detallada delprocedimiento, los cuidados de enfermería post-administración y el registro de la técnica.

Conclusiones

La realización de procedimientos consensuados mejora la calidad de nuestros cuidados ydisminuye el número de eventos adversos, aumentando así la seguridad del paciente.

Palabras clave

drenaje ventricular • medicacion intratecal

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 46

PROTOCOLO DE NUTRICIÓN ENTERAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS

Barbara Martínez Pindado; L. Zorrero Rabadán; P. López Martín
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

El paciente crítico se caracteriza por una situación de hipercatabolismo y cambios metabólicos como parte de su respuesta adaptativa para sobrevivir al proceso agudo. La nutrición enteral (NE) es una técnica de soporte nutricional mediante la cual se aportan sustancias nutritivas al aparato digestivo y cuyo beneficio está demostrado especialmente si es iniciada en las primeras 24-48h de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los objetivos son: Establecer un régimen de tolerancia de NE y describir los cuidados del paciente que recibe NE.

Metodología/Observación clínica

La población diana son los pacientes ingresados en la UCI Médica del Hospital Universitario del Ramón y Cajal. El protocolo incluye un régimen de tolerancia, valoración del residuo gástrico, tiempos de pausa de NE previo a ciertos procedimientos y cuidados asociados a NE.

Resultados/Intervenciones

Se inicia NE a 21 ml/h que se irá subiendo cada 8 horas si el contenido gástrico es ≤ de 250 ml. Para valorar dicho residuo, se suspende la NE y se introduce H20, pinzando la sonda 30 minutos para después ponerla a bolsa otros 15 minutos.Hay determinadas situaciones (intubación, traqueostomía, cirugía abdominal) que se tiene que parar previamente la NE para evitar complicaciones.La movilización diaria de la SNG y cambio del punto de apoyo, además de mantener la cabecera >30º (sino existe contraindicación) es de vital importancia en el manejo diario de pacientes que reciben NE.

Conclusiones

La NE debe iniciarse mediante un “régimen de tolerancia” el cual permite la adaptación del sistema digestivo a la restauración del aporte de susbtratos por vía enteral, sobre todo tras un reposo digestivo prolongado. El soporte nutricional es primordial para prevenir la desnutrición asociada a la enfermedad y pérdida de masa muscular, así como mejorar la función sistémica, enfatizando en disminuir la morbimortabilidad y reducir la estancia hospitalaria.

Palabras clave

Cuidados Intensivos • Nutricion

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 47

¿QUÉ APOYO PSICOLÓGICO RECIBEN LAS FAMILIAS DEL PACIENTE CRÍTICO?

Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; MP. Núñez Jiménez; A. Puebla Martín; MP. Rubio Serrano; L. Yepes Herencia; MG. García Fernández; RM. Ayuso Rivas; E. Merino Viedma
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno complejo y estresante y está asociado con una morbilidad psicológico significativa tanto para los pacientes como sus familias[1]. Durante el ingreso en UCI, y posteriormente los familiares de los pacientes experimentan una angustia emocional que incluye ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático[2-3]. El objetivo planteado es revisar los artículos publicados sobre el apoyo psicológico a las familias de pacientes críticos adultos.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una busqueda bibliográfica con las palabras claves (family psychological support) and (critical patient), (psychological support) and (family) and (critical patient), apoyo psicológico a las familias de los pacientes críticos en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Epistemonikos. Criterios de Inclusión: todos los artículos publicados en abierto desde el 2015. Sin restricción de idioma.

Resultados/Intervenciones

De 104 artículos se seleccionaron 12 sobre el apoyo psicológico que reciben las familias del paciente crítico entre los años 2015-2019, de los cuales los diseños fueron:

· Un Ensayo clínico.
· Una entrevista abierta.
· Un estudio de cohorte observacional prospectivo.
· Un estudio observacional transversal multicéntrico.
· Un estudio descriptivo correlacional longitudinal.
· Un Estudio descriptivo longitudinal.
· Dos revisiones sistemáticas.
· Cuatro ensayos clínicos aleatorizados.

Conclusiones

Una comunicación fluida entre el personal de UCI y los familiares del paciente crítico puede minimizar los daños psicológicos asociados a la estancia de su familiar. La comunicación con las familias puede incluir intervenciones informativas y/o educacionales, en diferentes formatos, que procuren mejorar el conocimiento de la patología del paciente, el plan de tratamiento o los retos que puedan surgir después del alta de UCI.

Financiación

Propia

Palabras clave

Revisión • Cuidados críticos • Familia • Sistemas de apoyo psicosocial • Gestión de la información en salud

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

DIAGRAMA DE FLUJO

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 48

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EVITAR ERRORES DURANTE LA EXTRACCIÓN DE GASOMETRIAS SERIADAS EN LOS PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATOS

Eva Irene García Aguilà; T. Pérez González; M. Miralbes Torner; E. García Puvia; E. Juan Pérez; X. Castillo Peña; M. Escarp Sans; M. de La Llana Chavarria; JJ. Prados Chica
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

El uso de la anticoagulación con citrato en las TRRC ha demostrado beneficios respecto al uso de la heparina, entre ellos, mayor duración de sets, disminución de las complicaciones e inferior tasa de transfusiones de hemoderivados. No obstante, esta terapia requiere una mayor implicación por parte de enfermería, ya que es necesaria la monitorización seriada del calcio mediante el dispositivo de análisis de gases instalado en UCI. Dada la experiencia en nuestra UCI, hemos considerado conveniente la creación de una intervención basada en los siguientes objetivos:

· Crear un protocolo de enfermería para la extracción seriada de gasometrías y evitar errores sobre el punto de extracción de las muestras.
· Formar a todo el personal de enfermería para la correcta realización de la técnica.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en diversas bases de datos para determinar el mejor punto de extracción de gasometrías seriadas del calcio. Posteriormente, se crea un protocolo de enfermería que se aplica en la UCI del Hospital Arnau de Vilanova y se forma al resto de profesionales.

Resultados/Intervenciones

Se crea un protocolo de enfermería para evitar los errores durante la extracción de gasometrías, en el cual se detalla que el punto de extracción óptimo para monitorizar el calcio del paciente debe ser la vía más alejada del hemofiltro, siendo válidos el CVC y el catéter arterial. Así mismo, el punto de extracción óptimo para monitorizar el calcio en el circuito del hemofiltro, debe ser la membrana del set en la luz de retorno, previa a la corrección del calcio.

Conclusiones

La realización de un protocolo ayudaría al equipo de enfermería de la UCI del Arnau de Vilanova a adquirir los conocimientos y habilidades para realizar correctamente la extracción de gasometrías seriadas en pacientes con TRRC anticoagulados con citratos y asegurar así la eficacia de la técnica y reducir el riesgo de complicaciones.

Palabras clave

TRRC • citratos • protocolo enfermería • analíticas

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 49

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN OCCIPITAL EN EL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR CERVICAL

Mercedes Garrido Martín; D. Jurado Flores; A. Ballabriga Infante; I. Pujol Marcelo; A. Blanco Alba; V. Quintanilla Janillo
Unidad de Cuidados Intensivos Traumatología Hospital Vall d´Hebron

Objetivos/Introducción

En los lesionados medulares cervicales (LMC) la inmovilización, el collar cervical y otros factores pueden provocar ulceras por presión (UPP) occipitales. El objetivo del estudio es:
· Conocer la prevalencia de UPP occipital en paciente con LMC portadores de collarín cervical.
· Conocer los factores de riesgo asociados a UPP.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes con LMC en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Vall d´Hebron Traumatología desde 2012-2017. Variables estudiadas: edad, sexo, uso drogas vasoactivas y/o relajantes musculares, tiempo de ventilación mecánica, monitorización presión intracraneal, niveles de albumina, diabetes, escala Glasgow y escala EMINA de valoración del riesgo de UPP. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias, las variables continuas con la media y la desviación típica (distribución normal) y la mediana (Md) y el rango intercuartílico [IQR] (no normalidad). Intervalo de confianza 95%. Comparación de variables categóricas mediante test Chi cuadrado y Fisher, para las ordinales se realizó la prueba U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de $p<0.05$. Análisis mediante el programa estadístico “R” versión 3.6.1.

Resultados/Intervenciones

Del total de 142 pacientes, 111 (78,2%) fueron hombres. Presentaron una UPP occipital 40 (28,2%) pacientes, 29 (72,5%) fueron hombres. Las UPP, un 25 (17,6%) grado I, 13(9,2%) grado II y 2(1,4%) grado III. Factores de riesgo relacionados con la aparición de UPP fueron: días de estancia en UCI (Md=24 [21.1;33.1] $p<0.001$); valor EMINA (Md= 9 [9; 11] $p<0.002$); Diabetes 14(35%) $p=0.014$; portador 1(2,5%) $p=0.024$; drogas vasoactivas 30(75%) $p<0.001$.

Conclusiones

Un 28,2% de los pacientes presentaron una UPP occipital. La escala EMINA es un buen predictor del riesgo de UPP y los niveles de albumina no fueron estadísticamente significativos. La elevada curación y disminución del grado UPP evidencia la buena praxis.

Palabras clave

Lesión medular cervical • Ulcera por presión • Escala EMINA • UCI traumatología

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 50

¿PODEMOS DISMINUIR EL RUIDO AMBIENTAL? EL CONFORT ACÚSTICO COMO PARTE DE LA HUMANIZACIÓN DE LA UCI

Ignacio Salcedo Lambea; PM. Sáenz; C. Polanco; V. Villodres; R. Yanguas; J. Xirgu; P. Garro; J. Rodríguez
Fundación Privada Hospital-Asilo de Granollers

Objetivos/Introducción

El Consejo Internacional del Ruido de la OMS recomienda un nivel máximo de 45 dB diurnos y 40 dB nocturnos en hospitales. El ruido excesivo produce daños, tanto a pacientes como al personal: fragmentación del sueño, confusión-delirio, aumento del estrés entre el personal, predisposición a errores. En las UCI el ruido es un problema habitual y de difícil resolución, ya que la causa suele ser multifactorial. En la UCI del Hospital General de Granollers se crea un Grupo de Gestión del Ruido Ambiental (GGRA), que analiza los datos recogidos durante dos meses con un sonómetro Sound-Ear®. Se evidencia la necesidad de tomar medidas para disminuir el ruido excesivo. **OBJETIVOS:** General: Disminuir el nivel de ruido ambiental en la UCI. Específicos: Mejorar el descanso de los pacientes. Concienciar al personal y usuarios del beneficio del control del ruido. Promover conductas de trabajo silencioso.

Metodología/Observación clínica

El GGRA recopila información sobre el problema del ruido en las UCI, consultando bibliografía y otros proyectos similares, en diferentes centros. Se diseñan una serie de intervenciones sociales y materiales innovadoras para mejorar la medida de dB registrados en la unidad.

Resultados/Intervenciones

Intervenciones sociales: Sesiones informativas al personal. Campaña gráfica sensibilizadora propia. Diferenciación de zonas: ruidosa y silenciosa. Auto-control tonos de voz. Tener presente el sonómetro. Inhibición precoz de alarmas. Promover vigilancia silenciosa. Fomentar el cambio cultural mediante personal especialmente concienciado. Intervenciones materiales: Disminuir el volumen de alarmas. Priorizar alarmas visuales. Controlar el volumen de la telefonía y duplicidades. Incentivar el cierre de puertas en boxes. Ofrecer a los pacientes tapones acústicos y antifaces.

Conclusiones

El GGRA lleva a cabo las intervenciones diseñadas para reducir el ruido de la UCI, mejorando la estancia del paciente y familiares. El personal adquiere las herramientas necesarias para conseguir un cambio cultural. Su concienciación es clave. El análisis de futuras mediciones reflejará si las intervenciones son efectivas.

Palabras clave

ruido ambiental • sonómetro • sueño

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 51

REALIDAD VIRTUAL EN LA UCI DEL HUVV, COMO HERRAMIENTA DE RELAJACIÓN Y DISTRACCIÓN EN PROCESOS INVASIVOS

Ángel Ruiz Aguilar; Aida Gómez Jiménez
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

la realidad virtual (RV) consiste en la inmersión sensorial en un nuevo mundo, real o no, que podemos percibir gracias a unas gafas de RV y sus accesorios. Propusimos utilizar esta tecnología, en determinados pacientes que estuvieran conscientes y orientados y que fueran sometidos a alguna técnica invasiva que les supusiera un aumento de ansiedad e incomodidad. Aprovechando de tal manera, la RV como marco de relajación, distracción y entretenimiento. El proyecto se une a la humanización de los cuidados de UCI.

Metodología/Observación clínica

Se procedió a la preparación de las gafas de RV. Por un lado, se almacenó en la memoria interna de las gafas, contenido que creímos conveniente que pudiera ser del gusto común de los pacientes. Por otro lado, se habilitó una red Wifi a la que poder conectar las gafas y así conseguir un contenido mucho más personalizado, haciéndole participe incluso al propio paciente de lo que quería visualizar.

Resultados/Intervenciones

La puesta en marcha de este proyecto ha resultado de gran impacto para los pacientes que hasta el momento han podido disfrutar de la RV. En un entorno y situación tan difícil para una persona, han podido sentir un poco de distracción, relajación e incluso entretenimiento, durante la realización de técnicas invasivas, aspectos que a veces, pasan inadvertidos.

Conclusiones

Gracias a la RV, se consigue que pacientes sometidos a determinadas técnicas invasivas, estando conscientes y orientados, puedan relajarse disfrutando de un contenido personalizado que les hace sentirse bien, y con la capacidad, por las características de la propia RV, de evadirse en cierto grado del procedimiento al que están siendo sometidos, consiguiendo disminuir la ansiedad durante el procedimiento y abstrayéndolo del mismo.

Financiación

Cesión de las gafas de realidad virtual por parte de las empresas 3in y Stega.

Palabras clave

realidad virtual • relajación • distracción

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 53

GUÍA DE ACTUACIÓN ENFERMERA PARA DAR INFORMACIÓN TELEFÓNICA A FAMILIARES DE UCI

Lydia Gallego Aguirre; J. Mateo Rovira
Hospital Univeristàri St. Joan de Reus

Objetivos/Introducción

Introducción : La actual pandemia del COVID-19 nos ha enseñado la fragilidad de nuestro sistema sanitario. La vivencia de descontrol absoluto vivido en las UCIS por el desconocimiento y los cambios de protocolos constantes hizo tambalear de forma estrepitosa todos los logros conseguidos, en los últimos años, haciendo que fuera imposible mantener los estándares de calidad y humanización. La realización de este proyecto surge después de vivir en primera persona los efectos devastadores de des-Humanización que nos ha dejado el Covid-19 en nuestras UCÍs. Objetivo: Elaboración de un protocolo de comunicación entre familia-personal de enfermería de la UCI cuando no sean posibles las visitas presenciales

Metodología/Observación clínica

Se elaboró una encuesta donde se quería medir el impacto emocional de esta pandemia que sirvió para trazar la estrategia para este proyecto, donde lo que preocupó a los profesionales; en 96,66% es que les hubiera gustado mantener algún tipo de comunicación con las familias, por parte del personal de enfermería.

Resultados/Intervenciones

Después de la experiencia vivida y con los conocimientos que tenemos ahora se elabora una Guía de actuación enfermera para dar información a los familiares vía telefónica donde poder establecer una pautas para poder comunicarnos de forma veraz y segura con las familias en tiempos de restricciones de visitas presenciales, teniendo claro que nuestro objetivo es acompañar e informar des de la vertiente enfermera.

Conclusiones

Somos conscientes que esto aún no ha terminado y con el “miedo” a posibles rebrotes y confinamientos hay que buscar una alternativa a las familias para que mantengan en contacto con sus seres queridos y puedan tener en todo momento la información necesaria relativa a la enfermedad y evolución de su familiar ingresado. Este proyecto pretende unir pacientes, familiares y personal sanitario en favor a la información y comunicación en tiempos de restricciones, para humanizar nuestra atención, aunque sea en la distancia

Financiación

En este caso hablamos de un proyecto de coste económico 0

Palabras clave

enfermería • familias • información • Covid-19

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 54

CUIDADOS DE ENFERMERA GESTORA EN PACIENTE CRÍTICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN OCASIONADAS POR POSICIÓN PRONA EN SU DOMICILIO

Rut Garrido Pascual; A. Diego; JM. Gutiérrez; L. Sancho; C. Vergara; MC. García
CAUPA

Objetivos/Introducción

Ulceras por presión (UPP) son lesiones producidas por presión constante en zonas prominentes, ocasionando necrosis cutánea, en tejido subyacente, grasa y músculo. La enfermera gestora mejora la calidad de vida y seguridad de los pacientes, actúa como interlocutora del equipo asistencial y es la responsable de los cuidados Presentar resultados tras tratamiento proporcionando niveles óptimos de humedad, pH y temperatura. Usar intervenciones en UPP con ausencia del factor de riesgo de presión. Registrar evolución, tratamiento de UPP y disminuir variabilidad de cuidados mediante enfermeras con práctica avanzada en cicatrización UPP. Valorar papel de la Enfermera Gestora

Metodología/Observación clínica

Varón de 64 años con Parkinson. Independiente para actividades básicas de la vida diaria (Barthel 100) localizado en domicilio, Glasgow 7, hipotérmico, UPP, coma, relajación esfínteres, sobre vómitos, en prono durante 5 días. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos presentando shock séptico, broncoaspiración, desnutrición severa, alteraciones hidroelectrolíticas, caquexia y deterioro orgánico. UPP estadio IV en cara, tórax, cresta iliaca, extremidades, zona suprapúbica, genitales, rodillas. Braden 10. (Figura 1)

Resultados/Intervenciones

Describimos plan de cuidados mediante metodología NIC y NOC, evaluando eficacia, comportamiento clínico y evolución UPP con intervenciones de: lavado, descontaminación e hidratación con agua purificada, protección perilesional con polímeros, desbridamiento quirúrgico, enzimas proteolíticas, hidrocoloide, apósitos de espuma absorbentes y antimicrobianos de plata, povidona, hidrocoloide gel.Curas cada 48 horas o de 7-10 días dependiendo de la localización UPP. Se presentan los resultados de estas intervenciones (Figuras 2 y 3).

Conclusiones

La valoración de la enfermera gestora propició uniformidad y continuidad en el registro evolutivo de las curas de UPP, favoreciendo cura húmeda. Se obtuvo mejoría clínica por ausencia del factor de riesgo de presión sobre las mismas.

Palabras clave

ulcera por presion • posición prona • supervisión de

sigue –>

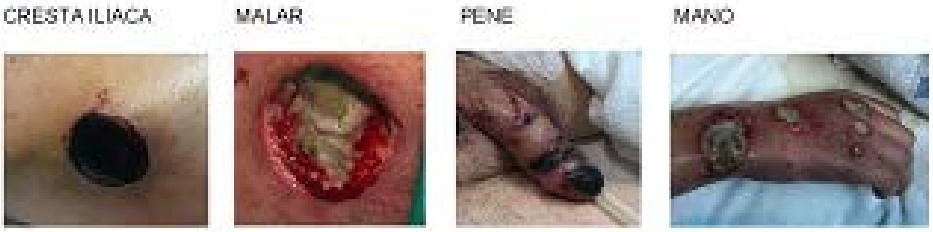


FIGURA 1

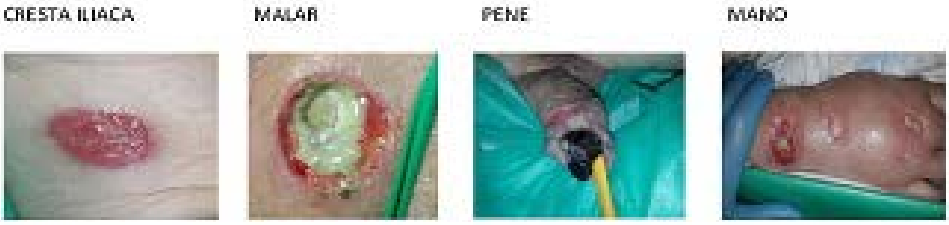


FIGURA 2

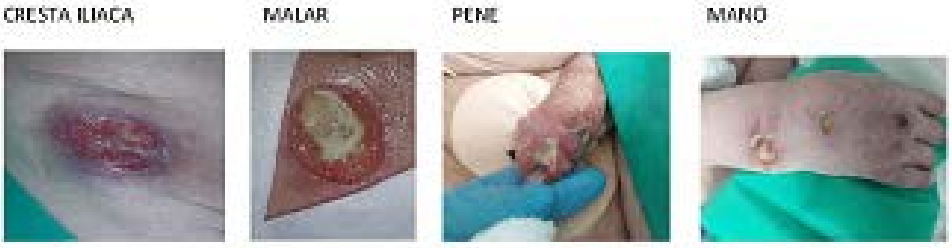


FIGURA 3

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 55

MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: CHECK LIST DE CAMBIO DE TURNO ("TO ERR IS HUMAN")

Inmaculada Álvarez; L. García López; C. Díez Sáenz; C. Herrera Alonso
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Las unidades de cuidados intensivos, por su complejidad, las características de los pacientes y el continuo flujo de personal son consideradas como áreas de riesgo para el desarrollo de eventos adversos (EA). En los últimos años han sido muchos los esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias, nacionales e internacionales, para mejorar la seguridad de los pacientes. De ahí la necesidad de implantar herramientas que permitan la detección de incidentes y que sirvan para disminuir tanto los eventos adversos y sus consecuencias como para aprender de ellos.

Metodología/Observación clínica

Con el objetivo de reducir hasta un mínimo aceptable el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y hacer una UCI más segura, desde nuestra unidad se ha reflexionado y se ha creado un "check list de cambio de turno" a modo de patrón integrado diario.

Resultados/Intervenciones

Aprovechando que estamos en un proceso de cambio en la unidad con la informatización de la información hacia el denominado "hospital sin papel", se implanta un "check list de cambio de turno", que precisa ser cumplimentado obligatoriamente por todo el personal enfermero y TCAE, para asegurar el correcto comienzo de la jornada laboral con la mayor seguridad para el paciente, reduciendo así al mínimo el daño que podría sufrir este durante el proceso de prestación sanitaria.

Conclusiones

El uso de listados de verificación de seguridad(LVS) está muy extendido en otras áreas de la atención sanitaria, como el área quirúrgica, promovida por la OMS, demostrando una reducción de la mortalidad y las complicaciones asociadas a la cirugía. Por tanto, consideramos imprescindible sistematizar el uso de un "checklist" específico adaptado a nuestro medio para lograr estándares óptimos de seguridad del paciente en nuestra especialidad, como bien es recomendado por la Joint Commission.

Palabras clave

Seguridad • UCI • Entorno trabajo seguro • Listado verificación seguridad

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 56

TÉCNICA PUSH-STOP-PUSH Y CIERRE CON PRESIÓN POSITIVA PARA ALARGAR LA VIDA ÚTIL DE LOS CATÉTERES PICC

Irene López Martín[1]; ML. Bravo Arcas[2]; S. García Pintado[1]; I. Porres Revuelta[3]
1. Hospital Clínico San Carlos; 2. Hospital Valle del Guadalhorce; 3. Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

Objetivo: Analizar la evidencia científica sobre la eficacia de las técnicas PUSH-STOP-PUSH y cierre con presión positiva para reducir el riesgo de oclusión de los catéteres centrales de inserción periférica (PICC)

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en 2020. Utilizando DeCS “peripherally inserted central catheter” AND “catheter care”AND “complication”; AND “obstructive”.Se revisan 40 artículos, 7 se incluyen

Resultados/Intervenciones

Uso de PICC cada vez más extendido. Se ocluyen en 13,6% de los pacientes y produce complicaciones: infección, trombosis venosa y rotura. Se forma envoltura de fibrina con depósito de plaquetas, plasma y proteínas tisulares. Actúa como válvula unidireccional, se inyecta líquido pero no se aspira. La obstrucción por trombosis hasta en 66% con PICC de larga duración. La oclusión completa por un trombo intraluminal representa del 5-25%. Un 20% requieren extracción del PICC. Recomendación IB lavar lúmenes PICC con solución salina fisiológica antes y después de la toma de muestras de sangre y administración de soluciones. Recomendación IA lavar con técnica push-stop-push: inyecta 2-3 ml/ pausa/ inyecta, crea turbulencia dentro de la luz arrastrando los depósitos acumulados. Recomendación IIB: el volumen debe ser superior al doble de la capacidad del catéter, duplicarlo después de soluciones viscosas y propensas a precipitar. Las guías recomiendan 5-10 ml para lavados habituales, 10-20 ml en el segundo caso. Guiffant et al indican que 10 bolos de 1 ml con intervalo de 0,4 seg. eran más eficaces. Usar jeringas de 10ml para generar menos presión. Shearer utilizó presión positiva: pinzar la luz mientras se ejercía presión sobre el émbolo al inyectar los últimos ml. Recomendación IA pinzar PICC utilizando la secuencia de sujeción correcta para prevenir el reflujo de sangre: Conector de desplazamiento negativo antes de retirar jeringa; positivo sujeción después y neutral no requiere una secuencia específica. Volumen sellado 1,5 ml.

Conclusiones

Recomendaciones IA lavado PICC con técnica push-stop-push y sellado con presión positiva, previene obstrucción

Palabras clave

peripherally inserted central catheter • catheter care • complication • obstructive

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 57

ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA CON AEROSOLES EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Anselmo Jose Montes Aguilera; N. Soto Lallave; C. Martorell Campins
Hospital Universitario Son Espases

Objetivos/Introducción

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es un dispositivo que mezcla aire y oxigeno calentado y humidificado. La OAF como uno de los tratamientos de elección en el paciente con insuficiencia respiratoria aguda y crónica debido a sus características intrínsecas tales como mayor fiabilidad de la FiO2, mejor tolerancia y confort entre otros. El objetivo principal es conocer el método más adecuado para la administración de terapia con aerosoles en pacientes con OAF

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión crítica de la literatura –investigación secundaria-. Las palabras clave – Aerosol, Inhalable drugs, nasal cannula, nasal high flow, - fueron transformadas en descriptores en el tesauro MeSH y combinadas en una operación booleana: “Aerosol” AND “Nasal high flow” AND “Nasal cannula”. Se consultaron las bases de datos PubMed y CINAHL con límites de idiomas inglés y castellano y publicación entre 2009-2019. Se localizaron 63 documentos, siendo seleccionados y revisados 29 tras su lectura crítica, junto con una revisión dirigida, eliminación de artículos sin interés y con duplicado.

Resultados/Intervenciones

Es posible combinar la administración de oxigenoterapia de alto flujo con terapia de aerosoles para mejorar el estado del paciente. Se observa que solo llegan a los pulmones las partículas más finas, un 32% con un flujo de dispersión a 25 L/min y un flujo inspiratorio a 40 L/min. La eficiencia del suministro de aerosol con cánula de alto flujo es especialmente bajo en todas las formas de ventilación no invasiva.

Conclusiones

Es común que la terapia con aerosoles en pacientes ventilados con OAF es igual de efectiva independientemente del dispositivo utilizado y que la absorción del fármaco en las vías respiratorias es muy inferior al esperado. Además es común en varios estudios el innecesario cambio de dispositivo para administrar la terapia con aerosoles ya que no han demostrado ninguna eficacia al respecto.

Palabras clave

aerosol • alto flujo • oxigenoterapia

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 58

INCORPORACIÓN DE LA VALORACIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE CRÍTICO EN EL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD CUIDADOS CORONARIOS

A. Txaro Sorbet, Saralegui; E. González; A. Setoáin; A. Zaratiegui; E. Bermejo; JM. Gómez; L. Napal; MJ. Galarza; N. Andión
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

Ante el reto de cambio de paradigma de atención, enfermería se implica con la excelencia y trata a la persona holísticamente, atendiendo también otras esferas como la emocional. El objetivo es mejorar la atención de los pacientes críticos mediante la incorporación de una herramienta que sistematice la valoración emocional de los pacientes ingresados en la UCC del CHN.

Metodología/Observación clínica

Un grupo multidisciplinar desarrollo, basado en una versión reducida de la escala EVEA, un instrumento llamado Regleta REMo que ayuda al paciente consciente y no sedado a responder a la pregunta "¿cómo te sientes?". La persona atendida es capaz de dar un número del cero al diez a las 4 emociones que estudia la escala como son la tristeza, ansiedad, enfado y alegría. Registrados estos datos en una pestaña informática, les acompañan otros datos significativos para la persona como su idioma, religión, voluntades, preocupaciones actuales y un maletín de primeros auxilios psicológicos, llamado "Práctico" que ayuda a establecer la relación de ayuda entre el profesional y la persona atendida.

Resultados/Intervenciones

Con el registro por turno y la regleta REMO, se ha sistematizado el cuidado de la parte emocional del paciente. La Regleta REMO facilita la expresión y seguimiento del estado de ánimo a la persona. Además preguntar sobre este aspecto alivia, crea un vínculo que implica a las 2 partes y ayuda a establecer una relación terapéutica efectiva y afectiva.

Conclusiones

Mediante el registro continuado del estado emocional del paciente, se puede observar si la persona va aceptado su pérdida de salud y el deseo de transformar conductas y adherirse a tratamientos que influyen en su salud. La necesidad de cumplimentar la pestaña de valoración emocional ha contribuído a un cambio de paradigma que centra el eje de la atención en la persona, y no en la enfermedad y mejora la calidad del trato.

Palabras clave

trato integral • trato holístico • cambio de paradigma • evaluación emocional

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 59

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DE DONANTES DE TEJIDOS

Jorge Vallejo; MJ. Molero Pardo; JM. Fernández Añon
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Describir la actividad de donación y trasplante corneal en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga tras la incorporación de la enfermería de la UGC de Cuidados Intensivos en la detección de donantes de tejidos.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo en el periodo 2017-2019 de los donantes corneales en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Resultados/Intervenciones

tras la realizaciòn de jornadas formativas a los profesionales de enfermería en la UGC de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario Vigen de la Victoria, se describe un aumento en los donantes de tejidos detectados en el Centro Hospitalario, habiéndose realizado un total de 48 donantes en el periodo descrito (2017=15; 2018=14 y 2019=19). Esta actividad también se traduce en un aumento considerable de los trasplantes corneales registrados, habiéndose realizado un total de 61 trasplantes corneales en diferentes modalidades, siendo el año 2019 donde se produce un aumento exponencial de los mismos (2017=11; 2018=19; 2019=31).

Conclusiones

la incorporación de la enfermería como detectora de posibles donantes de tejidos en la UGC de Cuidados Intensivos es fundamental para aumentar las cifras de trasplantes corneales en los Centros Trasplantadores. Dicha incorporación se debe realizar a través de la formación continua y concienciación de la enfermería en el proceso.

Palabras clave

enfermería • donación de tejidos • corneas

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 61

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL USO DEL DISPOSITIVO PARA COMPRESIÓN ASISTIDA SAFEGUARD

Saray Morillas[1]; B. Lozano González[2]
1. Hospital Clínic de Barcelona; 2. Hospital Universitari Vall d'hebron

Objetivos/Introducción

Los dispositivos de compresión asistida reducen los tiempos de compresión manual a la vez que nos permiten un control visual del punto de punción. Objetivo: Controlar la hemostasia local

Metodología/Observación clínica

Descripción de los cuidados de enfermería para el uso del dispositivo de compresión asistida Safeguard.

Resultados/Intervenciones

1. Colocar el apósito sobre piel limpia y seca. Determinar el ángulo apropiado para la colocación del dispositivo para facilitar el acceso al puerto Luer de inflado/desinflado y permitir una retirada fácil de la funda.
2. Colocar el globo en donde se coloquen los dedos para mantener la compresión manual (punto de máximo pulso)
3. Montar y conectar por completo una jeringa con seguro Luer estándar para inflar hasta el volumen máximo de 7 ml de aire en el globo en los apósitos de 12cm. En los dispositivos de 24cm el inflado máximo de aire es de 40 ml. La jeringa tiene que estar completamente conectada en el Luer para inflar/desinflar el globo.
4. Mantener compresión manual sobre el globo hasta que se haya logrado la hemostasia.
5. Comprobar los pulsos distal/proximal para asegurar que se mantiene el flujo.
6. Desinflar el globo cada dos horas para permitir que se rellene la capilaridad y para evaluar el emplazamiento. El desinflado es progresivo es decir se retira 2ml de aire en los de 12cm hasta su completo desinflado. En los de 24cm se desinfla con 20 ml de aire. Volver a inflar el globo si persiste el sangrado.
7. Desinflar el globo conectando una jeringa luer con seguro de tamaño apropiado en la válvula y disminuir lentamente el globo permitiendo que la jeringa se llene de aire. 8. Retirar el dispositivo y aplicar apósito según protocolo unidad.

Conclusiones

El uso de estos dispositivos son seguros y nos permiten detectar posibles complicaciones que puedan surgir durante la práctica tras la retirada de catéteres.

Palabras clave

pneumatic compression • hemostasis

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 62

REGISTRO EN BALANCE DE PÉRDIDAS SANGUINEAS EN CONCEPTO DE ANLÍTICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Mª del Carmen; J. Escobar Lavela; MªP. González Pascual; L. González Borraz; JM. Rodríguez Rodríguez
Hospital Universitario del Sureste

Objetivos/Introducción

Registrar la pérdida de fluidos en una técnica que se realiza en numerosas ocasiones en los servicios especiales. Monitorizar la cantidad de sangre que se desecha para la obtención de muestras sanguíneas. Registrar las muestras que se han tomado en la extracción. En nuestro servicio, cuidados intensivos del Hospital Universitario del Sureste en Arganda del Rey (Madrid), consideramos importante el registro de todas las pérdidas de fluidos, por ello se ha creado un apartado específico en balance para anotar las pérdidas sanguíneas relacionadas con la extracción de analíticas.

Metodología/Observación clínica

En septiembre del año 2016 se incorporó un registro en pérdidas de fluidos para registrar la cantidad de sangre que se extraía a un paciente al realizar una anlítica. Este registro permitió visualizar el número de extracciones que se realizaban a un paciente. Permitiío cuantificar la pérdida sanguínea por analítica. Desde esa fecha en nuestra unidad continuamos registrando en pérdidas de fluidos, las pérdidas por extracción sanguínea.

Resultados/Intervenciones

Monitorización en el balance de las pérdidas asociadas a extracción sanguínea. Creación del registro en el programa informático de nuestra unidad para anotar ese valor numérico.

Conclusiones

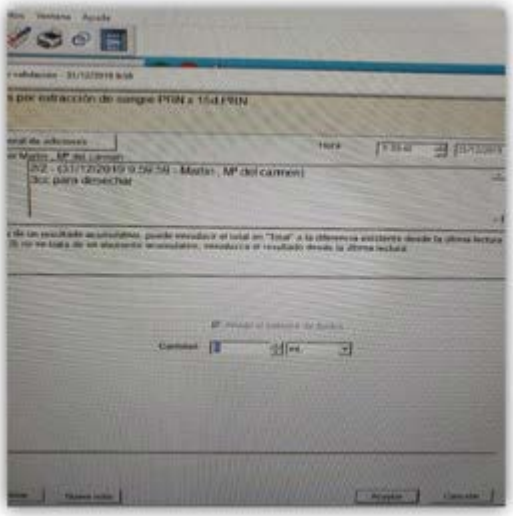
· Monitorización de pérdidas de fluidos que hasta la realización del estudio no registrabamos.
· Permitir dar una visión del número de analíticas realizadas y el volumen de extracción sanguínea.
· Como medida para desarrollar actuaciones organizativas para reducir las prácticas innecesarias.
· Disminución del número de analíticas solicitadas.
· Unificar la cantidad de sangre a desechar en la extracción de analíticas de dispositivos.

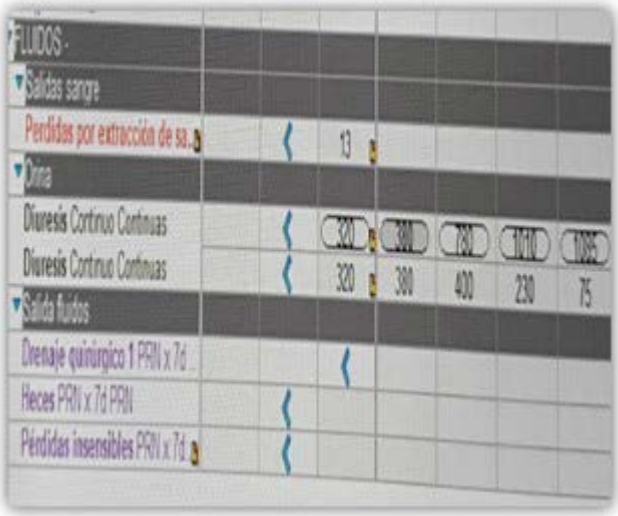
Palabras clave

monitorización • extracción sanguínea • registro • balance

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021





XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 64

EFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA NEUROMUSCULAR TRANSCUTÁNEA(NMES) EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CRÍTICO: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Ángela Suárez Pérez; B. Suberviola Cañas; V. González Novoa
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos/Introducción

La debilidad muscular adquirida en UCI (ICUAW) se desarrolla tras el inicio de la enfermedad crítica y puede deberse a un neuropatía axonal, una miopatía primaria o ambas. La implementación de un programa de fisioterapia precoz se ha postulado como la mejor herramienta para reducir la aparición de la ICUAW. El principal objetivo de este estudio será valorar la efectividad de la NMES en dos grupos musculares (cuádriceps y tibial anterior), añadido a la terapia convencional de movilización precoz aplicado en pacientes de UCI con ventilación mecánica (VM). De manera secundaria, se valorará la repercusión que esto conlleva con respecto al número de días con VM y días de estancia en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realizará un ensayo experimental aleatorio controlado a simple ciego a realizar en el período de 15 meses (Septiembre 2018- Noviembre 2019). Se reclutarán pacientes ingresados la UCI del Hospital U. Marqués de Valdecilla sometidos a VM durante más de 48 horas. El grupo control recibirá terapia convencional de movilización precoz y el grupo experimental recibirá la misma terapia y conjuntamente terapia de NMES en dos grupos musculares de los miembros inferiores. Las medidas de resultado serán la fuerza muscular medida a través de la Escala de fuerza muscular modificada del MRC (mMRC), cirtometría de los grupos musculares y medición ecográfica del volumen muscular. Se considerará clínicamente significativa una mejoría de 2 puntos en dicha escala: Consideramos una desviación estándar de 4 puntos, que hace una diferencia de medias estandarizada de 0,5. En base a las estimaciones y asumiendo que nuestros datos seguirán una distribución normal se estima un tamaño muestral necesario de al menos 63 pacientes por grupo (ratio control/intervención 1:1), para encontrar esas diferencias como estadísticamente significativas mediante una t de Student bilateral para dos muestras independientes, con una potencia del 80% y una alfa de 0,05.

Financiación

IDIVAL(Fundación Instituto del Investigación Marqués de Valdecilla).Next- Val 2018

Palabras clave

ICUAW • Fisioterapia precoz • Movilización

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 66

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA VISUAL PARA EL MANEJO DEL SISTEMA PICCO: SEGURIDAD Y EFICIENCIA

Rocío Yanguas Quesada; I. Salcedo; C. Polanco; V. Villodres; PM. Sáenz; J. Rodríguez; P. Garro
Fundación Hospital-Asilo de Granollers

Objetivos/Introducción

El sistema PICCO permite determinar los parámetros hemodinámicos del paciente en estado crítico. El objetivo de la monitorización hemodinámica es valorar la perfusión y oxigenación tisular, la contractibilidad, la precarga cardíaca y el agua extravascular pulmonar, optimizando los cuidados del paciente. Este tipo de monitorización lleva poco tiempo instaurada en nuestra UCI y su uso es esporádico. Esto conlleva una cierta dificultad a la hora de un montaje fluido y seguro por parte del personal de enfermería. OBJETIVOS General: Disponer de una guía visual de acceso rápido. Específicos: Dar a conocer la guía visual al personal de enfermería de nuestra UCI. Garantizar la seguridad del paciente, evitando errores en el montaje del sistema PICCO. Aumentar la eficiencia en el procedimiento.

Metodología/Observación clínica

METODOLOGíA Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos sobre el montaje y manejo del sistema PICCO, así como las recomendaciones del fabricante. Se realiza una guía visual, con imágenes realizadas en la Unidad, que contiene el material necesario y explica secuencialmente el montaje, además del mantenimiento de dicho sistema. Dicha guía está plastificada. Las imágenes, de gran formato, incorporan breve texto explicativo. La guía visual recalca aquellos aspectos relacionados con la seguridad del paciente, disminuyendo así la posibilidad de errores en el montaje.

Resultados/Intervenciones

Se presenta la guía a todo el personal de enfermería. Se ubica la guía junto el resto de protocolos de la Unidad.

Conclusiones

CONCLUSIONES Con la creación de esta guía la UCI dispone de una herramienta de consulta rápida y segura para el manejo del sistema PICCO. La guía aumenta la confianza del personal de enfermería, especialmente del menos experto. El uso de pautas estandarizadas minimiza la posibilidad de errores en el montaje del sistema PICCO.

Palabras clave

PICCO • enfermería • guía visual • seguridad • eficiencia • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 68

RETO EN PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN UCI: DISPOSITIVOS

I. Lopéz Cano; M. Amat Alegre; E. Alonso Domínguez; E. Cardo Castro; MV. Chaves Chaves; S. Martínez González; A. Moralejo Esquilas; A. Oregui Apraiz; E. Ortiz Yartu; E. da Silva Santos
Hospital Universitario Cruces

Objetivos/Introducción

La prevalencia de úlceras por presión (UPP) representa un problema importante a nivel asistencial. En las unidades de cuidados intensivos el amplio uso de tecnología y dispositivos clínicos implica un riesgo añadido de desarrollar úlceras específicas que puede comprometer la salud de la persona y prolongar su recuperación. Nuestros objetivos son: Disminuir la prevalencia de UPP en los pacientes ingresados en UCI y especialmente las relacionadas con dispositivos. Fomentar y apoyar la implantación de buenas prácticas en cuidados basadas en la mejor evidencia disponible.

Metodología/Observación clínica

Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar para la implantación de la guía de prevención de UPP de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), realizando una formación específica para impulsores en abril de 2019. Revisión de guías de actuación y elaboración de un plan de acción acorde a las necesidades de la unidad.

Resultados/Intervenciones

Nuestro centro está adherido al proyecto Centros Comprometidos con la Excelencia En Cuidados (BPSO) y en la UCI se trabaja la implantación de la guía de buenas prácticas "Valoración del riesgo y prevención de UPP" diseñando un plan de acción específico. Tras analizar los resultados del Estudio de Prevalencia de Eventos Adversos (EPEA) en mayo de 2019 se vio un aumento de UPP por dispositivos en localizaciones diferentes a las habituales. Posteriormente se difundieron las medidas preventivas adoptadas en diferentes formatos (briefings matinales, cinco carteles y sesiones en puesto) y se valorarán los resultados en el siguiente EPEA.

Conclusiones

La implementación de la guía y el trabajo en equipo han generado nuevos recursos en la prevención de UPP por dispositivos que han tenido una buena aceptación en la unidad. Esperamos que la implantación de buenas prácticas en cuidados incida en la disminución de prevalencia de UPP por dispositivos.

Palabras clave

Úlcera por presión • Dispositivos • Cuidados Críticos

	EPEA 2018	EPEA 2019
PREVALENCIA UPP *(objetivo 2020 14%)*	41%	47,1%
% UPP POR DISPOSITIVOS	30%	50%

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 70

USO DE RECUPERADOR CELULAR EN RETIRADA TERAPIA ECMO VV EN PACIENTE TESTIGO DE JEHOVÁ

Gemma Marín Vivó; B. Lozano González; O. Terrades Matías; J. Gómez Gómez; D. Téllez Velasco; E. Gallart Vivé; P. Girón Espot; J. Riera del Brio; E. Argudo Serra
Hospital Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Usar recuperador celular (Cell Saver) para autotransfusión intraoperatoria (ATI) es ampliamente extendido en cirugías con riesgo sangrado elevado: traumatológicas, cardíacas, trasplantes hepático y pulmonar. En pacientes con incompatibilidades sanguíneas y pacientes con objeciones religiosas.Consiste en recuperación, anticoagulación, lavado, concentración y reinfusión de la sangre campo quirúrgico. Permite reinfundir sangre filtrada no lavada de manera rápida, autotransfusión intraoperatoria inmediata (ATII).Ventajas: optimización sangrado paciente, restablecimiento rápido hipovolemia, transfusión sangre autóloga, no incompatibilidad, no aloinmunización, reducción uso transfusión sangre homóloga (Banco Sangre), calidad sangre mayor, sin riesgo transmisión enfermedades virales. Inconvenientes: cierto grado hemólisis y pérdidas proteínas.Contraindicaciones: patología séptica o neoplásica. **OBJETIVO:** Describir ventajas uso Cell Sever en retirada ECMO VV (tras 12 días terapia) en paciente Testigo Jehová con canulación percutánea yugulo-femoral D y HTC y Hb 25% y 7,7 g/dL respectivamente.

Metodología/Observación clínica

METODOLOGIALa ECMO produce anemización progresiva relacionada con: necesidad extracciones sangre frecuentes para control correcto procedimiento y cierto grado hemolisis generada por propia terapia. Riesgo potencial sangrado relacionado con necesidad anticoagulación para óptimo funcionamiento y duración circuito y líneas.Describimos nuestra experiencia en retirada terapia ECMO VV en Unidad Cuidados Intensivos con Cell Saver para recuperación sangre circuito y líneas.

Resultados/Intervenciones

RESULTADOSLa retirada canulación periférica se realizó a pie de cama, montando campo estéril, cerrando los vasos con sutura bolsa de tabaco y hemostasia manual durante 20'. Para la recuperación sanguínea se usó Cell Saver con campana 125cc. Se procesaron 2 campanas con volumen sangre recuperado 202 ml y concentración HTC 43% que se reinfundieron a la paciente. Al inicio procedimiento presentaba Hb 7,7 g/dL y HTC 25%, al terminar la intervención mantuvo Hb 7,7 g/dL y HTC 25,2%.

Conclusiones

CONCLUSIONESEl recuperador celular puede ser muy útil en pacientes con objeciones religiosas y que requieran transfusión. La reinfusión sangre recuperada minimiza uso transfusión sangre de Banco.

Palabras clave

Recuperador celular • autotransfusión • Testigo de J

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 71

NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

Carla Moreno Cerrada; T. Castro Sánchez Bermejo; C. Calcerrada Baeza; M. López Pazos; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; M. Calcerrada Baeza; P. Piñas Viñambres; MS. García Sánchez
Hospital Universitario Función Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

· Unificar criterios en relación con los cuidados relativos a la manipulación y administración de nutrición enterado (NE) en pacientes ingresados en UCI.
· Estandarizar los cuidados en el fin de poder prevenir y controlar las complicaciones relacionadas con la administración de NE en UCI.
· Recopilar las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica para mejorar la calidad asistencial y los cuidados enfermeros.

Metodología/Observación clínica

Se inicia con una revisión metodológica a nivel nacional para obtener las evidencias que se tienen hasta la actualidad. Nos basamos en las principales guías de práctica clínica aprobadas hasta la fecha. Se hace uso de las principales bases de datos y bibliotecas electrónicas como SciELO, PubMEd, y Cochrane usando como palabras clave "Nutrición enterado" -AND- "Cuidados intensivos" y haciendo una selección de artículos de 2010 hasta la actualidad. Abordará principalmente los siguientes contenidos:
· Concepto y definición de NE
· Indicaciones y contraindicaciones
· Preparación
· Inicio y valoración
· Posibles complicaciones

Resultados/Intervenciones

Para que exista una utilidad real el protocolo y una satisfacción con el mismo por parte de enfermería se evaluará su utilidad a través de escritos si surgieran circunstancias que se salieran del protocolo y de revisiones del protocolo de forma bianual.

Conclusiones

Análisis de los cambios en las prácticas de nutrición en UCI a través de métodos de evaluación como el registro de las incidencias en los mismos

Financiación

Sin financiación por el momento.

Palabras clave

Nutrición enteral • Cuidados intensivos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 72

IMPACTO DEL TURNO LABORAL EN LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Moral[1]; MC. Moreno[2]
1. Hospital Clínic de Barcelona; 2. Escola d'Infermeria Universitat de Barcelona

Objetivos/Introducción

Comparar la satisfacción, la percepción de la salud y del entorno laboral de las enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en relación con su turno laboral, en tres Hospitales de tercer nivel de Barcelona desde noviembre de 2021 hasta noviembre de 2022.

Metodología/Observación clínica

El ámbito donde se realizará el estudio es en las UCIs del Hospital Clínic de Barcelona, Hospital de Bellvitge, y el Hospital de la Vall d'Hebrón. Se plantea un estudio descriptivo transversal y multicéntrico. La información se obtendrá de la administración de unos cuestionarios a las enfermeras que cumplan los criterios de inclusión. Los instrumentos son: La Escala General del Satisfacción, El cuestionario de salud SF-12 versión II, Escala de Indicadores de Fatiga Crónica y la Escala del entorno de la práctica enfermera. Se utilizará el programa estadístico SPSS® versión 25.0 para el análisis de datos. Se aceptará como nivel de significación p=0,05.

Palabras clave

Unidad de cuidados intensivos • Satisfacción laboral • Turno laboral • Jornada laboral • Entorno laboral • Salud General • Calidad de vida

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Tabla 1 Alteraciones relacionadas con la jornada laboral a turnos.

Alteraciones	Repercusión
Alteraciones de los hábitos alimentarios[4,8,9]	- Dispepsia, náuseas, falta de apetito, gastritis.
Alteraciones del equilibrio biológico [4,8,9]	- Relacionados con los ritmos circadianos: vigilia, sueño. - Fatiga crónica, dolor de cabeza, irritabilidad, depresión, estrés. - Enfermedades del aparato circulatorio.
Alteraciones de la vida social[4,10]	- Conciliación familiar, aislamiento personal.
Incidencia en la actividad profesional[11-14]	- Disminución capacidad de atención, la toma de decisiones, la rapidez y la precisión de los movimientos. - Menor rendimiento y calidad del trabajo entre las 3 y las 6 de la madrugada - Satisfacción - Intención de abandonar la profesión - Absentismo - Seguridad del paciente
Alteraciones musculoesqueléticas [8,9]	Dolores de cuello, hombros, espalda, entumecimiento, hormigueo, rigidez y quemazón.

Fuente: elaboración propia

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 73

DECISIONES EN TIEMPOS DE COVID. HABLEMOS PARA MEJORAR

Vicent Salvà Costa
Hospital de Dénia

Objetivos/Introducción

Las primeras semanas en las que transcurrió la fase más crítica de la epidemia por COVID-19 fue un periodo de continuos cambios y adaptaciones de la sociedad en general y de los hospitales en particular que, unido al propio contexto de la epidemia, generó situaciones de falta de control, temor, ansiedad en los profesionales y tensiones en los equipos asistenciales que justificaba la necesaria reflexión posterior con un claro enfoque constructivo. Transcurridas unas semanas desde el final de la primera oleada de la pandemia por COVID-19, la Supervisión de la UCI que atendió a estos pacientes realizó un serie de entrevistas a los profesionales con el objetivo de conocer su percepción de lo vivido, de las decisiones que cambiaría o repetería y de acciones de mejora que propondrían.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal. Se realizaron un total de 27 entrevistas individuales, semiestructuradas, a las Enfermeras y TCAE de la Unidad de Cuidados Intensivos que atendió a los pacientes COVID durante el inicio de la pandemia. La entrevistas se realizaron entre el 6 de mayo y el 8 de junio de 2020.

Resultados/Intervenciones

Del análisis de las entrevistas realizadas se extrajeron aquellos aspectos que más se repetían entre los entrevistados y que, por tanto, se consideraron significativos. Los más repetidos fueron aspectos relacionados con los equipos de protección invidual, la comunicación, el control de la ansiedad, la planificación y coordinación de los equipos y la organización estructural de las unidades.

Conclusiones

Las entrevistas individuales pueden ser un buen instrumento para mejorar la toma de decisiones en momentos tan críticos como lo fueron y siguen siendo los de la pandemia por COVID. La visión y percepción de los profesionales que están en primera linea debe ser escuchada y valorada para, en un análsis calmado a posteriori, implementar los cambios y mejoras que se hayan considerado.

Palabras clave

Entrevista • COVID • Supervisión • Análisis

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 74

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

Cristina Esteban de la Granja; AE. Belda Hernández
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

La aparición de lesiones por presión en el paciente crítico es un proceso íntimamente ligado a la calidad de los cuidados proporcionados por los profesionales de Enfermería. La indiscutible trascendencia de estas lesiones y el hecho de que sus causas puedan identificarse con antelación hace necesaria la existencia de protocolos de actuación que se conviertan en herramientas de referencia a la hora de prevenir su aparición. El objetivo fundamental de este trabajo ha sido elaborar un protocolo de actuación que teniendo como marco de referencia el Proceso de Atención de Enfermería, permita la estandarización y homogenización de los cuidados preventivos en el paciente crítico.

Metodología/Observación clínica

Con este fin, son dos las preguntas planteadas para el estudio, por un lado "¿Cuál es la herramienta más adecuada para valorar el riesgo de desarrollar lesiones por presión en el paciente crítico?" y por otro "¿Que secuencia lógica de actuación debería guiar la práctica Enfermera a la hora de prevenir este tipo de lesiones?"

Resultados/Intervenciones

La Escala de Norton Modificada se impone como herramienta estandarizada para la valoración del riesgo, respondiendo así a la primera de las preguntas del estudio. En cuanto a la segunda, el protocolo identifica de forma novedosa tres momentos clave en la prevención de lesiones por presión en el paciente crítico: procedimiento de ingreso, procedimiento tras el aseo y reposicionamiento del paciente; momentos que se convierten a su vez en procedimientos independientes e interrelacionados, cada uno de los cuales consta de una sucesión de medidas concretas que se aplicarán a cada paciente crítico.

Conclusiones

Teniendo en cuenta ambas respuestas se establece una secuencia de actuación que estandariza y homogeniza los cuidados (protocolo de prevención) cuya eficacia se evaluará mediante indicadores de proceso y de resultado contenidos en el propio protocolo de actuación.

Palabras clave

protocolo • prevención • lesiones por presión • paciente

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 76

TÉCNICA DE EXTUBACIÓN Y CONEXIÓN A CANULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTE TRASPLANTADO DE PULMÓN EN UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTQUIRÚRGICA

Virginia Díaz Teruel[1]; FJ. del pozo Sancho[1]; R. Hernández García[1]; S. Ramos Sánchez[1]; J. García Moraleda[1]; B. Hernández Iglesias[1]; BI. Fernández Alonso[1]; C. Bravo Páramo[1]; MM. Torres Romero[2]; I. Zaragoza García[3]
1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Hospital Universitario de la Princesa; 3. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Objetivos/Introducción

Uno de los pasos que se debe llevar a cabo para el avance respiratorio de los pacientes trasplantados de pulmón es retirarles la ventilación asistida y por ende el tubo endotraqueal. Se realizan una serie de valoraciones con el fin de asegurar el éxito de la extubación realizadas en todo paciente intubado y se considera la tos efectiva, la función diafragmática y la del nervio frénico como añadido a este tipo de pacientes por sus peculiaridades.(1) La técnica para llevar a cabo la retirada, así como la preparación del material para ello son competencias de Enfermería. El objetivo de la técnica, mostrada en el video, es progresar satisfactoriamente a nivel respiratorio en el paciente trasplantado hacia el paso en el que se le conectará a cánula nasal de alto flujo (CNAF) con el fin de propiciar una adaptación del paciente a su nueva situación.(2)(3)

Metodología/Observación clínica

Se realizó búsqueda bibliográfica en PubMed, CINAHL, WOS y Google Académico de artículos de los últimos cincos años, en idioma español e inglés. Utilizando Enfermería Práctica, Cuidados Críticos, Trasplante, Respiración. Los resultados de esta búsqueda apuntan a la gran evidencia existente en la técnica de intubación, siendo más pobres en el consenso y actualización de la técnica de extubación.

Resultados/Intervenciones

1. Comunicación al paciente de la técnica a realizar (video)
2. Preparación del paciente (video)
3. Preparación del material (video)
4. Realización de la técnica de extubación (video)
5. Realización de la conexión a CNAF (video)

Conclusiones

La realización de técnicas sencillas pero que repercuten de una manera importante en la salud de los pacientes precisan de una correcta realización; por lo tanto, debido a la escasez de consenso e información se precisa la realización de una actualización y estandarización de esta con el fin de mejorarla y disminuir por ende las posibles complicaciones.

Palabras clave

Enfermería Práctica • Cuidados Críticos • Trasplante

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 78

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE NORADRENALINA A TRAVÉS DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN CUIDADOS INTENSIVOS

Remei González; C. Moreno; N. Calpe
Hospital Universitari General de Ctalunya

Objetivos/Introducción

En Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es habitual usar catéteres venosos centrales (CVC) para la administración de medicamentos vasoactivos (MVA). Algunos pacientes necesitan soporte con MVA durante pocas horas y la inserción de un CVC no está libre de riesgos. La administración de MVA a través de un catéter venoso periférico (CVP) podría disminuir la necesidad de CVC. Evaluar la seguridad de la administración de noradrenalina a través del catéter venoso periférico.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo realizado en la UCI del Hospital Universitari General de Catalunya. Durante 24 meses, se monitoreó a los pacientes a los que se administró noradrenalina a través de CVP. Criterios de inclusión: CVP recién insertado, lugar de inserción por encima de la muñeca, Fr 20-18, uso exclusivo, asegurado un segundo acceso venoso. La extremidad puncionada y la zona peripunción se revisaba cada 2 horas. Ante la presencia de signos de extravasación (dolor, frío, cambio de coloración en la zona peripunción) la infusión era parada y administrada por otro acceso, el catéter inmediatamente retirado y la extremidad vigilada cada 2 horas durante las 24 horas siguientes. Los resultados se analizaron con spss 21 en forma de frecuencias y porcentajes.

Resultados/Intervenciones

Durante el periodo de estudio recibieron noradrenalina a través de CVP 21 pacientes, edad media 60(+11). 52% fueron hombres y 48% mujeres. Los tratamientos duraron una media de 11 horas (+ 4). Se detectaron 3 extravasaciones (14%). Los 3 pacientes presentaron frialdad en la zona, 2 de ellos livideces y 2 dolor. Tras el seguimiento de 24 horas y aplicado el tratamiento protocolizado, no hubo daño tisular permanente en ninguno de los 3 casos.

Conclusiones

Cuando la necesidad de noradrenalina se prevé corta, esta puede ser administrada por CVP en nuestro servicio, siempre que el catéter cumpla los criterios establecidos y bajo vigilancia exhaustiva de la extremidad.

Palabras clave

Seguridad • Noradrenalina • Catéter periférico • Extravasación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 79

ANÁLISIS DEL ENTORNO DE TRABAJO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Amaia Saralegui; MS. Arraras Eleta; I. Martínez Arangoa; L. Azparren Tellería; N. Barrenetxea Pérez; O. Astrain Alfaro
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

El entorno de trabajo se describe como aquel "conjunto de características organizacionales que facilitan o dificultan la práctica profesional" (2015 Serrano-Gallardo). Según estudios, el trabajar en un ambiente favorable facilita que los profesionales trabajen en las mejores condiciones y por lo tanto llega a influir directamente en la calidad de los cuidados. El objetivo de este estudio fue evaluar el entorno laboral de las Unidades de Críticos del Complejo Hospitalario de Navarra.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo transversal. Se recogió información sobre variables sociodemográficas y profesionales sobre el entorno de trabajo mediante el cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) de Aiken. Se utilizó la versión española adaptada por Orts Cortes y cols. El cuestionario evalúa 5 factores del entorno laboral y cuenta con 32 ítems. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del centro en el que se desarrolló la investigación.

Resultados/Intervenciones

Se recogieron 150 cuestionarios en las dos Unidades de Cuidados Intensivos de un mismo hospital terciario de mil camas. Además, se añadieron las Unidades de Reanimación Post-Anestésica. La puntuación media del cuestionario PES-NWI fue de 2,90 (DE= 0,61). El factor mejor valorado fue relaciones entre médicos y enfermeras además de fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado y el que menos puntuación obtuvo fue participación de las enfermeras en asuntos del hospital.

Conclusiones

Las enfermeras de las Unidades de Críticos valoraron el entorno obtuvieron una valoración moderada del entorno de trabajo. Las relaciones entre médicos y enfermeras además de los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidaron fueron los aspectos mejor valorados.

Palabras clave

PES-NWI • Entorno de práctica • UCI • Enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 82

SISTEMAS DE RESPUESTA RÁPIDA (SRR). REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN

Amaia Saralegui; MS. Arrarás Eleta; I. Martínez Arangoa; L. Azparren Tellería; MC. Zaldua Echeverría; N. Barrenechea Pérez; N. Chivite Fernández
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

En el ámbito hospitalario, resulta imprescindible establecer estrategias para mejorar la atención, prevenir posibles complicaciones y disminuir la mortalidad hospitalaria. Los Sistemas de Respuesta Rápida son equipos humanos con funciones específicas formados para anticiparse o prevenir las Paradas Cardio Respiratorias (PCR) y la muerte de los pacientes. Su finalidad es detectar signos y síntomas que provocan el deterioro del paciente para así poder revertirlos a tiempo y de esto modo, poder actuar en consecuencia minimizando las posibles consecuencias. El objetivo general del presente estudio es sintetizar la evidencia existente sobre los Sistemas de Respuesta Rápida (SRR), así como conocer los beneficios de una propuesta de instauración en el CHN.

Metodología/Observación clínica

Se consultaron las bases de datos Medline, Web Of Science y CINAHL. Se obtuvieron 37 artículos de los cuales 22 fueron incluidos en el estudio.

Resultados/Intervenciones

La revisión mostró siguientes beneficios relacionados con los Sistemas de Respuesta Rápida: Reducción en la tasa de mortalidad hospitalaria, disminución de incidencia de paradas cardio respiratorias dentro del hospital y un aumento de ingresos no programados en UCI. Además, se encontró una relación con los SRR y la satisfacción del personal de enfermería. Finalmente, se realizó una propuesta teórica adaptada para el hospital de referencia de la Comunidad que se dividió en siete fases de implementación:

1. Creación de la escala de valoración,
2. Introducción en el sistema informático,
3. Formación del personal,
4. Pilotaje,
5. Implantación en unidades quirúrgicas,
6. implementación en unidades médicas y
7. Extensión a todo el Complejo Hospitalario.

Conclusiones

La bibliografía evidenció los beneficios de la instauración de un SRR como la disminución de la incidencia de PCR dentro del hospital y la reducción de la morbi-mortalidad intrahospitalaria.

Palabras clave

Sistemas de Respuesta Rápida • SRR • UCI • Enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 83

NEUROMONITORIZACIÓN MEDIANTE SISTEMA RAUMEDIC®

I. Martínez Arangoa; L. Azparren Tellería; A. Saralegui Gainza; MS. Arrarás Eleta; MC. Zaldua Echeverria; N. Chivite Fernández; N. Barrenechea Pérez; O. Astraín Alfaro
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

Aproximadamente el 50% de los pacientes en coma tras un traumatismo craneoencefálico grave (TCEG) con tomografía axial computarizada (TAC) anormal, presentan hipertensión intracraneal (HTIC) asociada.El objetivo de la neuromonitorización es evitar la posible lesión secundaria cerebral derivada de la HTIC mediante la monitorización de la presión intracraneal (PIC). Existen diferentes tipos de dispositivos de neuromonitorización. Actualmente el dispositivo Raumedic® es uno de los sistemas de neuromonitorización más novedosos. El objetivo de este trabajo es describir la colocación, mantenimiento y cuidados de enfermería derivados de dicho dispositivo.

Metodología/Observación clínica

Se consultaron las bases de datos Medline, Web of science y CINAHL de los cuales se extrajeron los artículos para la realización del trabajo, además del manual de usuario y la experiencia de los profesionales de enfermería de nuestra Unidad.

Resultados/Intervenciones

La monitorización de la PIC es fundamental en el tratamiento del paciente con TCEG e HTIC asociada. Enfermería juega un papel de gran importancia en el conocimiento, manejo y cuidados de los dispositivos de neuromonitorización por lo que se detectó la necesidad de realizar una guía descriptiva del dispositivo Raumedic® como método de monitorización de la PIC más novedoso.

Conclusiones

Conseguir un adecuado manejo del sistema Raumedic® con el fin de evitar la temida lesión secundaria derivada de la HTIC en los pacientes con TCEG.

Palabras clave

Neuromonitorización • TCEG • PIC • HTIC • RAUMEDIC • ICU • NURSING

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 84

PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE EL PACIENTE CON ASISTENCIA VENTRICULAR (CENTRIMAG DE LEVITRONIX)

Belén Álvarez Méndez; B. Iglesias Fraga; I. Santín Piñán
Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos/Introducción

El uso de dispositivos de AV (asistencia ventricular) es cada vez más frecuente en las unidades de cuidados intensivos debido a dos factores diferentes: por un lado la escasa disponibilidad de donantes, y por otro los avances tecnológicos y las mejoras en los tratamientos de las enfermedades cardiovasculares. Centrimag de Levitronix es un dispositivo de asistencia circulatoria mecánica extracorpórea utilizado para soporte uni o biventricular. Consta de una bomba centrífuga, un motor con un sistema de levitación magnética, una consola de control, un sensor de flujo y un circuito de líneas. Consideramos objetivos ambiciosos pero a la vez realistas, como son lograr una mayor eficiencia en los cuidados de estos pacientes, prevenir complicaciones y proporcionar los conocimientos necesarios que capaciten a las enfermeras para reconocer los problemas relacionados con este tipo de soporte y su resolución.

Metodología/Observación clínica

Hemos realizado una revisión bibliográfica acerca de los DAV de corta duración y las implicaciones del trabajo de enfermería. Para ello hemos recurrido a las bases de datos Pubmed y Medline, utilizando como palabras clave: dispositivos, asistencia cardíaca, asistencias ventriculares, centrimag, mechanical circulatory support; consultado varios artículos de Enfermería 21, Enfermería en Cardiología y Elsevier, y hemos mantenido como referente el protocolo de la UCI Cardiológica del HUCA.

Resultados/Intervenciones

Consecuencia de esta revisión ha resultado un sistema de cuidados unificados para la asistencia a estos pacientes en nuestra unidad, así como la adquisición de conocimientos específicos para resolver situaciones concretas.

Conclusiones

La presencia constante de la enfermera a pie de cama permite una monitorización contínua de todo lo que le ocurre al paciente, al dispositivo y su interacción. Por ello se convierte en un elemento clave en el manejo y cuidado de los pacientes portadores de estos dispositivos.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 85

MODALIDADES DE SOPORTE VENTILATORIO AL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA TEMPORAL EN UCI. DESCRIPCIÓN Y MATERIALES

MS. Arrarás Eleta; L. Azparren Tellería; A. Saralegui Gainza; MC. Zaldua Echeverria; N. Barrenechea Pérez; O. Astraín Alfaro; N. Chivite Fernández
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

Los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentan con alta incidencia una prolongación de los días con soporte ventilatorio mecánico invasivo, por lo que precisan la realización de una traqueotomía percutánea temporal para avanzar en su recuperación. El objetivo de este estudio fue describir las modalidades de soporte ventilatorio en relación al progreso del paciente traqueotomizado en UCI además de los materiales necesarios, desde el inicio hasta la retirada de la cánula.

Metodología/Observación clínica

Se recopilaron los protocolos de la unidad, se revisaron las bases de datos pubmed y Cochrane y se reunió a un grupo de profesionales de referencia de la unidad para resumir de una manera clara cada una de las modalidades.

Resultados/Intervenciones

Se recopilaron todas las modalidades ventilatorias, ordenándolas por el nivel de evolución del paciente. Se comenzó por el paciente conectado a ventilación mecánica invasiva (VMI), tanto con sistema de humidificación activa, como de humidificación pasiva.Posteriormente, se describieron las modalidades espontáneas, en primer lugar con sistema de oxigenoterapia de alto flujo y continuando con los sistemas de bajo flujo a través del dispositivo intercambiador de calor-humedad. Se continúo describiendo la utilización de la válvula fonatoria y se finalizó con la oclusión total de la traqueotomía percutánea. Se generó un documento visual con fotos y un resumen del material necesario para cada una de las modalidades.

Conclusiones

El documento recoge de una manera clara y sencilla las modalidades de soporte ventilatorio utilizadas en la UCI y aporta una guía estandarizada para su manejo. Además, se colocó en la unidad a modo de ayuda para la selección de materiales y para facilitar su consulta.

Palabras clave

UCI • Traqueotomía • Materiales

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 86

TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y MATERIALES NECESARIOS

L. Azparren Tellería; A. Saralegui Gainza; MS. Arrarás Eleta; MC. Zaldua Echeverria; I. Martínez Arangoa; N. Barrenechea Pérez; N. Chivite Fernández; O. Astraín Alfaro
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

La traqueotomía percutánea es un procedimiento quirúrgico para crear una abertura en la tráquea mediante incisión en la parte externa del cuello a través de la cual se inserta una cánula para mantener la vía aérea permeable. Los pacientes con VM prolongada, precisan de la realización de esta técnica para favorecer el proceso de weaning. En la UCI donde se desarrolló este trabajo, los pacientes con más de 14 días de VM son sometidos a este procedimiento, que se realiza en la misma unidad por parte del equipo de medicina intensiva. El objetivo de este trabajo es describir los cuidados de enfermería que se realizan tanto pre como post procedimiento.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos pubMed y Cochrane, revisaron los protocolos de la unidad y se reunió a un grupo de expertos multidisciplinar para llegar a consenso.

Resultados/Intervenciones

Se recopilaron los principales cuidados de enfermería y los materiales necesarios. Se generó un documento ilustrativo además de un check-list pre y post procedimiento.

Conclusiones

Al ser un procedimiento muy habitual en las unidades de Cuidados Intensivos, el documento generado resultó ser de utilidad para el persona de nueva incorporación.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 88

LA MÚSICA EL NUEVO CORAZÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS

Miriam Triguero Ruiz[1]; AM. Camacho Rodríguez; MJ. Morell Vera; C. Cañadillas Pardo; AC. de Castro Martínez; S. Bravo Gómez; L. Aguirre Romero
1. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2. Hospital del Henares

Objetivos/Introducción

En la UCI del Hospital Príncipe de Asturias, desde 2017, gracias a su grupo de Humanización, se abren las puertas en navidad a la música, pequeños conciertos acompañan durante estos días a pacientes, familiares y personal sanitario, haciéndoles evadirse por unos minutos de su situación actual. Con este estudio queremos analizar el impacto emocional de la música sobre las personas implicadas.

Metodología/Observación clínica

Se realiza estudio cualitativo retrospectivo obteniendo datos mediante breves entrevistas abiertas a músicos, personal sanitario, pacientes conscientes y familiares en el periodo navideño del año 2019.

Resultados/Intervenciones

La entrevista a los músicos fue realizada vía telefónica, en cuanto al personal sanitario se buscó a enfermeras/os que trabajasen los turnos donde tuvieron lugar los conciertos. Con respecto a los pacientes buscamos a aquellos que estuvieran conscientes y sus respectivas familias. Al final de la entrevista se les pidió a todos que resumieran su vivencia en una frase, de las cuales se eligieron aquellas que más reflejasen lo vivido para exponerlas en el poster. Todas las personas accedieron gratamente, con ganas de colaborar y todos lo vivieron como una experiencia positiva.

Conclusiones

Clara mejoría emocional de pacientes y familiares, los músicos voluntarios repetirían la experiencia y el personal sanitario está a favor de estas actividades

Palabras clave

Musica • Cuidados intensivos • Impacto emocional • Dolor

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 91

CUIDADOS DE UN COLGAJO: 21 DÍAS EN PRONO

Mateu Castella Vazquez
Hospital de la Santa Creu y Sant Pau

Objetivos/Introducción

Un colgajo de piel es una porción de piel que se mueve de una área del cuerpo a otra. Se compone de todas las capas de la piel y un poco de tejido graso. A un colgajo se le tiene que realizar una serie de cures para su buena implantación en la zona injertada. Presentamos el caso de un paciente varón que ingresa diagnosticado de un sarcoma fusocelular dorsal que es un tumor benigno de los vasos sanguíneos que se forma en la piel o debajo de esta.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una intervención electiva del sarcoma y una cobertura con colgajo. Se reinterviene por un hematoma en esa zona. Al requerir altas dosis de drogas vasoactivas, insuficiencia renal aguda, intubación orotraqueal y posible pronación, se traslada a UCI. Se procede a pronación para un mejor cuidado del colgajo y se realizan curas cada 8 horas con pomada con heparina sódica, linitul y gasas con povidona yodada. Lo supinamos para realizar un desbridamiento del colgajo y colocar uno nuevo. Persistimos en la posición de decúbito prono para evitar presión sobre el colgajo, aparte, colocamos un sensor de INVOS para medir la saturación.

Resultados/Intervenciones

Tuvimos al paciente 21 días en prono hasta que conseguimos que el colgajo no perdiera saturación. Una vez conseguido, se procedió a weaning respiratorio, extubación y sedestación.

Conclusiones

En nuestro paciente, la realización del decúbito prono durante 21 días fue clave para una buena evolución y mejoría del colgajo.

sigue –>

CUIDADOS DE UN COLGAJO: 21 DÍAS DE PRONO

Castellà Vàzquez, Mateu. Rodríguez., Nuria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

29/05: Intervención electiva de sarcoma fusiforme dorsal (colocación de colgajo de muslo)

29/05: Ingreso en UCI por fracaso multiorgánico:
- Fracaso hemodinámico (aminas).
- Fracaso renal agudo oligúrico.
- Intubación orotraqueal (tubo anillado).

Curas del colgajo: decúbito prono mantenido y Pomada con heparina sódica, Linitul, gasas con povidona yodada/8 horas.

31/05: Decúbito supino 1h y media para colocación de Shaldon yugular y recambio de tubo endotraqueal.

01/06: Necrosis progresiva del colgajo.

05/06: SEGUNDA INTERVENCIÓN: Desbridamiento y realización de nuevo colgajo. Terapia de presión negativa (VAC) y monitorización de oximetría regional con el sistema INVOS.

Objetivo: Saturación O_2 del colgajo > 50%.

Imposibilidad de supinar al paciente por ↓ de la saturación en el colgajo. Cambios cefálicos cada 4h y protección de zonas en riesgo de ulcerarse.

Curas del colgajo: Pomada con heparina sódica, Linitul, gasas con povidona yodada/8 horas.

18/06: DECÚBITO SUPINO DEFINITIVO

26/06: Extubación y sedestación.

Curas del colgajo con **apósito absorbente antimicrobiano** con impregnación argéntica.

02/06: Alta de UCI.

Conclusión

A pesar de los 21 días consecutivos de decúbito prono se pudieron evitar la creación de úlceras graves u otras secuelas secundarias al prono gracias a unas buenas curas de enfermería con cambios cefálicos periódicos y la variación de los decúbitos.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 92

COMPLICACIONES DEL PACIENTE PORTADOR DE ECMO. ABORDAJE DE ENFERMERÍA

Beatriz Iglesias Fraga; B. Álvarez Méndez; MI. Santín Piñán
HUCA

Objetivos/Introducción

El ECMO es una modalidad de soporte vital extracorpóreo indicada en casos de fallo respiratorio o cardíaco severo. Se trata de una técnica compleja que se aplica en pacientes con patología crítica lo cual favorece un alto potencial de complicaciones. Las complicaciones pueden deberse al mal funcionamiento de los componentes del circuito o ser secndarias a factores relacionados con el paciente, en esta revisión describiremos de manera más profunda esas últimas. Intentando con ello, facilitar y unificar los conocimientos por parte del personal de enfermería, cuya labor y presencia a pie de cama 24h permite una prevención de las mismas, así como un abordaje rápido y eficaz.

Metodología/Observación clínica

Para la realización de esta revisión bibliográfica hemos consultado varios protocolos de cuidados de enfermería de distintas unidades de críticos. Se han consultado varios artículos de Elsevier y Enfermería Tecnológica. Así como consultado en las bases de datos Pubmed y Medline.

Resultados/Intervenciones

El desarrollo tecnológico ha permitido minimizar la incidencia de ciertas complicaciones. Además, la destreza y conocimiento por parte del personal de enfemería facilitan la prevención y reconocimiento precoz de potenciales complicaciones, que se pueden prevenir o solucionar inmediatamente.

Conclusiones

Las complicaciones en el paciente portador de ECMO son, a nuestro pesar frecuentes. El evitar que se produzcan depende del reconocimiento y tratamiento precoz de las mismas. En este abordaje de primera línea, la enfermería juega un papel fundamental.

Palabras clave

ECMO • complicaciones • enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 96

PERCEPCIÓN DEL TCAE DE LA GERENCIA DE ÁREA INTEGRADA DE GUADALAJARA DEL CUMPLIMIENTO EN MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE UPP TRAS ACTIVIDAD FORMATIVA

Pablo Rojo Villar; MJ. Lanillos de la Cruz; ME. Rioja Peirotén; MA. Estríngana Castillo; MT. Vaamonde Calvo; MP. Aceituno Luengo; MC. López Magro; R. García Molpeceres; L. Torres Fernández; Y. Granda Miranda
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

Introducción Las úlceras por presión (UPP) son un gran problema de salud con morbi-mortalidad asociada. La prevención es la herramienta fundamental dentro de un equipo multidisciplinar donde el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es parte importante. Es fundamental poseer una pauta de actuación unificada, mediante un registro guiado, para ello la Gerencia de Área Integrada de Guadalajara (GAIGU) plantea un ciclo de talleres dirigidos a los TCAE con el fin de conocer, aumentar y reforzar el nivel de conocimientos en medidas de prevención. Objetivos Conocer el cumplimiento en medidas de prevención y la aplicación de las mismas tras la actividad formativa. Reforzar y aumentar el nivel de conocimientos en prevención de UPP trabajando sobre la práctica clínica basada en evidencia científica.

Metodología/Observación clínica

Elaboración de un cuestionario de verificación de medidas de prevención de UPP (check list) basado en la revisión de guías de prevención de UPP avaladas por la GNEAUPP. Estudio descriptivo trasversal con n de 34, pasando los cuestionarios a TCAES de las unidades de onco-hematología, medicina interna, geriatría y centros sociosanitarios entre otros. La cumplimentación del cuestionario se realiza tras la actividad formativa.

Resultados/Intervenciones

Ítems de alto cumplimiento: inspección diaria de la piel (86%), medidas de reducción y control de humedad (80%), uso de productos barrera (86%), liberación de presión en talones (81%). Ítems de bajo cumplimiento: cambios posturales en sedestación (35%), indicaciones para recolocarse en sedestación en los pacientes autónomos (32%). Ítem: Cambios posturales sin contraindicación, 75% de cumplimiento, nos parece insuficiente.

Conclusiones

Es importante fomentar por medio de la formación continuada el cumplimiento de medidas preventivas frente a la aparición de UPP. Las actividades formativas realizadas de forma continuada, evaluables y accesibles, garantizan la actualización y refuerzan los conocimientos en materia de prevención. Motivar el trabajo del TCAE, dentro de los equipos multidisciplinares, aporta mejores resultados

Palabras clave

Prevención • Úlceras por presión • TCAE • Listado de verificación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 97

DESCRIPCIÓN DE DATOS SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA EN 2019

Rut García Molpeceres; H. Rubio Pinillos; MI. Jiménez López-Peláez; P. Pablo Villar; Y. Granda Miranda; C. Pereo Yagüe; L. Torres Fernández; MJ. Lanillos de la Cruz; MA. Estríngana Castillo; MT. Vaamonde Calvo
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

La aparición de úlceras por presión (UPP) en el paciente crítico supone un importante problema de salud. Resulta imprescindible cuantificar la magnitud del problema y realizar un registro completo que nos facilite el análisis de datos.

Metodología/Observación clínica

· Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.
· Grupo de trabajo sobre UPP de la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Guadalajara (HUGU)
· Revisión de estudios de incidencia-prevalencia de UPP en UCI. - Revisión de indicadores de calidad SEMICYUC 2018.
· Inclusión en la base de datos de los parámetros de nuestra hoja de registro relativos a los pacientes que ingresaron en la UCI en 2019.

Resultados/Intervenciones

El total de pacientes ingresados en la UCI del HUGU durante 2019 fue de 635. El número de pacientes que presentaron UPP durante su estancia fue de 36; 27 se originaron en la UCI, suponiendo una tasa de incidencia del 4,25%. El perfil de pacientes con UPP durante 2019 es de casi un 70% hombres, la media de edad es de 64 años y la estancia media es de 13 días. En cuanto a las UPP, en un total de 81 lesiones, un 27% se localizan en talón, seguida de sacroglúteo un 25%. El 50% son de grado II y casi el 45% de grado I.

Conclusiones

Reducción de la tasa de incidencia de un 11% en 2018 a un 4,25% en 2019, cumpliendo el objetivo fijado en el estándar del indicador de calidad SEMICYUC (nº 106) de un 5% de incidencia. De un total de 81 UPP casi el 94% son estadíos iniciales. La localización sacro-glúteo ha bajado de 38% a un 25%, UPP talón similar porcentaje a 2018 pero pasa a 2ª localización más frecuente. La tasa de cumplimentación de registros ha mejorado entorno a un 70% de 2018 a 2019 gracias al formato de registro guiado utilizado.

Palabras clave

Úlceras por presión • Unidad de cuidados intensivos • Registro guiado • Tasa de incidencia • Tasa de registro

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 98

LA SEGURIDAD ESTÁ EN TUS MANOS. ESTRATEGIAS DE MEJORA

Lidia Molina Pereda; H. Rubio Pinillos; MJ. Lanillos de la Cruz; Y. Granda Miranda; EM. Medina González
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

La higiene de manos es la medida más efectiva, de fácil aplicación y bajo coste para evitar la diseminación de microorganismos multirresistentes.

OBJETIVO GENERAL:

Prevenir y controlar las enfermedades nosocomiales mediante la correcta higiene de manos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

· Valorar los conocimientos previos sobre la higiene de manos en el personal de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos un año después de haber impartido la formación adecuada basada en la evidencia.
· Afianzar conocimientos.
· Evaluar mediante cuestionario los conocimientos adquiridos.
· Programar actividades periódicas de observación del cumplimiento.

Metodología/Observación clínica

Formación de grupo de trabajo, revisión bibliográfica. Cuestionario acerca de los conocimientos de la higiene de manos destinado a todo el personal de la U.C.I. Estudio observacional descriptivo prospectivo. Análisis de resultados. Realización de charla-taller, práctica individual

Resultados/Intervenciones

De 70 cuestionarios cumplimentados:

· 84% de los encuestados ha recibido formación reglada sobre higiene de manos en los últimos tres años frente a un 28% que la habían recibido en 2018.
· 98,57% utiliza la solución alcohólica mientras en 2018 sólo un74,5% la usaba.
· Sólo un 24% considera que la fricción con solución alcohólica causa más sequedad en la piel que el lavado con agua y jabón frente al 51% de 2018.
· La solución alcohólica se utiliza más y mejor que en 2018.

Conclusiones

Tras el análisis de los cuestionarios se evidencia la efectividad de impartir formación periódica sobre el lavado de manos en nuestra unidad. Los principales aspectos a reforzar serían el uso de la solución alcohólica, momentos y duración de la aplicación y el desmentido de mitos sobre su uso.

Palabras clave

Higiene de manos • Seguridad del paciente • Unidad de cuidados intensivos • Formación • Solución alcohólica

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 102

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI). CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Beatriz Bárzana Bárzana; B. Iglesias Fraga; B. Arias Castaño; L. García Fernández
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

Objetivos/Introducción

La VMNI puede definirse como cualquier soporte ventilatorio administrado sin necesidad de intubación endotraqueal. Desde sus inicios, a comienzos de del siglo XX, ha experimentado un importante desarrollo demostrando, de esta forma, ser una terapia clave a la hora de evitar la intubación endotraqueal, así como de sus potenciales complicaciones. Se ha evidenciado tanto la reducción en las tasas de morbimortalidad como de la estancia hospitalaria, siempre favoreciendo la confortabilidad del paciente. Todo esto ha propiciado el gran auge que experimenta esta técnica ventilatoria para el tratamiento tanto de la insuficiencia respiratoria aguda como de la insuficiencia respiratoria crónica.

Metodología/Observación clínica

Para la presente revisión nos hemos centrado en la importancia de la aplicación de cuidados de calidad por parte de los profesionales enfermeros, utilizando para ello las bases de datos Pubmed y Medline (palabras clave: ventilación mecánica no invasiva, VMNI, VNI, cuidados, cuidados de enfermería...). Así como diversos artículos que aparecen en neumosur.net, enfermería 21 y Elsevier.

Resultados/Intervenciones

Como resultado de esta revisión, hemos logrado estandarizar una serie de cuidados de enfermería de los cuales se pueden beneficiar los pacientes subsidiarios de terapia con VMNI. Así como la adquisición de conocimientos específicos para llevar a cabo en el desarrollo de nuestra práctica diaria.

Conclusiones

El papel de enfermería en la aplicación y manejo de la VMNI es de vital importancia ya que de unos cuidados enfermeros de calidad depende el éxito de la técnica y el confort del paciente. Y en el caso de no lograr conseguir éxito con esta terapia, de los cuidados y la monitorización enfermera dependerá el poder llevar a cabo un buen diagnóstico a tiempo para planificar así, la intervención más adecuada para cada paciente en cada caso concreto.

Palabras clave

ventilación mecánica no invasiva • VMNI • VNI • cuidados • cuidados de enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 106

UTILIZACIÓN DE LA ASIMETRÍA Y MATRIZ DE DENSIDAD ESPECTRAL EN EL BIS BILATERAL PARA LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; P. Rubio Serrano[1]; I. Vázquez Rodríguez Barbero[1]; A. Gómez Sobrino[2]; M. Herrera del Campo[1]; A. Puebla Martín[1]; A. Villafranca Casanoves[1]; F. Díaz Fernández[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

El índice biespectral (BIS) es una forma de monitorización de la actividad cerebral que mide de forma continua las ondas cerebrales durante la sedación con el fin de adecuar la administración de fármacos al nivel de profundidad anestésica buscado. El uso de un sensor bilateral permite la detección de las diferencias en los dos hemisferios del cerebro, lo que puede ser útil para aplicaciones de monitorización avanzadas.

Metodología/Observación clínica

El sistema de BIS Bilateral ofrece una capacidad de monitorización más amplia el BIS Quatro, registrando de modo simultáneo cuatro canales de electroencefalografía (2 por hemisferio), el BIS en un hemisferio u otro y unas funciones bilaterales entre las que incluye el indicador de asimetría (un indicador de las diferencias en la actividad hemisférica del EEG) y la matriz de densidad espectral (una representación gráfica de las diferencias de frecuencia del EEG entre los dos hemisferios).

Resultados/Intervenciones

La asimetría (escala 20%-100%) se obtiene del procesamiento del porcentaje de dominios de EEG presente en el hemisferio derecho o izquierdo con respecto al total. Las asimetrías inferiores al 20% no se representan, pero pueden ser identificadas en una pantalla. La asimetría es significativa cuando presenta valores relativos por encima de un 50% en amplitudes, frecuencias o ambas, y se han correlacionado ya con cuadros neuropatológicos. La matriz de densidad espectral para cada hemisferio muestra un espectro de frecuencias que corresponde a un histograma de amplitudes en el dominio de la frecuencia. La transformación realizada permite la visualización de las múltiples frecuencias subyacentes que componen el EEG.

Conclusiones

BIS Bilateral puede usarse para las mismas aplicaciones que Quatro, aunque su potencial es mostrar unos datos adicionales sobre el estado del cerebro y sobre la simetría o asimetría de dicho estado. De esa forma ayuda a diagnosticar complicaciones en pacientes críticos como isquemia cerebral o estatus epiléptico no convulsivo.

Palabras clave

Asimetría • matriz de densidad espectral • bis bilateral • cuidados críticos • paciente grave

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 108

ACTUACIÓN DE ENFERMRIA ANTE EL SELLADO CON VANCOMICINA Y HEPARINA DE CATÉTER SHALDON

María Sheila García Sánchez; V. Pozo García; B. Fernández Gómez; P. Piñas Viñambre; T. Castro Sánchez-Bermejo; C. Moreno Cerrada; SI. Jiménez Luque; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; M. Manso Nevado
UCI Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

EL cateter femoral Shaldon, es el catéter provisional más utilizado en pacientes que precisan terapia de reemplazo renal continua (TRRC), siendo la vena yugular interna y la vena subclavia las siguientes opciones. Una de las complicaciones más frecuentes de estos dispositivos en pacientes críticos, es la bacteriemia no complocada asociada a catéter, producida por estafilococos coagulasa-negativos, enterobacterias y enterococos sensibles a Vancomicina y el riesgo de oclusión. Por ello entre las estrategias para la prevención o el tratamiento de estas complicaciones se encuentra el empleo de sellado con antibióticos y heparina. El sellado antibiótico con vacomicina y heparina consiste en la instilación de una solución de alta concentración en la luz del catéter, para su esterilización, intentando prevenir retirada de catéter y las complicaciones asociadas. Tiene un efecto contra los patógenos más comunes asociados a catéter y la compatibilidad con heparina, da una estabilidad prolongada, un bajo riesgo de toxicidad, una baja aparición de resistencia y un buen coste-efectividad.

Metodología/Observación clínica

Desarrollar un protocolo de enfermería para el correcto sellado de catéter Shaldon con vacomicina y heparina. Revisión bibliográfica disponible así como el consenso dentro del grupo de profesionales.

Resultados/Intervenciones

Elaborar un protocolo junto a un algorítmo de decisión, basado en la evidencia científica, adaptado a las necesidades de cada paciente beneficiario del sellado de catéter Shaldon.

Conclusiones

Aunque la evidencia sobre la eficacia del sellado antibiótico en la prevención o el tratamiento de infecciones asociadas al catéter es limitada, la revisión bibliografia muestra que un protocolo estandarizado del sellado con vacomincina y heparina del catéter Shaldon proporciona una disminución y prevención de complicaciones asociadas a la bacteriemia y aumenta la seguridad del paciente crítico en una UCI polivalente.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 109

UN INTENTO AUTOLÍTICO POCO FRECUENTE EN UCI: INGESTA MASIVA DE COLCHICINA

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; I. Vázquez Rodríguez Barbero[1]; A. Gómez Sobrino[2]; P. Rubio Serrano[1]; A. Puebla Martín[1]; A. Villafranca Casanoves[1]; M. Herrera del Campo[1]; I. Molina Torrecillas[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La colchicina es un alcaloide natural liposoluble derivado de plantas como la Colchicum autumnale. Inhibe la migración de células inflamatorias y la acción de determinadas citoquinas, así como la producción de ácido láctico y el depósito de ácido úrico en los tejidos afectados. Se emplea como medicamento en el tratamiento de la artritis gotosa aguda y recurrente, fiebre mediterránea familiar, esclerodermia y amiloidosis secundaria entre otras enfermedades. Tiene un estrecho margen terapéutico y su intoxicación aguda es poco frecuente, pero de alta morbimortalidad.

Metodología/Observación clínica

Presentamos el caso de un hombre de 76 años (hiperuricémico y alérgico a penicilina) encontrado por su familia somnoliento tras ingerir 158 comprimidos de colchicina 1mg y 23 comprimidos de alopurinol 300mg, según recuento de blíster. Se realiza lavado gástrico y se deriva a SUH donde ingresa sólo con dolor epigástrico. Por deterioro de parámetros analíticos y gasométricos ingresa en UCI para soporte vital.

Resultados/Intervenciones

En UCI precisa de fluidoterapia y soporte vasoactivo con noradrenalina. Los fallos orgánicos secundarios a toxicidad por colchicina que presentó fueron insuficiencia hepática aguda, coagulopatía, insuficiencia renal aguda oligúrica, alteraciones electrolíticas y acidosis metabólica láctica. Además, en su ingreso presentó cardiotoxicidad, toxicidad medular, rabdomiolisis, íleo paralítico e infección urinaria por E. Coli. Con las medidas de soporte y tratamiento mantuvo una evolución clínica favorable y se pasó a planta a cargo de Medicina Interna tras valorarlo Psiquiatría.

Conclusiones

La sobredosificación de colchicina debe considerarse una emergencia. Dosis >0,4mg/kg producen cuadros graves e incluso mortales. El diagnóstico e inicio de tratamiento precoz es fundamental. La evolución clínica se presenta en fases con una rápida progresión el fallo multiorgánico. Se consideran factores de riesgo el desestimar la intoxicación y enlentecer el tratamiento, las interacciones con otros fármacos, ingesta de altas dosis, presentar leucocitosis y la evolución con shock cardiogénico en las primeras horas.

Palabras clave

Efectos colaterales • reacciones adversas relacionados con medicamentos • autolisis • casos clínicos • colchicina • interacciones farmacológicas

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 110

HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN UCI: DE LO OCASIONAL A LO HABITUAL

Verónica Villodres Vidal; I. Salcedo; C. Polanco; PM. Sáenz; J. Rodríguez; P. Garro; R. Yanguas
Fundación Privada Hospital Asil de Granollers

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN:
La vía aérea superior y el tracto respiratorio son responsables del acondicionamiento del gas inhalado. Este proceso es clave para adquirir condiciones óptimas en el gas y evitar daños sobre la estructura y función del epitelio respiratorio. La humidificación activa, a través de un dispositivo externo al paciente, garantiza el acondicionamiento de los gases incluso en tratamientos de corta duración. Ya que es un procedimiento relativamente nuevo en nuestra unidad, es necesario explicar al personal en qué consiste la humidificación activa.

OBJETIVOS:
Principal: Dar a conocer el material/montaje de la humidificación.
Secundarios: Definir ventajas e inconvenientes. Exponer los cuidados del paciente portador de humidificación.

Metodología/Observación clínica

Material necesario: cámara humidificadora, circuito respiratorio (1 ramal en VMNI y 2 en VMI), sonda de temperatura, adaptador de alambre calentador y soporte del humidificador.· Ventajas:o Aplicación universal (adultos y niños).o Amplios intervalos de temperatura y humedad.o Sin contraindicaciones.o No agrega espacio muerto en rama inspiratoria.o No aumenta la resistencia.o Posee alarma.· Inconvenientes:o Costoso si se usa menos de 48 horas.o Poco portátil.o Riesgo de contaminación del circuito.o Posibilidad baja de choque eléctrico.o La presencia de agua en el circuito puede limitar el flujo de aire.o La condensación puede generar cambios de presión en la vía aérea.o Requiere mayor monitorización para su correcto funcionamiento.

Resultados/Intervenciones

Cuidados de enfermería:o Informar al paciente.o Mantener tubuladuras por debajo del nivel del pacienteo Controlar el nivel de agua, Tª<38.6º, evitar condensación en tubuladuras.o Mantener nivel recomendado de agua.o No volcar la condensación hacia la cámara humidificadora.

Conclusiones

Los conocimientos y formación del personal son básicos para mejorar la calidad asistencial al paciente crítico con humidificación activa.El personal conoce las ventajas, inconvenientes y los cuidados en la humidificación activa

Palabras clave

humidificación activa • paciente crítico • cuidados de enfermería • ventilación mecánica

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 111

USO DE UN CHECK LIST DE SEGURIDAD DURANTE EL TRASLADO INTERHOSPITALARIO DEL PACIENTE PORTADOR DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPOREA (ECMO)

Carlos González Muño[1]; R. Condal Sanmartín[1]; B. Violant Gómez[1]; D. Valenzuela Entrena[1]; C. Blasco Solis[2]; JR. Ricart Martín[2]; R. Garrido Massana[1]
1. Sistema d'Emergències Médiques; 2. Hospital Germans Trías i Pujol

Objetivos/Introducción

La complejidad intrínseca del manejo del enfermo portador de ECMO junto con las dificultades inherentes a su movilización y traslado durante largas distancias, suponen un reto profesional para el equipo asistencial de las Unidades de Soporte Vital Avanzado especializadas en el transporte de Paciente Crítico de Alta Complejidad (PCAC). Las numerosas complicaciones potenciales y efectos adversos que suelen conllevar los aumentos del tiempo de traslado se traducen en un incremento de los riesgos que pueden representar una amenaza para la seguridad del paciente y el mantenimiento de la calidad asistencial. Por ello proponemos el uso de un checklist de seguridad, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS)
La finalidad de este trabajo es:
· Evitar practicas clínicas inadecuadas que pongan en riesgo la seguridad del paciente.
· Reducir el número de complicaciones potenciales durante el traslado interhospitalario del paciente portador de ECMO.
· Mejorar la comunicación entre los miembros del equipo asistencial.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en MEDLINE, EMBASE and PsycINFO, sobre la terapia ECMO, traslado interhospitalario de pacientes portadores de ECMO, empleo y resultados de un checklist de seguridad y la percepción del personal asistencial.

Resultados/Intervenciones

El checklist se divide en tres partes correspondientes a cada fase del traslado; recepción del paciente, transporte y transfer, que a su vez comprenden dos grupos de tareas:
· **Recopilación de datos:** Recogeremos la información clínica relevante sobre la condición del paciente y su tratamiento de la manera más clara y entendible posible.
· **Inspección clínica:** Inspección detallada del paciente y del equipo llevada a cabo de manera conjunta por todo el equipo asistencial.

Conclusiones

El empleo de un checklist de seguridad representa una valiosa herramienta para minimizar el riesgo de errores, mejorar la comunicación del equipo y sistematizar el transporte, contribuyendo a un incremento de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 112

ANÁLISIS DE LA NECESIDAD DE UN PLAN DE FORMACIÓN / RECICLAJE PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fernanda Gil Almagro[1]; FJ. Carmona Monge[1]; F. García Hedrera[1]; E. Botillo Pérez[1]; E. Santoyo Jiménez[2]; C. del Hoyo Sánchez[3]; N. Galisteo Romero[1]; B. Barranco García[1]; R. Alameda Varela[1]; M. Martínez Lareo[1]
1. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 2. Hospital Universitario La Paz; 3. Samur - PC

Objetivos/Introducción

Las competencias que abordan en su entorno laboral las enfermeras de Cuidados Intensivos han aumentado con la adquisición de nuevas responsabilidades asociadas al manejo de dispositivos y al cuidado del paciente. Múltiples estudios avalan la necesidad de la especialización de las enfermeras que trabajan en este tipo de unidades

Metodología/Observación clínica

Se elabora un plan de formación para las enfermeras de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, basado en las propias demandas de dichas enfermeras e impartido por ellas. Dicho plan se lleva a cabo durante el año 2019, abordando un tema de forma mensual. El presente proyecto queda incluido dentro del Plan de Formación del Hospital, en coordinación con el Departamento de Formación de Recursos Humanos y la Supervisora de Formación. A la finalización del proceso de formación, se realiza una encuesta para el personal de Enfermería, con la finalidad de evaluar el proyecto y concretar futuras necesidades. Durante la pandemia Covid -19, se incorpora en planilla nuevo personal con baja experiencia en unidades intensivas, haciendo un claro manifiesto de la necesidad de formación específica en este tipo de unidades

Resultados/Intervenciones

Los entrevistados reconocen como indispensable la aplicación de planes de reciclaje y formación para el equipo multidisciplinar de las unidades de Cuidados Intensivos, además de constatar que repetirían la formación anualmente. Los temas que consideran como esenciales son: Monitorización Hemodinámica Invasiva, Terapias Continuas de Depuración Renal, Ventilación Mecánica y Cuidados de úlceras. Reconocen que estar en formación continua mejora la calidad de asistencia.

Conclusiones

Tras la evaluación de la formación realizada, se manifiesta como necesario e imprescindible que exista un plan de reciclaje continuo para el equipo de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos. Este plan mantiene a la enfermera en constante aprendizaje y renovación, permitiendo una mejora en su calidad asistencial y en la seguridad del paciente.

Palabras clave

Seguridad • Formación • Reciclaje • Cuidados intensivos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 113

RELEVANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CRÍTICOS

Ángela Suárez Pérez[1]; MI. Muñoz Díez[2]; SA. Juarros Martínez[2]; C.Paramo Martínez[3]; E. Arranz Garmilla[4]
1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Hospital Clinico Universitario de Valladolid; 3. Junta Castilla y León; Centro de Salud Camargo Costa. Servicio Cántabro de Salud

Objetivos/Introducción

La fisioterapia adquiere más importancia en el tratamiento y cuidado de los pacientes de UCI. Nuestro objetivo ha sido analizar la influencia en la estancia media y la mortalidad de pacientes críticos, ingresados en una UCI, en función del tratamiento de fisioterapia recibido.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Marques de Valdecilla desde mayo del 2016 hasta mayo del 2019. Variables estudiadas: género, edad, proceso clínico (PC), tratamiento de fisioterapia, estancia media y exitus. Análisis estadístico: comparación de medias y frecuencias (T-Student, Chi-cuadrado). Significación estadística $p<0,05$. SPSS 20.0.

Resultados/Intervenciones

Analizados 1328 pacientes con una edad media de 59.6 años (DS 16), 64.6 % varones. Los PC más frecuentes han sido el trasplante pulmonar (10.8%), la insuficiencia respiratoria aguda (9.9%), sepsis (8.5%), neumonía (7.8%) y politraumatizados (6.4%). De los pacientes susceptibles de iniciar fisioterapia, recibieron tratamiento rehabilitador un 98.6% (fisioterapia respiratoria 52.6%, motora 4.2% y ambas 41.7%). La estancia media en UCI fue de 12.4 días (DS 16.6). La estancia media en función del tratamiento rehabilitador recibido se describe en la tabla 1. Falleció un 8.4% de pacientes: los PC más frecuentes traumatismos óseos (66,7%), neoplasia hematológica (33,3%) e infección respiratoria (25%). La mortalidad en función del tratamiento rehabilitador recibido se describe en la tabla 2

Conclusiones

La patología respiratoria es, según nuestra experiencia, la más prevalente. Cada vez adquiere más importancia el papel del fisioterapeuta en nuestras unidades de críticos. Hemos encontrado correlación entre la aplicación de fisioterapia respiratoria y una menor estancia media. Aquellos pacientes que no recibieron ningún tratamiento fisioterápico presentaron mayor porcentaje de mortalidad, siendo nuevamente la fisioterapia respiratoria la que ha reportado menores cifras de mortalidad. La fisioterapia es un componente fundamental del tratamiento de los pacientes críticos de UCI, con mejores resultados cuando se trata de fisioterapia respiratoria.

Palabras clave

fisioterapia respiratoria • UCI • movilización precoz

sigue –>

Tabla 1. Estancia UCI (días)		Media (DS)	Min	Máx	p
Fisioterapia respiratoria	SI	6.9 (7.5)	11.78	0.84	0.000
	NO	18.6 (20.6)			
Fisioterapia motora	SI	12.6 (11.7)	-4.58	4.15	0.923
	NO	12.4 (16.5)			
Fisioterapia respiratoria y motora	SI	19.6 (21.4)	-13.87	-10.56	0.000
	NO	7.3 (8.1)			

Tabla 2. Mortalidad y tratamiento rehabilitador recibido	Exitus No	Exitus Si	p
Ningún tratamiento rehabilitador	15,80%	84,20%	0.000
Fisioterapia respiratoria	95,40%	4,60%	
Rehabilitación motora	92,90%	7,10%	
Fisioterapia respiratoria y rehabilitación motora	89,40%	10,60%	

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 118

EFICACIA DE LA PUNCIÓN ECOGUIADA EN UN PACIENTE DE ELEVADA DIFICULTAD EN ACCESO VENOSO

Cristina Casas Cánovas[1]; N. Martínez Martínez-Corbalán[1]; J. Rodríguez Mondéjar[2]; CM. Alonso Villa[3]; P. Carrascal Rosique[1]; N. Sabater Sánchez[1]; R. Navarro Lozano[1]; V. Martínez López[1]; P. Lacarcel García[1]; R. Lorca Marcos[1]
1. Hospital Universitario Reina Sofía; 2. 061 SMS; 3. UCI Hospital Quiron Murcia

Objetivos/Introducción

La cateterización venosa periférica es una de las técnicas de enfermería fundamentales en la atención de pacientes críticos. Su inserción tradicionalmente se lleva a cabo mediante técnica ciega, aunque cada vez es más frecuente el uso equipos de ecografía a pie de cama debido a la complejidad que presentan los pacientes de UCI. Revisar la bibliografía existente para encontrar los pros y los contras de la canalización venosa por ultrasonidos en pacientes críticos.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión de la literatura científica en las principales plataformas bibliográficas y bases de datos biomédicas como PubMed, SciELO y Lilacs. Las búsquedas se llevaron a cabo durante los meses de diciembre y enero de 2019-2020. Las palabras claves que se usaron son: catéter central venoso, ultrasonografía/ecografía, acceso vascular, complicaciones. Se seleccionaron aquellas publicaciones que cumplían los criterios de inclusión siguientes: revisiones sistemáticas posteriores a 2010, idioma español e inglés, pacientes adultos y en unidades de cuidados intensivos, práctica clínica guiada con ultrasonido. En PubMed obtuvimos un total de 48 publicaciones de las que tan solo 9 cumplían con los criterios de inclusión. En SciELO la búsqueda arrojo un total de 12 publicaciones, pero no cumplían los criterios establecidos. Y en Lilacs de 6 resultados, seleccionamos 1 publicación.

Resultados/Intervenciones

La guía de ultrasonido reduce el riesgo de un intento fallido de canulación de vena periférica y mejora la tasa de éxito. La técnica guiada por ultrasonido redujo el número de pinchazos y el tiempo necesario para lograr acceso intravenoso así como el riesgo de sufrir tromboflebitis, y aumentó el nivel de satisfacción del paciente aunque no resultó en menos complicaciones.

Conclusiones

Los estudios revisados demuestran superioridad estadísticamente significativa con el uso del ultrasonido.

Palabras clave

cateter central venoso • ecografía • acceso vascular • complicaciones

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 120

GUÍA RÁPIDA DE ACTUACIÓN ANTE UNA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN EL PACIENTE CRÍTICO ADULTO

María Robles González[1]; MD. Rodríguez Huerta[1]; M. Martín Rodríguez[2]
1. Hospital Universitario de La Princesa; 2. Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

El riesgo de complicaciones potenciales asociadas a la intubación endotraqueal (IET) aumenta al encontrar una vía aérea difícil (VAD) (aquella en la que "un operador entrenado experimenta dificultad para la ventilación con mascarilla facial, dificultad para la intubación orotraqueal o ambas") (1), lo que, unido a las alteraciones que puede presentar el paciente crítico como bajas capacidad residual y tolerancia a la hipoxemia, fatiga muscular o disfunción orgánica, incrementa aún más dicho riesgo y por tanto la morbimortalidad. El conocimiento del algoritmo de actuación y la anticipación por todos los intervinientes en el proceso de IET son cruciales, dado que la actuación sistematizada reduce la morbimortalidad previniendo la aparición de efectos adversos. Nuestro objetivo es elaborar una infografía para dar a conocer el protocolo de actuación ante una VAD que sirva de guía rápida de intervención para los profesionales de la unidad de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Revisión sobre la evidencia de VAD a partir de distintas guías y recomendaciones publicadas entre 2010 y 2019 (1-3) recuperadas en las bases de datos Pubmed, Google Scholar y Embase con las palabras clave "difficult airway", "endotracheal intubation ICU" y "airway guidelines".

Resultados/Intervenciones

Se establece el siguiente algoritmo de actuación secuencial durante el procedimiento de IET ante el hallazgo de una VAD en el paciente crítico:

1. Evaluación VAD. Indicadores de dificultad.
2. Preoxigenación: aplicación de FiO2 de 1.
3. Plan A: intubación mediante laringoscopia directa / videolaringoscopio/ dispositivos transglóticos.
4. Plan B: mascarilla laríngea, (3ª generación preferiblemente).
5. Plan C: ventilación con mascarilla facial para dar tiempo al uso de otros métodos como la intubación con fibrobroncoscopia.
6. Plan D: cricotiroidotomía.

Conclusiones

Se elabora una guía rápida visual de actuación en IET ante el hallazgo de una VAD basada en las recomendaciones de las últimas guías y actualizaciones de los algoritmos de diferentes sociedades médicas y grupos de trabajo sobre VAD.

Palabras clave

difficult airway • endotracheal intubation ICU • airway guidelines

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 122

ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIOLABORALES, SINTOMATOLOGÍA COVID-19, PREOCUPACIONES Y NIVELES DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Francisco Javier Carmona Monge[1]; F. Gil Almagro[1]; FJ. García Hedrera[1]; C. Peñacoba Puente[2]; P. Catalá Mesón[2]; L. Velasco Furlong[1]; R. Domínguez Rincón[1]; MP. Miguel Barragán[1]; JC. Sánchez García[1]
1. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 2. Universidad Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

Las unidades de cuidados intensivos se han visto sobrecargadas durante esta pandemia con un elevado volumen de pacientes de alta complejidad. El objetivo del presente trabajo es describir y comparar las diferencias entre regiones de España en relación con las condiciones laborales que han podido jugar un papel como estresores durante la pandemia, los síntomas de COVID-19 experimentados por los trabajadores sanitarios, las preocupaciones sobre su contagio y los síntomas de ansiedad generalizada.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal mediante encuesta online (mayo-junio 2020). La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia entre profesionales del sistema sanitario que hayan estado en contacto con pacientes COVID -19. Se seleccionaron profesionales de enfermería y medicina que trabajaron en unidades de cuidados intensivos y reanimación durante los meses de pandemia. Se analizaron variables laborales, síntomas físicos, preocupaciones sobre el contagio y ansiedad mediante el cuestionario GAD-7.

Resultados/Intervenciones

La muestra fue de 461 encuestas, 86,9% profesionales de enfermería, y 84,8% mujeres. La carga de trabajo durante la pandemia en Madrid fue valorada como más elevada al compararla con otras regiones (p <,01). La disponibilidad de equipos de protección individual fue valorada como más alta en Cataluña. El síntoma más frecuente fue el dolor de cabeza (78,1%). Los menos frecuentes aquellos más específicos de COVID-19. La preocupación por la infección propia y por la posibilidad de infectar a otros mostraron puntuaciones muy elevadas. Las puntuaciones en la escala de ansiedad generalizada fueron muy altas (11,02; rango 0-21), 60% de los profesionales presentaban trastorno por ansiedad generalizada en el momento de la evaluación.

Conclusiones

El presente estudio encontró niveles elevados de ansiedad entre los profesionales que han estado atendiendo de manera directa a pacientes con COVID-19 lo que puede producir alteraciones psicológicas a largo plazo que aún se deberán evaluar en el futuro.

Palabras clave

severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 • COVID-19 • ansiedad • equipos de protección individual

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 124

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA COVID 19: UNA HERRAMIENTA PARA FACILITAR LA INCORPORACIÓN DE PERSONAL NOVEL EN UCI

Lidia Torres Valverde; E. de la Vera Arias; S. Botica Moros; I. Blanco Novoa; JP. Soriano Rodríguez; M. Martín Calzada; LF. Carrasco Rodríguez Rey
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Las listas de verificación son un instrumento útil para mejorar la seguridad de pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI). El objetivo es desarrollar una herramienta que sirva como guía en los cuidados básicos de enfermería para el personal sin experiencia en pacientes críticos.

Metodología/Observación clínica

Desarrollamos la herramienta a partir de una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Embase, Cochrane, Cuiden, introduciendo en el motor de búsqueda: lista de verificación, cuidados de enfermería, cuidados intensivos, Covid 19, ventilación mecánica, decúbito prono, flexi seal, terapia de depuración extracorpórea, membrana de oxigenación extracorpórea; así como, revisión de protocolos de nuestra unidad.

Resultados/Intervenciones

El personal habitual en la plantilla de nuestra UCI consta de 59 presencias de enfermería, que durante el desarrollo de la pandemia, se ha incrementado, de forma ocasional, con un refuerzo de 5 enfermeras. Ha habido un turnover del personal, con un 43.7 % (28/64) de enfermeras con menos de un año de experiencia en UCI. Las listas de verificación de cuidados de enfermería desarrolladas, incluyen aspectos relacionados con los cuidados habituales del paciente crítico. Establecimos un total de 6 listas de verificación, con los siguientes aspectos: cuidados de enfermería generales, de pacientes con tubo orotraqueal o traqueotomizados, de paciente en decúbito prono, de pacientes con terapia de reemplazo renal, de paciente con oxigenador de membrana extracorpórea veno-venoso, de pacientes portador de sonda rectal tipo flexi seal.

Conclusiones

El empleo de las distintas listas de verificación de cuidados en UCI pueden ser una herramienta útil para la formación de personal sin experiencia en el manejo del paciente crítico. Esta guía pretende establecer una serie de pautas en los cuidados de enfermería que sea ágil y fácil de implementar, sirviendo de apoyo para el personal y favoreciendo la política de seguridad del paciente.

Palabras clave

Lista de verificación • Cuidados de enfermería • Cuidados intensivos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 131

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA FORMACIÓN CONTINUADA REALIZADA POR ENFERMERAS DE CRÍTICOS EN EL PERIODO 2015-2019

Aroa Silva Beguer; J. Rosselló Sancho; V. Sánchez Gracía; Galve Martínez; J. Modrego Capitan; C. Díez Rubio; I. Fernández Campos; M. Moreno Jiménez; T. Pérez
Hospital Clínico de Barcelona

Objetivos/Introducción

Las enfermeras de críticos desarrollan su actividad en un entorno en constante cambio, incorporando continuamente nuevos conocimientos a su práctica asistencial. La formación continuada (FC), por tanto, es esencial y es la vía más adecuada para mantener la competencia profesional enfermera. Este estudio pretende conocer cómo ha sido la evolución de la formación continuada realizada en el periodo 2015-2019 de las enfermeras de la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR) del Hospital Clínic de Barcelona.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo de la FC realizada por las enfermeras de la UVIR en el periodo 2015-2019. Las variables estudiadas son: número de cursos por año, número de enfermeras formadas por año, número de curso por turno y número de cursos por año relacionados con críticos.

Resultados/Intervenciones

Se recoge la FC de 26 enfermeras, donde en el 2015 se realizaron 5 cursos y se formaron 4 enfermeras, mientras que en el 2019 se realizaron 49 cursos (un 880% más) y se formaron 21 enfermeras (un 425% más). En cuanto a su relación o no con los cuidados críticos, en el 2015 fueron 5 cursos (todos relacionados con críticos) mientras que en el 2019 fueron 49 cursos, 33 con relación y 16 cursos sin relación con críticos.

Conclusiones

La evolución en la formación continuada de las enfermeras de la UVIR desde el 2015 es espectacular, tanto en la que se refiere específicamente a cuidados críticos como a otras formaciones. Destaca ligeramente el turno de tarde sobre la mañana y la noche. Una limitación que tiene el estudio es que sólo está reflejada aquella formación realizada durante la jornada laboral.

sigue –>

Cursos por año y relación con UCI
Nº CURSOS
35
30
25
20
15
10
5
0
2015
2016
2017
2018
2019
AÑO
Relacionados UCI
No relacionados UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 132

SUPERVIVENCIA Y PRONOSTICO NEUROLÓGICO DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS INTRAHOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

María Isabel Velasco Gonzalo; Y. Antuña Crespo; MI. Carreño; AB. Calvo; M. Nieto
HUSA

Objetivos/Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la emergencia con mayor riesgo vital que puede sufrir un paciente. Puede llegar a afectar hasta un 2% de los pacientes hospitalizados. La existencia de un plan de reanimación cardiopulmonar (RCP) dirigido a optimizar la cadena de supervivencia es la mejor forma de disminuir su alta morbimortalidad. Nuestro objetivo es analizar las salidas del equipo de reanimación y el pronóstico y características de los pacientes reanimados tras una PCR en plantas de hospitalización.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo de las salidas del equipo de reanimación de la UCI en el periodo junio 2018-diciembre 2019. Fuente de datos: registro propio que recoge todas las salidas del equipo de RCP. Quedan excluidas las PCR de UCI, Urgencias, Quirófano y Pediatría. Se estudiaron variables demográficas, falsas alarmas, resultado inicial, origen coronario, supervivencia y estado neurológico a los 6 meses mediante la Glasgow Outcome Scale (GOS).

Resultados/Intervenciones

Hubo 50 activaciones del equipo de RCP. En 20 (40%) no eran PCR, aunque 12 (60%) precisaron ingreso en UCI. 30 fueron PCR reales (60%). El 66,7% varones, edad media 74,7±11,7 años. 17 tuvieron origen coronario.11 pacientes (36,7%) fallecieron durante la RCP. De los 19 que sobrevivieron (63,3% del total de PCR), 6 fallecieron en la UCI y 2 en planta. 11 pacientes (36,7% de las PCR) fueron alta hospitalaria. 2 fallecieron en otro centro. 2 no han trascurrido 6 meses. 7 pacientes con una supervivencia 1 a 6 meses con una puntuación GOS de 5 en 5 pacientes 5, 3 en 2 y 1 en otro paciente.

Conclusiones

La supervivencia a la PCR es similar a la encontrada en otros estudios. Las falsas alarmas permitieron el ingreso de pacientes con riesgo vital antes de que se produjera la PCR. La situación funcional a los 6 meses es mayoritariamente buena (71,4% de los supervivientes GOS de 5).

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 141

ROL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE SOMETIDO A ECMO

Esmeralda Gutiérrez Ruiz
Hospital Infanta Cristina

Objetivos/Introducción

La Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) es una terapia usada como soporte vital cardíaco y respiratorio en patologías potencialmente reversibles o en patologías donde el tratamiento es inefectivo. Los cuidados de los pacientes en ECMO son uno de los objetivos principales por parte del equipo de enfermería para asegurar la estabilidad hemodinámica y prevenir las posibles complicaciones en estos pacientes. El objetivo principal de esta revision es comparar los cuidados de enfermería recomendados en el paciente adulto sometido a la ECMO, en las distintas guías y protocolos ya existentes.

Metodología/Observación clínica

Esta revisión bibliográfica a seguido una estrategia de búsqueda a traves de bases de datos especializadas en salud: Pubmed, Cochrane Library, Scielo y Google Académico. Se utilizaron una serie de palabras clave para la estrategia de búsqueda junto a unos criterios de inclusión y exclusión. Tras una lectura critica, se seleccionaron 3 artículos, los cuales se usaron para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

Resultados/Intervenciones

Podemos dividir los cuidados del personal de enfermería en el manejo del paciente en ECMO en dos fases:Fase preoperatoria: Actividades para la preparación del paciente y su habitación Fase asistencial: Cuidados de enfermería durante la asistencia de ECMOActualmente, la ECMO es una de las herramientas mas importantes en la UCI en cuanto a soporte vital del paciente critico, y tener unas nociones básicas del rol de enfermería en la terapia de Oxigenación por Membrana Extracorpórea es esencial para el éxito de la terapia.

Conclusiones

La aplicación de los cuidados al paciente en ECMO es esencial por parte del personal de la terapia y para ello es necesario que estos dispongan de los conocimientos y de la formación especifica para el manejo de estos pacientesLa estandarización en los cuidados y pautas para el manejo de estos pacientes ayuda a garantizar su seguridad y la de los propios profesionales

Palabras clave

ECMO • cuidados de enfermería en pacientes con ECMO • adulto • Oxigenación por membrana extracorpórea • paciente crítico

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 149

MANEJO Y CUIDADO DEL PACIENTE CON TRASPLANTE CARDÍACO Y ÓXIDO NÍTRICO

Javier Sáez Sánchez[1]; M. Baeza Mirete[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; RB. Fernández Ariza[2]; A. Expósito Barroso[3]; J. Inocencio Sánchez[4]; B. Alloza Vicente[1]; JM. Jiménez García[5]; L. Martínez Alarcón[1]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 4. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 5. Hospital Aldimesa

Objetivos/Introducción

La realización del trasplante cardiaco (TC) se ha convertido en el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia cardiaca grave sin posibilidad de ser controlada empleando otras alternativas médicas o quirúrgicas establecidas. Es relativamente reciente la primera implantación en 1967, y es en los años 80 cuando dicha técnica es mejorada con los inmunosupresores como la ciclosporina, los cuales disminuyen la morbimortalidad relacionada con el rechazo y que la disminución de la resistencia a combatir las infecciones. Es fundamental la realización un plan de cuidados de enfermería que responda a la necesidad de dichos pacientes.

Metodología/Observación clínica

En las unidades de cuidados intensivos que realizan dichos trasplantes, deben realizar protocolos de cuidados de enfermería que faciliten el trabajo de dichos profesionales y unifiquen los criterios a seguir, con la finalidad de solventar problemas y evitar aparición de complicaciones. La molécula de oxido nítrico (NO) es el vasodilatador endógeno por excelencia que acompaña a todos los pacientes que en nuestra se someten a dicho trasplante.

Resultados/Intervenciones

Ha sido fundamental para tratar adecuadamente a dichos pacientes, contar con videos y protocolos de manejo de dispositivos de NO y planes de cuidados adecuados a las necesidades de estos pacientes. Enfermería empleará la valoración de las 14 necesidades de V.Henderson, y para la enumeración de problemas, objetivos y actividades se utilizará la taxonómica NANDA, NOC y NIC.

Conclusiones

Es fundamental manejar protocolos de actuación para disminuir los problemas y evitar las posibles complicaciones en este tipo de pacientes y en la utilización de dispositivos de aporte de NO. El utilizar valoraciones y taxonomía universales, facilita al equipo multidisplinar la unificación de criterios y la comparativa con otros profesionales.

Palabras clave

Cardiaco • Nítrico • Óxido • Nanda

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 150

TRASPLANTE PANCREORENAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UCI

Javier Sáez Sánchez[1]; M. Baeza Mirete[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; RB. Fernández Ariza[2]; A. Expósito Barroso[3]; JM. Jiménez García[4]; B. Alloza Vicente[1]; C. Jiménez García[5]; L. Martínez Alarcón[1]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 4. Hospital Aldimesa; 5. Hospital La Vega

Objetivos/Introducción

La mejor opción terapéutica para un paciente diabético en diálisis, pasa por la implantación de páncreas y riñón a dicho paciente, pero la fase postquirúrgica y la propia intervención quirúrgica pueden verse afectadas por múltiples complicaciones. Es un objetivo principal para la enfermería de uci proporcionar cuidados de calidad a este tipo de pacientes, con los cuales podamos reducir complicaciones y minimizar los problemas.

Metodología/Observación clínica

Aplicaremos el proceso enfermero, el cual requiere del manejo de conocimiento, habilidades y actitudes, apoyándonos en la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Se establecerán protocolos que faciliten la práctica clínica a los profesionales y les ayude a detectar posibles complicaciones que se puedan presentar en dichos pacientes.

Resultados/Intervenciones

Se realizará la valoración de enfermería, según el modelo de necesidades V. Henderson, aplicando los diagnósticos de enfermería, criterios de resultados e intervenciones. Aplicando dichos protocolos intentamos facilitar y disminuir las posibles complicaciones en este tipo de trasplantes.

Conclusiones

El papel de enfermería es fundamental en la realización de la valoración de dichos pacientes, ya que nos apoyamos en un plan de cuidados personalizado que da respuesta a cada tipo de paciente y nuestra herramienta es un lenguaje estandarizado, garantizo unos cuidados de calidad, con continuidad y objetivos comunes para todo el equipo, los cuales también podrán ser evaluados.

Palabras clave

Páncreas • Riñón • Cuidados • Nanda • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 152

IMPORTANCIA DE LA MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

Francisco Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; M. Baeza Mirete[1]; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; N. Molina Sánchez[4]; S. Sánchez Cámara[1]; B. Alloza Vicente[1]; C. Jiménez García[5]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor; 5. Hospital La Vega

Objetivos/Introducción

El trasplante Hepático (TH) es el principal tipo de trasplante que se realiza a nivel mundial, nuestra unidad se encuentra a la cabeza en esta donación. Cabe destacar que el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) en los años 2015, 2016, 2017, 2019 fue el centro con más donantes del país, y que España lidera como país de referencia para el trasplante de órganos. Existen evidencias que relacionan el aumento de la presión intraabdominal (PIA) derive en un factor del fracaso del injerto, apoyándose en dichas evidencias en la fisiopatología de la hipertensión abdominal, relacionándolas directamente con la isquemia del órgano trasplantado. Es fundamental que enfermería maneje adecuadamente los dispositivos que miden la PIA y conozcan los parámetros de normalidad y alerta de dichos valores.

Metodología/Observación clínica

Valoramos la necesidad de que enfermería de Unidad de Cuidados críticos, conozca y maneje apropiadamente los dispositivos para la PIA, y sepa responder adecuadamente ante situaciones que puedan inducir a una a alarma en dicha monitorización.

Resultados/Intervenciones

En nuestra unidad de manera protocolaria se monitoriza en todos los pacientes con TOH la PIA, realizando una medición cada 8 horas y conociendo por parte del personal la posición a adecuada para realizar dicha medición y los valores óptimos que no indican mal pronóstico del paciente. La medición de dicha precisión la realizamos a través de la sonda vesical.

Conclusiones

La evidencia científica avala como fundamental la monitorización de la PIA y nuestra unidad ratifica dicha necesidad y se establece como un protocolo de obligado cumplimiento la medición de dicha presión en todos los pacientes TH.El personal de enfermería requiere del manejo y formación necesario para realizar adecuadamente esta técnica.

Palabras clave

Trasplante • Higado • Presión intraabdominal

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 153

LA CASCARA SAGRADA: GRAVEDAD DE UNA SUSTANCIA INOCUA

Javier Sáez Sánchez[1]; M. Baeza Mirete[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; RB. Fernández Ariza[2]; A. Expósito Barroso[3]; B. Alloza Vicente[1]; J. Inocencio Sánchez[4]; JM. Jiménez García[5]; L. Martínez Alarcón[1]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 4. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 5. Hospital Aldimesa

Objetivos/Introducción

La cascara sagrada es un compuesto a base plantas utilizado como tratamiento de corta duración del estreñimiento ocasional, conocida científicamente como corteza de Rhamnus purshianus. El nombre se deriva de los colonizadores de América, ya que hicieron creer que de este árbol procedió la manera para la construcción del Arca de Noé.

Metodología/Observación clínica

Varón de 77 años que es derivado a nuestro servicio por posible sospecha de fallo hepático de causa tóxica (cascara sagra). A su llegada se encuentra estable hemodinamicamente pero signos claros de taquicardia, satuaciones entorno a 90 % de O2 con mascarilla resrvorio y glasgow de 8.El paciente comienza con deterioro neurólogico y respiratorio, precisando de intubación endotraqueal y el inicio de drogas vasoactivas para mantener sus constantes vitales.

Resultados/Intervenciones

Durante las primeras horas el paciente precisa de enemas rectales y cuidados básicos para el mantenimiento de sus funciones vitales. El paciente no evoluciona favorablemente, entrando en fallo renal, que precisa de terapia continua de hemodiafiltración.Tras 3 días de ingreso, el paciente evoluciona a fallo multiorgánico y parada cardiorespiratoria.

Conclusiones

Es fundamental que enfermería siga ejerciendo su papel de educación sanitaria a nivel social para que se evite el mal uso de sustancias inocuas en su origen, pero perjudiciales si se realiza un mal consumo o un abuso.Enfermería debe estar entrenada en la detección de los signos y síntomas que puedan conducir a una situación crítica de este tipo de patologías.

Palabras clave

Cascara Sagrada • Inocua • Plantas • Rhammus Purshiamus

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 154

ENFERMERÍA DE UCI Y COORDINACIÓN DE TRASPLANTES. TRABAJO EN EQUIPO

Francisco Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; M. Baeza Mirete[1]; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; B. Alloza Vicente[1]; S. Sánchez Cámara[1]; N. Molina Sánchez[4]; C. Jiménez García[5]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor; 5. Hospital La Vega

Objetivos/Introducción

El Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) es de referencia para la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) por su implicación y buenos resultados en el número de donantes, al igual que la implantación de número de órganos. Es fundamental para que estos resultados y el manejo de dichos pacientes sigua conduciéndonos al éxito, establecer una relación estrecha de comunicación y conocimientos entre el equipo de coordinación y equipo sanitario.El equipo de coordinación de dicho hospital cuenta con un coordinador médico y 4 coordinadores de enfermería, dos a tiempo completo y dos a tiempo parcial.

Metodología/Observación clínica

La comunicación es la herramienta fundamental que guía la actuación con el posible donante y receptor, acompañada de la formación necesaria en dichos procesos. Existe una relación conjunta entre ambos equipos que da respuesta a todas las necesidades que se plantean para abordar este tipo de pacientes.

Resultados/Intervenciones

Los buenos resultados a nivel de donantes y receptores en nuestro hospital están directamente relacionados con el trabajo en equipo desarrollado. Ha sido fundamental la formación y comunicación que el equipo de coordinación ha ido ejerciendo en nuestra unidad para mejorar nuestra actuación y saber aportar unos cuidados de calidad este tipo de situaciones.

Conclusiones

Acoger a la familia y a este tipo de pacientes, sólo es posible mediante un trabajo organizado y en equipo, lo cual ayuda a dar respuesta a todas las posibles preguntas que se nos planteen y solucionar cualquier complicación.Enfermería precisa de seguir formándose en toda esta temática para poder dar la mejor repuesta y un cuidado de calidad en donación y recepción de dichos órganos.

Palabras clave

Trasplantes • Equipo • Comunicación • Multidiciplinar

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 155

UN AÑO TRABAJANDO PARA REFORZAR LA HUMANIZANDO EN NUESTRA UCI

Javier Sáez Sánchez[1]; M. Baeza Mirete[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; L. Juguera Rodríguez[1]; RB. Fernández Ariza[2]; A. Expósito Barroso[3]; B. Alloza Vicente[1]; ML. Alcaraz Escribano[1]; L. Martínez Alarcón[1]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Hospital Universitario Clínico San Cecilio

Objetivos/Introducción

En febrero del año 2017 llega a nuestra Unidad el proyecto H-UCI de la mano de Gabriel Heras. Desde entonces reforzamos la idea de dar una gran importancia a la totalidad de la persona y sus circunstancias, ya que en las unidades de cuidados intensivos en las cuales el enfermo está sometido a multitud de técnicas, pudiera parecer que descuidamos el ser humano que tenemos "entre nuestras manos". El objetivo que se persigue es seguir tomando conciencia que todas las parcelas del ser humano son fundamentales para la sanación completa de nuestros enfermos.

Metodología/Observación clínica

A lo largo de este tiempo hemos querido trabajar y profundizar sobre algunos temas que consideramos fundamentales:
· Sensibilización, conocimiento y fomento del proyecto Humanización.
· Participación en estudio multicéntrico, sobre satisfacción de pacientes y familiares.
· Información a familiares a través de cartelería.
· Mejora de la sala de información médica.
· Salita de estancia para familiares.
· Horario prolongado para familiares.
· Musicoterapia.
· Colaboración de profesional de Psicología.
· Protocolo de analgosedación para UCI.
· Dietas: posibilidad de elección de menú.
· Adecuación del régimen terapéutico al final de la vida.

Resultados/Intervenciones

Objetivamos que tanto el paciente como los familiares muestran su satisfacción con el trato recibido, pues han aumentado los agradecimientos por escrito en la unidad (47). Mejora de la comunicación entre el equipo multidisciplinar, realizando el relevo conjunto. Todos los profesionales manifiestan su satisfacción con los avances conseguidos.

Conclusiones

Que nuestra unidad se una a un proyecto de humanización ha sido muy enriquecedor tanto para el paciente como para los trabajadores, haciéndonos tomar conciencia de la importancia que tienen todas las líneas de este proyecto para alcanzar la excelencia en los cuidados. Enfermería tiene que seguir trabajando para reforzar un cuidado humano, que ha sido y es patrimonio de nuestra disciplina.

Palabras clave

Humanización • Familia • Ayuda • Unidad

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 156

IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CONOCIMIENTO SOCIOFAMILIAR DEL PACIENTE EN LA ADECUACIÓN DEL SOPORTE VITAL

Francisco Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; M. Baeza Mirete[1]; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; B. Alloza Vicente[1]; S. Sánchez Cámara[1]; N. Molina Sánchez[3]; MA. Martín Granados[4]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor; 4. Hospital Universitario Clínico San Cecilio

Objetivos/Introducción

La adecuación del régimen terapéutico (ART) o anteriormente conocido limitación de terapia de soporte vital (LTSV) persigue la unificación de una decisión clínica optima y apropiada para el enfermo, decidida por todo el equipo multidisplinar y reconocida por la familia como la opción necesaria de calidad e integral de su ser querido. Enfermería establece una relación estrecha y cercana con los familiares y dichos pacientes, es fundamental que se tenga en cuenta para las aportaciones que se puedan derivar y que nos conducirán a disminuir el grado de preocupación de dicho acontecimiento para la familia.

Metodología/Observación clínica

Es necesario establecer protocolos que faciliten la comunicación de todo el equipo multidisciplinar cuando nos encontramos ante pacientes en los que el tratamiento es futil.La aportación que enfermería tiene ante la adecuación del régimen terapéutico es fundamental para eliminar el encarnizamiento y ofrecer unos cuidados de calidad.

Resultados/Intervenciones

Enfermería utilizará su trabajo cotidiano como la mejor herramienta para acercarse a las necesidades del paciente y la familia, conociendo en todo momento que dudas y preguntas les suscita el momento vital.Nos guiaremos de la valoración enfermera que establece V.Herdenson y utilizaremos la taxonomía NANDA, NOC y NIC, para que nuestros cuidaos estén unificados.

Conclusiones

Es fundamental que nuestro trabajo este amparado por una valoración enfermera unificada y que de respuesta veraz y válida a este tipo de situaciones.La comunicación entre el equipo multidisplinar y la decisión de adecuar el régimen terapéutico no puede tomarse sin tener en cuenta la voz de la enfermería, pues estará sesgada de una aportación fundamental de las necesidades de estos pacientes y sus familiares

Palabras clave

Adecuación terapéutica • Familia • Calidad • Comunicación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 157

CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL PROGRAMA SINAP RELACIONADO CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ERRÓNEA

Manuel Baeza Mirete[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; B. Alloza Vicente[1]; E. Martínez Abril[1]; A. Expósito Barroso[2]; JM. Jiménez García[3]; C. Jiménez García[4]; RB. Fernández Ariza[5]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital Aldimesa; 4. Hospital La Vega; 5. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos/Introducción

En la UCI del HCUVA se usa el sistema de notificación de incidentes y eventos desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social conocido como SINASP El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron.

OBJETIVOS:

· Describir el grado de conocimiento de las enfermeras y auxiliares del sistema de notificaciones SINASP.
· Conocer si se han observado errores en la administración de medicación.
· Describir las notificaciones y a quien se notificó.

Metodología/Observación clínica

Mediante una encuesta de elaboración propia y difundida entre los profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares) del servicio de Medicina Intensiva del Hospital CUVA durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2019, se elaboró un estudio descriptivo sobre los conocimientos de estos profesionales sobre el sistema de notificación.

Resultados/Intervenciones

Se contestaron un total de 87 encuestas (26 aux. y 61 enf.). El sistema de comunicación es conocido por las enfermeras en su totalidad, mientras que en el grupo de auxiliares lo conoce el 34.6%. Las enfermeras manifiestan haber presenciado, al menos, un error en la administración de medicación un 50.8% mientras las auxiliares un 20%. A este dato hay que añadirle la creencia de haber estado en presencia de algún error del 13.1% de las enfermeras y del 8% de las auxiliares. Las enfermeras comunican el error en la administración en un 57.4% mientras que las auxiliares solo en el 14,4%. Del total de errores únicamente se comunicaron de forma correcta en SINASP el 22.5% y siempre por la enfermera.

Conclusiones

El grado de conocimiento en del sistema de notificaciones entre las auxiliares es muy bajo por lo que se debe hacen hincapié en su divulgación y conocimiento. Esta herramienta de comunicación de errores en la administración de medicación no se está utilizando correctamente.

Palabras clave

Medicación • SINAP • Encuesta • Enfermería • Auxiliar

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 158

PROBLEMAS ASOCIADOS A LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG)

Francisco Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; M. Baeza Mirete[1]; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; B. Alloza Vicente[1]; S. Sánchez Cámara[1]; N. Molina Sánchez[4]; MA. Martín Granados[2]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor

Objetivos/Introducción

Con la implantación de una sonda de gastrostomía percutánea, conocida con el acrónico en inglés PEG se asegura una alimentación enteral del paciente que posee un sistema digestivo funcionarte pero que tiene disminuida o impedida la capacidad de deglución. Estamos ante un técnica muy común y habitual en nuestras unidades de cuidados intensivos, pero no por ello entraña multitud de complicaciones que se pueden derivar de su colocación o manejo.

Metodología/Observación clínica

New mailCopy Varón de 16 años que ingresa en nuestra unidad por politraumatismo grave precisando ventilación mecánica y control estricto de su situación hemodinámica. Tras una evolución favorable de su situación se decide por parte del equipo médico la implantación de una PEG. Se intenta dicha implantación en nuestro servicio por equipo de endoscopia, siendo imposible la canalización, por lo que deciden derivarlo a radiología intervencionista, pudiendo implantarlo con éxito pero a las pocas horas en UCI, el paciente se deteriora hemodinamicamente y se observa una caída del hematocrito en menos de una hora de 5 puntos, acompañado de sangrado por nariz y boca.

Resultados/Intervenciones

Precisa una actuación urgente en nuestra unidad, la cual incluye estabilización hemodinámica con fluidoterapia y derivados hemáticos, realización de pruebas diagnósticos (TAC abdominal) y cirugía urgente para eliminar hematoma.

Conclusiones

Queda evidenciado la necesidad de que enfermería maneje adecuadamente un protocolo de actuación y observación de los problema y posibles complicaciones que se deriven de la implantación de la PEG.Una detección precoz de las posibles intervenciones hará posible resolverlas con la menor repercusión para el paciente.

Palabras clave

Gastrostomía • Cuidados • Complicaciones • Evolución

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 159

NECESIDADES DE FORMACIÓN DETECTADAS POR ENFERMERAS Y AUXILIARES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Manuel Baeza Mirete[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; B. Alloza Vicente[1]; ML. Alcaraz Escribano[1]; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; JM. Jiménez García[4]; C. Jiménez García[5]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4. Hospital Aldimesa; 5. Hospital La Vega

Objetivos/Introducción

El alto grado de complejidad del paciente crítico hace que las competencias necesarias por parte de las enfermeras y auxiliares de una unidad de cuidados intensivos (UCI) aumenten con la nueva adquisición de responsabilidades asociadas a los cuidados y al aumento de dispositivos y técnicas. Objetivos: · Conocer las necesidades formativas del personal de enfermería de la UCI del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo mediante la realización de una encuesta realizada exprofeso durante los meses de noviembre y diciembre de 2019 entre el personal de enfermería de UCI HCUVA

Resultados/Intervenciones

La encuesta fue contestada por 61 enfermeras. En relación a los proyectos Zero, las enfermeras de nuestra unidad no han realizado los cursos en ITUZero el 36,1%, en ResistenciaZero el 31.1%, en BacteriemiaZero 19.7% y en NeumoníaZero el 29.5%. En cuidados Postoperatorio en cirugía cardiovascular, las enfermeras creen que no están suficientemente formadas el 55.7%, además, se han detectado déficits de formación en cuidados del paciente neurocrítico (26.2%), Cuidados al paciente con ECMO (37.7%), ventilación mecánica invasiva el (24.6%).

Conclusiones

Necesitamos mejorar los rangos de formación del personal de enfermería, por lo que hemos creado un plan formativo para el año 2020 en relación a estas necesidades.

Palabras clave

Enfermeras • Formación • UCI • Cursos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 160

INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Manuel Baeza Mirete[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; B. Alloza Vicente[1]; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; JM. Jiménez García[4]; C. Jiménez García[5]; MA. Martin Granados[2]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca: 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4. Hospital Aldimesa; 5. Hospital La Vega

Objetivos/Introducción

El uso de plaguicidas organofosforados implica un riesgo importante de toxicidad. Los productos organofosforados presentan mecanismo de acción común ejerciendo sus efectos tóxicos principalmente en la inhibición de la acetilcolinesterasa. La crisis colinérgica aguda incluye signos y síntomas de sobreestimulación de receptores muscarínicos y nicotínicos centrales y periféricos.

Metodología/Observación clínica

Varón de 46 años que ingresa procedente de Servicio de Emergencias Extrahospitalarias tras parada cardiorrespiratoria recuperada con soporte vital avanzado. ECG post-parada en ritmo sinusal con ascenso de ST 5mm en aVr, aVl y V1, descenso en II, III, avF y de V4 a V6. Se realiza coronariografía siendo esta normal. En UCI con soporte de noradrenalina a 0.05µgr/Kg/min, ventilación mecánica y sin sedación con GCS de 3 puntos y pupilas puntiformes anisocóricas. TAC craneal y Angio-TAC sin lesiones. Durante las primeras horas del ingreso el paciente permanece hipotenso, bradicárdico, abundante sialorrea e hipotérmico. Ante la clínica colinérgica y reinterrogando a la familia, el paciente puede haber estado en contacto con productos organofosforados en una pequeña huerta de su propiedad donde acude con asiduidad a cuidar una plantación para su uso personal.

Resultados/Intervenciones

Precisa de una actuación urgente en UCI con estabilización mediante el uso de aminas, fluidoterapia intensiva y soporte ventilatorio, además de la administración de atropina en perfusión y proceso de descontaminación.

Conclusiones

La valoración de las necesidades según Virginia Henderson favorece la atención al paciente crítico. Es preciso que el personal de enfermería maneje de forma adecuada el protocolo de actuación frente al paciente intoxicado para la detección de problemas asociados y posibles complicaciones derivadas de esta patología y reducir los tiempos de actuación, como, por ejemplo, en el proceso de descontaminación.

Palabras clave

Intoxicación • Plaguicidas • Organofosforados • Toxicidad

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 163

PROTOCOLO DE INSERCIÓN DEL SONDAJE URETRAL SEGÚN EL PROYECTO ITU-ZERO

María Luisa Ruiz Núñez-Arenas; MP. Rozas Sánchez; P. Monteagudo López-Lucendo; I. Vázquez Rodríguez Barbero; Y. Muñoz Cañas; M. Laguna Sánchez
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El término infección urinaria incluye situaciones con un recuento significativo de bacterias en orina, con diferencias en su etiopatogenia y expresión clínica, lo que repercute en su enfoque terapéutico, evolución y pronóstico. La infección del tracto urinario asociada a sonda uretral es una de las infecciones más frecuentes asociadas a la asistencia sanitaria mundial representando el 40% de todas las infecciones hospitalarias, ocasionando un aumento en la morbi-mortalidad y los costes sanitarios. Enfermería es la encargada de la inserción de la sonda uretral siguiendo las medidas incluidas en el Proyecto ITU-ZERO. Los objetivos planteados:

· Disponer de un protocolo que proporcionen a los profesionales de enfermería los conocimientos necesarios de inserción del sondaje uretral siguiendo las medidas del Proyecto ITU-ZERO.
· Reducir la densidad de incidencia de infección del tracto urinario asociada a la inserción del sondaje uretral.

Metodología/Observación clínica

· Procedimiento: Inserción del sondaje uretral
· Personal que interviene: Enfermera, auxiliar de enfermería y médico intensivista.
· Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos cuiden, pubmed, scielo y google académico de los artículos publicados con las palabras claves: sondaje uretral, prevención de la infección urinaria, uretral probe y urinary infection prevention.

Resultados/Intervenciones

· Intervenciones específicas enfermería: tabla adjunta.
· Problemas más importante: cultivo de orina positivo con o sin sintomatología
· Indicadores de evaluación: reducir la densidad de infecciones del tracto urinario en nuestra Unidad.
· Registro de la actividad en la hoja de enfermería de la Unidad y la plataforma informática del Hospital

Conclusiones

La puesta en marcha de protocolos de inserción de sonda uretral en Unidades de Críticos, siguiendo el Proyecto ITU-ZERO, proporciona a los pacientes cuidados de calidad basados en la evidencia científica. El personal de enfermería debe estar entrenado en las medidas de inserción del sondaje vesical para reducir los factores de riesgo en ITU ZERO y disminuir la indicencia de las infecciones urinarias.

Palabras clave

Protocolos clínicos • Atención de enfermería • Cateterismo urinario • Infección • Enfermería de Cuidados Críticos.

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

- Informar al paciente, si está consciente, de la técnica a realizar, insistiéndole en la necesidad de evitar la manipulación y/o tirones tanto de la sonda vesical como del sistema colector.
- Lavado higiénico de manos antes de entrar en contacto con el paciente, por parte de ambos participantes, (agua y jabón o solución hidroalcohólica).
- Colocación de guantes no estériles para la preparación del paciente, se realizará la higiene de la zona genitourinaria comenzando por la proximidad del meato y en sentido descendente, secando bien a continuación.
- Enfermería tras realizar lavado de manos con jabón antiséptico y colocación de guantes estériles procederá a:
  - Colocación del paño estéril (preferiblemente fenestrado).
  - Elegir la sonda vesical del menor calibre posible.
  - Coger la sonda vesical y comprobar su buen estado y el del balón.
  - Conectar la sonda vesical al sistema colector cerrado.
  - Lubricar la sonda vesical con lubricante hidrosoluble monodosis estéril.
  - Coger la sonda.vesical. con la mano dominante y con la otra la parte genital, con movimiento suave de empuje se atravesará el meato uretral.
  - Comprobar la salida de orina e introducir la sonda, hinchar el globo con 10cc. de agua estéril y sacar suavemente la s.v. hasta que se note un tope.
  - Si la orina que fluye es muy abundante, no pinzar la sonda vesical y controlar el flujo con la llave del receptal
  - En el varón recubrir el glande con el prepucio para evitar parafimosis.
- Fijar la sonda al muslo del paciente (en pacientes agitados o con mucha movilidad), para evitar traumatismos uretrales, procurando que no existan pinzamientos o curvaturas del sistema colector. Valorar si se debe realizar la fijación en pacientes con piel frágil o muy edematizados por la posible aparición de ulceras en la zona de fijación.
- Colgar el sistema colector por debajo del nivel de la vejiga, evitando que toque el suelo.
- Retirar el material y realizar de nuevo lavado higiénico de manos del personal que ha participado en el procedimiento.
- Cumplimentar el listado de verificación (CHECK-LIST ITU-ZERO), el ayudante será el encargado de hacerlo.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 164

PLAN DE CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA

Mercedes Laguna Sánchez; Y. Muñoz Cañas; MP. Rozas Sánchez; ML. Ruiz Núñez-Arenas; P. Monteagudo López-Lucendo; I. Vázquez Rodríguez Barbero
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El término infección urinaria incluye distintas situaciones que tienen como denominador común un recuento significativo de bacterias en la orina, con diferencias en su etiopatogenia y expresión clínica, lo que repercute en su enfoque terapéutico, evolución y pronóstico. Las Infecciones del tracto urinario representan el 15%-20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, y aproximadamente el 70% están asociadas con un catéter uretral permanente. Hasta el 16% de los pacientes hospitalizados son portadores de una sonda uretral en algún momento de su estancia. Los objetivos planteados son:

- Dinamizar la disciplina enfermera mediante la implementación de un proceso enfermero en la prevención de la infección urinaria.
- Reducir la variabilidad asistencial en los cuidados enfermeros proporcionados a nuestros pacientes portadores de sonda uretral.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en cuiden, pubmed, scielo y google académico de los artículos publicados con las palabras claves: infección urinaria, infección urinaria asociada a sonda uretral, prevención de la infección urinaria, urinary infection, urinary infection prevention, urinary tract infection associated with ureteral sond; posteriormente se procede a la unificación de criterios según el proceso de atención de enfermería (PAE).

Resultados/Intervenciones

Se incorporan a las actividades diarias de cuidados enfermeros los diagnósticos, intervenciones y resultados del paciente portador de sondaje uretral en una Unidad de Cuidados Críticos.

Conclusiones

La elaboración de un Plan de Cuidados de prevención de la infección urinaria, permite a los profesionales sanitarios un marco de análisis, reflexión y unifica los criterios, reduciendo la variabilidad a la hora de planificar la actividad enfermera, mediante un lenguaje estandarizado.

Palabras clave

Planificación de Atención al Paciente • Orina • Infección • Enfermería • Cuidados Críticos

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

DOMINIO	NANDA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	NOC RESULTADOS	NIC INTERVENCIONES
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	**00004** Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos	**1902** Control del riesgo	**6540** Control de infecciones.
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN	**00016** Deterioro de la eliminación urinaria	**0503** Eliminación urinaria.	**0590** Manejo de la eliminación urinaria **0610** Cuidados de la incontinencia urinaria **0620** Cuidados de la retención urinaria
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO	**0008** Deterioro de la movilidad física r/c malestar, dolor, disminución de la masa muscular.	**0208** Nivel de movilidad	**1804** Ayuda con el autocuidado: micción/defecación.
DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO	**00126** Conocimentos deficientes	**1805** Conocimiento: conductas sanitarias.	**5602** Enseñanza: proceso de enfermedad
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA DEL ESTRÉS	**00146** Ansiedad r/c cambio en el entorno y cambio en el estado de salud	**1402** Autocontrol de la ansiedad.	**5820** Disminución de la ansiedad.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 167

PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ÁMBITO ESCOLAR

Margarita García Hernández; N. González Sedeño; B. Blanco Juez; JA. Barroso Pellico; E. Abileo Rodríguez; I. Arribas Cantalejo; P. Cordero Carnicero; JA. Sarmiento Torres
UCI Hospital de Fuenlabrada

Objetivos/Introducción

En España más de 30.000 personas fallecen todos los años debido a una paradacardiorrespiratoria, todos los ciudadanos incluso niños podemos ser testigos de esta situación.Los países nórdicos forman a sus escolares en RCP, su tasa de eficacia en salvar la vida de unpaciente en PCR es superior al 70 %. **OBJETIVOS:** Determinar la necesidad percibida por profesores, alumnos y sus padres de que se impartancursos en reanimación cardiopulmonar (RCP) a nivel escolar. Evaluar la satisfacción y la preparación de profesores, alumnos y sus padres ante posiblessituaciones de PCR tras la realización de un curso en RCP.

Metodología/Observación clínica

· Diseño: Estudio descriptivo transversal.
· Participantes: 44 profesores, 355 alumnos y 14 padres de 1 escuela infantil, 5 colegios deeducación primaria y 2 institutos.
· Instrumento: Encuesta con preguntas abiertas y cerradas tras la realización del curso deRCP.

Procedimiento: Se impartieron cursos de 1,5 a 2 horas de duración con contenido teóricopráctico sobre RCP, obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) y desfibriladorautomático externo (DEA). Los cursos fueron impartidos por enfermeras/os del servicio deCuidados Intensivos del Hospital de Fuenlabrada (Madrid)

Resultados/Intervenciones

La mayoría de los asistentes consideraron necesaria la impartición de cursos de RCP a nivelescolar.Tanto profesores, como alumnos y padres, manifestaron estar mejor preparados ante unaposible situación de PCR tras la realización del curso.El grado de satisfacción de los asistentes fue elevado, manifestando que fueron útiles yprácticos

Conclusiones

Los cursos de RCP en ámbito escolar mejoran la preparación de profesores, alumnos y suspadres ante posibles situaciones de PCR, generando alto interés y satifacción.La implantación reglada de cursos de RCP en escuelas, colegios e institutos es necesaria, no solo por estar avalada por la ley (Real Decreto 126/2014 de 28 de febrero), sino porque así loperciben tanto profesores, como alumnos y sus padres

Palabras clave

Reanimación cardiopulmonar • Ámbito escolar

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 172

MATERNIDAD Y ESTRÉS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Fernanda Gil Almagro[1]; C. Peñacoba Puente[2]; P. Catalá Mesón[2]; L. Velasco Furlong[2]; FJ. García Hedrera[1]; R. Domínguez Rincón[1]; FJ. Carmona Monge[1]; MP. Miguel Barragán[1]; JC. Sánchez García[1]; S. García Gómez[1]
1. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 2. Universidad Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar los niveles de estrés en enfermeras de unidades de cuidados intensivos (UCI) así como el rol de los estresores laborales en función de la existencia de hijos en el domicilio durante la pandemia de COVID-19. Se considerará la preocupación sobre el contagio como un estresor específico durante la pandemia evaluando su relación con el distrés y evaluando el papel de la presencia de hijos en el domicilio en esa relación.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal mediante encuesta online (mayo-junio 2020). Se seleccionaron enfermeras que trabajaron en UCI entre marzo-junio 2020. Se analizaron variables laborales, preocupación sobre el contagio propio y el estrés mediante la escala Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21).

Resultados/Intervenciones

La muestra fue de 268 enfermeras que trabajaron en UCI durante la pandemia COVID-19. El estrés fue significativamente mayor en mujeres con hijos (M=11,31; DT=4,67) que en aquellas sin ellos (M=10,30; DT=3,75). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la preocupación sobre el propio contagio entre las enfermeras con y sin hijos viviendo en el domicilio. En el análisis de regresión se encontró una contribución positiva directa de la preocupación sobre el contagio propio (p=.025) y del hecho de tener hijos viviendo en el domicilio (p=.033) sobre los niveles de estrés. Se encontró un efecto moderador del hecho de tener hijos mayores de 16 años conviviendo en el domicilio sobre la relación entre la preocupación sobre el propio contagio y el estrés (?=2.198, t=2.422, p=.016, 95%CI=.406-3.992).

Conclusiones

En nuestro estudio encontramos niveles de estrés elevados en las enfermeras madres trabajadoras en UCI durante la pandemia COVID-19. De manera general, tanto las preocupaciones sobre el contagio como la presencia de hijos en el domicilio tiene efecto directo sobre los niveles de estrés. Convivir con un hijo mayor de 16 años constituye un factor modificador de esta relación.

Palabras clave

COVID-19 • Estrés • Preocupaciones sobre el contagio • Unidades de cuidados intensivos • Enfermera

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 174

ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE ESPECIALISTAS EN ECMO EN LA UCI DE ADULTOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Elisabet Gallart; MP. Giron Espot; MA. Riera Badia; R. Tabernero Gallego; E. Argudo Serra; J. Riera del Brio
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

Describir la organización de los especialistas en ECMO de una UCI de adultos de un hospital terciario.

Metodología/Observación clínica

Uno de los puntos clave del Programa de ECMO es que el rol de especialista lo desempeñan enfermeras expertas en UCI capacitadas específicamente siguiendo las recomendaciones de la Extracorporeal Life Support Organizations (ELSO). Esta decisión permite una asistencia continuada a pie de cama por parte de enfermeras con habilidades en UCI y ECMO, capaces de proporcionar de forma autónoma una atención integral al paciente en ECMO las 24 horas del día, los 365 días del año. Las especialistas trabajan en turnos regulares como el resto de enfermeras de UCI y, cuando se activa una ECMO, se reubican para atender al paciente. La asignación de profesionales a cada caso es realizada por la Coordinadora del Programa teniendo en cuenta la experiencia (pareja senior / junior) y el total de horas que cada profesional asiste a pacientes en ECMO, criterio establecido por la ELSO para garantizar una atención segura y de calidad. Para incorporarse al Equipo de ECMO los candidatos deben completar un programa de formación que consta de varios cursos teórico-prácticos que incluyen simulación y water-drills. La adquisición de conocimientos se verifica mediante un examen escrito y de manera práctica.

Resultados/Intervenciones

El Programa de ECMO de adultos dispone en la actualidad de 128 enfermeras especialistas en ECMO, formadas según las recomendaciones de la ELSO, que aseguran una atención continuada. El sistema planificado de rotaciones garantiza la participación homogénea de todos los especialistas, la experiencia y la formación.

Conclusiones

Un equipo de enfermeras especialistas en ECMO basado en las recomendaciones formativas de la ELSO y una organización interna estrictamente planificada, con competencias sistemáticamente actualizadas, permite asegurar una atención integral, segura y de alta calidad.

Palabras clave

ECMO • cuidados enfermeros • organización • formación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 179

FORMACIÓN PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA DURANTE LA PANDEMIA COVID

Mª Aránzazu Moya López; P. Rojo Villar; L. Torres Fernández; MT. Vaamonde Calvo; R. García Molpeceres; MJ. Lanillos de la Cruz
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) a causa de la epidemia Covid, nos hemos visto sometidos a un aumento de la carga asistencial, con incorporación de gran cantidad de profesionales sin experiencia previa en cuidados intensivos

OBJETIVOS:

· Proporcionar al personal de reciente incorporación una base teórica basada en la evidencia de los aspectos mas fundamentales para su aplicación en la práctica diaria
· Mostrar de forma sencilla y clara los contenidos
· Valorar la idoneidad y utilidad práctica de la formación

Metodología/Observación clínica

Creación de equipo de formaciónRevisión bibliográfica, selección y simplificación de contenidosProgramación cronograma de charlas-taller y organización respetando medidas CovidSe plantea estudio descriptivo transversal

Resultados/Intervenciones

Se realiza un total de 10 sesiones formativas, con una duración media de 2 horas, a lo largo del mes de Octubre del 2020Formación dirigida a los cerca de 50 profesionales de nueva incorporación, enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, con asistencia obligatoriaSe plantea encuesta de evaluación de la formación

Conclusiones

Para el personal de nueva incorporación resulta imprescindible recibir formación clara, sencilla y basada en la evidencia como base o refuerzo de las habilidades adquiridas durante la práctica diaria en UCIResulta de gran utilidad la evaluación de la formación impartida para adaptarla a las necesidades en cuanto a contenido, utilidad, clarificación de dudas

Palabras clave

formación continuada • personal de nueva incorporación • encuesta de evaluación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 181

INFLUENCIA DE LAS CARGAS DE TRABAJO EN LA OMISIÓN DE CUIDADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

José Antonio Clemente Concepción[1]; C. Rojas Linares[2]; LM. Cairós Ventura[1]; EM. Ortega Barreda[1]; AM. Pérez González[1]
1. Centro de Salud de Santa Cruz de La Palma; 2.Hospital General de La Palma

Objetivos/Introducción

El descuido de las labores llevadas a cabo por los enfermeros supone errores no reconocidos, que repercuten en la seguridad del paciente. Esto ha llevado a los investigadores a elaborar escalas que permitan monitorizar, que cuidados se omiten y por qué, de manera que se pueda corregir esta omisión de cuidados. Objetivo General: Determinar si existe una relación entre las cargas de trabajo de enfermería y la omisión de cuidados en las UCIs

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a partir de los términos (DECS): Cargas de trabajo, Cuidados enfermeros, Cuidados intensivos y Enfermería en cuidados intensivos. Dado que no existe un término MESH específico para la omisión de cuidados, utilizamos el término natural en inglés para esta búsqueda “missed nursing care”.

Resultados/Intervenciones

La muestra resultante ascendió a 27 artículos, 3 de ellos son revisiones sistemáticas y el resto artículos originales. En la bibliografía se encuentran numerosos artículos que concluyen en establecer relaciones entre la omisión de cuidados y la satisfacción laboral, o en la calidad de los entornos laborales. La bibliografía describe también relaciones entre los cuidados perdidos y los ratio enfermera paciente, o la calidad y seguridad de los cuidados prestados. Así mismo encontramos trabajos que relacionan las cargas de trabajo con la aparición de eventos adversos, o la necesidad de tener en cuenta estas cargas a la hora de organizar los equipos.

Conclusiones

Es habitual en las unidades de cuidados intensivos la medición de las cargas de trabajo. Sin embargo no existe bibliografía que establezca asociación entre la carga de trabajo de estas unidades y los cuidados perdidos. Esto hace necesario plantearse un estudio específico que permita describir la relación entre ambas variables, lo que nos permitirá en el futuro predecir la omisión de cuidados a partir de los valores de carga de trabajo.

Palabras clave

cuidados perdidos • omisión de cuidados • cargas de trabajo • cuidados intensivos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 184

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA POSTURAL EN DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SDRA SECUNDARIO A NEUMONÍA COVID-19

María Dolores Rodríguez Huerta[1]; MJ. Rodríguez Alonso[1]; M. Robles González[1]; M. Martín Rodríguez[2]; L. Fernández Gámez[3]; A. Herrero Suárez-Bárcenas[1]; AM. Hitado Cifuentes[4]; M. Fernández Izquierdo[5]; A. Díez Fernández[6]

1. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid; Hospital Universitario de Getafe, Madrid; 3. Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal; 4. Hospital Comarcal de Hellín, Albacete; 5. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; 6. Facultad de Enfermería de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha

Objetivos/Introducción

Durante a la pandemia de COVID-19, siguiendo recomendaciones de la OMS, los pacientes con PaO2/FIO2 < 150 mm Hg a altas concentraciones de O2 fueron pronados durante al menos 16 horas. El objetivo del estudio fue analizar la práctica y los cuidados relacionados con la maniobra para evaluar posibles áreas de mejora.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo ambispectivo desde el 6 de marzo hasta el 31 de mayo de 2020. Criterios de inclusión: pacientes con SDRA asociado a COVID-19 sometidos a ventilación mecánica y posicionados al menos una vez en decúbito prono. Cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre para protección de datos se asignó un código a cada participante. Variables principales: total de pronaciones, total de maniobras por paciente, duración de cada prono, tiempo y horas totales de PP por paciente. Otras variables: demográficas y clínicas, tiempo transcurrido entre el ingreso, la intubación y la primera posición prona. Las características de los participantes se presentan como la media ± desviación estándar (SD). Se utilizaron tanto frecuencias absolutas como relativas en los casos de variables cualitativas. Se calcularon las proporciones con el software EPIDAT 4.1.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 44 pacientes de 106 ingresados (11 retrospectivamente). La terapia se aplicó en el 41,5% con un total de 130 maniobras de pronación. 16 pacientes fueron pronados una vez y 9 más de 5 veces, un 20,4 % (9) tuvieron más de 120 horas de prono. El 52,3% fueron intubados en la primera hora de ingreso y 50% fueron pronados en las primeras 24 horas tras intubación.

Conclusiones

Durante la pandemia de COVID-19 fue necesario adaptar los recursos en un período de tiempo muy corto y hemos observado la necesidad de adecuar el protocolo con más especificaciones para el procedimiento y estandarizar la realización y registro de los cuidados mediante una lista de comprobación.

Palabras clave

Decúbito prono • COVID-19 • cuidados

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 188

ANÁLISIS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE EL 2019

Sonia Ruiz Egea; P. Tomás Cantos; L. Orellana Muñoz; PF. Cueto Quintana
Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Objetivos/Introducción

Nuestro Hospital es referente en Oncología y durante 2019, el paciente oncológico representó un 10,92% de los ingresos en UCI. Nuestro objetivo es conocer sus características epidemiológicas y de mortalidad.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Variables: Edad, sexo, tiempo de estancia UCI, lugar de procedencia, patología oncológica presente, motivo de ingreso en UCI, soporte ventilatorio con VM, APACHE II (ingreso) y mortalidad. La muestra fueron 72 pacientes mayoresde 18 años con patología oncológica presente que ingresaron en la UCI del Hospital Sant Joan de Reus en el 2019. La recogida de los datos se realizó a través de la base de datos ICIP.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 72 pacientes con edad ?= 68,03 + 1,28 años (mujeres 36,1%, hombres 63,9%). De estancia media 6,5 días + 0,75. Procedencia: 26,4% Urgencias, 26,4% de Quirófano/Reanimación y 22,2% de planta de Oncología. La patología oncológica predominante en mujeres fue el cáncer de mama (26,9%), en hombres el cáncer Colón/recto o sigma (30,4%). El primer motivo de ingreso es la patología médica (63,9%) seguido de la Cirugía Urgente (22,2%), en mujeres la perforación intestinal (15,4%), en hombres la Neumonía en paciente inmunodeprimido (6,5%). El 40,3% de los pacientes precisaron VM, con una ?=4,67+ 0,84 días, fallecieron 9. Del 59.7% que no precisaron VM, fallecieron 5. Existe relación significativa entre VM y mortalidad ($p<0,05$). El 69.4% de los pacientes presentaban un APACHE II de gravedad al ingreso< 25, fallecieron 6 y 16.7% presentaban APACHEII >25, fallecieron 4. La mortalidad en UCI fue del 19,4%, llegando al 25% en muerte hospitalaria.

Conclusiones

Epidemiológicamente no hay diferencias ni por edad ni por sexo, tampoco la procedencia, motivo de ingreso, la patología neoplásica ni la estancia en UCI resultaron significativos. Encontramos que la necesidad de VM y APACHE II >25 al ingreso aumenta la mortalidad ($p<0.05$) de estos pacientes.

Palabras clave

paciente oncológico • UCI • mortalidad

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 190

EFECTIVIDAD DE LA ELECTROESTIMULACIÓN ELÉCTRICA NEUROMUSCULAR TRANSCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CRÍTICO: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Ángela Suárez Pérez; B. Suberviola Cañas; V. Gonzalez Novoa
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos/Introducción

El objetivo del estudio fue valorar la efectividad de la NMES en cuádriceps y tibial anterior, añadido a la movilización precoz, aplicado en pacientes ingresados en la UCI con ventilación mecánica (VM) más de 48 horas. Se valoró también, la repercusión respecto al número de días con VM y estancia en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un ensayo experimental aleatorio controlado a simple ciego.El grupo control (GC) recibió terapia convencional de movilización precoz y el grupo intervención (GI) recibió además terapia de NMES.

Resultados/Intervenciones

En relación a la edad no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el GC y el GI (62,4 ± 11,2 años vs. 57,6 ± 11,8 años; p=0,39) o el sexo (66,7 % vs 77,8% de varones; p=1) En la escala Apache II entre el GC y GI (17,2 ±2,4 puntos vs. 17,4 ± 7,9 puntos; p=0,96) y la puntuación en la Escala Barthel (100 puntos en ambos casos con p=1) no reportan diferencias estadísticamente significativas Los pacientes del GI sometidos a NMES requirieron de menos de la mitad de días de VM que los del GC (6,6 ± 2,5 días vs. 15,0 ± 22,2 días; p=0,30) En referencia a la estancia hospitalaria, el GI presentó una media de días menor que el GC(estancia hospitalaria 25,2 ± 3,3 días vs. 28,6 ± 19,8 días; p= 0,75)En relación a la estancia de días en la UCI, el GI presenta una estancia media menor que el GC (11,5 ± 6,5 días vs. 15,7 ± 20,4; p=0,56). Finalmente, la mortalidad en la UCI del GC fue mayor que la del GI (22,2% vs. 0%; p=0,47).

Conclusiones

A pesar de que el GI mejora más que el GC, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las medidas de resultado evaluadas. Esto puede ser debido al pequeño tamaño muestral, N=18

Financiación

IDIVAL (Fundación Instituto del Investigación Marqués de Valdecilla). Next- Val 2018. NVAL18/15

Palabras clave

UCI • NMES • movilizacion precoz

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 193

VALORACIÓN DEL ENTORNO LABORAL EN LA PRÁCTICA ENFERMERA EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA

Anais Teresa Gueli Vilar[1]; JA. Clemente Concepción[2]; C. Guillén Correa[1]; AC. Pérez Hernández[1]; H. Hernández Jorge[1]; C. Rojas Linares[3]

1. Gerencia de Servicios Sanitarios de Tenerife; 2. Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma; 3. Hospital General de La Palma

Objetivos/Introducción

Evaluar los factores relacionados con el entorno laboral en la práctica enfermera cobra gran importancia, ya que muestran los resultados relacionados con la salud de los pacientes a partir de la labor que ejercen los profesionales de enfermería. En la práctica enfermera posee gran interés el estudio de las dimensiones que influyen en su entorno laboral y cuáles mejoran los resultados en cuanto a la prestación de los cuidados y la calidad asistencial. **OBJETIVOS:** Describir el entorno laboral del personal de enfermería que trabaja en el Hospital General de La Palma. Determinar la influencia de la práctica enfermera y la calidad de los cuidados en el entorno laboral. Determinar cuál es la dimensión peor valorada por el personal de enfermería del Hospital General de La Palma. Identificar si existen diferencias del entorno laboral percibido entre los/as enfermeros/as de Unidades Especiales frente a aquellos de Unidades de Hospitalización.

Metodología/Observación clínica

Tras una búsqueda bibliográfica se realizará un estudio observacional, descriptivo y de carácter transversal. Para la descripción del entorno laboral se utilizará la versión española de la escala Environment Scale of the Nursing Work Index. La población objeto de estudio está formada por 191 enfermeros trabajadores del Hospital General de La Palma. El resultado final de la muestra consta de 62 enfermeros por Unidad de Hospitalización y 68 por Servicios Especiales.

Palabras clave

personal de enfermería en hospital • ambiente de trabajo • enfermería en el trabajo • condiciones de trabajo • satisfacción en el trabajo

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 195

PRERREQUISITOS PARA LA VALORACIÓN NEUROLÓGICA DIAGNÓSTICA DE MUERTE ENCEFÁLICA

Pilar Guillermo García[1]; L. López Aguilera[1]; C. Magaña Paz[1]; E. Rodríguez Martínez-Zaporta[2]; S. Moreno Akhazzan[1]; R. González Blanco[1]

1. Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2. Hospital Universitario Infanta Sofía

Objetivos/Introducción

En 2017, se realizaron 1.906 donaciones eficaces en España. El 74% corresponden a donantes por muerte encefálica. Este diagnóstico solo puede llevarse a cabo cuando un paciente cumple una serie de condiciones clínicas que aseguran que no se alteran los resultados de la exploración neurológica. El importante relevo profesional que se ha producido exige la necesidad de actualizar y reforzar los conocimientos de los profesionales. El primer objetivo es definir un documento con los prerrequisitos previos al diagnóstico de muerte encefálica. El segundo objetivo es mejorar los conocimientos de los nuevos profesionales a través de la creación y difusión de un documento y resolución de dudas para asegurar la adquisición de los conocimientos exigidos.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos SciELO, CUIDEN, CINAHL, PubMed, Cochrane y Uptodate, BOE.; de artículos de los últimos 10 años y guías a texto completo en español e inglés así como legislación vigente sobre donación.

Resultados/Intervenciones

La literatura encontrada mostró una serie bien definida de prerrequisitos que deben ser comprobados inmediatamente antes de iniciar la exploración neurológica para evitar así errores en el posible diagnóstico de muerte encefálica:

1. TAS > 100mmHg.
2. Ventilación y oxigenación adecuadas.
3. Control de la hipotermia.
4. Ausencia de alteraciones endocrinológicas, electrolíticas y/o metabólicas que pudiesen acarrear estados de coma.
5. Ausencia de tratamiento con fármacos o sustancias depresoras del SNC.
6. Ausencia de bloqueantes neuromusculares.

El documento informativo está siendo elaborado por 5 expertos en cuidados intensivos con experiencia en la materia, tras 6 reuniones. Incluirá imágenes y ejemplos explicativos para su fácil comprensión. Se han localizado profesionales referentes en cada unidad para la resolución de dudas.

Conclusiones

La evaluación neurológica pertinente para valorar una situación sensible de catalogarse dentro del diagnóstico de muerte encefálica debe realizarse de forma sistemática, rigurosa y completa para asegurar la seguridad del paciente y su correcta valoración como potencial donante.

Palabras clave

muerte encefálica • diagnóstico • bloqueantes neuromusculares • examen neurológico

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 196

EVIDENCIA SOBRE LA HEMOSTASIA PERMEABLE TRAS INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO VÍA TRANSRADIAL

Lorena López[1]; P. Guillermo García[1]; S. Moreno Akhazzan[1]; C. Magaña Paz[1]; E. Rodríguez Martínez-Zaporta[2]
1. Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2. Hospital Infanta Sofía

Objetivos/Introducción

El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) por vía radial es el método de elección por su baja mortalidad y menor riesgo de efectos adversos según guías internacionales, ya que reduce el riesgo de complicaciones a nivel vascular y permite una movilización precoz del paciente, disminuyendo a su vez la duración del ingreso hospitalario. Existen diversos mecanismos de hemostasia, el más usado actualmente es la pulsera neumática. Incluir la hemostasia permeable de manera precoz tras angioplastia coronaria transradial en los protocolos de retirada de la pulsera neumática implica mayor seguridad para el paciente, así como menor índice de complicaciones.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: SciELO, CUIDEN, CINAHL, PubMed y Cochrane, de artículos en español e inglés desde 2015.

Resultados/Intervenciones

Es beneficioso comprobar la permeabilidad de la arteria radial mediante pletismografía con pulsioxímetro durante la compresión temporal de la arteria cubital, desinflando el dispositivo si no existe evidencia de permeabilidad de la arteria radial hasta que reaparece la curva de pletismografía, indicando así la permeabilidad de flujo arterial. De esta manera, se reduce el riesgo de presentar oclusión de la arteria radial tanto a corto como a largo plazo sin aumentar otras posibles complicaciones como sangrado. Esto es fundamental para intentar asegurar un acceso radial permeable para la realización de un posible cateterismo futuro, así como cualquier otra intervención que requiera uso de dicha arteria (por ejemplo una fístula arteriovenosa para hemodiálisis).

Conclusiones

Se evidencia así que es fundamental incorporar la hemostasia permeable mediante pletismografía con pulsioximetría en los protocolos de retirada de pulsera neumática. Las enfermeras, al ser responsables de la vigilancia y retirada de estos dispositivos, somos el personal más adecuado para llevar a cabo la hemostasia permeable de la manera más precoz posible, aumentando así la seguridad del paciente y disminuyendo complicaciones potenciales.

Palabras clave

Pulsera neumática • Intervencionismo coronario percutáneo • Cuidados de enfermería • Hemostasia permeable

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 197

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL DONANTE EN MUERTE ENCEFÁLICA

Lorena López; P. Guillermo García; R. González Blanco
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

La fuente principal de donación en España, según datos de 2018, corresponde a pacientes en muerte encefálica (74%), donde la efectividad de la donación alcanza el 87%. Conocer los cuidados enfermeros que se realizan en las unidades de cuidados críticos a pacientes identificados como potenciales donantes de órganos en muerte encefálica, es fundamental para maximizar el éxito de los injertos.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión en las bases de datos Cochrane, CINAHL, PubMed, OVID y EMBASE y web de la Organización Nacional de Trasplantes. Criterios de selección: artículos publicados en los últimos 10 años y guías de práctica clínica nacionales e internacionales en español o inglés.

Resultados/Intervenciones

Debido a los cambios fisiopatológicos que se suceden a lo largo del proceso de muerte encefálica, la bibliografía publicada muestra una tendencia general a agrupar los cuidados en:

- Función cardiovascular: mantener estabilidad hemodinámica para mantener frecuencia cardiaca entre 70-100 lpm y TAM 60-110 mm Hg.
- Función respiratoria: cuidados enfocados a disminuir daño pulmonar, riesgo de aspiración e infección manteniendo una adecuada ventilación y oxigenación.
- Función renal: mantener diuresis > 0,5 - 1 mL/kg/h
- Función endocrina: vigilar la aparición de sintomatología susceptible de diabetes insípida, manejo de fluidoterapia y control de glucemia.
- Integridad de piel y mucosas: cuidados oculares e higiénico-dietéticos de piel y mucosas.

Uno de los apartados destacados es el apoyo familiar (escucha activa) y el entendimiento de lo que supone la muerte encefálica.

Conclusiones

Es imprescindible la comunicación y trabajo interdisciplinar entre todos los profesionales de la salud implicados en la atención del paciente para mantener al donante en las condiciones óptimas hasta el momento del explante. La figura de la enfermera en UCI es de vital importancia para lograr mantener las mejores condiciones posibles en la conservación de los órganos del donante, así como en ser uno de los pilares básicos en el apoyo familiar.

Palabras clave

Cuidados de enfermería • Muerte encefálica • Donante de órganos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 202

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LA DISFAGIA EN PACIENTES COVID EN UNA UCI

Lucía del Pilar Armas Navarro; L. Mendoza Segura; BN. Santana López; YG. Santana Padilla; JA. Alcaráz Jiménez; L. Santana Cabrera
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

La incidencia de disfagia en la patología COVID en los pacientes críticos es un problema en la UCI del que no se conoce su incidencia, ni existe suficiente información sobre como evaluarla. Objetivo: Conocer las diferencias entre los pacientes críticos con patología COVID según la presencia o no de disfagia.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo llevado a cabo en una UCI, con los pacientes extubados o traqueostomizados con patología COVID a los cuales se les realizó una prueba de disfagia tipo MECVV. Se analizaron las diferencias en las características demográficas y de pronóstico, según presentaran o no disfagia orofaríngea.

Resultados/Intervenciones

Durante el periodo de estudio se realizó el test de disfagia a 15 pacientes de UCI con COVID positivo. Del total muestral, el 40% presentó disfagia durante la prueba (n=6). En nuestra muestra, no se han encontrado diferencias significativas en aquellos pacientes que no presentaron disfagia con quienes sí según si se les había realizado traqueotomía (p=0.084), su estado nutricional (p=0.294) ni según sus antecedentes. Sin embargo, hubo una mayor incidencia de disfagia en aquellos pacientes con ingresos más prolongados (p=0.017) y en quienes su estancia en UCI previa al test era mayor (p=0.029).

Conclusiones

En nuestra muestra de pacientes críticos COVID no encontramos diferencias en las características demográficas y de pronóstico, según presentaran o no disfagia orofaríngea, salvo en la estancia o en el tiempo en el que se le pudo realizar el test.

Palabras clave

Disfagia • Test de disfagia • Covid-19

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

			Disfagia Si n=6	Disfagia No n=9	p
Antecedentes	Neurológicos	Si	5	9	0.400
		No	1	0	
	Digestivos	Si	0	1	0.600
		No	6	8	
Traqueotomía		Si	5	3	0.084
		No	1	6	
Albúmina <3		Si	1	4	0.294
		No	5	5	
Exitus UCI		Si	1	0	0.177
		No	4	9	

	Disfagia Si (N=6)		Disfagia No (N=9)		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Edad	70.17	6.911	62.56	8.531	1.900	0.081
IMC	28.56	3.844	31.70	6.665	1.153	0.270
Estancia Previa al test	31.50	14.694	17.22	7.981	2.450	**0.029**
APACHE	13.67	3.502	11.14	5.551	0.959	0.358
Charlson	3.17	1.602	1.86	1.215	1.676	0.122
Estancia UCI	42.60	20.132	20.67	10.100	2.759	**0.017**

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 204

EFECTOS DE LA ELECTROESTIMULACION NEUROMUSCULAR SOBRE LA FUERZA MUSCULAR Y LA CAPACIDAD DE ESFUERZO EN PACIENTES CRITICOS VENTILADOS INVASIVAMENTE DEBIDO A PATOLOGIA RESPIRATORIA

Javier Martinez Guiu[1]; E. Gimeno Santos[1]; J. Melis Galmés[1]; E. Galve Martínez[1]; J. Roselló Sancho[2]; JD. Martí Romeu[1]
1. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2. Hospital de Manacor

Objetivos/Introducción

La electroestimulación neuromuscular (ENMS) se utiliza como estrategia para prevenir la debilidad muscular en pacientes críticos ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con bajo o nulo nivel de colaboración. Sin embargo, sus efectos siguen hoy en día por clarificar. Este estudio comparó, en pacientes críticos en ventilación mecánica invasiva (VMI) debido a patología respiratoria, los efectos de la ENMS sobre la fuerza muscular y la capacidad de esfuerzo. Además, se evaluaron los tiempos de estancia en UCI y hospitalaria.

Metodología/Observación clínica

Este ensayo clínico aleatorizado, controlado y doble ciego, se llevó a cabo en la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria del Hospital Clínic de Barcelona entre mayo de 2017 y agosto de 2019. Se incluyeron pacientes (>18 años) conectados a VMI por < 72h y con previsión de pasar 24h más debido a patología respiratoria aguda o crónica agudizada. Ambos grupos recibieron fisioterapia motora pero el grupo intervención recibió también ENMS durante 30min/día y 5 días/semana. Se evaluó la fuerza muscular mediante la escala medical research council (MRC) y la capacidad de esfuerzo mediante el test sit-to-stand (STS) en alta de UCI y hospitalaria.

Resultados/Intervenciones

Se evaluaron un total de 16 pacientes (control=10, intervención=6). En comparación con el grupo control, la ENMS no mejoró significativamente la escala MRC ni el test STS, respectivamente, en el alta de UCI (50.17±7.96 vs 52.70±6.03 puntos; 1.83±2.48 vs 2.90±4.72 repeticiones) o del hospital (53.50±7.03 vs 57.20±3.49 puntos; 3.50±3.98 vs 5.60±5.52 repeticiones). El grupo intervención presentó una menor estancia en UCI (12.5 ±6.25 vs 25.3±27.6 días; p=0.024) y hospitalaria (21.83±7.62 vs 46.1±42.51 días; p=0.002) respecto al grupo control.

Conclusiones

La ENMS no aportó beneficios sobre la fuerza muscular o la capacidad de esfuerzo en los pacientes críticos ventilados invasivamente por patología respiratoria. Sin embargo, la ENMS podría reducir su estancia en UCI y hospitalaria.

Palabras clave

Electric Stimulation Therapy • Neuromuscular Diseases • Muscle Weakness • Respiratory Care Units • Respiration, Artificial • Ventilators, Mechanical • Critical Illness • Critical Care

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 205

ENFERMERÍA EN LA PRONACIÓN DEL PACIENTE CON NEUMONÍA BILATERAL POR SARS-COV-2 PORTADOR DE DISPOSITIVO ECMO

María González Esteban[1]; S. Guillén Pulido[1]; M. Encinas Lorenzo[1]; MT. de la Puente Sanz[1]; L. Malmierca García[1]; AI. Lorenzo Labrador[2]; J. Nieto Lorenzo[2]
1. UCI HC Salamanca; 2. HC Salamanca

Objetivos/Introducción

Estandarizar los cuidados de enfermería en todo el proceso de pronación del paciente con neumonía bilateral por SARS-CoV-2 portador de dispositivo ECMO.

Metodología/Observación clínica

En nuestra unidad, esta técnica se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar formado por:
· Médico.
· Enfermera.
· TCAE.
· Celador.

La actuación de enfermería está encaminada al cuidado integral del paciente, garantizando su seguridad durante todo el proceso mediante:
· Valoración hemodinámica y respiratoria del paciente antes de realizar el prono.
· Preparación de todo el material necesario para llevar a cabo el proceso.
· Valoración del paciente durante la maniobra de pronación.
· Cuidados específicos antes, durante y después de realizar el prono.
· Detección de posibles complicaciones relacionadas con el proceso.

Resultados/Intervenciones

Detectar necesidades y posibles complicaciones, proporcionando cuidados integrales con seguridad y disminuyendo así los riesgos relacionados con el proceso.

Conclusiones

La actuación de enfermeía es de vital importancia durante todo el proceso al que se somete el paciente con dispositivo ECMO durante la pronación.

Palabras clave

Neumonía bilateral por SARS-CoV-2 • Dispositivo ECMO • Enfermeria

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 206

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE LA SONDA RECTAL FLEXI-SEAL EN EL PACIENTE CRITICO

Marta Encinas Lorenzo[1]; S. Guillén Pulido[1]; M. González Esteban[1]; MT. de la Puente Sanz[1]; L. Malmierca García[1]; AI. Lorenzo Labrador[2]; J. Nieto Lorenzo[2]
1. UCI HC Salamanca; 2. HC Salamanca

Objetivos/Introducción

Protocolizar o estandarizar los cuidados de enfermería relacionados con el manejo de la sonda rectal Flexi-seal en la UVI.

Metodología/Observación clínica

Esta técnica se lleva a cabo por enfermería en nuestra unidad:
· Valoración y preparación del paciente y dispositivo.
· Realización de la técnica (inserción del dispositivo).
· Cuidados específicos (irrigación) y mantenimiento y retirada.

Es necesaria la actuación de un equipo multidisciplinar: enfermera y técnico medio sanitario en cuidados auxiliares de enfermería (TMSCAE) ayudados de celador para la colocar al paciente en la posición adecuada. Fases del proceso:
· Valoración de incontinencia fecal y riesgo de deterioro de integridad cutánea.
· Valoración de la inestabilidad del paciente critico para las movilizaciones.
· Preparación de kit más material accesorio necesario.
· Colocación del paciente en posición adecuada.
· Realización de la técnica.
· Mantenimiento adecuado del dispositivo.
· Retirada.

La actuación enfermera está encaminada al cuidado integral del paciente, garantizando su seguridad mediante:
- Comprobación del correcto llenado del globo
- Comprobación de las posibles fugas y su necesaria recolocación
- Verificación del nivel correcto en el indicador de inflado
- Detectar posibles complicaciones relacionadas con el proceso.
- Facilitar la adaptación de forma segura del paciente al dispositivo.

Resultados/Intervenciones

La actuacion está orientada a detectar necesidades, posibles complicaciones, información adecuada, proporcionando cuidados integrales con seguridad, disminuyendo los riesgos relacionados con el proceso.

Conclusiones

La actuación enfermera es de vital importancia durante todo el proceso al que se somete el paciente en la insercion, manejo y retirada de la sonda rectal flexi-seal

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 207

VARIABILIDAD ENTRE LOS VALORES DE GLUCOSA EN SANGRE CENTRAL Y CAPILAR EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Elena Sutil Rodríguez; I. Rodríguez Barrio; M. Casasola Fuentesauco; J. Martínez Sacristán
Hospital Virgen de La Concha

Objetivos/Introducción

Controlar la glucemia es importante dada la relación entre hiperglucemia e incremento de morbimortalidad en pacientes críticos. Existen diferencias en los valores en un paciente, a la misma hora dependiendo del tipo de muestra analizada, método y variables coexistentes. **OBJETIVO:** Determinar el tipo de muestra de elección para el análisis de la glucemia en pacientes adultos ingresados en UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio de evaluación de pruebas diagnósticas con diseño transversal en la UCI Polivalente del Hospital Virgen Concha de Zamora durante 1 año. Se realiza muestreo no probabilístico de conveniencia obteniendo una muestra de 106 determinaciones de glucemia (3 simultáneas por cada caso: capilar, venosa/arterial y plasmática), entre pacientes adultos de la unidad, usando como referencia aquellos valores obtenidos en laboratorio (gold estandar). Variables de estudio presentadas en tabla adjunta. Se realiza una estimación de coeficientes de correlación intraclase entre mediciones, con sus intervalos de confianza. Estimación de diferencias medias entre procedimientos con sus intervalos de concordancia. Elaboración de gráficos de Bland-Altman con los diagramas de dispersión medias-diferencias. Proyecto aprobado por el CEIm del Área de Salud de Zamora.

Resultados/Intervenciones

El coeficiente de correlación de intraclase fue bueno entre las distintas medidas: Glucemia capilar/laboratorio: 0,849 (IC: 95%: 0,785-0,894) Glucemia venosa o arterial /laboratorio: 0,890 (IC: 95%: 0,842-0,924) La diferencia de medias entre glucemia capilar/arterial o venosa es de -1,62, siendo la de capilar/laboratorio de 3,21 y la de venosa o arterial/laboratorio de 4,90 El diagrama de Bland- Altman mostró concordancia entre todos los valores. Hubo diferencias significativas p= 0,005 en los valores de glucemia capilar/laboratorio en pacientes tratados con Noradrenalina (NA), con una media de -13.

Conclusiones

Podemos esperar que la glucemia capilar infraestime a la glucemia venosa o arterial, mientras que todas sobreestiman a los valores de laboratorio. Existe una buena concordancia entre los valores obtenidos independientemente del tipo de muestra o método. La administración de Noradrenalina, puede disminuir los valores de glucemia capilar.

Financiación

Nuestro estudio es totalmente independiente, no presentando financiación.

Palabras clave

Glucemia • Glucómetro • Paciente Crítico • Unidad de Cuidados Intensivos

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

VARIABLES DE ESTUDIO				
DATOS DEMOGRÁFICOS	Sexo 64,2% varones	Edad 65	Talla 164	Peso 74
DIAGNÓSTICO	Pat. Cardio 6,6%	Pat. Digest. 28,3%	Pat. Neuro. 15,1%	Pat. Quirur. 2,8%
	Pat. Resp. 17,9%	Sepsis 8,5%	Pat. Trauma. 10,4%	Otros 10,4%
ANTECEDENTES MÉDICOS	HTA 45,3%	DM 8,5 %		
ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS O PERFUSIONES	NA 16 %	Corticoides 10,4 %	Perfusión Insulina 3,8 %	Suero glucosado 25,5%
NUTRICIÓN ADMINISTRADA	Ninguna 36,8 %	Enteral 38,7 %	Parenteral 20,8 %	Mixta 3,8 %
PRESENCIA DE EDEMAS	60,4 %			
VALORES DE GLUCEMIA	Capilar 154	Venosa 144	Arterial 162	Laboratorio 151

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 210

ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO Y CUIDADOS DE CATÉTERES VENOSOS Y ARTERIALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Alejandra Azahara Margüello Fernández; L. Pascual Sánchez; A. Urruchua Gutiérrez; H. Barrasa González; PM. Pelegrín Gaspar; I. Arce Gómez; B. González de Zárate Sáez de Castillo; A. Martín López; E. Gutiérrez Fernández
OSI Araba

Objetivos/Introducción

En la UCI se manejan diferentes tipos de catéteres venosos centrales (CVC) tanto de inserción periférica (CVCIP) como de inserción central (CVCIC) y catéteres arteriales. Dado que nuestra unidad se encuentra dividida en dos sedes diferentes dentro del hospital universitario de Álava (HUA) se hacía necesaria la realización de un documento que aunara la idiosincrasia de ambas sedes y que estandarizara las actividades del equipo multidisciplinar respecto a los CVC y catéteres arteriales.

Metodología/Observación clínica

Reuniones del grupo de trabajo multidisciplinar de accesos vasculares de UCI junto al equipo de terapia intravenosa del HUA. Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cinahl, OVID, Fisterra, Cochrane...) utilizando como palabras clave: acceso vascular, catéter central, PICC, acceso periférico, acceso central, CVCIP, CVCIC... etc. Revisión de guías de buenas prácticas en enfermería: RNAO, etc. Elaboración, difusión e implantación de un protocolo descriptivo en la UCI del HUA. Sesiones de formación.

Resultados/Intervenciones

Introducción Objetivo Personal Preparación del paciente Preparación del personal Cuidados extraluminales Cuidados intraluminales Equipos de administración Manejo de CVC en UCI Anexos Bibliografía

Conclusiones

La elaboración del protocolo ayudó y ayudará a trabajar de manera más sistemática y unificada, basándonos en la evidencia científica más actualizada.

Palabras clave

Protocolo • Catéter venoso central • Catéter arterial • Cuidados críticos • CVCIP • CVCIC • PICC

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 211

EMPLEO DE LA BIOIMPEDANCIA COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE FLUIDOS DEL PACIENTE CRÍTICO. ANÁLISIS DE UN CASO

Zuriñe Iñiguez de Ciriano Aldama; A. Ibáñez Fernández de Leceta; E. Díez de Ure Mulas; C. Ocáriz Frías; V. Sanz Porras; AA. Margüello Fernández; H. Barrasa González; I. Iriarte Hernández; I. Arce Gómez
OSI Araba

Objetivos/Introducción

La optimización de fluidos es esencial en el manejo del paciente crítico. Para ello, debemos conocer el balance hídrico (BH) diario. Utilizar únicamente la estimación del BH puede ser insuficiente para conocer la evolución real del agua corporal total (ACT). La medición diaria del peso y el análisis mediante bioimpedancia (BIA) pueden ser herramientas útiles para mejorar la gestión de fluidos.

Metodología/Observación clínica

Contextualización del control de líquidos en el plan de cuidados de enfermería. Descripción de la evolución del estado de hidratación de un paciente utilizando el BH, el peso y BIA diarios. Paciente de 22 años que ingresa tras exérisis de meningioma frontal gigante con desarrollo de shock distributivo y necesidad de resucitación agresiva con fluídos y vasopresores.

Resultados/Intervenciones

En un mes presentó una disminución de 34 Kg de peso, 29 de los cuales fueron de ACT. El BH acumulado estimó una perdida de 45 L. Los primeros 15 días de ingreso los cambios producidos en el peso fueron fundamentalmente a expensas del ACT. Posteriormente, se objetiva una disminución tanto de masa grasa como magra. Desde el 5º día el paciente se mantuvo con parámetros de normohidratación, a pesar de una reducción de 14 L del ACT, atribuido en parte a sarcopenia del paciente crítico. La variación de peso diario presentó una buena correlación (R 0,9) con el BH diario. Sin embargo, el BH acumulado del ingreso (-45 L) fue muy superior a la reducción del peso (-34 Kg) y del ACT (-29 L) registrados.

Conclusiones

La bioimpedancia junto con la medición diaria del peso son herramientas útiles para optimizar el estado de hidratación. El BH diario estimado puede ser buen reflejo de los cambios en el ACT. El BH acumulado del ingreso, sin embargo, puede sobreestimar estos cambios. El mantenimiento de la normohidratación conlleva un BH negativo diario.

Palabras clave

Bioimpedancia eléctrica • Balance hídrico • Peso corporal • Cuidados críticos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 212

COMPARACIÓN DE LA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL INVASIVA FRENTE A LA TOMA NO INVASIVA EN BRAZO Y PIERNA IPSILATERALES

Cristina Ocáriz Frías; V. Sanz Porras; AA. Margüello Fernández; H. Barrasa González; I. Iriarte Hernández; I. Arce Gómez; Z. Iñiguez de Ciriano Aldama; A. Ibáñez Fernández de Leceta; E. Díez de Ure Mulas
OSI Araba

Objetivos/Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) es imprescindible una medición precisa de la tensión arterial (TA) para el manejo de la situación clínica del paciente y la toma de decisiones respecto a su tratamiento y cuidados. Dado que en UCI las situaciones clínicas del paciente pueden ser muy variadas y no siempre es posible la toma de TA invasiva (TAinvasiva), quisimos comprobar la correlación entra la toma de TA no invasiva en brazo (TAbrazo), pierna (TApierna) y arteria invasiva para poder tener la posibilidad de elegir la forma y lugar de toma de TA más adecuada en cada situación.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo. Se realizaron 50 mediciones a pacientes portadores de sistema de medición de TAinvasiva. Se procedió a la medición de TA mediante tres sistemas:

1. TAinvasiva, considerada Gold Standard;
2. TAbrazo ipsilateral al dispositivo de toma de TA invasivo;
3. TApierna ipsilateral al dispositivo de toma de TA. La validez de estas mediciones se evaluó mediante el cálculo de la correlación de Pearson y el método estadístico Bland y Altman (B-A).

Resultados/Intervenciones

Se obtienen las siguientes correlaciones de Pearson: TAbrazo sistólica = 0,71; TApierna sistólica = 0,57. TAbrazo diastólica = 0,83; TApierna diastólica = 0,64. TAbrazo media = 0,8; TApierna media = 0,63. La medición en brazo es equivalente según el método B-A.

Conclusiones

Aunque los resultados muestran que existe correlación tanto en brazo como en pierna, sólo la medida en el brazo puede resultar equivalente a la TA invasiva.

Palabras clave

Tensión arterial no invasiva • Tensión arterial invasiva • Cuidados críticos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 213

ANÁLISIS DE 3 AÑOS DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LAS TROMBECTOMÍAS MECÁNICAS

Vanessa Sanz Porras; I. Iriarte Hernández; A. Ibáñez Fernández de Leceta; AA. Margüello Fernández; Z. Iñiguez de Ciriano Aldama; C. Ocáriz Frías; E. Díez de Ure Mulas; H. Barrasa González; I. Arce Gómez
OSI Araba

Objetivos/Introducción

La trombectomía mecánica (TM) es un procedimiento que se lleva a cabo en el angiógrafo por el servicio de radiología intervencionista a pacientes diagnosticados de accidente cerebral isquémico. Desde su inicio en 2015, se observó la necesidad de la presencia de personal de intensivos durante su realización (personal facultativo y dos enfermeras). Se decide analizar la actuación del equipo de intensivos.

Metodología/Observación clínica

Desarrollo del protocolo de actuación (actualizado 8 veces), hojas de registro específicas, y creación de un equipo con el material necesario. Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante registros durante 2017-2019 (realizadas 179 TM). Análisis de datos demográficos, tiempos de actuación, técnicas realizadas y tratamiento administrado por personal de intensivos. Datos expresados como media y desviación estándar.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 110 registros (60 hombres, 50 mujeres). Edad: 74±13 años. Tiempos de registro (minutos): 1. Llegada del paciente al angiógrafo: 7±9; 2. Llegada del equipo de intensivos: 7±6; 3. Actuación enfermera 1: 116±43 (2017), 102±52 (2018) y 92±41 (2019); 4. Actuación enfermera 2: 51±32 (2017), 67±36 (2018) y 73±41 (2019). Ratio enfermera paciente en unidad de cuidados intensivos (UCI): 2,3 (2017), 2,2 (2018) y 2 (2019). Refuerzo de enfermería en UCI: 40% (2017), 24% (2018) y 18% (2019). Porcentaje de intubación orotraqueal (IOT): 36,7% (2017); 28,6% (2018) y 18,4% (2019). Tratamiento administrado: Noradrenalina 42,7%; Sedación 60%: Ketamina 54,5%; Midazolam 39,1% y Propofol 20%.

Conclusiones

A lo largo de los años se observa una reducción de la duración media de los procedimientos, con una reducción de la necesidad de IOT, siendo el sedante de elección la Ketamina. La disminución de las cargas de trabajo en UCI permiten estar cada vez más tiempo 2 enfermeras, sin soporte de enfermera de refuerzo.

Palabras clave

ACV isquémico • Trombectomía mecánica • Cuidados críticos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 214

PROTOCOLO DE TOMA DE BIOPSIAS ECOGUIADAS POST MORTEM A PIE DE CAMA EN PACIENTES FALLECIDOS POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Berta de la Loma Fernández Gómez; MS. García Sanchez; V. Pozo García; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; P. Piñas Viñambres; I. Aceña Hernández; A. Vidal González; L. Prieto Pérez; T. Castro Sánchez-Bermejo
Hospital Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La pandemia originada por COVID 19 está causando un impacto a nivel mundial debido al índice de mortalidad. La escasez de necropsias dificulta la compresión de los mecanismos de lesión tisular y hace importante la elaboración de protocolos para asegurar la obtención de muestras de tejidos en pacientes fallecidos por COVID 19.

Metodología/Observación clínica

Desarrollar un protocolo de actuación enfermera para la correcta recogida de toma muestras mediante biopsia ecoguiada, para ello hemos realizado una revisión bibliográfica en base de datos pub-med, asi como el consenso entre el grupo de profesionales que realizan la técnica.

Resultados/Intervenciones

Por ello se optó por un protocolo estandarizado. En primer lugar se solicita consentimiento a un familiar. Las biopsias post mortem se realizan a pie de cama, ecoguiadas con agujas tru-cut 14G en tejido pulmonar, renal e hígado en pacientes ingresados en Unidad Vigilancia Intensiva (UVI) con infección por el SARS-Cov-2 confirmada mediante la RT-PCR del material recogido en un hisopo nasofaringeo (Viasure® SARS-Cov-2 Real Time PCR detection kit) La biopsia Tru-cut de 14G guiada con ecografía es una alternativa segura en la toma de muestras de tejidos en pacientes confirmados de COVID-19, aumentando la seguridad del personal y limitando las posibilidades de propagación del virus mediante el procedimiento.

Conclusiones

Hoy en día la práctica de biopsias post mortem en pacientes COVID 19+ supone un riesgo biológico para el personal sanitario, por ello es necesario un protocolo estandarizado que proporcione la seguridad de la toma de muestras y evitar el riesgo de propagación del virus durante el procedimiento. El método planteado es la vía que abre camino para el estudio histopatológico de la enfermedad causada por la infección SARS-COV-2.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 215

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE GLUCEMIA EN SANGRE CAPILAR, ARTERIAL Y BIOQUÍMICA

Itxaso Iriarte Hernández; V. Sanz Porras; A. Ibáñez Fernández de Leceta; AA. Margüello Fernández; C. Ocáriz Frías; E. Díez de Ure Mulas; H. Barrasa González; I. Arce Gómez; Z. Iñiguez de Ciriano Aldama; A. Urruchua Gutiérrez
OSI Araba

Objetivos/Introducción

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es imprescindible una medición precisa de la glucemia para el manejo de la situación clínica del paciente y la toma de decisiones. Ésta puede obtenerse mediante una punción capilar o una extracción sanguínea a través de un catéter, lo que implica desechar cierto volumen sanguíneo. Por esto, realizamos una comparación entre los valores obtenidos a través de los diferentes métodos para valorar las diferencias de las unidades de insulina (UI) a administrar.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo. Se realizaron 34 mediciones a pacientes portadores de catéter arterial. Se procedió a la medición de glucemias mediante cuatro métodos:

1. Medición capilar (Glucapilar);
2. Medición del catéter arterial desechando 1 cc (Gluart-1cc);
3. Medición del catéter arterial desechando 2 cc (Gluart-2cc); y
4. Bioquímica, que se consideró el Gold Standard. La validez de estas mediciones se evaluó mediante el cálculo de la correlación de Pearson y el método estadístico Bland y Altman (B-A).

Comparación de los valores de glucemia con los tres métodos y de las UI administradas según protocolo de la unidad. Variables cuantitativas expresadas como media y desviación estándar.

Resultados/Intervenciones

Se obtienen las siguientes correlaciones de Pearson: Glucapilar =0,97; Gluart-1cc =0,80 y Gluart-2cc =0,93. La glucemia capilar y la obtenida desechando 2 cc son equivalentes según el método B-A. Las diferencias observadas entre las glucemias medidas por las diferentes opciones respecto a la bioquímica y las dosis de insulina a administrar fueron: Glucapilar =3±9 mg/dL (diferencia UI 0±1), Gluart-1cc =35±25 mg/dL (1±2), Gluart-2cc =17±15 mg/dL (1±1).

Conclusiones

La correlación es aceptable para los tres métodos, siendo equivalentes Glucapilar y Gluart-2cc. Aunque en Gluart-1cc y Gluart-2cc puedan observarse diferencias en la glucemia, especialmente en Gluart-1cc, éstas no implican grandes cambios en la dosis a administrar de insulina.

Palabras clave

Glucemia capilar • Bioquímica • Glucemia arterial • Cuidados críticos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 216

DEFINICIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA ESTUDIANTES Y PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Itziar Arce Gómez; A. Ibáñez Fernández de Leceta; V. Sanz Porras; A. Rivera Hernando; Y. López de Audicana Jiménez de Aberasturi; M. Vila Gómez; P. López Reguero; E. Gutiérrez Fernández; L. Aparicio Cilla; AA. Margüello Fernández
OSI Araba

Objetivos/Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio que precisa de conocimientos muy específicos y variados para la realización de la actividad habitual con seguridad y eficacia. Dado que realizamos nuestra actividad en hospitales universitarios que reciben estudiantes de enfermería para su formación y que la rotación del personal del servicio de UCI es alta, se decidió la realización de un documento que definiera las competencias específicas necesarias para el desempeño del trabajo en dicha unidad y para la evaluación de los estudiantes.

Metodología/Observación clínica

Reunión del grupo de tutoras de las UCIs del Hospital Universitario de Álava (HUA) para el análisis de los problemas surgidos por la rotación de personal sin las competencias mínimas para la realización del trabajo en UCI. Reunión con la profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz para la definición de objetivos a lograr por los alumnos de enfermería durante sus prácticas en UCI. Elaboración, difusión e implantación de un documento de competencias mínimas a lograr para el desempeño laboral y la superación del prácticum universitario en las UCIs de la OSI Araba.

Resultados/Intervenciones

Estrategias pedagógicas. Actividades a realizar por objetivos de práctica clínica (competencias obligatorias, medias y avanzadas): Hemodinámica y cardiología. Politraumatizado. Neurocrítico. Analgo-sedación y delirio. Donación. Respiratorio. Nefrología. Digestivo. Movilización y procedimientos fuera de UCI. Lesiones asociadas a la dependencia. Seguridad. Enfermedades Infecciosas. Humanización.

Conclusiones

La utilización de este documento permite una evaluación más fiable con menos sesgos subjetivos, ofrece una guía de competencias a lograr para el personal de nueva incorporación y facilita al personal docente la tutorización de las prácticas clínicas de los alumnos.

Palabras clave

Competencias pregrado • Competencias postgrado • Cuidados críticos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 217

REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS CON SISTEMA DE TRAZABILIDAD GRICODE

Estibaliz Díez de Ure Mulas; A. Ibáñez Fernández de Leceta; AA. Margüello Fernández; V. Sanz Porras; H. Barrasa González; I. Iriarte Hernández; C. Ocáriz Frías; I. Arce Gómez; S. Otero San Martín; Z. Iñiguez de Ciriano Aldama
OSI Araba

Objetivos/Introducción

La transfusión de componentes sanguíneos se utiliza para tratar la anemia por pérdida de sangre, compensar el shock hipovolémico y/o para compensar deficiencias congénitas o adquiridas de la hemostasia. Se trata de una práctica habitual en las unidades de cuidados intensivos (UCI) debido a la situación clínica de los pacientes. Teniendo en cuenta que se trata de una técnica que requiere de mucha seguridad debido a los graves riesgos que conlleva una mala realización de la misma, se ha realizado una revisión del protocolo realizado por el servicio de Banco de Sangre, con el objetivo de facilitar y formar al personal de enfermería de la unidad sobre el correcto manejo del sistema de trazabilidad Gricode, añadido a este protocolo en su última actualización.

Metodología/Observación clínica

· Formación por parte del personal del Banco de Sangre.
· Revisión y difusión del protocolo en la UCI de la sede Santiago.
· Observación de la realización de la técnica hasta el momento.
· Reunión y coordinación de las personas referentes del área en la UCI.

Resultados/Intervenciones

· Sesión formativa al personal de enfermería.
· Material necesario.

Conclusiones

La revisión y difusión del protocolo ayudó a trabajar de manera más sistemática y unificada. Además, se ha conseguido una mejor coordinación entre el personal de la unidad y el banco de sangre.

Palabras clave

Transfusión sanguínea • Protocolo • Seguridad • Cuidados críticos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 218

IMPACTO DE LA HIGIENE EN SECO SOBRE LAS TASAS DE INFECCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Alejandra Azahara Margüello Fernández; A. Ibáñez Fernández de Leceta; E. Díez de Ure Mulas; V. Sanz Porras; Z. Iñiguez de Ciriano Aldama; H. Barrasa González; I. Iriarte Hernández; C. Ocáriz Frías; I. Arce Gómez; A. Martín López
OSI Araba

Objetivos/Introducción

La higiene diaria de los pacientes en UCI forma parte de las necesidades y los cuidados habituales. Desde la comisión de sostenibilidad del Hospital Universitario de Álava (HUA) se decidió cambiar el método de higiene habitual (agua y jabón) por manoplas desechables de higiene en seco para los pacientes que carecen de movilidad o autonomía. Dado este hecho se ha realizado un estudio para valorar el impacto de la higiene en seco en las infecciones intraUCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio cuasiexperimental pre-post de un cambio de metodología en la higiene de los pacientes en las UCIs del HUA, de mayo a diciembre de 2019 en comparativa con el mismo periodo del año anterior con higiene por el método tradicional (agua y jabón). Se revisaron las tasas de infección intraUCI en el periodo de mayo a diciembre de 2018, con el método de higiene con agua y jabón, y se compararon con las tasas durante el periodo de mayo a diciembre de 2019 con el método de higiene en seco con manoplas desechables.

Resultados/Intervenciones

Las tasas de infección fueron de: Neumonías asociadas a ventilación mecánica: 2.78 (2018), 0.62 (2019). Infecciones urinarias asociadas a sondaje vesical: 2.40 (2018), 1.33 (2019). Bacteriemias asociadas a catéter venoso central: 1.06 (2018), 0.52 (2019). Aunque a nivel individual la reducción de las tasas no fue estadísticamente significativa, el impacto sobre las infecciones intraUCI en su totalidad (que incluye las anteriores, entre otras) supuso la reducción estadísticamente significativa de las tasas de infección. Estas descendieron de un 4.82 a un 2.24 con un valor P de 0.033.

Conclusiones

Tras comprobar los resultados podemos decir que el uso de higiene en seco con manoplas desechables parece haber sido eficaz para la reducción de las infecciones IntraUCI en las UCIs del HUA.

Palabras clave

Infección • IntraUCI • Neumonía • ITU • Bacteriemia

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 219

COMPARACIÓN DEL PESO REAL FRENTE A ESTIMACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Amaia Ibáñez Fernández de Leceta; AA. Margüello Fernández; E. Díez de Ure Mulas; V. Sanz Porras; Z. Iñiguez de Ciriano Aldama; H. Barrasa González; I. Iriarte Hernández; C. Ocáriz Frías; I. Arce Gómez; S. Otero San Martín
OSI Araba

Objetivos/Introducción

En las unidades de cuidados intensivos es imprescindible una medición precisa del peso del paciente para la correcta dosificación de diversos fármacos (inotrópicos, sedantes, etc) minimizando las posibles complicaciones y disminuyendo el tiempo de ingreso. En nuestra unidad no disponemos de camas con sistema de pesaje, pero se cuenta con una grúa que permite obtener dicha medición. Diversos factores pueden condicionar que no siempre se pueda realizar esta medición, teniendo que realizar estimaciones de peso. Por ello, quisimos comprobar la correlación entre el peso real medido con grúa y la estimación del personal de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo. Se realizaron 31 mediciones de peso con grúa; y por cada medición, tres estimaciones diferentes por parte del personal de enfermería. La validez de estas mediciones se evaluó mediante el cálculo de la correlación de Pearson y el método estadístico Bland y Altman (B-A). Comparación de los valores de peso real con las tres estimaciones y en función del rango de pesos (mayor o menor de 80 Kg). Variables cuantitativas expresadas como media y desviación estándar. Nivel de significación 0,05.

Resultados/Intervenciones

Globalmente las diferencias observadas entre el peso estimado y el real fueron de 1±9 Kg, observando un error máximo en la estimación de hasta 24 Kg. En función del peso, los pacientes >80 Kg presentaron una diferencia significativamente mayor (5±11 Kg, p 0,01) que los que pesaban <80 Kg (1±7 Kg). La correlación de Pearson observada fue: 0,90 (estimación1), 0,93 (estimación2), 0,83 (estimación3) y 0,89 (estimaciónglobal). Las estimaciones se consideraron equivalentes según el método B-A.

Conclusiones

En nuestra serie se ha observado una buena correlación global en la estimación visual del peso, aunque con un error >20 Kg en algún caso. Los errores en la estimación son significativamente mayores cuando el peso es >80 Kg.

Palabras clave

Peso corporal • Cuidados críticos • Estimación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 220

PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN UCI

Ángela Esmeralda Belda Hernández; F. Vicente Martín; BM. Dueñas Moralejo; M. Paz Pérez
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

A pesar de que los hemocultivos resultan positivos únicamente en el diez por ciento de los pacientes con sepsis establecida, siguen siendo el mejor método diagnóstico de bacteriemia. La probabilidad de que unos hemocultivos positivos representen una verdadera bacteriemia aumenta significativamente cuando la muestra se obtiene adecuadamente. Un hemocultivo contaminado por una inadecuada técnica de extracción puede provocar además de un error diagnóstico y/o terapéutico, un incremento injustificado tanto de la estancia hospitalaria del paciente como de los costes para el Servicio de Salud. El objetivo fundamental de este trabajo ha sido la elaboración de una guía de actuación que permita al personal de Enfermería evitar la contaminación de las muestras optimizando y estandarizando la técnica de extracción de hemocultivos.

Metodología/Observación clínica

Con este fin se plantearon las siguientes preguntas para el estudio: ¿Cuándo debe extraerse un hemocultivo? ¿Cuántos hemocultivos? ¿Cuánto volumen de sangre para cada uno? ¿Qué material debo preparar? ¿Cuál es la técnica adecuada? ¿Cómo deben identificarse las muestras? ¿Cuándo deben enviarse al laboratorio? ¿Cómo deben conservarse?

Resultados/Intervenciones

Dichas preguntas se convierten en el esquema que guía la elaboración del Protocolo de Extracción de Hemocultivos en el paciente crítico.

Conclusiones

La respuesta a todas y cada una de ellas permite estandarizar y optimizar la técnica de extracción teniendo en cuenta las especiales características del paciente crítico y las dificultades que plantea la adecuada obtención de una muestra en un paciente con múltiples accesos vasculares. Como resultado de este trabajo se elabora un documento de fácil acceso que resuelve las dudas que puedan plantearse en el momento de la obtención de las muestras por parte del personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos.

Palabras clave

hemocultivos • UCI • técnica

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 221

PROYECTO FATIGA POR COMPASIÓN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID 19

Laura Madrigal González
Hospital Clínico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

La fatiga por compasión (FC) o desgaste por empatía, es un término acuñado en 1992 por Carla Joinson, que hace referencia al sentimiento de culpabilidad, frustración y rabia que sienten los profesionales sanitarios expuestos al dolor y sufrimiento de los pacientes a su cargo. El cuidado de los pacientes en sus últimos días se vive como una experiencia intensa e impactante para los profesionales sanitarios. Las personas que sufren este síndrome comparten características similares como fatiga crónica, debilidad, insomnio, irritabilidad, cambios de peso y falta de alegría. El colectivo más afectado son profesionales de enfermería, por a relación de confianza que se establece con el paciente durante el ingreso del paciente. En 2002 Figley definió la FC como "un estado de tensión y preocupación por traumas individuales o acumulados del cliente". La FC reduce el interés por soportar el sufrimiento de los demás. **OBJETIVOS:** Identificar e nivel de FC en los profesionales de enfermería. Detallar las variables sociodemográficas y laborales en relación con la incidencia de FC.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo dirigido al personal de enfermería que trabaja en un hospital terciario durante la pandemia COVID 19. La recogida de datos se hará a través de la escala validada ProQOL-vIV, rellenada de forma anónima y voluntaria. El análisis estadístico se realizará con el programa SSPS v24: las variables cuantitativas se presentarán con la media, la desviación típica y las puntuaciones minima y máxima y las cualitativas según su distribución de frecuencias. El Investigador principal declara respetar las normas en materia de bioética contenidas en la declaración de Helsinki; el Convenio de Oviedo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina y, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Palabras clave

empatia • ectapia • fatiga por compasión • burn out • satisfación por compasión • estrés secundario

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 222

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA (ERCP), ¿REALIDAD O FICCIÓN?

Joan Ramon Ricart Martin[1]; C. González Muñoz[1]; C. Blasco Solis[1]; B. Violant Gómez[1]; R. Condal San Martin[2]; D. Valenzuela Entrena[3]

1. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 2. Sistema d'Emergències Mèdiques; 3. Hospital Moisés Broggi

Objetivos/Introducción

La ECMO (Oxigenación por membrana extracorpórea) es un sistema extracorpóreo y temporal con soporte hemodinámico y/o respiratorio. La sangre drenada por una cánula en una vena central, pasa a través de un oxigenador de membrana extracorpóreo con una bomba centrífuga y es enviada de nuevo al organismo por una cánula insertada en otra vena (ECMO V-V) o una arteria (ECMO V-A). El CESAR (2011) evidenció un incremento de supervivencia en los casos tratados con ECMO durante la pandemia de gripe A (2009); por ello, el uso de la ERCP ha aumentado. Con la ECMO y la formación para su aplicación en prehospitalaria y intrahospitalaria, nace otra alternativa a la PCR (parada cardiorespiratoria) refractaria; permitiendo ganar un tiempo crucial para el tratamiento definitivo y/o para la preservación de órganos y la posterior donación. Objetivos: - Valorar la aplicabilidad de la técnica escogiendo al usuario indicado en el menor tiempo. - Valorar el incremento de la supervivencia o del mantenimiento de los órganos de los donantes aplicando dicha técnica. - Elaborar un protocolo de actuación adecuado a nuestra realidad ambiental, geográfica y de infraestructuras.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica sobre protocolos existentes en el transporte de estos enfermos complejos en las bases de datos: Pubmed, Medline, Elsevier y Scopus

Resultados/Intervenciones

Los pacientes seleccionados a los cuales se les ha aplicado ERCP protocolarizada disminuyen su mortalidad considerablemente: cuando la ERCP se inicia antes de los 30 minutos, la supervivencia alcanza el 50% frente a un 20% con la RCP (reanimación cardiopulmonar) convencional. Si se inicia entre los 30 y 60 minutos, esta llega al 30% con ERCP y un 9% con RCP.

Conclusiones

La ERCP es una técnica dificil que precisa recursos materiales y humanos formados académicamente, que demuestra beneficios en pacientes bien seleccionados mejorando su supervivencia con una actuación sistemática y protocolarizada (extrahospitalariamente y intrahospitalariamente) en el menor tiempo posible de instauración.

Financiación

Pendiente de aprobar

Palabras clave

ECMO • ECPR • ERCP • reanimación cardiopulmonar

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 224

¿EL NÚMERO DE TÉCNICAS INFLUYE EN EL TIEMPO DE ASISTENCIA HEMS?

Martin Torralba Melero; JA. Andujar García; RA. Campayo García; M. Ortega Ruiz; A. Prado Mira; JM. Gutiérrez Rubio; E. Garrido Abia
Helicóptero Sanitario 112 SESCAM-BABCOCK

Objetivos/Introducción

Los sistemas HEMS (Helicópteros de Emergencias Médicas Sanitarias) atienden de manera predominante patologías tiempo-dependiente. El personal sanitario no puede influir en los tiempos de vuelo, pero el tiempo de asistencia sanitaria si puede verse relacionado con el tipo de patología atendida, soporte técnico requerido y la experiencia del equipo sanitario responsable.Objetivo: Relacionar el número de técnicas médicas y de enfermería que han precisado los pacientes atendidos por el HEMS de Albacete con el tipo de patología, el tiempo de asistencia y la mortalidad.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes atendidos por el HEMS de Albacete durante el periodo 1 de enero de 2019 hasta 31 de diciembre de 2019. Se recogieron variables demográficas, clínicas y tiempos de asistencia. Se analizaron los datos con SPSS v24.

Resultados/Intervenciones

Se atendió a 469 pacientes. 284 pacientes fueron hombres (61%), la mediana de edad fue 66 años (RIQ 51-82), la mediana de técnicas realizadas fue 4 (RIQ 2-6) y el tiempo de asistencia mediano 41 minutos (RIQ 25-60). El número de técnicas realizadas se correlaciona con la patología del enfermo ($p<0.01$): los pacientes que más técnicas recibieron fueron los politraumatizados y los pacientes con patología médica no tiempo-dependiente. Tambien se relaciona mayor tiempo de asistencia con el mayor número de técnicas ($p<0.01$). Fallecieron 4.7% de los pacientes y de este total el 68.2% habían recibido 4 o más técnicas.

Conclusiones

Los pacientes que requieren más técnicas son los politraumatizados y la patología no tiempo-dependiente. Los pacientes fallecidos suelen requerir un mayor número de técnicas. Los tiempos de asistencia se ven alargados en función del número de técnicas llevadas a cabo, por lo que creemos que determinadas técnicas podrían ser realizadas en vuelo para acortar tiempos desde el contacto con el paciente hasta la transferencia al centro útil.

Palabras clave

Diagnostic Techniques and Procedures • Critical Care Nursing • Time Factors • Air Ambulance

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 225

LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y EL GUIADO ELECTROMAGNÉTICO COMO MÉTODO VÁLIDO PARA COMPROBAR LA CORRECTA POSICIÓN DE UNA SONDA GÁSTRICA PARA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS

Martin Torralba Melero; MC. Córdoba Nielfa
Hospital Universitario Albacete SESCAM

Objetivos/Introducción

En la actualidad el uso de una sonda gástrica hasta el estómago tiene dos finalidades: evacuar contenido gástrico o iniciar alimentación enteral. De las complicaciones que existen durante su colocación, la más importante es la colocación en pulmón con graves consecuencias para el paciente. Para comprobar la correcta posición de la sonda gástrica se utiliza la radiografía como prueba gold estándar. Compararemos la ecografía y un dispositivo de guiado como métodos de confirmación que reducirán los tiempos de inicio de nutrición enteral, el número de radiografías y la movilización de los pacientes críticos. Objetivo: Conocer la sensibilidad y especificidad de la ecografía y el sistema de guiado electromagnético como método válido de comprobación de la correcta colocación de una sonda gástrica en pacientes críticos.

Metodología/Observación clínica

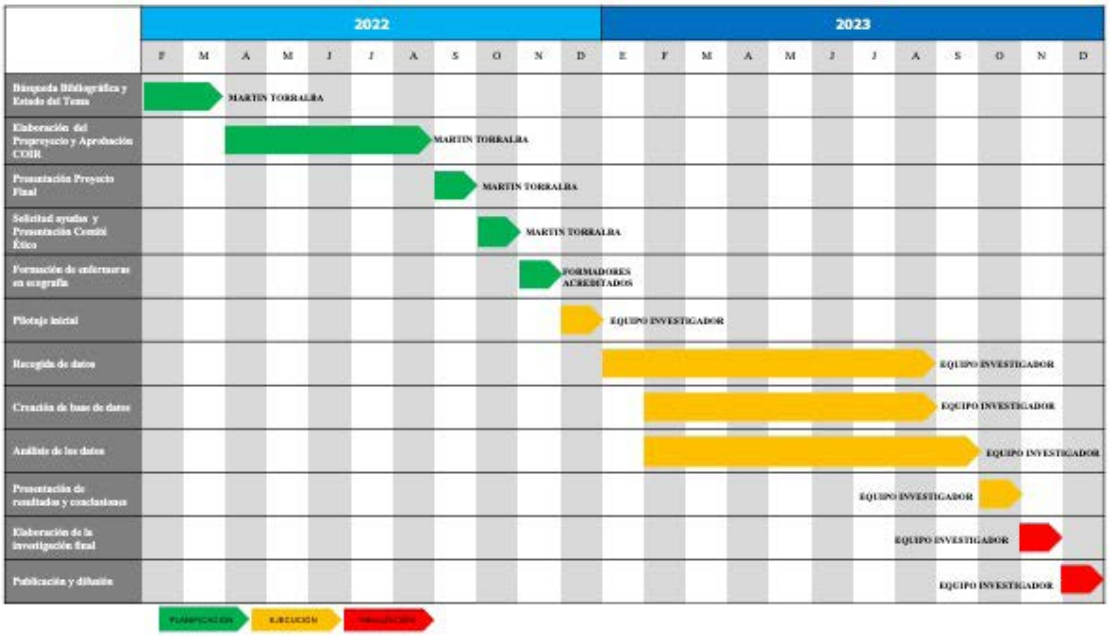
Proyecto observacional, prospectivo, de exactitud diagnóstica que se llevará a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Albacete durante un periodo de 9 meses. Los criterios de inclusión de los pacientes serán: mayores de 18 años en ventilación mecánica cuya colocación de la sonda gástrica sea para iniciar nutrición enteral. A todos ellos se colocará una sonda gástrica bajo control ecográfico tanto del cuello para ver su paso por esófago como con inyección de suero para comprobar su posicionamiento en el estómago. Después se realizará una radiografía de tórax para comprobar el posicionamiento de la sonda, sirviendo esta prueba como referencia y comparándola con los resultados de la ecografía abdominal. Además, se aprovechará este proyecto para analizar el método de pH del contenido gástrico y el uso de un dispositivo de guiado electromagnético de la sonda gástrica. Mediante el programa estadístico SPSSv24 se realizará un análisis estadístico descriptivo y analítico. En el análisis de validez y fiabilidad se utilizarán cocientes de probabilidad (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo).

Palabras clave

Intubation Gastrointestinal • Ultrasonography • Diagnostic Techniques Digestive System • Critical Care Nursing

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021



XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 226

SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA

Cristina Rojas[1]; JA. Clemente[1]; O. Rey[2]; L. Cairós[3]; E. Ortega[3]; AM. Pérez[1]

1. Hospital General de La Palma; 2. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria; 3. Centro de Salud de Santa Cruz de La Palma

Objetivos/Introducción

Durante un ingreso en una Unidad de cuidados intensivos (UCI), tanto el paciente como sus familiares pueden experimentar determinadas alteraciones físicas y/o psicológicas que puede derivar en cuadros mas complicados como ansiedad, depresión y estrés postraumático. Numerosos estudios ponen de manifiesto que, mejorando la comunicación entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares se puede reducir el impacto de estos trastornos e incluso mejorar los resultados de salud de los pacientes. Sociedades científicas recomiendan la información médica y enfermera. Objetivos: Describir el nivel de satisfacción que presentan los familiares en relación con la información que reciben durante el ingreso de su familiar en la UCI del HGLP. Analizar si el contenido de la información proporcionada y si este es comprendido suficientemente por los familiares. Evaluar si la información proporcionada con respecto a los cuidados de enfermería y los equipos tecnológicos es considerada adecuada por parte de los familiares.

Metodología/Observación clínica

La búsqueda bibliográfica se realizó entre los meses de enero y marzo de 2019 y siendo las bases de datos consultadas: PubMed, Cochane Library, Medes y Scielo. En la primera búsqueda se seleccionan los artículos en función del título y su relación con el tema de estudio, y en una posterior selección se atendió al contenido del resumen, resultados y conclusiones de los artículos encontrados. Finalmente se pasó a la lectura completa. Se incluyeron los publicados entre 2013 y 2019, redactados en inglés y español descartando los que no tratasen sobre el objeto de estudio. Tras este proceso se obtuvieron un total de 18 artículos seleccionados a partir de la primera búsqueda que ascendía a 614. La metodología que va a llevar a cabo es la propia de un estudio descriptivo transversal y prospectivo, entre los meses de enero y diciembre de 2021 en la UCI del Hospital General La Palma.

Financiación

Hospital General de La Palma

Palabras clave

Cuidados Intensivos • Familiares • Necesidades • Información

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 228

"TEMPS" UNA REGLA MNEMOTÉCNICA PARA EL ABORDAJE DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SOPORTE RESPIRATORIO

Joan Andreu Fons Llinàs; M. Maqueda Palau
Hospital Universitario Son Espases

Objetivos/Introducción

Introducción: Una persona con terapia respiratoria necesita unos cuidados que garanticen confort, seguridad, una adecuada oxigenación/ventilación y prever posibles complicaciones asociadas a la VM. Algunos de los eventos adversos que se producen en las unidades de vuidados intensivos están vinculados a esta terapia, por loq ue aumentan la morbi-mortalidad y prolonga la estancia hospitalaria.

OBJETIVOS:
· Proporcionar información estructurada/organizada de los ítems a tener en cuenta en pacientes con soporte respiratorio.
· Mejorar el cuidado de enfermería y seguridad del paciente.

Dirigido a: Profesionales de enfermería que trabajan con pacientes con soporte respiratorio. Población Diana: Pacientes con soporte respiratorio.

Metodología/Observación clínica

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica durante los meses de septiembre a noviembre del 2019 con el fin de responder a las preguntas: ¿El uso de la mnemotecnia es un buen recurso para mejorar el cuidado del paciente?, ¿Puede ser una herramienta de prevención efectiva para reducir eventos adversos?

Descriptores: lista de verificación, cuidados críticos, traspaso del paciente, seguridad del paciente, ventilación mecánica. Bases de datos: Cochrane, Embase, Google Academy, JBIconnect, Medline y Pubmed. Palabras clave: Critical Care, Checklist, Patient Handoff, Patient Safety, Mechanical Ventilation. Herramientas como mnemotecnias (CALIDAD/REPASOS), protocolos (FASTHUG) y "Checklists" han demostrado disminuir la morbilidad y mejorar la seguridad y la eficacia de los cuidados.

Resultados/Intervenciones

"TEMPS" es una regla mnemotécnica creada para facilitar un abordaje ordenado al paciente conectado a un soporte respiratorio, estructurado de la siguiente manera:

Tipo de vía aérea:
· ¿Qué dispositivo utiliza?
· Oro/Nasotraqueal, traqueostomía?
· VMI/VMNI/AF?

Estado General:
· Neurológico/Dolor (GCS/RASS/EVA/ESCID/EVN).
· Respiratorio (auscultación, trabajo respiratorio).
· Cardiovascular/Hemodinámico?

Modalidad y Parámetros Pautados Parámetros del Paciente:
· Parámetros/Presiones del paciente.
· Sincronía con la VM Seguridad:
· Alarmas/Límites -Prevención de complicaciones

Conclusiones

La utilización de esta herramienta estructurada ayudará a estandarizar la valoración del cuidado respiratorio y mejorará la atención al paciente con soporte respiratorio.

Palabras clave

Critical Care • Checklist • Patient Handoff • Patient Safety • Mechanical Ventilation

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 229

FASCITIS NECROTIZANTE POR ESTREPTOCOCO PYÓGENES CERVICO-TORÁCICA

Mª Luz Montero González; M. Morales Cifuentes; V. Arjona Díaz; E. Herrero Mayoral; MJ. Frade Mera
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La Fascitis Necrotizante por Estreptococo Pyógenes (FNEP) es una infección con elevada mortalidad por su rápida progresión a shock séptico. Descripción del caso: Paciente de 55 años con antecedentes de carcinoma de cavum (2016) en remisión, ingresa en UCI por FNEP cervico-torácica. **OBJETIVOS:** Describir evolución del paciente. Identificar principales patrones disfuncionales, Diagnósticos de Enfermería (DE) y cuidados más prevalentes durante ingreso en UCI.

Metodología/Observación clínica

Patrón Nutricional-metabólico: Colitis isquémica por bajo gasto, dieta absoluta 48h, nutrición parenteral 5 días, posterior nutrición enteral hasta alta. Disfagia moderada-severa. Desbridamiento más fasciotomía desde región cervical a submamaria y brazos a nivel deltoideo. Patrón eliminación: Insuficiencia renal aguda que requiere técnicas de depuración extrarrenal 5 días. Primera deposición a los 10 días, diarrea asociada a nutrición enteral 4 días. Patrón actividad-ejercicio: Shock séptico con IAM secundario, drogas vasoactivas 8 días(nitroglicerina, noradrenalina, vasopresina). Edema agudo de pulmón a las 24h, posterior distrés respiratorio, precisa ventilación mecánica 18 días, destete 11 días, con imposibilidad de traqueotomía por lesiones. Polineuropatía intensa, inicia rehabilitación a los 13 días y sedestación a los 17. Patrón cognitivo-perceptivo: Infusión mórfico 15 días para ESCID 0, Midazolam 8 días (RASS-4/-5), Propofol 8 días (RASS -2 a 0). Manejo de curas con: fentanilo, ketamina y midazolam.

Resultados/Intervenciones

Deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de infección de la herida quirúrgica (Destacar los cuidados de la herida quirúrgica: control del exudado, sangrado y prevención de la sobreinfección). Deterioro de la deglución. Deterioro de la eliminación urinaria. Diarrea. Riesgo de la disminución del gasto cardíaco. Riesgo de la disminución de la perfusión tisular cardíaca. Patrón respiratorio ineficaz. Respuesta ventilatoria disfuncional al destete. Limpieza ineficaz de vías aéreas. Deterioro de la movilidad física. Dolor agudo.

Conclusiones

Los pacientes con sepsis por FNEP presentan elevadas cargas de trabajo, al ser pacientes críticos en situación de shock y disfunción multiorgánica, con extensas lesiones por desbridamento.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 230

PROCEDIMIENTO DE TRÁNSITO DEL PACIENTE DE LA H-UCI A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MEDIANTE ROL DE ENLACE ENFERMERO

Teresa Liria Mellado; M. Galisteo García; J. Prieto Domínguez; M. Rey Sánchez; S. Delgado Pablos; F. Bentahar; G. Moreno Corchero; E. García Pablos; E. Soldevilla Juárez
Parc Sanitari Sant Joan de Déu Sant Boi del Llobregat

Objetivos/Introducción

El traslado de los pacientes de H-UCI a una unidad de hospitalización puede llegar a ser traumático, especialmente en personas ingresadas durante un largo periodo de tiempo. Pueden desarrollar el síndrome post UCI, que afecta entre el 30-50%. Los síntomas más frecuentes son el dolor (73%), miopatía (25-75%), alteraciones cognitivas (25-78%), depresión (28-37%), ansiedad (10-50%) y alteraciones del sueño. Para la familia puede suponer una alteración en las relaciones interfamiliares, provocando cambios de roles que agravan la situación de estrés. El objetivo principal del protocolo es asegurar que el proceso de traslado desde la H-UCI y su posterior adaptación a la unidad de hospitalización sea lo más fácil y seguro posible tanto para el paciente como para su familia, así como contribuya a una reducción de la ansiedad asociada al proceso de transición.

Metodología/Observación clínica

Previamente al alta el equipo informará de la dinámica de las unidades de hospitalización dónde enfermería iniciará la retirada de monitorización, sondas, y otros accesos venosos que no sean imprescindibles para el tratamiento y control teniendo en cuenta en todo momento el estado anímico del paciente. Se informará del traslado a la habitación que va, del nombre de la enfermera que lo recibirá y se realizará el acompañamiento hasta la unidad de hospitalización, se presentará al equipo y se explicará que se harán visitas tal y como están establecidas en el procedimiento.

Resultados/Intervenciones

Se registrará la visita realizada y percepción de la adaptación. Al ser un protocolo nuevo no disponemos de suficientes resultados.

Conclusiones

La figura de la enfermera de enlace es fundamental para garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería, así como también reducir al máximo el impacto directo de la morbimortalidad y calidad de vida del paciente, evitando en la medida de lo posible la aparición síndrome post-UCI.

Palabras clave

Paciente • Familia • Enfermero • Ansiedad • Transición

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 233

FORMACIÓN UCI EN TÉCNICAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DEL SARS COV 2

María Dolores Jiménez Santamaría[1]; GM. Casado Domínguez[1]; S. Sánchez Arévalo Morato[2]; AB. Vicente García[1]; A. García Ramos[1]; M. Cantalejo Ruano[1]; AB. Sánchez de la Ventana[1]; C. Bermejillo Segura[1]; M. Sánchez Manzanares[1]
1. Hospital Clínico San Carlos; 2. Hospital Universitario Severo Ochoa

Objetivos/Introducción

La pandemia producida por la Covid 19 ha provocado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la utilización de diversas terapias y técnicas con más frecuencia y destreza de la habitual. Las UCIs se han visto obligadas a incrementar el personal para dar respuesta a las nuevas necesidades. Mediante este estudio, queremos valorar el nivel de conocimiento que los profesionales de enfermería de la Uci Norte tienen sobre el manejo de ECMO (Membrana de Oxigenación Extracorpórea), VM (Ventilación Mecánica), TCDE (Técnicas Continuas de Depuración Extrarrenal) con citrato, NO (Óxido Nítrico) y la maniobra de DP (Decúbito Prono).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal (Enero 2021), unicéntrico. Se recogieron variables sociodemográficas evaluando el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería de la UCI Norte mediante un estudio creado ad hoc de 14 preguntas en la plataforma Google Forms. Las variables cuantitativas se expresan en media (desviación típica) y las cualitativas en porcentaje. Análisis mediante test Chi- cuadrado o test de Fisher para variables discretas y T de student para variables continuas. Nivel de significación $p<0.05$. Programa estadístico SPSS version 22

Resultados/Intervenciones

Ha participado un 78 % de los profesionales, 83,6 % mujeres, 50,9 % con experiencia de 5 años o inferior. El 85,5 % procederían adecuadamente en caso de decanulación accidental del paciente con ECMO, el 49,1 % conocen medidas de prevención de NAVM. Un 32,7 % de l@s profesionales sabe identificar cuando se está coagulando el filtro al aplicar TCDE, el 45,5 % conoce los cuidados del paciente sometido a terapia con NO y el 29,1 % conoce el procedimiento del DP.

Conclusiones

Más de la mitad de los profesionales que han participado presentan déficits formativos teórico-prácticos en actividades cotidianas de la UCI tales como VM, DP, TCDE y NO Es necesaria la implementación de medidas formativas dirigidas a profesionales de enfermería en la UCI.

Palabras clave

V.M.I • ecmo • prono • oxido nitrico • citrato

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 234

MONITORIZACIÓN DE LA PIC

Vanesa Bibiana Lorenzo Morera; C. Gaite Díaz
Hospital General de La Palma

Objetivos/Introducción

La hipertensión intracraneal (HIC) influye negativamente en el pronóstico del traumatismo craneoencefálico agudo (TCE), por lo que la monitorización continua de la presión intracraneal (PIC) es una importante guía terapéutica. Esta determinación se hace a través de sensores de fibra óptica que implanta el facultativo en el hemisferio dañado, tras su colocación, precisa valoración y cuidados continuos por parte de enfermería, quien ayuda a identificar cambios en la clínica del paciente y controlar la presión de perfusión cerebral (PPC). Al tratarse de un paciente neurocrítico que requiere una intervención multidisciplinar el presente trabajo pretende servir de guía a los profesionales sanitarios.

OBJETIVO GENERAL

Describir las indicaciones de monitorización de la PIC

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Indicar las principales vías de monitorización de la PIC Enumerar las medidas para el control de la PIC

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática durante los meses de Septiembre y Enero de 2020-2021 en las bases de datos Pubmed, Scielo y Google Académico realizando también lectura crítica de protocolos y guías de práctica clínica con evidencia científica. Se establecieron las palabras clave en las bases de datos y ajustamos los criterio de búsqueda: año, idioma y diseño del estudio para finalmente seleccionar en base a criterios de inclusión/exclusión preestablecidos.

Resultados/Intervenciones

Realización de una guía en el que se detallan indicaciones, material de monitorización y medidas generales para el control de la HIC.

Conclusiones

La evidencia científica sugiere que la monitorización de la PIC está indicada principalmente en el traumatismo craneoencefálico,Ictus isquémico y hemorragias cerebrales. Establece el catéter intraventricular como el estándar de referencia para monitorizar la PIC y con la ventaja añadida de que permite tratar la HIC con el drenaje del LCR.En relación con las medidas de control, las divide en niveles de actuación, desde los cuidados básicos de enfermería hasta el tratamiento médico invasivo.

Palabras clave

Hipertensión intracraneal • Enfermería • Cuidados críticos • Monitorización • Paciente neurocríticos

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Comunicaciones póster

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 235

USO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE GAFAS NASALES DE ALTO FLUJO EN UNIDAD DE CRÍTICOS

Laura García Fernández, Barzana Barzana B., Arias Castaño B., Iglesias Fraga B.
HUCA

Objetivos/Introducción

La oxigenoterapia de alto flujo con cánula nasal es una alternativa a la oxigenoterapia convencional de reciente introducción. Este sistema funciona con una mezcladora de oxígeno y aire que permite aplicar una FIO2 del 21% al 100%, generando velocidades de flujo de hasta 60 litros por minuto. Estos sistemas se usan en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda pues ofrecen una opción de control de la disnea y oxigenación eficiente con una tolerabilidad alta. El grado confort es significativo y su aplicación y aprendizaje fácil. Es importante conocer los cuidados de enfermería que se deben aplicar en esta terapia.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica: MEDLINE Plus de artículos publicados con las palabras clave “gafas nasales de alto flujo” e “insuficiencia respiratoria aguda”. También hemos revisado artículos de la revista de medicina intensiva elsevier así como la propia experiencia personal y profesionalen nuestra unidad de críticos.

Resultados/Intervenciones

Las CNAF son una práctica nueva y una opción terapéutica diferente que aporta beneficios en pacientes con cuadros de Ira. La introducción temprana de las CNAF ha demostrado la reducción de las tasas de intubación en pacientes con IRA. En este trabajo vamos a describir los cuidados de enfermería que aplicamos en esta terapia así como los parámetros 1ue valoraremos y vigilaremos.

Conclusiones

La terapia con CNAF es una buena alternativa en pacientes con IRA ya que permite una mejoría de la oxigenación, disminución del trabajo respiratorio y mayor confort de lo pacientes. El papel de la enfermería en la aplicación d esta terapia es importante para la eficacia de la misma. Los profesionales de enfermería deben conocer los cuidados a aplicar y tener en cuenta.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 236

¿CÓMO HAN VIVIDO LOS PROFESIONALES ENFERMEROS DE UCI LA (DES)HUMANIZACIÓN EN TIEMPOS DE COVID? DIFERENCIAS ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA OLA

Irene Montero Nuñez; J. Mateo Rovira; L. Orellana Muñoz; L. Lozano Olmo; L. Gallego Aguirre
Hospital Univeristàri St. Joan de Reus

Objetivos/Introducción

El impacto emocional derivado de esta pandemia es uno de esos elementos que nos han sobrevenido sin que estuviéramos preparados para ello y a los que nos hemos visto expuestos todos, no solo los pacientes y familiares, sino también los profesionales que los atendemos. Desde el comienzo de la crisis, como personal sanitario, nos preocupó profundamente el aislamiento al que se vieron sometidos los pacientes afectados y la desconexión radical con sus familias. Creemos que no se gestionó bien y propició un sufrimiento añadido a las personas que no tenían información de la evolución de sus seres queridos, que no podían verlos y en el peor de los casos ni despedirse en una muerte en soledad.

Metodología/Observación clínica

Este cuestionario va dirigido a las enfermeras de UCI para poder valorar como han vivido la humanización, o más bien, la des-Humanización en tiempos de Covid-19. Se pasó una primera encuesta en Julio de 2020 a 25 personas que estuvieron trabajando en la “Primera ola” de marzo a mayo obteniendo unos resultados muy distintos a los que, al pasar de nuevo la misma encuesta, entre diciembre y enero de 2020, a los profesionales que han sufrido la “Segunda” en relación a la experiencia vivida y en relación a la Humanización en nuestras UCÍs.

Resultados/Intervenciones

Hemos observado la diferencia de emociones vividas entre la primera y la segunda “ola” ya que los profesionales se muestran con menos miedo y más abiertos a poder incluir medidas de humanización en nuestra unidad como dejar pasar a los familiares de pacientes IgG+.

Conclusiones

Después de la experiencia vivida y con los conocimientos que tenemos ahora, con el paso de los meses y conocer un poco más la enfermedad y sus consecuencias, hemos dado algo de flexibilidad a ese hermetismo inicial en favor a la nuestros pacientes y a sus familias

Financiación

Hablamos de un proyecto de coste económico 0

Palabras clave

enfermería • humanizaciónde los cuidados en UCI • Covid-19 • primera ola • segunda ola

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 237

NIVEL DE RESILIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA

Yanira Acosta Pérez; JA. Clemente Concepción; C. Rojas Linares
Área de Salud de La Palma

Objetivos/Introducción

En el campo de la enfermería es cada vez más habitual investigar sobre la resiliencia, porque se ha comprobado los beneficios que esta aporta contra las adversidades y el estrés, este tema cobra más importancia si tenemos en cuenta el ambiente hostil en el que se mueven los enfermeros durante sus jornadas de trabajo, por todo esto, se llega a considerar la resiliencia como una característica esencial para el desarrollo de la asistencia sanitaria diaria. El objetivo del estudio será evaluar el nivel de resiliencia de los enfermeros del Hospital General de La Palma, así como comparar los diferentes niveles de resiliencia entre servicios y examinar la relación de las variables demográficas con los niveles de resiliencia.

Metodología/Observación clínica

El presente proyecto se realizará mediante un estudio descriptivo, observacional y de carácter transversal. Como instrumentos de medida utilizaremos el cuestionario de Resiliencia de Walding y Young, con diferentes variables demográficas. La población de estudio la compone el personal de enfermería del Hospital General de La Palma, se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple para seleccionar los 161 sujetos necesarios para el estudio.

Palabras clave

Resiliencia • Personal de enfermería • Afrontamiento

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 239

PREVALENCIA DE UPP EN UCI

Vanesa Hurtado Rubio; C. Artajona Ladrón; JJ. Acero Bello; MB. Vicente de Vera Bellostas
Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos/Introducción

En el año 2017 comenzamos a estudiar las úlceras por presión (UPP) en nuestro servicio. Los objetivos que nos planteamos son:

· Establecer la prevalencia de UPP.
· Describir las características de los pacientes y las lesiones identificadas.
· Promover la prevención de UPP.
· Mejorar la evolución y curar las UPP.
· Unificar criterios en el tratamiento y prevención de UPP.

Metodología/Observación clínica

Realizamos una recogida de datos transversal mediante el formulario F74 Z2(E) M UT REGISTRO DE ULCERAS POR PRESIÓN UPP R32 elaborado por el grupo de calidad desde el 1 enero de 2018 hasta el día de hoy, habiendo modificado en varias ocasiones dicho registro para su actualización y mejora. La población a estudio son todos aquellos pacientes que ingresan en nuestra unidad, ascendiendo a 661 en el año 2018 y 688 en el año 2019. Las variables estudiadas son:

· Estados de la piel en el momento del ingreso
· Tiempo de demora en la colocación de superficies especiales de manejo de presión (SEMP) dinámicas o estáticas
· Escala Norton
· Estado nutricional

Resultados/Intervenciones

Las medidas de prevención que utilizamos son:

· Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en zonas de riesgo de sufrir UPP
· Utilización de SEMP estáticas o dinámicas
· Movilización del paciente por turno siempre que su estado lo permita
· Proteger zonas susceptibles de humedad con película barrera
· Evitar el uso de pañal de forma sistemática

En 2018 con 661 pacientes, el 6,35% desarrolló UPP. En 2019 hubo 688 pacientes, el 4.5% desarrolló este problema. En el año 2018 sólo contábamos con siete SEMP para las 12 camas y en 2018 se nos dotó de dos colchones mas.

Conclusiones

Comparamos nuestros datos con los publicados en el 5ºEstudio de prevalencia de UPP y podemos ver que la prevalencia en pacientes adultos ingresados en UCIs es del 14,9% siendo la nuestra del 6,35% durante el año 2018 y del 4,5% en 2019.

Palabras clave

Prevalencia • UPP • SEMP • Piel

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 240

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA ANTE LA HIPOXEMIA SECUNDARIA A LA RECIRCULACIÓN SANGUÍNEA DEL PACIENTE PORTADOR DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN VENO VENOSA (ECMO VV)

Borja Violant Gómez[1]; JR. Ricart Martin[1]; C. González Muñoz[1]; C. Blasco Solis[1]; R. Condal San Martin[2]; D. Valenzuela Entrena[3]

1. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; 2. Sistema d'Emergències Mèdiques; 3. Hospital Moisés Broggi

Objetivos/Introducción

La recirculación es una de las complicaciones más importantes y frecuentes durante el manejo de los pacientes sometidos a ECMO VV, disminuyendo su efectividad y aumentando su duración y la morbimortalidad. Es causada por el drenaje de la sangre ya oxigenada que está siendo infundida a través de la cánula de retorno, lo cual favorece que los pacientes continúen hipoxémicos a pesar de buenos flujos de bomba. En este fenómeno influyen: la distancia entre las cánulas de drenaje y de retorno, el flujo de sangre de la ECMO y el GC (gasto cardiaco). Su prevención, detección y resolución, requiere de respuestas rápidas de enfermería formada adecuadamente.

OBJETIVOS:

· Establecer pautas de actuación para la prevención de la recirculación.
· Dar a conocer los signos y señales para su identificación.
· Elaborar actuaciones de enfermería que ayuden a resolver esta complicación.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica a través de las bases de datos: MEDLINE, EMBASE y PsycINFO, referentes a la recirculación en ECMO VV, para la elaboración del protocolo.

Resultados/Intervenciones

INTERVENCIONES:

· Acciones preventivas: Valoraremos el correcto posicionamiento de las cánulas, saturación premembrana adecuada, relación SpO2/SvO2 apropiada y flujos estables.
· Acciones diagnósticas: Identificaremos la desaturación acompañada de SvO2 >80%, negativización de presiones de extracción, aumento de la saturación premembrana, disminución del flujo, diferencia en la coloración de las líneas, migración de las cánulas.
· Acciones terapéuticas: Realizaremos una prueba de rampa para valorar si la tasa de recirculación es flujo/dependiente sabiendo así si la hipovolemia es una variable relevante y necesita volumen.
· Consideraremos un cambio suave de posición de las zonas de canulación, observando si mejora.
· Valoraremos la posibilidad de un reposicionamiento o recambio de cánulas.

Conclusiones

Este protocolo pretende proporcionar una ayuda cognitiva, clara y precisa para mejorar el manejo global de la situación. Disminuyendo así los errores y reduciendo la ansiedad ante el fenómeno de la recirculación en dicho paciente en ECMO VV.

Financiación

Pendiente de aprobar

Palabras clave

ECMO • recirculación • hipoxemia • protocolo • enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 241

MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA UCI MÉDICA DEL HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA

Beatriz Romanos
Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos/Introducción

Los pacientes llegan en situación crítica a la UCI y necesitan una rápida actuación para su estabilización. La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la especialización y tecnificación de los cuidados. El objetivo del proyecto fue recibir, acoger y facilitar la integración del personal de enfermería de nueva incorporación.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un estudio descriptivo transversal del personal de nueva incorporación entre los meses de mayo y diciembre de 2019. Se obtuvo una muestra de 20 encuestas, siendo todas anónimas. Estas fueron entregadas al inicio de su incorporación y otra encuesta una vez que conocieron y leyeron el manual de acogida. Se obtuvo la prevalencia en la satisfacción del personal de nueva incorporación, representado en gráficas circulares y diagrama de barras.

Resultados/Intervenciones

El 47% no había tenido ninguna experiencia previa en UCI y otro 26% tiene menos de un año de experiencia en otras UCIS. El 52% considera que se necesitan más de 6 meses para estar capacitado. El 36% refiere su llegada como complicada y otro 36% como estresante. El 48% no se siente con las capacidades técnicas necesarias para desempeñar el trabajo y otro 47% sólo a veces. Todos recurren a la enfermera veterana y les ha resultado útil el manual.

Conclusiones

La llegada a la UCI se vive en la mayor parte de las veces como complicada o estresante, a pesar de que más del 50% del personal de nueva incorporación tienen más de 10 años de profesión.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 242

EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL, NUESTRO MEJOR ALIADO FRENTE A LOS RIESGOS QUE NO SE VEN

Clara Gaite Díaz[1]; N. Marichal de la Rosa[1]; VB. Lorenzo Morera[1]; J. Mosquera Pérez[2]; MC. Acosta Pérez[1]
1. Hospital General de La Palma; 2. Centro Salud Santa Cruz de la Palma

Objetivos/Introducción

Los virus y bacterias, son microorganismos que debido a su tamaño microscópico, no las podemos ver. Algunos de ellos son beneficiosos para nuestro organismo, pero otros pueden provocar serias enfermedades. Actualmente estamos atravesando una pandemia mundial, causada por el SARS-COV2, y por tanto debemos buscar la mejor manera de protegernos frente a ellos.

OBJETIVO:
· Comprender las vías de transmisión del SARS-COV2.
· Conocer el tipo de EPI que existe actualmente en nuestro hospital.
· Identificar los riegos en la puesta y retirada de los mismos.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una búsqueda de literatura científica sin delimitación cronológica en las siguientes bases de datos: Science direct, Dialnet, Cochrane. Además de realizar un rastreo de normas y recomendaciones de entidades gubernamentales nacionales e internacionales, sobre el uso del adecuado EPI para evitar contagios por COVID-19. El análisis de los datos fue realizado en 2 etapas:
· identificación y categorización de la literatura científica
· análisis de contenido como criterio informativo y clasificatorio.

Resultados/Intervenciones

Se han seleccionado 10 documentos, entre normativa y recomendaciones de entidades gubernamentales y artículos científicos.

Conclusiones

El entrenamiento activo del personal ha conducido a menores errores en comparación con el material educativo y para ello, hemos realizado una serie de talleres enfocados a la formación del personal en la puesta y retirada de los EPI y el material necesario para hacer frente a la pandemia, asegurando que el trabajador sea conocedor de los riesgos que conlleva la exposición al virus y evitar así el contagio de nuestro personal. Con la realización de este plan informativo conseguimos un personal bien formado y concienciado en los riesgos ocasionados en la puesta y retirada de los EPI, y por consiguiente en la exposición frente al virus. Cubrir más partes del cuerpo puede producir una sensación de mayor protección, pero a menudo dificulta su retirada y produce un aumento de contagios.

Palabras clave

equipo de protección individual • SARS-COV2 • enfermedades infecciosas • prevención • COVID-19 • pandemia

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Comunicaciones póster

EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, NUESTRO MEJOR ALIADO FRENTE A LOS RIESGOS QUE NO SE VEN

GAITE DÍAZ, C.; MARICHAL DE LA ROSA, N.; LORENZO MORERA, V.B.; MORGUERA PEREZ, J.; ACOSTA PEREZ, M.C.

Esquema de RETIRADA EPI

¡YA ESTAS FUERA!!

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 243

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO ANTE LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL

Elena Alfageme Sastre[1]; M. González Cebrián[1]; M. García Casares[1]; P. Miguel Gómez[1]; L. Corrionero Martín[1]; ML. García Prieto[1]; S. Pascual Sánchez[2]; B. Benéitez Turrión[1]

1. Hospital Clínico Universitario de Salamanca; 2. Centro de Salud María Auxiliadora de Madrid

Objetivos/Introducción

Con frecuencia muchos de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados críticos necesitan ser intubados para recibir tratamiento con ventilación mecánica invasiva. Una de las principales causas es la insuficiencia respiratoria aguda (IRA), que surge como una complicación de otras patologías agudas. Existen estudios que relacionan la OAF con la prevención, realización de la técnica y éxito en la retirada de la IOT. Actualmente, la pandemia provocada por el COVID-19, ha incrementado el uso del soporte respiratorio no invasivo. Nuestro objetivo a través de este trabajo es el de conocer los beneficios y límites que la OAF puede tener sobre la IOT.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de artículos científicios obtenidos de las principales bases de datos.

Resultados/Intervenciones

El uso de OAF con cánulas nasales durante la maniobra de IOT ha demostrado beneficios en comparación con la preoxigenación convencional a través de mascarilla con bolsa-autoinflable tipo AMBU como sistema de oxigenación pasiva con un gas con óptimas condiciones. Muchos estudios coinciden en que la OAF muestra menor necesidad de IOT en pacientes con IRA que los tratados con oxigenoterapia convencional; sin embargo, no encontraron diferencias significativas en comparación con la ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Diferentes estudios han demostrado que la OAF reduce el fracaso respiratorio post-extubación y, en este caso, es mejor terapia que la oxigenoterapia convencional, pero no muestran diferencias significativas respecto a la VMNI.

Conclusiones

La OAF se presenta como una terapia eficaz en la preoxigenación en maniobras de IOT y puede reducir la necesidad de IOT y el fallo respiratorio tras una extubación programada. Los estudios coinciden en que es necesario realizar más ensayos clínicos que ayuden a demostrar esto. La formación de enfermería es importante para la mejora en los procedimientos y ofrecer cuidados de calidad de forma segura.

Palabras clave

Intubación • OAF • Ventilación mecánica

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 244

LAS RONDAS DE SEGURIDAD: EVOLUCIÓN DE SUS INDICADORES EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Antonio Sánchez Gallardo; MªD. González Caro; MªL. Cantón Bulnes; A. Arenzana Seisdedos
Hospital Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Las Rondas de Seguridad (RS), son una herramienta del Plan de Seguridad Integral para promover y fortalecer la cultura de seguridad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Describir gráficamente los resultados de las RS en nuestra UCI, desde su implantación en abril-2017 hasta diciembre-2019, y destacar cómo las rondas de seguridad son una oportunidad para detectar tanto los incumplimientos como buena práctica, en la aplicación de los “bundles” (paquetes de medidas de prevención) que se deben realizar para aumentar la profesionalidad de los cuidados en las UCIs.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en una UCI polivalente sin ingresos coronarios. Se analizaron los indicadores de las RS y la evolución de los bundles a lo largo del periodo indicado.

Resultados/Intervenciones

Se han realizado 12 RS a 300 pacientes. Con 17 ítems analizados. Se observa la evolución gráfica de los valores en los indicadores estudiados y como se modifican los mismos: Eliminando los ya interiorizados como práctica habitual, como es el caso de presencia de solución hidro-alcohólica para higiene de manos. Añadiendo nuevos: La identificación de toda la documentación del paciente y el estado de las superficies de aire alternante. Insistiendo en los no alcanzados a pesar de su importancia estratégica: el listado de objetivos diarios.

Conclusiones

Las RS tienen que servir para tomar conciencia de la importancia del cumplimiento de todos sus ítems, es con ello como avanzaremos en la reducción de eventos adversos para nuestros pacientes.

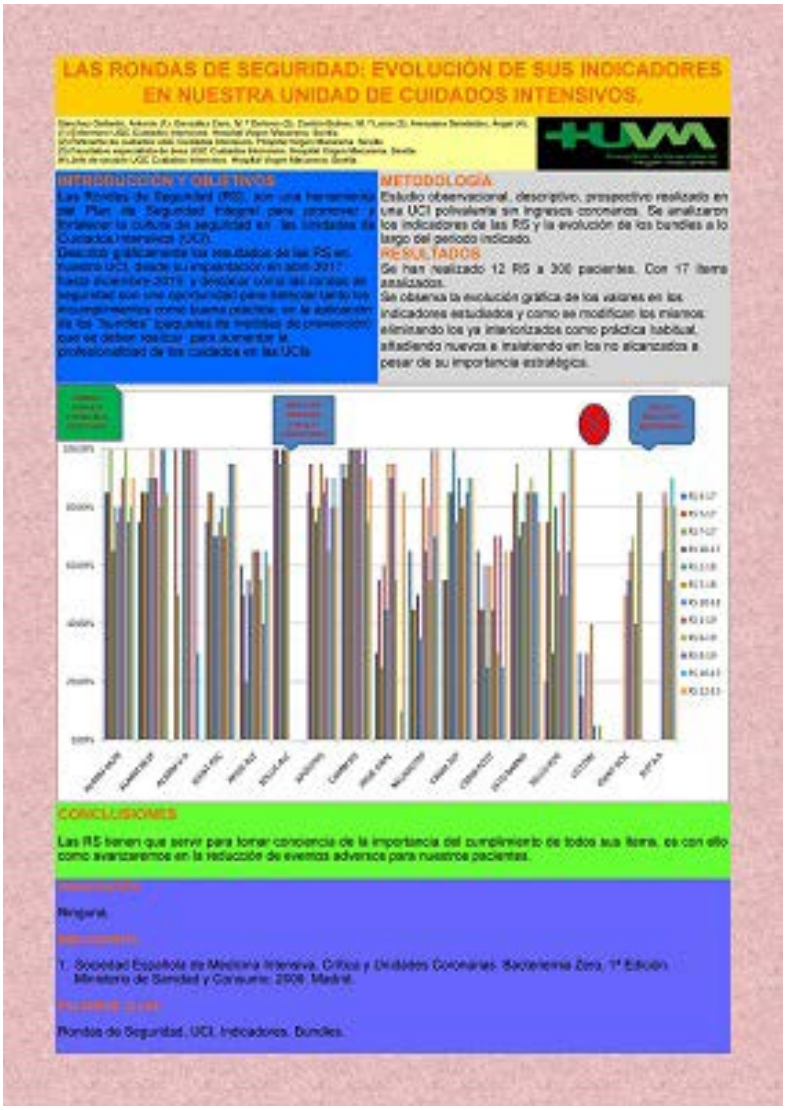
Palabras clave

Rondas de Seguridad • UCI • Indicadores • Bundles.

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Comunicaciones póster



LAS RONDAS DE SEGURIDAD: EVOLUCIÓN DE SUS INDICADORES EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

[illegible]

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las Rondas de Seguridad (RS), son una herramienta del Plan de Seguridad Integral para promover y fortalecer la cultura de seguridad en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Describir gráficamente los resultados de las RS en nuestra UCI, desde su implantación en abril 2017 hasta diciembre 2019, y describir como las rondas de seguridad son una oportunidad para detectar tanto los incumplimientos como buenas prácticas, en la aplicación de los "bundles" (paquetes de medidas de prevención) que se deben realizar, para aumentar la profesionalidad de los cuidados en las UCIs.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en una UCI polivalente sin ingresos coronarios. Se analizaron los indicadores de las RS y la evolución de los bundles a lo largo del periodo indicado.

RESULTADOS

Se han realizado 12 RS a 300 pacientes. Con 17 ítems analizados.

Se observa la evolución gráfica de los valores en los indicadores estudiados y como se modifican los mismos: eliminando los ya interiorizados como práctica habitual, añadiendo nuevos e insistiendo en los no alcanzados a pesar de su importancia estratégica.

CONCLUSIONES

Las RS tienen que servir para tomar conciencia de la importancia del cumplimiento de todos sus ítems, es con ello como avanzaremos en la reducción de eventos adversos para nuestros pacientes.

[illegible]

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Bacteriemia Zero. 1ª Edición. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Madrid.

PALABRAS CLAVE

Rondas de Seguridad, UCI, Indicadores, Bundles.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 245

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET), VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BRIEFING DE CONSENSO ENTRE EL EQUIPO MÉDICO Y ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (HUVV)

Y. Aranda Delgado; R. Hernández Ballesteros; MA. García González; MJ. Molero Pardo; B. Sanz Pacheco
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET en adelante) es un tema que continúa presentando complicaciones en cuanto a su análisis. **OBJETIVOS:** Análisis del número de pacientes a los que se le aplica terapia LET evaluando la participación del personal de enfermería en la toma de decisiones.

Metodología/Observación clínica

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo realizaron en el hospital universitario Virgen de la Victoria (HUVV). Se revisaron 223 historias clínicas de pacientes fallecidos en la unidad de cuidados intensivos.

Resultados/Intervenciones

Resultados: del total de la muestra, 223, siendo un 62,33% hombres y 37,67% mujeres con una edad media de 67,03 años. El motivo de ingreso predominante fue la parada cardiorrespiratoria (14,80%) seguida del accidente cerebro vasculares (ACV) (7,17%). A 82 pacientes (61,88%) no se le practica límite del esfuerzo terapéutico frente a 122 (36,77%) que si se le realiza, hay 3 pacientes (1,35%) que no consta en la historia clínica. 164 pacientes (73,54%) no tenían voluntades anticipadas frente a 12 (5,30%) que si la tenía, 47 pacientes (21,08%) no consta en la historia. En ninguna de las historias clínicas consultadas de los 223 consta el consenso con enfermería.

Conclusiones

Conclusiones: Las unidades de cuidados críticos tienen en su poder equipos altamente capacitados en cuanto a actitud y aptitud. El trabajo en equipo se basa en el tratamiento y la toma de decisiones de forma multidisciplinar entre Intensivistas y Enfermería. Podemos concluir que en dicha UCI los cuidados LET son altamente realizados como muestra de la gran humanización del equipo. Por otro lado, informar de la reticencia que aún existe a realizar el registro de voluntades anticipadas, y la poca participación de enfermería en dichas decisiones, incluso no constando apenas en dichos informes.

Palabras clave

limitación del esfuerzo terapéutico • voluntades anticipadas • consenso • enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 248

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA POLINEUROPATÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Teresa Castro Sánchez-Bermejo; M. López Pazos; C. Moreno Cerrada; C. Calcerrada Baeza; S. García Sánchez; P. Piñas Viñambres; BL. Fernández Gómez; SI. Jiménez Luque; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La polineuropatía del paciente crítico (PPC) es un cuadro que cursa con debilidad generalizada en el enfermo ingresado en UCI. Esto condiciona el retraso en la evolución de los pacientes, dificultando el destete de la ventilación mecánica y perpetuando la inmovilización, la atrofia muscular y otras complicaciones. De esta manera, se prolonga la estancia y morbimortalidad en UCI. El objetivo de esta revisión bibliográfica consiste en conocer la evidencia científica actual sobre la PPC puesto que es una patología que afecta al 40% de los pacientes ingresados. Más específicamente, busca conocer las herramientas y estrategias de prevención del personal de Enfermería para lograr un destete precoz y reducir la estancia en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda sistemática a través de las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Google Academy y Enfispo durante los meses de noviembre y diciembre de 2019, y enero de 2020. Las palabras claves utilizadas fueron: Unidad de cuidados intensivos, “Intensive Care Unit”, Enfermería, “Nursing”, Polineuropatía, “Polyneuropathy”, Prevención y “Prevention” Se incluyeron 17 artículos (10 en inglés y 7 en español)

Resultados/Intervenciones

Los estudios coinciden en una etiología multifactorial de la PPC que se relaciona con diversos factores de riesgo como inmovilidad prolongada, uso de bloqueantes neuromusculares, hiperglucemia, sepsis, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y fallo multiorgánico. A su vez, los estudios avalan que las mejores estrategias de prevención por parte de Enfermería para prevenir y controlar el avance de la PPC son: control de glucemia y movilización precoz. Por último, varios estudios destacan la falta de concienciación por parte del personal.

Conclusiones

Necesidad de elaborar y revisar protocolos de Enfermería centrados en los cuidados de la movilidad precoz (activa y pasiva) y el control de la glucemia. Así como la necesidad de aumentar la concienciación y formación sobre este problema que afecta a tan elevado porcentaje de pacientes.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 250

AUTOEXTUBACIONES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

Maite Albaladejo Perea; MJ. Rodríguez Borrajo; W. Conde Orio; N. Ávila Guerra; L. Nafarrate Ruiz; L. Samaniego Bóveda; M. Gómez Pablos; S. Blanco Rodríguez; S. García Brizuela; M. Velasco Martín
Hospital Universitario de Alava sede Txagorritxu

Objetivos/Introducción

Conocer la incidencia de autoextubaciones (AE) en nuestra unidad durante los últimos 8 años, perfil de estos pacientes y consecuencias

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisamos las historias de pacientes con AE entre enero de 2012 y diciembre de 2019: incidencia, sexo, edad, nivel de gravedad según Apache II, diagnóstico, nivel de sedación según escala Richmond (RASS), antecedentes psiquiátricos, tiempo de ingreso, mortalidad, turno y hora de la AE, necesidad de reintubar, ocupación del servicio en ese momento, tiempo ingreso, tiempo medio de VM, proporción de fallecidos, tasa de neumonías

Resultados/Intervenciones

Hemos tenido 68 AE: 3,92/1000 días de Ventilación Mecánica (VM). Pacientes: 73,85% hombres, edad media 65,42 años, Apache II: 14,35; diagnóstico de ingreso respiratorio: 37,2%; El 41,2% con RASS mayor de 0; sin sedación: 29,4% El 36,9% tenían antecedentes psiquiátricos: etilismo (14) y síndrome ansioso/depresivo (9) El 41,17% en las primeras 24h de ingreso: 24 en el turno de mañana, 14 tarde y 30 noche. Entre las 7 y las 8 mayor número de AE (10). El 39,76% precisan reintubación las primeras 24h La ocupación media del servicio era del 68,31% Tiempo medio de ingreso 14 días; fallece el 7,35%. Días de VM: 5,6 de media (la de todos los pacientes con VM es de 7,89 días). Desarrollan neumonía 5 pacientes (13,51/1000 días de VM en pacientes con AE cuando la tasa en la unidad es de 6,4/1000)

Conclusiones

1. La tasa de AE se corresponde con otros estudios 2. La tasa de neumonia se dobla pero no afecta al tiempo de VM ni mortalidad 3. No podemos relacionar carga de trabajo y frecuencia de AE 4. Un factor que puede favorecer la AE: etilismo o síndrome ansioso/depresivo 5. Las primeras 24h de ingreso entre las 7 y las 8 de la mañana son un periodo crítico

Palabras clave

Ventilación mecánica • Autoextubaciones • Neumonia asociada a ventilacion mecanica

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 251

EXTUBACIONES ACCIDENTALES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

Aitor Díez de Ulzurrun Benito; T. Vázquez Vázquez; MP. Zudaire Martínez; E. Corredera Baez; P. López Reguero; I. Martín Marcos; S. Domínguez Guijarro; EM. Gamarra Santa Coloma; U. Fernández Manandu; LE. Tapia Barrera
Hospital Universitario de Alava sede Txagorritxu

Objetivos/Introducción

El objetivo es conocer la incidencia de extubaciones accidentales (EA) que se producen durante maniobras de enfermería en nuestra unidad en los últimos 8 años, el perfil de los pacientes que sufren una EA y las consecuencias

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisamos las historias de los pacientes con EA desde enero /2012 a diciembre/ 2019: incidencia, sexo, edad, nivel de gravedad según Apache II, diagnóstico, turno en el que se produjo la EA, necesidad de reintubar y ocupación del servicio en el momento de la EA, tiempo de ingreso, mortalidad, tiempo medio de VM, proporción de fallecidos y tasa de neumonía

Resultados/Intervenciones

Se han registrado 14 EA en 14 pacientes (0,8/ 1000 días de VM). El 64,28% varones; edad media de 76,58 años; apache II de 18,58. En el 61,5% de los pacientes el diagnostico de ingreso fue principalmente respiratorio. 7 EA se produjeron en el turno de mañana, 4 en el turno de tarde y 3 en el turno de noche. Precisan reintubar el 71,42% de los pacientes. La ocupación media del servicio era de 64,8%. El tiempo medio de ingreso fue de 17 días. Fallece el 21,42% de los pacientes con EA (mortalidad media en nuestra uci 9%). Media de días con VM en pacientes con EA: 17,25 (la media del servicio es 7,89 días). Desarrollan neumonía 3 pacientes (14,49 neumonías /1000 días de VM en pacientes con EA cuando la tasa en el servicio es de 6,4/1000 días)

Conclusiones

Aunque se trata de una muestra pequeña, el índice de mortalidad, días de VM y tasa de neumonía aumentan considerablemente. La ocupación del servicio no parece determinante. Existe riesgo de no poder reintubar al paciente y que este fallezca a consecuencia de ello. Es responsabilidad del equipo de enfermería diaminuír su incidencia para hacer de la UCI un sitio más seguro.

Palabras clave

Ventilación mecánica • Extubaciones accidentales

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 252

CAMINAR HACIA LA EXCELENCIA, ¿QUÉ NECESITA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA TRABAJAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Gema Querubina Ruiz; F. Expósito Barroso; R. Jurado Pellicer; S. Tenorio Torres; M. Blázquez Blázquez; E. Muñoz Borrachero; MC. Fernández López; JA. Hernández Monreal; L. Juguera Rodríguez
UCI Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos/Introducción

Los profesionales de enfermería que trabajan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) precisan adquirir unas competencias específicas relacionadas con el cuidado del paciente en estado crítico. En ocasiones, estos profesionales carecen de una formación específica tanto a nivel técnico, como a nivel ético, y se da por sentado que las competencias específicas necesarias para trabajar en una UCI han sido adquiridas en el periodo formativo universitario. El objetivo del presente trabajo es describir cuáles son las necesidades que tienen los profesionales de enfermería para trabajar de una manera óptima y satisfactoria para así conseguir la excelencia a nivel personal y profesional.

Metodología/Observación clínica

Se ha llevado a cabo una investigación cualitativa de tipo exploratorio utilizando un cuestionario semiestructurado impreso con preguntas de opinión abiertas para autoentrevista y preguntas dirigidas con respuesta tipo escala Likert. El cuestionario fue cumplimentado por los profesionales de enfermería de la UCI del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca entre los meses de noviembre y diciembre de 2019. El procesamiento de los datos se realizó clasificando los mismos según categorías y subcategorías y sometiendo el discurso a un análisis de contenido.

Resultados/Intervenciones

En este estudio cumplimentaron la encuesta 83 profesionales. Tras el análisis de contenido se obtuvieron 4 grandes categorías: formación en conocimientos y habilidades específicas de UCI, existencia de una plataforma específica de consulta y apoyo al profesional de cuidados críticos, soporte emocional y necesidad de compartir experiencias, reconocimiento en valores y actitudes para sus competencias profesionales.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería presentan unas necesidades específicas para poder trabajar en una UCI, siendo imprescindible la formación específica en la atención al enfermo crítico. Aparecen sentimientos de inseguridad, miedo y frustración cuando comienzan a trabajar en una UCI. Existen muy pocas herramientas de consulta donde el profesional de enfermería se pueda apoyar cuando comienza su contrato en cuidados intensivos.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 254

INFORMACIÓN A LA FAMILIA EN EL PROCESO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA NO CONTROLADA EXTRAHOSPITALARIA

Laura Juguera; P. Cano Leal; L. Moreno Ruiz; GQ. Ruiz Nortes; S. Navarro Bautista; A. Pastor Moreno; F. Hernández Gil
UCI Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos/Introducción

La donación en asistolia no controlada (DANC) es aquella en la que un paciente que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria (PCR) y que los intentos de reanimación resultan infructuosos es trasferido al hospital para posibilitar la donación. Uno de los temas más complejos en este proceso es el abordaje de la entrevista familiar cuando la PCR es presenciada por los familiares, existiendo discrepancias sobre quién, cuándo, cómo y dónde dar la información a la familia. El presente trabajo tiene como objetivo describir cuál sería el procedimiento con la familia en el proceso de DANC extrahospitalaria.

Metodología/Observación clínica

Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía existente en las bases de datos: PubMed, Science Direct, Web of Science, Ebsco, Dialnet y Google Scholar. Además, se ha hecho una búsqueda en la página web de la ONT. La búsqueda se realizó durante los meses de noviembre y diciembre de 2019. Los criterios de inclusión fueron: últimos 10 años, acceso a texto completo, idioma inglés y español; se excluyeron los estudios realizados en humanos.

Resultados/Intervenciones

Los estudios revisados ponen de manifiesto que deben respetarse los “tiempos de la familia”, iniciándose la información por el médico de emergencias en el medio extrahospitalario, continuándolo y finalizándolo los coordinadores de trasplante en el medio hospitalario, donde se confirma y se comunica el fallecimiento del paciente. La solicitud de información por parte de la familia debe ser respondida de modo veraz y transparente, explicando el motivo de su traslado al hospital.

Conclusiones

La solicitud de donación ante una PCR presenciada en el medio extrahospitalario se ve condicionada por la decisión que tome la familia en un momento de intenso shock emocional. Es fundamental disponer de un tiempo mínimo, que en el escenario extrahospitalario no se tiene, siendo una razón para plantear la donación en el medio hospitalario.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 255

COLOCACIÓN DE TAPONES ANTI-REFLUJO EN PERFUSIONES CONTINUAS DE NORADRENALINA

C. Calcerrada Baeza; C. Moreno Cerrada; T. Castro Sanchez-Bermejo; M. López Pazos; M. Calcerrada Baeza; V. Benito Rojas; ME. Lazaro Varas
Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz

Objetivos/Introducción

Creación de un protocolo de actuación a nivel nacional para la implantación de tapones anti-reflujo en las unidades de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Realización de un protocolo común y funcional para todas las unidad des de cuidados críticos. Para ellos realizaremos una revisión bibliográfica de los aspectos relacionados con el reflujo en el uso de perfusiones continuas y la posible administración de bolos indeseados durante los cambios de recipientes de infusión. La revisión se realizara mediante las herramientas Scielo y Dialnet, utilizando palabras claves como: tapones, anti-reflujo, UCI, noradrenalina.

Resultados/Intervenciones

El empleo de tapones anti-reflujo en la UCI, permite evitar errores de sobredosificación al paciente, en nuestro caso de noradrenalina, en el momento de cambiar los recipientes y sistemas de infusión en la administración continua del tratamiento

Conclusiones

Se ha observado la disminución de las alteraciones hemodinámicas en pacientes tratados con perfusión continua de noradrenalina relacionados con el empleo de tapones anti-reflujo en nuestra unidad de cuidados intensivos de la Fundación Jiménez Díaz.

Palabras clave

Tapones • Anti-reflujo • Noradrenalina • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 256

MÚLTIPLES MODELOS DE VENTILADORES EN LA UCI: ORGANIZANDO EL CAOS OCASIONADO POR LA COVID-19

Eva Pérez Juan; SM. Babot Rabasa; F. Clar Aragon; E. Peña Alonso; J. Tordera Esteller; I. Fernández Fernández
Hospital de Manacor

Objetivos/Introducción

La pandemia COVID-19 ha ocasionado un aumento exponencial de las camas en las UCIs, teniendo que habilitar nuevos espacios y equiparlos de aparataje sanitario.Una de las principales complicaciones de los pacientes críticos con covid-19, es el síndrome de distrés respiratorio agudo, requiriendo ventilación mecánica durante largos periodos. En nuestra unidad las camas aumentaron un 300%, pasando de 6 ventiladores a 16 de modelos diferentes.La situación dinámica de la UCI, la actualización constante de protocolos y procedimientos, además de los nuevos ventiladores, ha creado en los profesionales una situación de incertidumbre y estrés constante, así como una necesidad de formación continuada. Objetivo: crear una herramienta informativa, formativa y de fácil comprensión, que facilite el manejo de los diferentes accesorios y materail fungible de los ventiladores en la UCI del hospital de Manacor.

Metodología/Observación clínica

Revisión de los manuales de todos los ventiladores, características técnicas del material fungible y no fungible. Contacto directo con los responsables comerciales de los ventiladores, que ofrecieron información veraz y actualizada. Posteriromente, se diseñó material interactivo con imágenes y pictogramas, que se distribuyó y se realizó difusión en todas las UCIs.

Resultados/Intervenciones

Se elaboró una infografía con diferentes apartados: sistemas de humidificación de cada ventilador, conexiones al software PICIS, y actualización de los diferentes modelos de ventiladores. En cada apartado había una leyenda asociativa con pictogramas que indicaban la ubicación de los diferentes materiales fungibles/no fungibles y el tratamiento y mantenimiento de estos. Además de códigos QR que permitían el acceso fácil e inmediato a fichas y vídeos explicativos del montaje y calibración.

Conclusiones

La infografía aporta información actualizada, estandarizada y técnica sobre los ventiladores y material fungible. Disponer de información ordenada y de fácil acceso, permite disminuir la inseguridad en el manejo de los diferentes ventiladores, aumentando la calidad de los cuidados y seguridad del paciente.

Palabras clave

Ventilador • estrés • seguridad del paciente

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 257

ANÁLISIS DAFO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN EMOCIONAL "PESTAÑA EMOCIONAL" EN EL REGISTRO DE ENFERMERÍA SICCA DE UCC

Edurne González Garcés; MR. Sorbet; T. Goñi; A. Gainza; V. de Carlos; A. Setoáin; A. Semberoiz; E. Pedro; L. Napal; M. Lahera
C.H.N.

Objetivos/Introducción

Cuidar y acompañar a la persona precisa conocer aquello que influye y determina su situación de enfermedad para poder llevar a cabo una atención integral. Enfermería como principal cuidadora, humana y humanizadora, necesita también herramientas que le ayuden al cuidado de la esfera emocional del paciente crítico. La herramienta "Pestaña Emocional" permite la evaluación, seguimiento y cuidado de la dimensión emocional del paciente teniendo en cuenta sus valores, sus relaciones familiares, sociales y culturales. Objetivo: Realizar un análisis de la implementación de la "Pestaña Emocional" en el registro de enfermería SICCA para introducir cambios que mejoren la herramienta y su uso.

Metodología/Observación clínica

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo realizado durante el mes de enero de 2021. Se tuvo en cuenta la bibliografía existente, el marco legislativo vigente y la situación pandémica actual. Se procedió a la creación de una matriz DAFO y matriz CAME y con el análisis del balance de las fuerzas de la herramienta, se eligieron las estrategias de mayor impacto y efectividad.

Resultados/Intervenciones

El análisis refleja la potencialidad clara de la Pestaña Emocional como herramienta de ayuda. Existen limitaciones que la hacen vulnerable: por ser nueva, coincidir con la pandemia, la falta de conocimiento del manejo de emociones, viejos paradigmas, no encontrar le momento adecuado, burn out, falta de psicólogos para casos severos. Pero pueden ser compensadas mediante estrategias que impulsen la formación del personal en el manejo de emociones y divulgación de la herramienta para su uso.

Conclusiones

La formación en el ámbito del cuidado de las emociones para el profesional de una unidad de críticos es una estrategia esencial para ofrecer un cuidado holístico, humano y de calidad. Resulta fundamental seguir estudiando la influencia herramienta sobre la calidad percibida y añadir valor a través de la evidencia.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 258

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES FALLECIDOS EN 2018 Y 2019 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (HUVV)

R. Hernández Ballesteros; R. Aguilar Muñoz; JM. Fernandez Añon; MJ. Molero Pardo; MC. Nuñez Toscano
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Introducción: Las características demográficas propias y las patologías clínicas que sufren los pacientes ingresados en UCI, suponen un reto para el colectivo de enfermería, puesto que aportarán datos necesarios para establecer una futura evolución del paciente y establecer la senda de los cuidados enfermeros. Objetivos: Analizar las características clínicas y demográficas de pacientes fallecidos en la UCI durante un plazo de dos años.

Metodología/Observación clínica

Metodología: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisaron 223 historias clínicas de pacientes fallecidos en HUVV del 2018 y 2109

Resultados/Intervenciones

Resultados: La edad media de ingreso fue de 67,03 ± 26,97 años (rango 38 a 91) y el 62,33 fueron hombres. El diagnóstico de ingreso más común fue Parada Cardiorrespiratoria (PCR) un 14,8%, seguida de Accidentes Cerebrovasculares (ACV) 7,17% y Shock Séptico 5,38%. El promedio de días de ingresos se encuentra en 3,44 ± 60,5 días (rango 1 a 120). Respecto al tratamiento domiciliario, un 8,97% no tomaba medicación, el 32,74% toma de 1 a 5 medicamentos y el 58,30% tomaba más de 5 medicamentos al día. En cuanto a los antecedentes personales (AP) nos encontramos con un 5,38% de la muestra los cuales no tenían ningún antecedente, el 31,84% presentaban de 1 a 3, un 21,52% de 3 a 5 y más de 5 un 40,61%.

Conclusiones

Conclusiones: Tras el análisis descriptivo de los fallecidos en esta UCI podemos confirmar que la mayoría de los fallecidos son mayores de 60 años, del sexo masculino, con más de 4 días de ingreso, que toman más de 5 medicamentos al dia y tiene más de 5 diagnósticos como antecedentes personales

Palabras clave

Características clínicas • Demográficas • Fallecidos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 259

CORRELACIÓN ENTRE PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS, DÍAS DE INGRESO Y ANTECEDENTES PERSONALES (AP). MUERTE DIGNA

R. Hernandez Ballesteros; R. Avilés Sánchez; B. Sanz Pacheco; MA. García González; MJ. Molero Pardo
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Las unidades de Cuidados Intensivos están sufriendo un aumento en la demanda de cuidados intensivos en ancianos. **OBJETIVOS:** determinar la correlación entre la edad de los pacientes mayores de 80 años con los días de ingreso y los AP con una muerte digna.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes que murieron entre el 2018 y 2019 en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria en la unidad de cuidados intensivos mayores de 80 años. Las variables estudiadas para este estudio fueron la edad, días de ingreso en la unidad, los AP y si se limitó el esfuerzo terapéutico (LET) para saber si tuvieron muerte digna o no.

Resultados

De un total de 223 fallecidos en la UCI del HUVV, 25 fueron mayores de 80 años (11,21%) con un promedio de días de ingreso de 2,72 días (rango 1 a 10). No hubo ningún fallecido que no tuviera ningún AP, el 12% tenía entre 1 y 3 AP, y entre 3 y 5 y más de 5 AP fueron 44% en ambos casos. 14 de los fallecidos (56%) no tuvieron LET frente a 11 (44%) que si lo tuvieron. La correlación entre la edad y los días de ingresos fueron significativa (p<0,001). Hay correlación entre los AP y los pacientes que no tuvieron LET (P<001).

Conclusiones

Tras analizar los datos podemos confirmar el aumento de pacientes mayores de 80 años en UCI, teniendo una estancia corta en antes de su muerte y presentándose en ellos, menos del 50 por ciento, los cuidados LET. Por todo ello se plantea una duda razonable sobre el criterio de ingreso de estos pacientes mayores en lugar de conciliar su proceso de muerte junto a su familia en otras unidades más acordes para ello, fomentando su Muerte digna.

Palabras clave

correlación • pacientes • mayores de 80 años

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 260

MANEJO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE MANACOR

Juan Rosselló Sancho[1]; E. Barceló[1]; JM. Socias[1]; S. Gámez[2]; E. Pérez[1]
1. Hospital de Manacor; 2. GAP Mallorca

Objetivos/Introducción

Administrar Nutrición Enteral (NE) de manera precoz es altamente recomendable en el manejo nutricional de los pacientes críticamente enfermos. Este estudio pretende conocer la eficacia, tolerancia, seguridad y complicaciones que hayan podido surgir en la administración de NE en pacientes críticos con COVID-19 ya que hay escasos estudios al respecto.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que abarca de marzo a diciembre de 2020. Se recogen los pacientes ingresados en la UCI del Hospital de Manacor que han sido COVID-19 y que han precisado NE. Variables: sociodemográficas, días de ingreso, días de ventilación mecánica (VM), días de aporte de NE. Complicaciones: vómito, migración/retirada accidental de la sonda nasogástrica (SNG), obstrucción de SNG, distensión abdominal que precisa suspender NE, residuo gástrico elevado (>500 ml).

Resultados/Intervenciones

25 pacientes COVID-19, 5 mujeres con edad media de 68,8+9,19 años y 20 hombres con edad media de 63,05+12,57 años. Estancia media de 24,12+13,45 días, 18,84+11,02 días de VM y 18,2+14,01 días de NE. Se documentan 5 éxitus. Complicaciones: 13 pacientes presentan mínimo 1 complicación (52% del total): 6 pacientes (46,1%) presentan 1, 5 pacientes (38,5%) presentan 2, 1 paciente (7,7%) presenta 3 y 1 paciente (7,7%) presenta 9 complicaciones. En total son 29 complicaciones, repartidas en: 14 episodios de vómito (48,3%), 7 migraciones/retiradas accidentales de la SNG (24,1%), 5 presencias de residuos gástricos elevados (17,2%), 2 distensiones abdominales (6,9%) y 1 obstrucción de la SNG (3,4%).

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes portadores de NE presentan algún tipo de complicación relacionada con la misma durante su ingreso en UCI. Casi la mitad presenta sólo una complicación, mientras que el 15% presentan 3 o más de 3. Una de las limitaciones del estudio es la muestra tan pequeña y que no se analizan si estas complicaciones han afectado a la evolución del paciente en la UCI.

Palabras clave

Nutrición Enteral • COVID-19 • complicaciones • UCI.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 261

VIVIR CON UN DAVI: PREPARADOS, LISTOS, ¡YA!

Lorena López; M. de Francisco Ledesma; RM. García Baonza; MI. Muñoz Gómez; M. Rodríguez Ortega; A. Tur Sainz; P. Rodríguez Sánchez; N. Peñaranda Romero; B. Díaz Lastras; MJ. Pérez González
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

La insuficiencia cardíaca afecta a más de 30 millones de personas en todo el mundo. La mayoría progresa a estadios más avanzados a pesar del tratamiento. El trasplante cardíaco no siempre es una opción. Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI) como terapia destino, suponen una alternativa viable. Es fundamental la educación del paciente sobre su autocuidado, prevención de complicaciones y mantenimiento para una buena calidad de vida. Objetivo principal: Empoderar al paciente portador de DAVI y a su cuidador principal a través un Programa Educativo.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: SciELO, CUIDEN, CINAHL, PubMed y Cochrane, de artículos en español e inglés desde 2009. Se elabora un programa educativo y un checklist para la evaluación de conocimientos, capacidades y habilidades adquiridas por el paciente, previo al alta.

Resultados/Intervenciones

No se encontró un programa validado para este tipo de casos, por lo que se diseñó uno conformado por sesiones teórico-prácticas multidisciplinarias. El contenido de las sesiones se enfocó al manejo y mantenimiento del dispositivo, gestión del autocuidado, cura del driveline y reconocimiento e informe precoz de signos y síntomas anormales. Se explicaba por la mañana durante una hora, y se revisaba por la tarde. El checklist fue elaborado por enfermeros expertos en cuidados críticos cardiacos. El paciente y el familiar lo cumplimentaron previos al alta, para potenciar capacidades de afrontamiento y autonomía e identificar las áreas de mejora, antes del alta.

Conclusiones

Una adecuada planificación al alta y la comprobación de los objetivos aseguran la adecuada transición al domicilio. La continuidad de cuidados es básica, siendo necesario estandarizar un programa educativo para los pacientes portadores de DAVI y garantizar el seguimiento estructurado en la consulta de enfermería de IC.

Palabras clave

Insuficiencia cardiaca • Trasplante cardiaco • Educación para la salud • DAVI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 262

DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO TRATADO POR ENFERMERÍA

Miriam López Pazos; C. Calcerrada Baeza; T. Castro Sánchez Bermejo; C. Moreno Cerrada; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; M. Calcerrada Baeza; M. Santos González
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

El delirium es una alteración del nivel de conciencia asociado a un episodio agudo relacionado con una patología, que en este caso sería el ingreso en uci. El objetivo de esta revisión es poder identificar los tres tipos de manifestaciones clínicas del delirium (hiperactivas, hipoactivas y mixtas) en una unidad de cuidados intensivos, así como saber manejarlas y paliarlas en la mayor medida posible. Se trata de un tema infra tratado en las unidades de críticos, con un bajo nivel diagnóstico por parte de los profesionales, suponiendo que es algo únicamente existente durante el ingreso y sin afectación en un futuro, cuando sí la tiene.

Metodología/Observación clínica

Se trata de una revisión bibliográfica sobre todo a nivel nacional, aportando datos globales. Para ello, se utiliza Scielo y Dialnet como buscadores científicos, usando las palabras clave “delirium”, “UCI” y “enfermería”, seleccionando artículos posteriores al año 2010. Se incluyeron 18 artículos en total, tanto en inglés como en español.

Resultados/Intervenciones

La creación de protocolos de actuación sobre qué medidas utilizar primero (medidas no farmacológicas, farmacológicas, de inmovilización), el conocimiento del personal sobre el tema, y la disminución de factores estresantes son puntos muy importantes para prácticamente eliminar los casos de pacientes con delirium.

Conclusiones

El hecho de poder detectar y tratar desde el puesto de enfermería un problema como lo es el delirium acorta el tiempo de estancia de un paciente en la unidad, evita riesgos como retirada de dispositivos, infecciones, o alteraciones de conducta que afecten a la integridad del sujeto. Por eso, es importante conocer cómo pueden ser de ayuda medios como la estructura, la familia del paciente, el ciclo sueño-vigilia, y medios de formación o apoyo como la escala RASS para el personal de enfermería.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 263

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE IMPLANTADO DE UN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR PERCUTÁNEO TIPO IMPELLA, COMO PUENTE A TRASPLANTE CARDIACO

Ana Tur; B. Díaz Lastras; N. Peñaranda Romero; P. Rodríguez Sánchez; MI. Muñoz Gómez; RM. García Baonza; M. Rodríguez Ortega; M. de Francisco Ledesma; L. López Aguilera
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

En España, durante el año 2018, fallecieron un total de 258.639 personas por enfermedades del sistema cardiocirculatorio. Las nuevas tecnologías empleadas en las Unidades Coronarias han mejorado la esperanza devida de los pacientes con patología coronaria, siendo uno de los tratamientos definitivos eltrasplante cardíaco, en aquellos pacientes que sufren una disfunción miocárdica severarefractaria al tratamiento convencional.La incorporación de dispositivos percutáneos de soporte hemodinámico como puente atrasplante cardiaco ha supuesto un gran avance ya que mejora la función miocárdica delpaciente durante un tiempo hasta que pueda ser trasplantado definitivamente. Estudios hemodinámicos han demostrado que el Impella reduce el consumo miocárdico deoxígeno, mejora la presión arterial media, y reduce la presión capilar pulmonar, con un gradode recomendación IIb del uso de éste dispositivo. El objetivo principal es crear un protocolo de actuación de enfermería, basados en la evidencia científica disponible, para que el paciente llegue en las mejores condiciones posibles al trasplante cardiaco.Los objetivos secundarios son buscar la mejor evidencia disponible sobre el manejo deldispositivo Impella así como unificar criterios de actuación en paciente sometidos a éste tipo de terapias.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, EMBASE, Cuiden y CINHAL, utilizando losdescriptores e lenguaje controlado: “Heart-Assist Devices”, “Evidence-Based Nursing”, “Shock,Cardiogenic”, y los términos en lenguaje libre: “Impella” y “Left Ventricular Assist Devices”

Resultados/Intervenciones

Se elabora un protocolo de actuación multidisciplinar fundamentado en 3 tiempos:
· Llegada del paciente a UCOR tras implantación de Impella: complicacionespostoperatorias
· Primeras 48 horas: complicaciones tempranas
· Pasadas 48 horas tras implante del dispositivo: complicaciones tardías

Conclusiones

La elaboración de un protocolo de actuación, estandarizando los cuidados de enfermeríapermite mantener al paciente en las mejores condiciones posibles para aumentar lasposibilidades de éxito lo máximo posible cuando se someta al trasplante cardiaco.

Palabras clave

Impella • Shock cardiogénico • Unidad Coronaria • Dispositivo asistencia ventricular • Trasplante cardiaco

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 266

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA TERAPIA CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO) EN NUESTRAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Francisco Domínguez Moreno; R. Hernández Ballesteros; R. Zamanillo Díaz
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Objetivos: identificar posibles problemas adversos durante el soporte cardiorrespiratorio con ECMO y evaluar la carga de trabajo para el personal de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Metodología: este estudio es una revisión sistemática donde se realizó una búsqueda en guías de practica clínica: RNAO, SING y NICE; en bases de revisión sistemática: CRD, Cochrane Plus, JBI COnNECT+; metabuscadores: TRIP Database, Pubmed Healthy NHS Evidence y en bases de datos se utilizó Pubmed. Se encontraron un total de 203 artículos de los cuales se incluyeron 12. Se utilizaron como descriptores: pacientes críticos, cuidados de enfermería. Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO), complicaciones

Resultados/Intervenciones

Resultados: tras analizar los artículos seleccionados se encontraron total de 38 pacientes con complicaciones en relación al soporte con ECMO. Los problemas adversos descritos fueron: coágulos o fallos técnicos en la bomba de sangre, problemas con la membrana del oxigenador, y daños provocados por la cánula de acceso. Se describe una mortalidad del 42%. Por otro lado, un estudio analiza la carga de trabajo con Nursing Activities Score (NAS) y describe que la mediana de NAS en pacientes con ECMO 87 (IQR: 82-96). NAS es una escala que mide el tiempo enfermería requerido para cada paciente y se utiliza en Europa desde que se validó en 2003.

Conclusiones

Conclusiones: las complicaciones más frecuentes descritas en la literatura fueron en relación con la bomba mecánica y el oxigenador de membrana del dispositivo, comprometiendo la estabilidad hemodinámica del paciente y en algunos casos provocando la muerte. Asimismo, la relación enfermera-paciente debe ser 1:1. Los resultados de este estudio refuerzan la recomendación actual sobre la implementación de centros de referencia de ECMO, para centralizar a los pacientes, proporcionar un apoyo clínico- técnico dedicado y garantizar un numero adecuado de enfermera ECMO respaldado por un manejo preciso de la máquina.

Palabras clave

ECMO • UCI • Enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 269

LA ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTE CRÍTICOS CON SHOCK CARDIOGÉNICO BASADO EN LA EVIDENCIA ACTUAL

Francisco Domínguez Moreno; R. Hernández Ballesteros; MA. Aguilar Peña
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Titulo: la enfermería en la evaluación y seguimiento en pacientes críticos con shock cardiogénicos basado en la evidencia actual Objetivos: valorar la utilidad de la enfermería en el manejo de pacientes con soporte mecánico circulatorio en unidades de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Metodología: esta investigación se basa en una revisión sistemática de la literatura existente. Se analizaron los estudios que se encontraron publicados en los últimos 5 años. Se realizó una búsqueda en guías de practica clínica: RNAO, SING y NICE; en bases de revisión sistemática: CRD, Cochrane Plus, JBI COnNECT+; metabuscadores: TRIP Database, Pubmed Healthy NHS Evidence y en bases de datos se utilizó Pubmed. Se encontraron un total de 59 artículos de los cuales se incluyeron 6. Se utilizaron como descriptores: pacientes críticos, cuidados de enfermería, shock cardiogénico, miocardiopatías.

Resultados/Intervenciones

Resultados: según la bibliografía disponible, el 75% de pacientes con shock cardiogénico precisan soporte circulatorio mecánico. Entre ellos destacan: balón de contrapulsación intraaórtico, asistencia ventricular, oxigenación por membrana extracorpórea y asistencia de larga duración. Uno de los estudios demostró que tras entrenar al personal con simulación con circuitos de agua, reconocer las posibles complicaciones más comunes e identificar las emergencias para poder solventarlas, además de un examen de conocimientos; aumentó la supervivencia de estos pacientes al 45% al alta hospitalaria.

Conclusiones

Conclusiones: el entrenamiento del personal de enfermería en pacientes complejos con alta carga asistencial, como supone una terapia con ECMO, puede aumentar la supervivencia de los pacientes. Por lo que a la hora de implementar estas técnicas en las unidades de cuidados intensivos es necesario un plan de entrenamiento al personal.

Palabras clave

shock cardiogenico • enfermeria • criticos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 270

EL PROCESO DE WEANING: PAQUETE ABCDEF

María Gracia López Navarro, E. Gutiérrez
Hospital Infanta Cristina

Objetivos/Introducción

La Ventilación Mecánica es un proceso que salva vidas, pero puede causar complicaciones que se extienden a periodos posteriores al alta. Dichos riesgos se pueden paliar si se utilizan una serie de intervenciones, como el Paquete ABCDEF, que ayudaran a mejorar los resultados clínicos de estos pacientes críticos, obteniéndose como resultado una asistencia de calidad basada en la evidencia. Los objetivos de esta revision bibliografica son:

· Revisar la labor de enfermería en todo el proceso del weaning.

· Comprender la importancia de aplicar protocolos, como el paquete ABCDEF, durante el proceso de weaning.

Metodología/Observación clínica

En esta revisión bibliográfica fueron consultadas las principales bases de datos biomédicas: Pubmed, Cochrane Library, Scielo y Google Académico. También se consulto la web de la Sociedad Española de Medicina, critica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), y el libro de "Ventilación Mecánica Guía Práctica para Enfermería". Se utilizaron una serie de palabras clave junto con unos criterios de inclusión y exclusión para la estrategia de búsqueda, la cual tras una lectura critica quedo reducida a 3 artículos, los cuales se usaron para la elaboración de esta revisión.

Resultados/Intervenciones

Esta revisión destaca las principales recomendaciones y protocolos para mejorar los resultados clínicos en pacientes en proceso de weaning, concretamente el Paquete ABCDEF: A: Evaluar prevenir y controlar el dolor B: Ensayos SAT y SBT C: Elección de analgesia y sedación D: Evaluar, prevenir y gestionar el delirio E: Movilidad temprana y ejercicio F: Compromiso y empoderamiento familiar.

Conclusiones

El papel de enfermería durante el proceso de weaning es fundamental para llevar a cabo la desconexión del paciente con éxito. El Paquete ABCDEF es una herramienta esencial para el trabajo de enfermería en la UCI, ayudando a mejorar los resultados clínicos de los pacientes sometidos a VM en los que se decide iniciar el proceso de weaning.

Palabras clave

Ventilación Mecánica • Destete • Cuidados de enfermería • Weaning • Paquete ABCDEF

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 271

NECESIDADES FORMATIVAS DETECTADAS EN LOS PROFESIONALES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana María Gómez Pérez; C. Gaona Serra; M. Berniel Romero; A. Lapena Ferrer; C. Villanueva Fuentes
Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

OBJETIVOSConocer las necesidades formativas de las enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) de la UCI. INTRODUCCIÓNLas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son dinámicas, tanto en cambios tecnológicos como en cuidados de enfermería. Sus enfermeras tienen que estar cualificadas y para ello es necesaria una formación continua y actualizada. En los últimos años, se ha producido un cambio en el perfil del equipo de enfermería, además con el COVID19 se han añadido enfermeras sin formación específica. Por esto creemos necesario estudiar las necesidades formativas del grupo y cómo podemos mejorarlas.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal. Participaron enfermeras y TCAE de la UCI del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol en 2019. Cumplimentaron una encuesta adhoc, de forma voluntaria y anónima. Los datos obtenidos fueron analizados con PSPP v.1.2.0.

Resultados/Intervenciones

N=85 (56 enfermeras y 29 TCAE). Experiencia profesional en UCI 6.61±9,24(22-65) años. El 78.57% de las enfermeras tienen formación de máster y/o postgrado. El 75% consultan poco las revistas de divulgación científica. El 78.8% consideran muy necesaria una formación continua en el servicio. Las enfermeras consultan frecuentemente los protocolos (83.92%) y las TCAE un 41.37%. El 16,67% creen que no tienen una formación adecuada. Al 89.41% de las encuestadas le gustaría recibir formación como talleres o sesiones de 30'. La mitad de las participantes podrían ejercer de formadoras, y el 94,1% creen útil la creación de guías rápidas de actuación o montaje. Hay diferencias en cuanto a los temas seleccionados en función a la categoría profesional.

Conclusiones

La formación continua es necesaria y demandada. Se prefiere que sea impartida mediante talleres, sesiones de 30 minutos y guías rápidas de actuación o montaje.Existe interés y predisposición por participar como docentes, lo cual facilita la ejecución del programa de formación.

Palabras clave

enfermería • TCAE • formación • cuidados intensivos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 272

LESIONES POR PRESIÓN EN ZONA OCCIPITAL EN LOS PACIENTES POLITRAUMÁTICOS CON COLLARÍN CERVICAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cristina Gaona; A. Sala Vilaplana; M. Berniel Romero; A. Lapena Ferrer; AM. Gómez Pérez; C. Villanueva Fuentes
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

En la extrahospitalaria, a los pacientes politraumáticos se les coloca un collarín cervical cuando hay sospecha de lesión cervical. Una de las ocmplicaciones del uso de este dispositivo son las lesiones por presión (LPP) en la zona occipital y su incidencia se sitúa en un 23.29% en un estudio realizado en 2018. Objetivo: Conocer los factores de riesgo y las intervenciones a realizar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para prevenir la aparición de LPP en la zona occipital de los pacientes politraumáticos con sospecha de lesión cervical.

Metodología/Observación clínica

Revisión sistemática en las bases de datos Pubmed y CINAHL con las palabras clave skin ulcer AND cervical collar, en español e inglés, publicados en los últimos diez años.

Resultados/Intervenciones

El principal factor de riesgo en la aparición de LPP occipital en paciente con collarín cervical es el tiempo de exposición al dispositivo. Otros factores son: adminisón en una UCI, necesidad de ventilación mecánica, monitorización intracraneal, presencia de dodlor en la zona occipital y retraso en las pruebas de imagen. Las intervenciones preventivas son: escoger la talla adecuada, hidratar la peil y protegerla con apósitos de espuma, recolocar cada turno el dispositivo, usar sacos de arena para descansar la zona occipital, cambiar por collarín blando si es posible, realitzar las pruebas de imagen lo antes posible para retirar el dispositivo precozmente.

Conclusiones

El principal factor de riesgo para la aparición de LPP occipital en pacientes politraumáticos en las UCI es el tiempo de exposición al collarín cervical. Existen intervenciones para prevenirlas en la bibliografía pero es necesario diseñar un algoritmo o protocolo que comprenda estas intervenciones para estandarizar la actuación frente la cura de la piel de la zona occipital en pacientes politraumáticos.

Palabras clave

Pressure ulcer • Cervical collar • Major trauma • Nursing • Critical care

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 276

ECMO-TEAM, EXPERIENCIA EN PACIENTE CON SDRA REFRACTARIO

Martín Torralba Melero; C. Carrilero López; MC. Ortiz Navarro; MD. Castillo Lag; J. Alarcón Zamora; R. Sánchez Iniesta
Hospital Universitario de Albacete

Objetivos/Introducción

El uso la terapia ECMO en el adulto está cobrando un interés creciente en patologías como la insuficiencia respiratoria aguda y el fallo cardíaco severo. Este auge se fundamenta con la diversa bibliografía existente que demuestra su efectividad, eficiencia e indicaciones concisas en determinadas patologías graves. OBJETIVO Proporcionar soporte respiratorio temporal a pacientes en situación de insuficiencia respiratoria refractaria al tratamiento convencional, estableciendo un plan de cuidados multidisciplinar dirigido al manejo y la seguridad del paciente.

Metodología/Observación clínica

Varón de 41 años, fumador activo, sin otros antecedentes de interés. Peso 185 kg, talla 178 cm. Ingresa por SDRA, intubación difícil y conexión a ventilación mecánica. Se realiza pronación sin respuesta y posterior conexión a ECMO VV. Presenta atelectasias que provocan más hipoxemia y aparición de neumotórax iatrogenico izquierdo.

Resultados/Intervenciones

Entre las necesidades alteradas según el modelo de Virginia Henderson en este paciente complejo, destacamos las siguientes en la tabla (ver tabla 1) con sus correspondientes Diagnósticos, Objetivos e Intervenciones. Importantes son los riesgos que están asociados por la terapia ECMO: Disfunciones de la bomba, oxigenador, mezclador de gases, consola, decanulación accidental y/o rotura de tubuladuras, variaciones del flujo y de presiones. En la preparación y montaje del sistema ECMO se realizó una lista de chequeo previa incluida en el protocolo de nuestra unidad y unos cuidados especiales del paciente portador de ECMO.

Conclusiones

El caso presentado supone gran inversión de recursos técnicos y humanos, y un proceso de adaptación y cooperación multidisciplinar. El plan de cuidados del paciente ECMO es complejo, con varias necesidades alteradas que conllevan varios diagnósticos enfermeros y sus correspondientes intervenciones, que suponen una elevada carga de trabajo y una atención integral, no sólo del paciente, si no también de la familia. Por todo esto, es necesario disponer un protocolo para poder proporcionar unos cuidados completos y evitar complicaciones asociadas a esta terapia.

Palabras clave

Extracorporeal Membrane Oxygenation • Critical Care Nursing • Acute Respiratory Distress Syndrome

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 278

ENFERMERIA EN TIEMPOS DE COVID

Mª Jesus Marmol; L. Cuenca Sánchez; M. Solà Ferrer
Althaia

Objetivos/Introducción

El gran reto para todas las Ucis durante este último año ha sido combatir la falta de personal para cubrir todas las deficiencias que hemos sufrido. Durante estos duros días de pandemia, nos hemos visto sorprendidos por avalanchas de ingresos en Uci, con unas cargas de trabajo físico indescriptible y un sobreesfuerzo psicológico. A banda de todo este trabajo extremo al cual nos hemos visto expuestos hay que añadir la carga que supone el hecho de trabajar con personal de enfermería "inexpertos" en Enfermos Críticos, el hecho de realizar nuestro trabajo con el factor añadido de supervisar, ayudar y dar apoyo nos ha supuesto una presión "extra" a nuestro trabajo del dia a dia. Para compensar todo esto se inició en nuestro Hospital un programa docente de apoyo a estos profesionales que estaban dispuestos a dar refuerzo en Uci. Durante los meses de Octubre-Noviembre se inició una serie de sesiones de formación que incluyen horas de prácticas en nuestro servicio (DI y Tcai). Estas sesiones fueron realizadas por Enfermeros expertos y Tcais del servicio de Uci OBJETIVOS: Proporcionar las bases para instruir a personal inexperto en Uci para adquirir las habilidades necesarias para cumplir con las espectativas del cuidado del enfermo critico Conseguir una seguridad y un aprendizaje óptimo para el personal sanitario de otras áreas de salud que por motivos de pandemia ofrecen su servicio en la Unidad de Curas Intensivas.

Metodología/Observación clínica

Clases teóricas ofrecidas por el personal de cuidados intensivos sobre técnicas y cuidados del enfermo crítico. Prácticas a desarrollar en la Unidad de Cuidados Intensivos. Entrevistas de grado de satisfacción.

Resultados/Intervenciones

Pendiente de respuesta de encuestas enviadas al personal, disponemos del 10% de encuestas contestadas.

Conclusiones

La docencia realizada por personal de UCI a profesionales de otras unidades ha sido beneficioso para el cuidado y seguridad del enfermo crítico.

Palabras clave

COVID19 • UCI • enfermera experta • docencia

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 279

REVISIÓN DE SEGURIDAD DE LOS APÓSITOS DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA PARA INSERCIONES INTRAVENOSAS

Monica García Iglesias; L. Polo Araujo; A. Arranz Esteban; I. Palomino Sánchez; MA. Murillo Pérez; M. Catalán González
Hospital 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Analizar la seguridad tras la utilización de apósitos de gluconato de clorhexidina(AGCH) en la inserción de un catéter venoso central (CVC) en pacientes con trauma grave ingresados en UCI de Trauma y Emergencia (UCITE) del Servicio de Medicina Intensiva en un hospital terciario.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional realizado en UCITE. Desde octubre 2018 se están utilizando apósitos 3M Tegaderm® CHG con gluconato de clorhexidina para realizar las curas de CVC.

Resultados/Intervenciones

Se han utilizado 679 (AGCH) en 220 pacientes adultos de UCITE. La media de apósitos/paciente:2,43±2,55 (mediana 2) [rango 1-24]. Todos aplicados en CVC. La duración media de los apósitos han sido 6±2 días (mediana 7)[rango 1-10]; 34 apósitos se han retirado precozmente: Cambio de vía (18); Sangrado del punto de punción (4); Deterioro externo del apósito (8); Abundante vello local (4). Se ha detectado un efecto adverso que motivó la retirada inmediata del apósito y la imposibilidad de volver a utilizar (AGCH) en la paciente. Se trata de mujer de 44 años ingresada por TCE grave. Tras 7 días de la colocación del apósito, al realizar el cambio rutinario del mismo, se objetiva lesión cutánea de bordes bien delimitados (dibuja la zona del apósito contenedora de clorhexidina), con fibrina en fondo, detritus y bordes eritematosos con exudación serohemática. Se diagnostica eczema de contacto y se procede a retirar con bisturí la capa de fibrina. Posteriormente se establece cura diaria con suero fisiológico, aplicación de Diflucortolona valerato y cobertura con apósito tipo Mepitel. Al quinto día de este tratamiento se realiza cultivo de la lesión, resultando estéril y cicatrizando correctamente. Cultivo de catéter estéril a la retirada del CVC.

Conclusiones

Los AGCH son seguros; permiten la observación continua del punto de inserción y excepcionalmente es necesario realizar un recambio antes de los 7 días.

Palabras clave

Cuidados intensivos. • Evento adverso. • Seguridad

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 281

IMPACTO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE TRES MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA DEL PROYECTO NEUMONÍA ZERO

Laia Orellana Muñoz; P. Tomás Cantos; S. Ruiz Egea; PF. Cueto Quintana
Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Objetivos/Introducción

Analizar por turno las medidas de prevención de la NAVM por enfermería: la higiene bucal con clorhexidina 2%, la presión del neumotaponamiento (>30 cm H2O) y posición semi-incorporada (>30º). Evaluar el impacto del cumplimiento en la incidencia.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo del 2013 al 2018. Análisis de la realización de las medidas de prevención contra la NAVM mediante la obtención de datos en el programa de registro ICIP en pacientes sometidos a VM. Exlcusion de pacientes con menos de 48 horas de IOT.

Resultados/Intervenciones

Total de 579 pacientes (34,4% mujeres, 65,6% hombres), un valor medio de APACHE II de 18.29 (IC 95% 17.65-18.93) y una media de 9.51 días (IC 95% 8.79-10.22) de VM. La supervivencia fue del 79.4% (IC 95% 76%-83%). El cumplimiento de la presión del neumotaponamiento fue del 84.75% (IC 95% 83.7%-85.8%) con una asociación con la NAVM de p=0,023, de la higiene bucal con clorhexidina 2% un 76.56% (IC 95% 75.6%-77,5%) y del control de la posición semi-incorporada >30º de 84.76% (IC 95% 83.9%-85.5%). La incidencia de NAVM fue 2,70 episodios/1000 días de VM en el año 2013, en 2018 se registraron 10,53 episodios NAVM/ 1000 días de VM.

Conclusiones

Mayor cumplimiento en el registro de las medidas de control del neumotaponamiento y de higiene bucal en el turno de mañana. El turno de menor registro del cumplimiento en se encuentra en el turno de noche. Mientras que el registro de la medida de control de la posición de la cama se encuentra bastante igualado. El turno de mayor cumplimiento es el de mañana. Con una p<0,05, única variable que tiene asociación significativa con la NAVM es la Presión del Neumotaponamiento. Se precisa una formación continuada del personal sobre las medidas de prevención de la NAVM. Se requiere de nuevos estudios que incluyan otras variantes influyentes en la NAVM.

Palabras clave

Neumonía asociada a Ventilación Mecánica • Prevención • Cuidados de enfermeria

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 282

TERAPIAS CAR-T EN LA UCI

MªLuz Montero González; E. Herrero Mayoral; V. Arjona Díaz; M. Morales Cifuentes; MC. Prieto Casarrubios; MJ. Frade Mera
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Las terapias CAR-T consisten en obtener y reinfundir linfocitos T del paciente modificados genéticamente para identificar y eliminar células cancerígenas. Se utilizan en neoplasias hematológicas sin respuesta al tratamiento convencional. Tras su autorización, la evolución de la enfermedad o sus complicaciones pueden desencadenar el ingreso en UCI. Objetivos: Conocer la terapia CAR-T, su aplicación y cuidados asociados.

Metodología/Observación clínica

Procedimiento de las fases de la terapia CAR-T en UCI: acondicionamiento, dispensación, administración y monitorización post-administración.

Resultados/Intervenciones

Acondicionamiento: administrar quimioterapia para linfodepleción. Dispensación: retirar CAR-T de tanque de nitrógeno y descongelar. Administración: Acceso venoso central (2-3 luces), medidas de barrera, premedicar, velocidad de infusión 10-20 ml/min (30 min), purgado previo del equipo y lavado post-infusión con suero fisiológico. Monitorización post-administración: Identificación y tratamiento precoz de principales complicaciones:

1. Síndrome de liberación de citoquinas (CRS): Aparece entre 1º-10º día. Clínica: fiebre alta, hipotensión, hipoxia y/o toxicidad multiorgánica. Clasificación gravedad en 4 grados.

2. Síndrome de encefalopatía relacionada con CAR-T (CRES): Aparece a partir del 7º día.

Clínica: confusión, delirio, convulsiones y edema cerebral. Clasificación de gravedad en 4 grados.

Cuidados de enfermería:

- Monitorización avanzada y soporte hemodinámico y respiratorio, según gravedad (drogas vasoactivas, oxigenoterápia, alto flujo, ventilación no invasiva).
- Control estricto del balance hídrico. Sueroterápia para correcta hidratación.
- Vigilancia estrecha evolución analítica, extracción cultivos, aislamiento inverso.
- Control térmico, uso de antitérmicos y medios físicos.
- Evaluación periódica grado CRS, según evolución.
- Evaluación periódica grado CRES, según evolución. Monitorización escala Inmune Effector Cell-Asociated Encephalopathy (ICE), valora: orientación, nominación, órdenes, escritura y atención.
- Administrar medicación pautada (evitar corticoides y medicamentos depresores del Sistema Nervioso Central).

Conclusiones

La administración de terapias CAR-T es novedosa en UCI y requiere unos cuidados específicos. La monitorización y abordaje de sus complicaciones constituye un aspecto fundamental de nuestros cuidados. La gravedad de las mismas determina la carga de trabajo de enfermería.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 283

DESCANSO NOCTURNO DE NUESTROS PACIENTES DE UCI ¿REALIDAD O SUEÑO?

L. García López; I. Álvarez Carrascal; C. Herrera Alonso; C. Díez Sáenz
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

En una era en la que destacan los avances de la medicina y la tecnología, todo ello en pro denuestros pacientes, en ocasiones nos olvidamos de aspectos tan básicos e importantes paraellos como es el descanso nocturno, el cual tiene una repercusión directa en su adecuadarecuperación.Nuestro objetivo consiste en definir qué causas afectan al descanso nocturno en nuestrasunidades donde el trabajo es constante (toma de constantes, administración de fármacos,realización de técnicas...) y con ello concienciar a los profesionales encargados del cuidado deestos pacientes, de la importancia que supone así como dar pautas para actuar frente a estoshechos.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una búsqueda y revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden,Cinahl, Pubmed, Enfispo

Resultados/Intervenciones

A través de estudios realizados en los que se desarrolla un programa de modificación delcomportamiento del personal de UCI (unidad de cuidados intensivos) junto con elestablecimiento de periodos de no interrupción del sueño, se ve como se reducen lasalteraciones del sueño y los niveles de ruido durante el mismo.Otros trabajos también muestran como tras implantar un programa de promoción del sueño,también mejora el descanso de sus pacientes.Cualquier tipo de estrategia que se plantea para que los pacientes descansen y concilien elsueño es válida y conlleva a prosperar en el patrón del sueño en la UCI.

Conclusiones

A la vista de los resultados de diferentes estudios, se hace necesario implementar cambios en la unidad que favorezcan un sueño reparador y con las menores interrupciones posibles.El descanso nocturno no es un lujo sino una necesidad, por tanto debemos trabajar porque seconsiga alcanzar en estas unidades especiales en las que la tendencia es salvaguardar la vida a cambio del sueño. Y es que, la humanización, un tema tan actual, debe empezar por nuestros cuidados.

Palabras clave

Unidad de cuidados intensivos • descanso nocturno • enfermería • adultos • sueño

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 284

IMPACTO DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA (EPA) EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Bárbara Mailén Moyano Berardo[1]; A. Mendaza Sesma[2]; M. Martínez de Morentin Ancin[3]
1. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Clínica Universidad de Navarra; 3. Hospital García Orcoyen

Objetivos/Introducción

La figura de la Enfermera de Práctica Avanzada es un perfil que surgió en EEUU en torno a 1960 ante la escasez de médicos, la cambiante demanda de servicios, el incremento en los costes de la atención sanitaria y la mejora del desarrollo profesional de las enfermeras [1-3]; perfil que ha ido desarrollándose tanto académica como profesionalmente. En España, sin embargo, aunque diferentes servicios del Sistema Nacional de Salud están incorporando enfermeras que desempeñan diversos roles (gestoras de casos, enfermeras de enlace, enfermeras de práctica avanzada, etc.) no se están desarrollando con el avance que sería deseable. La necesidad asistencial creciente en Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y el aumento del desarrollo profesional de las enfermeras exige la implantación de nuevos perfiles con competencias avanzadas que supondrían un avance en la gestión de los servicios sanitarios. El objetivo de esta revisión es identificar y describrir el impacto de la implantación de la figura de la EPA en UCI en términos de costes, satisfacción y calidad de vida.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinhal y Cuiden, así como búsqueda manual en revistas especializadas.

Resultados/Intervenciones

Los estudios reflejan una reducción en la estancia que ha ido acompañada de una disminución de costes asociados a la calidad de los resultados: disminución de los días de ventilación, retirada de dispositivos, y control adecuado de glucosa en pacientes postoperados de cirugía cardiaca, además de un aumento en la satisfacción de los pacientes.

Conclusiones

La evidencia respalda una contribución positiva en la incorporación de esta figura en las UCIs, considerando la EPA como una enfermera experta con capacidad para aplicar el aprendizaje científico en un marco humanista, asumiendo nuevas responsabilidades, y siendo un referente para el usuario y para el resto de profesionales.

Palabras clave

intensive care

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 285

CAPNOGRAFÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Bárbara Mailén Moyano Berardo[1]; A. Mendaza Sesma[2]; M. Martínez de Morentin Ancín[3]; E. Muñoa Aguinaga[4]; M. Rubio Martínez[1]

1. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Clínica Universidad de Navarra; 3. Hospital García Orcoyen; 4. Atención Primaria Lesaka

Objetivos/Introducción

Crear un protocolo que indique la descripción del capnógrafo, indicaciones, contraindicaciones y cuidados de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica

Resultados/Intervenciones

Se describen las fases por las que atraviesa el capnograma, las indicaciones, contraindicaciones y cuidados de enfermería derivados de su uso.

Conclusiones

Con la creación de este protocolo se ha conseguido que los profesionales tengan un documento de referencia en el que basarse para prestar cuidados al paciente, sirviendo como apoyo para el personal del área de cuidados críticos y para los profesionales de nueva incorporación.

Palabras clave

capnografía • monitorización • enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 286

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE LA DISFAGIA EN PACIENTES DE UCI

Lucía del Pilar Armas Navarro; L. Mendoza Segura; BN. Santana López; YG. Santana Padilla; JA. Alcaráz Jiménez; L. Santana Cabrera
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

La Disfagia es un problema en la UCI del que no se conoce con claridad su incidencia, ni existe suficiente información sobre como evaluarla. Objetivo: Conocer las diferencias entre los pacientes críticos según la presencia o no de disfagia.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo llevado a cabo en una UCI, con los pacientes extubados o traqueostomizados a los cuales se les realizó una prueba de disfagia tipo MECVV. Se analizaron las diferencias en las características demográficas y de pronóstico, según presentaran o no disfagia orofaríngea.

Resultados/Intervenciones

Durante el periodo de estudio se han llevado a cabo 51 test de disfagia en pacientes críticos. Del total de la muestra, el 35.2% presentó disfagia durante la prueba (n=18). En nuestra muestra, no se han encontrado diferencias significativas en aquellos pacientes que no presentaron disfagia con quienes sí según el sexo (p=0.113), tipología de paciente (p=0.692), diagnóstico neurológico al ingreso (p=0.139), ni según antecedentes neurológicos (p=0.061), digestivos (p=0.143) o respiratorios (p=0.646). Tampoco se encontraron diferencias según el tiempo de ingreso en UCI (p=0.769) ni según el estado nutricional (p=0.111).

Conclusiones

En nuestra muestra de pacientes críticos no encontramos diferencias en las características demográficas y de pronóstico, según presentaran o no disfagia orofaríngea. No obstante, curiosamente, aquellos pacientes con un IMC menor, presentaban una mayor incidencia de disfagia que aquellos con un IMC mayor (p= 0.048)

Palabras clave

Disfagia

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

			Disfagia SI (n=18)	Disfagia NO (n=33)	*p*
Sexo		Hombre	16	23	0.113
		Mujer	2	10	
Tipo de paciente		Médico	14	22	0.692
		Cardiaco	2	5	
		Trauma	2	6	
Diagnóstico neurológico al ingreso		Si	9	10	0.139
		No	9	23	
Antecedentes	Neurológicos	Si	7	5	0.061
		No	11	28	
	Digestivos	Si	1	7	0.143
		No	17	26	
	Respiratorios	Si	2	4	0.646
		No	16	29	
Estancia en UCI		Corta estancia	9	19	0.769
		Larga estancia	9	14	
Albúmina <3		Si	13	14	0.111
		No	3	13	
Exitus en UCI		Si	1	1	0.586
		No	17	32	

	Disfagia Si (n=18)		Disfagia No (n=33)		t	*p*
	Media	DT	Media	DT		
Edad	64.67	12.509	59.70	12.611	1.352	0.185
IMC	26.44	3.986	29.05	5.016	2.038	**0.048**
Estancia Previa al test	17.61	14.991	13.27	9.271	1.117	0.275
APACHE	13.63	6.238	11.15	5.739	1.285	0.209
Charlson	2.71	1.611	3.48	4.467	0.821	0.417
Total días UCI	24	17.625	18.75	15.803	1.028	0.302

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 287

ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN Y EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN LAS UCIS ESPAÑOLAS

Luciano Santana Cabrera; D. Simón Bautista; J. Rico Rodríguez; BN. Santana López; JA. Alcaráz Jiménez; JC. Martín González
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

Conocer la percepción y el manejo diagnóstico y terapéutico de la disfagia en las UCIs de España.

Metodología/Observación clínica

Estudio en dos fases: Fase 1, adaptación al español de la encuesta utilizada en el estudio DICE; Fase 2, análisis de las propiedades métricas de las escalas mediante seguimiento prospectivo, observacional y descriptivo de una cohorte de expertos médicos y de enfermería en el campo de esta investigación de las UCIs de España, de junio a noviembre de 2020. El muestreo fue no probabilístico y consecutivo, hasta obtener el tamaño de la muestra.

Resultados/Intervenciones

38 UCIs. 86.8% multidisciplinares (n=33) y el 81.5% atienden anualmente menos de 1500 pacientes (n=31). El 76.3% consideran que la disfagia repercute en la mortalidad, prolongando su estancia (78.9%) e incrementando los costes (89.5%). Sin embargo, el 52.6% no tiene un protocolo asistencial para el manejo de la misma. El cribado se realiza en mayor proporción a aquellos pacientes postextubados o recientemente decanulados (n= 21, 55.3%), a aquellos que presentan signos clínicos de disfagia (n=21, 55.3%) y a quienes presentan una enfermedad neurológica de base (n=17, 44.7%). Dicho cribado es llevado a cabo normalmente por personal de enfermería (n=22, 57.9%). En una proporción importante, no se realizan pruebas exploratorias especializadas de confirmación (n=15, 39.5%), siendo la prueba de deglución (n=20, 52.6%) e indicios clínicos (n=18, 47.4%) las más utilizadas. El tratamiento de la disfagia se realiza con modificación de la consistencia de alimentos (n=24, 63.2%) o alimentación exclusiva mediante sonda (n=15, 39.5%).

Conclusiones

A pesar de que la disfagia se percibe como un problema muy importante en el pronóstico del paciente de UCI, un alto porcentaje de unidades carece de procedimientos normalizados de trabajo sobre la misma. Por otra parte, una proporción importante no realizan cribado, no utilizan pruebas complementaria y casi la mitad llega al diagnóstico a través de indicios clínicos.

Financiación

El presente estudio ha sido financiado por Fresenius Kabi España.

Palabras clave

Disfagia • Multicéntrico

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Disfagia en las UCIs de España		Total de Hospitales n=38	
		n	%
¿Qué tipo de UCI describe mejor su unidad?	Médica mixta	3	7.9
	Multidisciplinar (médica/quirúrgica mixta)	33	86.8
	Traumatológica/ortopédica/neurológica	2	5.3
¿Cuántas camas de UCI tienen en total?	<16 camas	19	50.0
	>16 camas	19	50.0
¿A cuántos pacientes tratan al año en su UCI?	<1500 pacientes al año	31	81.5
	>1500 pacientes al año	7	18.5
¿Considera en general que los trastornos deglutorios (disfagia) son un problema en los pacientes de su UCI?	No	4	10.5
	Sí	34	89.5
¿Tienen una norma asistencial para la disfagia (p. ej., un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) instituido para la disfagia)?	No	20	52.6
	Se prevé en un futuro cercano	8	21.1
	Sí	10	26.3
¿Se hace habitualmente un cribado de la disfagia en los pacientes de su UCI?	Está previsto hacer el cribado en un futuro cercano	7	18.4
	No se hace cribado	14	36.8
	Sí, se hace un cribado caso por caso	14	36.8
	Sí, se hace un cribado sistemático en todos los pacientes de la UCI	3	7.9
¿En qué pacientes se hace el cribado de la disfagia?	En todos	2	5.3
	En los postextubados o decanulados	21	55.3
	Pacientes con enfermedad neurológica de base	17	44.7
	Pacientes con trastorno deglutorio preexistente	12	31.6
	En los presentan signos clínicos de disfagia	21	55.3
¿Quién hace en su UCI el cribado inicial de la disfagia?	Cualquier enfermera	13	34.2
	No se hace	4	10.5
	Un especialista en terapia ocupacional	1	2.6
	Un fisioterapeuta	1	2.6
	Un logopeda	3	7.9
	Un médico intensivista	6	15.8
	Otorrinolaringólogo	1	2.6
	Una enfermera de UCI	9	23.7
¿Cómo se realiza el cribado en su UCI?	Con una comida de prueba	12	31.6
	No se hace	5	13.2
	Con fibroendoscopia de la deglución	1	2.6
	Sin instrumental: exploración clínica	5	13.2
	Sin instrumental: test de deglución de agua	15	39.5

Disfagia en las UCIs de España		Total de Hospitales n=38	
		n	%
¿Quién realiza la exploración especializada?	No se hacen pruebas confirmatorias	15	39.5
	Un logopeda	4	10.5
	Un ORL	8	21.1
	Otros	11	28.9
¿Qué técnica se utiliza para llegar al diagnóstico de "disfagia"?	Indicios clínicos de disfagia (aspiración)	18	47.4
	Exploración clínica, prueba de deglución	20	52.6
	Fibroendoscopia de la deglución	9	23.7
	Ninguna técnica diagnóstica	4	10.5
¿Cómo trata a sus pacientes de la UCI que presentan disfagia?	Dieta absoluta por vía oral durante el ingreso	4	10.5
	Modificación de la consistencia de los alimentos	24	63.2
	Alimentación exclusiva por sonda	15	39.5
	Traqueotomía temprana	1	2.6
	Rehabilitación deglutoria	14	36.8
	Estimulación eléctrica o magnética transcraneal	1	2.6
	Dieta absoluta por vía oral durante el ingreso	4	10.5
¿Considera que la disfagia diagnosticada en la UCI repercute en la mortalidad a medio o largo plazo (mortalidad a más de 28 días)?	Indeciso	8	21.1
	No	1	2.6
	Sí	29	76.3
¿Considera que la disfagia diagnosticada en la UCI prolonga la estancia en la UCI?	Indeciso	2	5.3
	No	6	15.8
	Sí	30	78.9
¿Considera que la disfagia diagnosticada en la UCI aumenta el coste total del tratamiento hospitalario?	Indeciso	3	7.9
	No	1	2.6
	Sí	34	89.5

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 289

PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN BALON DE RESUCITACIÓN CON OCLUSIÓN AÓRTICO (REBOA®) EN PACIENTES CON TRAUMA GRAVE

Palomino Sánchez Iluminada; C. Mudarra Reche; M. Chico Fernández; S. Bermejo Aznarez; J. Barea Mendoza; MA Murillo Pérez
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

El dispositivo REBOA® permite la oclusión de la aorta por encima del punto de sangrado para permitir el control temporal de la zona de la aorta y de la pelvis. Esto permite ser una terapia puente al control definitivo del sangrado en pacientes con trauma. Los beneficios son la perfusión cerebral y miocárdica, siendo menos invasivo y la colocación en diferentes niveles según la zona de la aorta.

· Estandarizar la colocación a la estrategia de resucitación de control de daños.
· Identificar los pacientes que se pueden beneficiar de dicho procedimiento y minimizar las complicaciones derivadas

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cochrane, utilizando los términos: trauma, damage control resucitation, REBOA, Resuscitative Endovascular Balloon Occlsuion of the Aorta combinados con AND y OR 2016-2019. Se realizaron reuniones multidisciplinares del equipo investigador para desarrollar el protocolo. Criterios de exclusión: situación de PCR o preparada, sospecha de lesiones aórticas, sangrado intratorácico. Se diseño un listado de verificación definiendo los diferentes pasos del procedimiento, la distribución de roles y posteriormente se realizó simulación de la técnica previo a su implementación.

Resultados/Intervenciones

Se establecieron las fases: indicación, preparación, implantación, la evaluación de la respuesta e identificación del foco de sangrado, retirada y seguimiento. Este proceso requiere del dispositivo de oclusión aórtico de 28 cm para zona III con la canalización previa de un catéter arterial puente mediante ecografía y confirmación mediante la onda de pulso. Se evaluó con check list cada uno de los pasos con registro de la hora de implantación, tiempo de inflado, evaluando la respuesta y confirmando la posición mediante radiología.

Conclusiones

El empleo de un nuevo dispositivo requiere de entrenamiento y formación adquirida mediante simulación para su adecuada implementación debido al alto coste y un porcentaje de complicaciones. Se analizarán mediante videograbación según la implantación del protocolo. Revisión anual.

Financiación

Innovasc

Palabras clave

resucitación con control de daños • equipo de resucitación trauma • REBOA® • simulación y videograbación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 290

PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN PRECOZ EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TRAUMA Y EMERGENCIAS

Cornejo Bauer Clara; C. Mudarra Reche; J. Vecino Rubio; MA. Murillo Pérez; M. Chico Fernández
Hospital 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Un número elevado de pacientes con enfermedad traumática crítica, desarrollará debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Esta debilidad se asocia con alta morbilidad, estancia en UCI y hospitalaria prolongada, duración mayor de la ventilación mecánica, efectos en la calidad de vida y aumento de la mortalidad. La movilización precoz (MP) es una estrategia importante para prevenir la debilidad adquirida en la UCI.

OBJETIVOS:

· Estandarizar el procedimiento de MP en pacientes con trauma y diferentes escalas de tratamiento.
· Identificar eventos adversos.

Criterios de inclusión: pacientes con ingreso >24 horas. Criterios de exclusión: pronóstico infausto 24-48 horas

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cochrane, utilizando los términos: critical care, trauma, early mobilization, acquired weakness, rehabilitation combinados con AND y OR (2010-2018) Se concluyó que para implantar la MP se necesitan equipos multidisciplinares, profesionales motivados, protocolos estructurados y toma de decisiones en equipo tras valoración diaria del paciente. Esta valoración rutinaria permite estratificar los niveles de movilización en función de la situación clínica cambiante del paciente. La MP es segura y viable en pacientes con lesiones traumáticas, incluyendo la deambulación, estimulación muscular eléctrica, pedalier y participación del paciente y familia. Los eventos adversos tienen una incidencia baja. Se realizaron 3 reuniones multidisciplinares del equipo investigador formado por médico, enfermera y fisioterapeuta para desarrollar el protocolo.

Resultados/Intervenciones

INTERVENCIONES Se determinaron 5 niveles de movilización precoz. Y el riesgo de eventos adversos (bajo, moderado, alto) analizando varias áreas (respiratoria, hemodinámica, neurológica). Se establecieron criterios de interrupción de la movilización precoz. Todos los pacientes son valorados en la primera sesión multidisciplinar y diariamente. Se realizarán las interconsultas precisas, según las lesiones diagnosticadas. Se registran las evaluaciones diarias y las sesiones de MP (tipo, tiempo, efecto)

Conclusiones

Se estableció un algoritmo de actuación. Revisión anual del protocolo. Criterio de cumplimiento: pacientes con movilización precoz /pacientes con criterios de inclusión x100

Palabras clave

movilización precoz • enfermedad traumática • debilidad adquirida en UCI • evento adverso

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 292

TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN TIEMPOS DE COVID

Estefanía Iglesias González
Hospital Universitario de Bellvitge

Objetivos/Introducción

Existen dos maneras de realizar una traqueostomía: quirúrgica y percutánea. En la traqueostomía quirúrgica se establece una comunicación entre la tráquea y el aire exterior mediante un orificio entre el segundo y tercer anillo traqueal mientras que, en la traqueostomía percutánea, se introduce una guía por la que se inserta una cánula.La traqueostomía percutánea por dilatación, busca minimizar las complicaciones de una intubación prolongada y la morbilidad de las traqueostomías abiertas, además de, tener la ventaja de ser esta, un tipo de intervención quirúrgica que puede realizarse a los pies de la cama del paciente evitando su desplazamiento hacia el quirófano y la apertura de la vía aérea.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos: Medline, Pubmed, Cinahl y Cuiden. Consulta del protocolo clínico.

Resultados/Intervenciones

Las técnicas actuales de traqueostomía percutánea pueden ser una alternativa en el manejo de la vía aérea difícil en situaciones de emergencia, ofreciendo ventajas sobre la criocotiroidotomía o la traqueostomía quirúrgica.Enfermería juega un papel importante durante todo el procedimiento. No simplemente colabora en la realización de la técnica de inserción sino que también aporta cuidados. Realiza cuidados de preparación del paciente previos a la inserción, durante el procedimiento y posterior al mismo asegurando el confort y la seguridad. Además, minimiza el riesgo de complicaciones asociadas como dolor, sangrado, infecciones, alteraciones hemodinámicas o de la ventilación manteniendo la permeabilidad de las vías aéreas, vigilando la presencia de sangrado, signos de lesiones en los tejidos, saturación de oxígeno, broncospasmo, arrítmias cardíacas,... a la vez que procede al registro de todas las valoraciones y cuidados realizados.

Conclusiones

El procedimiento percutáneo es rápido y poco cruento, minimizando el traumatismo sobre los tejidos y el número de complicaciones. Se han publicado complicaciones del 6% en traqueostomía percutánea con dilatación y 36’1% en traqueostomía abierta, concluyendo, que la percutánea es segura y eficiente.

Palabras clave

Traqueostomía • cirugía y seguridad

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 296

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULA NASAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Elena Alfageme Sastre[1]; M. García Casares[1]: P. Miguel Gómez[1]; M. González Cebrián[1]; L. Corrionero Martín[1]: A. Caramazana González[1]; MG. Barriga Miguel[1]; MA. Sánchez Calvo[1]; S. Pascual Sánchez[2]; B. Benéitez Turrión[1]
1. Hospital Clínico Universitario de Salamanca; 2. Centro de Salud María Auxiliadora de Madrid

Objetivos/Introducción

Los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA), una vez estabilizados, pueden mostrar signos y síntomas de congestión pulmonar provocando un fallo en el ventrículo izquierdo. Esto genera una insuficiencia respiratoria aguda (IRA) asociada a edema agudo de pulmón, shock cardiogénico o insuficiencia cardiaca crónica. Desde hace años, en las unidades de cuidados críticos cardiovasculares la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) se presenta como una terapia eficaz. Nuestros objetivos a través de este trabajo son:

· Adquirir conocimientos sobre el uso y funcionamiento de este dispositivo y sus beneficios.
· Prevenir las complicaciones que se puedan producir.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de diferentes artículos científicos obtenidos de las principales bases de datos.

Resultados/Intervenciones

La OAF permite administrar oxígeno de forma activa con un flujo de hasta 60 litros por minuto, con una humedad y temperatura adecuadas y con una presión continua en la vía aérea. Esta terapia está indicada principalmente en pacientes con IRA, aunque también se describen otras aplicaciones por los efectos beneficiosos respiratorios y hemodinámicos que produce. De entre los beneficios de esta terapia podemos destacar una mejoría en la oxigenación del paciente, disminución en la precarga del ventrículo derecho y una mejor tolerancia del dispositivo por el paciente. Las complicaciones más frecuentes que se pueden presentar son epíxtasis y lesiones en la mucosa nasal, cefalea, disconfort acústico o infección.

Conclusiones

La OAF mejora la oxigenación en pacientes con alto requerimiento de oxígeno. El personal de enfermería es el encargado del montaje y puesta en marcha del dispositivo. El conocimiento del funcionamiento por parte del equipo repercute en un mejor uso del mismo y una óptima calidad asistencial para el paciente.

Palabras clave

OAF • Insuficiencia cardiaca • Insuficiencia respiratoria

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 299

DONACION EN ASISTOLIA: UNA VIA DE EXPANSION DE TRASPLANTES

Rafael Avilés Sánchez; A. Gómez Nadales; R. Pérez Dormido; MJ. Molero Pardo; B. Sanz Pacheco
HUVV

Objetivos/Introducción

La donación en asistolia, se ha convertido en una de las vias mas claras de expansión de la donación en nuestro país representando uno de cada tres donantes. Plantear la opción de donación en personas que van a fallecer tras una Limitación de Tratamiento de Soporte Vital, evitando la obstinación terapeútica, forma parte de los cuidados al final de la vida, permitiendo incorporar la voluntad del paciente en su proceso asistencial, respetando así sus deseos, valores y creencias. Objetivo: Describir los donantes en Asistolia en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, durante un periodo de dos años.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo, descriptivo transversal.Se analizan 223 historias de pacientes fallecidos durante los años 2018-2019 en la UCI del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Resultados/Intervenciones

El 62.3 % de los fallecidos eran hombres y el 36% mujeres. Edad media 67.03 años.el 29% de los fallecidos eran donantes de órganos, y de los cuales el 41.5% donantes en asistolia.De los 27 donantes en asistolia, 16 se realizaron mediante la técnica Extracción Superrápida y 10 en ECMO, introducida en 2018. Una contraindicación médica (HTLV+)Los donantes generaron 41 riñones, 7 hígados, 40 córneas, 15 tejidos osteotendinosos. Ninguna negativa familiar, muy inferior al 8.8% de la media nacional.

Conclusiones

La donación en asistolia se afianza como la vía más clara de expansión del número de trasplantes.La incorporación de ECMO en el proceso de extracción mejora la supervivencia de los trasplantes y el número de órganos obtenidos.Es deber de los profesionales sanitarios ofertar la posibilidad de donación al final de la vida, tras la decisión del LET cuando el tratamiento sea fútil y el proceso de enfermedad conduzca inevitablemente a la muerte. Solo así garantizaremos una muerte digna y el respeto de los valores y creencias de los pacientes.

Palabras clave

Asistolia • Muerte digna • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 301

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Carmen Amparo Gómez Sanz; MP. Rubio Casaló; AP. Sánchez Vallespín; P. Ramírez Rodríguez; M. Escudero Canela; A. Gracia Lázaro; A. Luño Casabona; EM. Pamplona Calejero; S. Gallego Matossi
Hospital Nuestra Señora de Gracia - Unidad de Cuidados Intensivos

Objetivos/Introducción

Introducción: Debido a la situación generada por la crisis del coronavirus desde marzo del 2019 hasta la actualidad, el Hospital Nuestra Señora de Gracia se ha visto obligado a adaptar sus equipos humanos y su estructura física y organizativa para poder hacer frente a la crisis del coronavirus. Los aspectos logísticos y las capacidades de gestión son fundamentales para el buen funcionamiento de las UCIS, así como la acción coordinada de su personal.

OBJETIVOS:

· Transformar la Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA) y el área de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en UCIS.
· Reorganizar el trabajo de enfermeria optimizando el uso de recursos humanos y materiales.
· Recuperar enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con experiencia en el manejo de pacientes críticos.
· Formar al personal de enfermería respecto al paciente crítico, especialmente con Covid-19.

Metodología/Observación clínica

Se formó un grupo de trabajo para lograr los objetivos propuestos. Fue necesario cambios en tres dimensiones:
· Estructura física.
· Estructura organizativa.
· Recursos Humanos.

Resultados/Intervenciones

Los resultados fueron los esperados, con una transformación óptima de las estructuras físicas, organizativas y un equipo humano altamente sensibilizado y formado que sirvió de apoyo a los profesionales de nueva incorporación.

Conclusiones

El trabajo en equipo es algo que caracteriza a los profesionales de la salud, por ello y a pesar de las dificultades inherentes a esta nueva situación se consiguió crear un equipo de enfermería capaz de prestar una atención de calidad al paciente crítico. Por último, poner de manifiesto la necesidad de creación de la especialidad de Enfermería en Cuidados Críticos, así como la realización de un protocolo para la atención de los pacientes con patología Covid.

Palabras clave

Intensive Care Unit • Nursing team • Covid-19 • SARS-COV2

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 302

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES CUTÁNEAS FACIALES ASOCIADAS AL DECÚBITO PRONO EN LA UNIDAD DE CURAS INTENSIVAS

Judit Mondéjar; T. Pérez González
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

Estandarizar las curas de enfermería para la prevención de las lesiones cutáneas faciales que requiere decúbito prono en la Unidad de Críticos. El decúbito prono mejora la supervivencia en pacientes afectados por neumonía COVID, no obstante requieren un tiempo prolongado en esta posición incrementado la incidencia de las lesiones faciales. Mora y col. (1) concluyen que son el efecto adverso más frecuente (34% de los sujetos). Las localizaciones más frecuentes son frente, pómulos, nariz, oreja y barbilla (2). Constituyen un predictor independiente de mortalidad (3) y, a largo plazo, pueden ser responsables de cicatrices antiestéticas, queloides o hiperpigmentación (2).

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica del 1 al 31 de noviembre de 2020, en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cochrane. Usando las palabras clave “pressure ulcer”, “prone position” y “prevention”, excluyendo artículos anteriores al 2010. Se ha realizado un estudio transversal descriptivo en la unidad de críticos del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Un 48,3% de los pacientes habían requerido mínimo de una sesión de decúbito prono, entre estos un 60% habían sufrido una lesión -11,1% oreja, 22,2% pómulos, 33,3% narina y 33,3% labios.

Resultados/Intervenciones

Segun la literatura deberían estandarizarse las siguientes curas enfermeras:
· Ácidos grasos hiperoxigenados (AGH) en zonas susceptibles (4,5).
· Apósitos de espuma en zonas de alto riesgo de lesión (por dispositivos o prominencias óseas) (2,5).
· Apósitos hidrocoloides para disminuir fricción (5).
· Cambios posicionales de nadador cada 2-4 horas (6)
· Mantener la misma posición más de 8h aumenta el riesgo de sufrir una lesión por presión (2).
· Correcta ubicación de sondas, tubos, catéteres o drenajes y movilización periódica de éstos (5).
· Colchones dinámicos (5).
· Cojín facial específico, con espacio para el tubo endotraqueal (2).

Conclusiones

Los aspectos más importantes consisten en la hidratación mediante AGH, protección con apósitos de espuma/hidrocoloides, cambios posicionales y uso de superficies dinámicas.

Palabras clave

pressure ulcer • prone position • prevention

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 303

IDONEIDAD DE LOS CUIDADOS OFTALMOLÓGICOS DE ENFERMERÍA APLICADOS A PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

Esther Gago García; M. Vázquez-Gundín Paz
Hospital Universitario A Coruña

Objetivos/Introducción

El cuidado ocular de enfermería es un aspecto importante en el paciente críticamente enfermo, particularmente vulnerable para desarrollar lesiones superficiales por tener sus mecanismos de protección deteriorados, llegando a ocasionar discapacidad visual permanente. Una atención ocular protocolizada es eficaz para evitar complicaciones y progresión a formas más severas, lo que se traducirá en disminución de morbilidad y aumento en calidad de vida. Con este estudio se pretende determinar si los cuidados oftalmológicos aplicados a pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos son los recomendados según la evidencia disponible, y si la idoneidad de los cuidados se ve influida por la experiencia profesional y la carga de trabajo de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo de corte transversal prospectivo. Muestreo no probabilístico secuencial incluyendo pacientes ingresados en UCI médica con ingreso mayor a 24h. Se recogieron datos demográficos, estancia, mortalidad, estado neurológico, medicación depresora del sistema nervioso central, soporte ventilatorio, decúbito prono, COVID19, Nine Equivalents of Nursing Manpower (NEMS), idoneidad de cuidados oculares, experiencia laboral del personal de enfermería. Se realizó análisis descriptivo y bivariado mediante Chi-cuadrado de Pearson asumiendo significancia estadística cuando p=0,05. Análisis mediante paquete estadístico SPSSv22

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 109 pacientes, 62,4% hombres, edad media 60,5 ±13,15 años (58,01-63,00 IC95%); puntuación NEMS 26,53 ±6,35 (26,0-27,02 IC95%). Los cuidados oculares no fueron idóneos en más de la mitad de las observaciones (51,2%). Se encontró asociación entre idoneidad de cuidados y años de experiencia laboral (p 0.006), y entre idoneidad de cuidados y nivel asistencial (p <0.001).

Conclusiones

Los cuidados oftalmológicos de calidad en pacientes críticos son infrecuentes. La adecuación de estos cuidados está relacionada con la experiencia profesional y menor carga de trabajo. La formación continua y una mayor concienciación de la importancia de los cuidados son fundamentales para aumentar los estándares de atención y reducir la aparición de problemas oculares y sus repercusiones.

Palabras clave

Cuidados oculares • Cuidados de enfermería • Unidad de cuidados intensivos

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Tabla 1. Frecuencia (n) y porcentaje de la idoneidad de los cuidados oculares en las observaciones realizadas

Idoneidad Cuidados Oculares	n	%
No	325	51,2
Sí	310	48,8
Total	635	100,0

Tabla 2. Frecuencia (n) y porcentaje del tipo de cuidado ocular idóneo recogidos en las observaciones realizadas

Tipo de Cuidados Oculares idóneos recogidos	n	%
SSF	271	87,4
SSF+lubricante	34	11,0
SSF+oclusión	1	,3
SSF+lubricante+oclusión	4	1,3
Total	310	100,0

SSF: suero salino fisiológico 0,9%

Tabla 3. Porcentaje de idoneidad de cuidados oftalmológicos según experiencia laboral de los profesionales de enfermería en las observaciones realizadas. Cálculo del X2 de Pearson para estudiar la asociación entre las dos variables

		Experiencia laboral (años)					p valor
		<2	2-4	5-10	>10	Total	
Idoneidad cuidados (%)	No	59,7	51,7	58,5	43,9	51,2	0,006
	Sí	40,3	48,3	41,5	56,1	48,8	
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabla 4. Porcentaje de idoneidad de cuidados oftalmológicos según carga de enfermería por nivel asistencial. Cálculo del X2 de Pearson para estudiar la asociación entre las dos variables

		Nivel asistencial según NEMS			Total	p valor
		Nivel I	Nivel II	Nivel III		
Idoneidad cuidados (%)	No	42,1	47,2	66,2	51,2	<0,001
	Sí	57,9	52,8	33,8	48,8	
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 304

DONANTES EN UCI EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA: UN COMPROMISO DEL PROFESIONAL

José Miguel Fernández Añón; R. Aguilar Muñoz; C. de la Torre Ruiz; Y. Aranda Delgado; I. Rivas Rodríguez
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Es la donación de órganos un componente fundamental de la estrategia para el progreso hacia la autosuficiencia en trasplantes. Son las unidades de cuidados intensivos donde se encuentran la mayor parte de los potenciales donantes de órganos. El principio de que la donación ha de formar parte integral de los cuidados al final de la vida, cada vez está más aceptado socialmente, y es ahí donde el papel del personal sanitario es esencial en la detección y cuidado de los posibles donantes. Describir las características de los pacientes fellecidos en la UCI durante los últimos dos años. Analizar los posibles donantes potenciales y reales en dichos pacientes.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo, descriptivo transversal. Se analizan 223 historias de pacientes fallecidos en el Hospital universitario virgen de la victoria (HUVV) de Málaga durante los años 2018-2019.

Resultados/Intervenciones

Del total de fallecidos, el 62.33% eran hombres y el 37% mujeres, con una edad media de 67.03 años. Se realizan 38 protocolos de tejidos, 38 protocolos de muerte encefálica (de las cuales cuatro fueron contraindicaciones médicas y tres negativas familiares) y 27 asistolias. Dichos protocolos originaron 83 riñones, 18 hígados, 4 pulmones, 4 corazones, 162 córneas y 68 tejidos osteotendinosos.

Conclusiones

El H.U.V.V. con 561 camas, tiene una tasa de donación media en los últimos años de 75 donantes por millón de población, muy por encima de la media nacional. Es el hospital de Andalucía con mayor número de donantes de tejidos, siendo la tasa de negativas inferior al 3%, muy por debajo de la media nacional que se mantiene en un 14.8%, lo que pone de manifiesto el compromiso de los profesionales sanitarios y su bien hacer en el cuidado de los posibles donantes y sus familias, de dicho hospital.

Palabras clave

Donantes • Profesional sanitario • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 307

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE SONDA VESICAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Estefania Puente Mora; N. La Torre Feliu; C. Sanz Mellado; J. Castaño Camuñez; I. Romera Peregrina; M. Briones Roc; J. Pérez Sánchez
Hospital de Bellvitge

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN:

En la última década la infección del tracto urinario (ITU) es la infección relacionada con la asistencia sanitaria más frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), representando un 20% de las del total de infecciones. Por ello, se ha creado el proyecto ITU-Zero, cuyo objetivo es reducir la tasa de incidència.

OBJETIVO:

Valorar los conocimientos sobre los cuidados enfermeros en la inserción, mantenimiento y retirada de la sonda uretral (SU) en UCI pre implantación del proyecto ITU-Zero.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal realizado en tres UCI polivalentes de un hospital de tercer nivel durante enero de 2020. Se incluyeron enfermeras de todos los turnos. El muestreo fue no probabilístico y consecutivo. La recogida de datos fue mediante encuesta ad-hoc autoadministrada compuesta por 8 ítems evaluados, con respuesta dicotómica y de opción múltiple, basada en los listados de verificación del proyecto ITU-Zero.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 59 encuestas. El balance hídrico (98,0%) y la retención urinaria aguda (84,4%) son considerados los principales motivos de sondaje, por otro lado, el 36,2% lo identificó como medida de confort al final de vida. El 77,6% tiene en cuenta la temporalidad, y el 65,5% el material de la SU. En cuanto a la preparación de los pacientes, el 77,6% realiza la asepsia del meato urinario con antiséptico acuoso. El 70,2% manifiesta realizar la inserción de la sonda con sistema cerrado y el 48,3% fijan la SU. Ante la sospecha de obstrucción, el 70,7% realizan lavados vesicales. El 60,3% de los profesionales realizan una valoración diaria de la retirada de la SU.

Conclusiones

Debido a la creciente incidencia de ITU, sería necesario reforzar los conocimientos relacionados con los criterios de sondaje, la lubricación, la fijación y la valoración de retirada de la SU.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 308

PERFIL DE LOS PACIENTES CON LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Briones Roc; I. Romera Peregrina; J. Pérez Sánchez; E. Puente Mora; C. Sanz Mellado; N. Latorre Feliu; J. Castaño Camuñez
Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN:
La Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV) es la decisión consensuada entre profesionales y familia sobre el no-ingreso, no aplicación o retirada de medidas terapéuticas al paciente crítico al considerar que su situación clínica es irreversible.

OBJETIVOS:
Describir el perfil de pacientes con LTSV en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes fallecidos durante el año 2019 con LTSV. Se excluyeron pacientes en muerte encefálica y donación en asistolia controlada. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y presencia de acompañamiento familiar. La información se obtuvo a partir del registro en historia clínica y gráfica enfermera. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados/Intervenciones

Se evaluó a 99 pacientes (68,7% hombres) con edad media 67±11,4 años. El 52,5% presentaba fallo multiorgánico. El 77,8% estaban intubados, en el 3,9% se realizó desconexión de ventilación mecánica y el 9,1% se extubó. Al 47,5% se disminuyó FiO2. El 72,7% llevaban perfusión de sedación (75% midazolam) y el 89,9% de analgesia (48,3% fentanilo y 29,2% morfina). En el 58,6% de los pacientes se registró el grado de dolor y en el 83,8% el grado de sedación/agitación. Al 60,3% se le retiraron drogas vasoactivas. En el 58,6% se registró el acompañamiento familiar. En el 93,9% se registró LTSV en historia clínica y en el 70,7% en la gráfica enfermera

Conclusiones

El perfil de paciente crítico con LTSV es un paciente intubado, con analgosedación y al que le reducen parámetros ventilatorios y retiran drogas vasoactivas. Es necesario mejorar el registro de los cuidados al final de la vida en lo que respecta a la valoración del dolor, el acompañamiento familiar y los cuidados emocionales del paciente y la familia. Es necesario establecer un protocolo de LTSV para homogeneizar la práctica clínica y ofrecer cuidados de calidad al final de la vida.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 309

CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS ENFERMERAS PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS

Gema Tenor Salas; G. LLanes fernández de la Cueva; R. Aragón Copete; MJ González Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

Las infecciones asociadas con catéteres vasculares incrementan la mortalidad, las complicaciones y la estancia en el Hospital. La Bacteriemia relacionada con catéter es una de las infecciones asociadas a dispositivos más frecuente. Las intervenciones para prevenir las bacteriemias relacionadas con catéteres son:

· Higiene adecuada de manos.
· Desinfección de la piel con clorhexidina.
· Medidas de barrera total durante la inserción.
· Preferencia de la localización: subclavia.
· Retirada de Catéter Venosos Centrales (CVC) innecesarios.
· Manejo higiénico de los catéteres.

OBJETIVO:

· Conocer el grado de cumplimiento de las medidas preventivas de la bacteriemia asociada a CVC.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional prospectivo realizado durante el año 2019, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva (26 camas). Recogida de datos mediante observación directa y cumplimentación de check list. Variables de estudio: localización, estado del punto de inserción, presencia de catéteres innecesarios y presencia de solución hidroalcohólica.

Resultados/Intervenciones

Se recogieron un total de 481 determinaciones. Los resultados se expresan en portentajes(%)

Localización:

· Yugular derecha, 28.69%
· Yugular izquierda, 5,82%
· Subclavia izquierda, 10.18%
· Subclavia derecha, 29,52%
· Femoral, 3,53%
· Otros 22,24%

Punto de inserción en buen estado: 97.71%

No Presencia de catéter innecesario: 94,38%

Presencia de solución hidroalcohólica: 95.63%

Conclusiones

En nuestra unidad, el grado de cumplimiento es aceptable, aunque aún la elección del acceso a través de yugular es alto con respecto a la recomendación como primera elección de la vía subclavia.Es necesario para posterior estudio analizar el manejo higiénico del catéter como medida de prevención y poder verificar su grado de cumplimiento.

Palabras clave

Seguridad • catéter venoso • Bacteriemia

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 310

IMPORTANCIA DE UN ESTADO NUTRICIONAL ÓPTIMO EN PACIENTES CON COVID-19 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. EL APORTE VITAMÍNICO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Natalia García Vergara; MN. Moreno Noci
Hospital General Mateu Orfila

Objetivos/Introducción

En los últimos meses se está viendo reflejado la importancia de un estado óptimo de nuestro organismo para la respuesta de nuestro sistema inmunitario a la infección por SARS-COVID-19

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda en la base de datos Pubmed, poniendo como filtros de búsqueda, estudios en el ultimo año y de tipo revisiones bibliográficas. Se obtuvieron un total de 7 artículos, incluyendo a la población pediátrica.

Resultados/Intervenciones

Las alteraciones del estado nutricional, son relevantes para el resultado clínico de la enfermedad aguda. La inflamación sistémica, el deterioro del sistema inmunológico y las afecciones asociadas preexistentes, podrían actuar como factores cruciales que vinculan el estado nutricional, el curso y resultado de COVID-19 Los efectos antioxidantes, antiinflamatorios e inmunomoduladores de la vitamina C la convierten en un candidato terapéutico potencial, tanto para la prevención y mejora de la infección por COVID-19, como terapia complementaria en cuidados críticos. La vitamina D también podría desempeñar un papel en la prevención y/o el tratamiento, al modular la respuesta inmunitaria al virus tanto en la población adulta como en la pediátrica. Reduce la concentración de citocinas proinflamatorias y aumenta los niveles de citocinas antiinflamatorias, mejorando la producción de péptidos antimicrobianos naturales y activa células de defensa. Además, una modificación del régimen dietético para mejorar los niveles de adiponectina podría ser importante tanto para la prevención como para el tratamiento, mejorando así sus resultados.

Conclusiones

La suplementación vitamínica podría desempeñar un papel imprescindible en la prevención y tratamiento del COVID-19 tanto leve como grave en las unidades de cuidados intensivos. Sería interesante la mayor implementación de un nutricionista en la unidad de cuidados intensivos, aportando información adecuada a los profesionales y mejorando así la calidad de la estancia de los pacientes en la medida de lo posible. Son necesarios mayores ensayos controlados aleatorizados y estudios ecológicos para mayores recomendaciones basadas en la evidencia.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 311

PREVALENCIA DE MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN INTRACRANEAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA

Gloria LLanes Fernández de la Cueva; G. Tenor Salas; I. Domínguez Zafra; MJ. González Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

La Presión Intracraneal(PIC), se define como aquella medida en el interior de la cavidad craneal que es el resultado de la interacción entre el continente (cráneo) y el contenido (encéfalo, LCR y sangre).En las unidades de cuidados intensivos, en ocasiones se hace necesaria la monitorización de presión intracraneal en pacientes que tengan compromiso del estado de conciencia, tratamiento de la Hipertensión Intracraneal, postoperatorio de patología intracraneal severa...

OBJETIVOS:

· Determinar la prevalencia de monitorizaciones de PIC.
· Describir los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal durante el año 2019 en las unidades Cuidados Intensivos del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. UCI-P (10 camas), UCI-C (6 camas) y UCI-I (10 camas). Se realiza búsqueda y revisión bibliográfica para determinar los cuidados de enfermería al paciente con monitorización PIC. Bases de datos: Pubmed, CINHAL, Scopus, Cuiden y The Cochrane Database of Systematic Reviews

Resultados/Intervenciones

Prevalencia: UCI- P (1323 determinaciones):17,98% UCI- P (765 determinaciones):21,69%. Los cuidados de enfermería al paciente con monitorización PIC, deben ir encaminados a:

· Control neurológico y hemodinámico.
· Control de la vía aérea y ventilación.
· Control hídrico.
· Manejo del catéter intraventricular.
· Posición del paciente: decúbito supino, cabeza neutra.
· Evitar estimulación innecesaria.
· Valoración y manejo del dolor.

Conclusiones

Un correcto manejo del paciente con monitorización PIC, puede evitar aumentos de presión innecesarios.Es necesaria la formación de todos los profesionales implicados en el cuidado de pacientes con monitorización PIC por se ha elaborado un protocolo de actuación que se pondrá en marcha en 2020.La prevalencia de pacientes con monitorización intracraneal en UCI-P es menor que en UCI-C, dato que resulta relevante y reafirma el ingreso indistinto de este tipo de pacientes en ambas unidades, por ello la formación y la implantación del protocolo debe ir dirigida a todos los profesionales que integran la UCI, independientemetne de la unidad a la que pertenezcan.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 312

PREVALENCIA DE PACIENTES CONECTADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Gloria LLanes Fernández de la Cueva; G. Tenor Salas; M. Pino Ambrosio; MJ. González Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

La ventilación mecánica (VM) es un recurso terapéutico de soporte vital, que ha contribuido decisivamente en mejorar la supervivencia de los pacientes en estado crítico, sobre todo aquellos que sufren insuficiencia respiratoria aguda (IRA)

OBJETIVOS:

· Conocer la prevalencia de pacientes conectados a VM en nuestra UCI
· Determinar los cuidados de enfermería básicos a este tipo de paciente.

Metodología/Observación clínica

· Estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado en el año 2019 en la UCI del HJRJ de Huelva, en sus tres unidades: UCI-P, UCI-C y UCI-I.
· Se realiza búsqueda y revisión bibliográfica de los principales documentos relacionados con los cuidados de enfermería al paciente conectado a VM.

Las bases de datos incluidas han sido Pubmed, CINHAL, Scopus, Cuiden y The Cochrane Database of Systematic Reviews.

Resultados/Intervenciones

La prevalencia total de pacientes conectados a VM en nuestra Unidad fue del 56,20% en base a 3229 determinaciones en el año 2019. Distinguiendo por unidades, se aprecia que en la UCI- P la prevalencia fue del 84,35%, en la UCI-C del 60,78% y en la de Intermedios del 20,77%. En cuanto a los cuidados de enfermería generales al paciente conectado a VM, destacan:

· Verificar los parámetros de ventilación según la prescripción médica
· Registro y control de parámetros ventilatorios según protocolo.
· Realizar manipulaciones con técnica aséptica.
· Verificar estado del sistema de humidificación.
· Mantener los circuitos de ventilación sin condesaciones.
· Prevención de las neumonías asociadas a ventilación mecánica(control neumotaponamiento, cabecero elevado, higiene bucal..).
· Monitorización respiratoria.
· Control hemodinámico del paciente.
· Valorar el dolor mediante el ESCI.

Conclusiones

Dada la alta prevalencia de pacientes conectados a VM en nuestra unidad, se hace necesaria una correcta formación de los profesionales para el manejo de este tipo de pacientes, sobre todo en aquellos profesionales de nueva incorporación.Siendo imprescindible la prevención de los efectos adversos más frecuentes.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 313

IRA VS INSUFICIENCIA MITRAL Y MIOCARDIOPATÍA DILATADA

Natalia García Vergara; MN. Moreno Noci
Hospital General Mateu Orfila

Objetivos/Introducción

Paciente de 64 años, con AP de HTA, EPOC GOLD 2 y lobectomía en Lóbulo Superior Izquierdo (LSI) y Lóbulo Superior Derecho (LSD) por adenocardinoma en 2010-2017 respectivamente sin reicidivas con última revisión el 12/2021.

Metodología/Observación clínica

Es traída por el 061 a urgencias por cuadro de disnea y FA con RV rápida. Afebril. Avisan a UCI por IRA. En Rx se observa trama broncovalvular con signos sugestivos de edema intersticial. No edema en MMII. A nuestra llegada, FC: 90 lpm; TA: 120/79 mmHg, SatO2 100%.

Resultados/Intervenciones

Se coloca SV Foley nº16 y se administran 40 mg de furosemida, siendo efectiva. A los 15 minutos comienza con episodio de taquipnea, se coloca mascarilla de reservorio manteniendo SatO2 del 100%, taquipnea 40-45 rpm, diaforesis, obnubilación. Glasgow 5. Se procede a IOT sin incidencias. Se realiza Rx donde se visualiza colapso de pulmón izquierdo. Se procede a la retirada del TOT. Coincidiendo con hipotensión de 75/30 mmHg y DD elevado se procede a fibrinolisis con 100 mg de alteplasa para descartar TEP. Se canaliza CVCIP de 3 luces en MSD y se comienza BPC de Noradrenalina a dosis altas y BPC de sedoanalgesia con Midazolam y Fentanest.Tras estabilización del paciente se realiza Angio-TAC descartando TEP. A las 2 horas de estar en intensivos comienza con TSPV de 160 lpm visualizada en monitor. Se procede a cardioversión, más 300 mg de Amiodarona y BPC de Amiodarona a pasar en 24 h. Entra en RS con FC en torno 80-90 lpm. Se realiza ECO-Cardio donde se visualiza una FEVI-20-35% e insuficiencia de la válvula mitral.

Conclusiones

Tras el diagnóstico del problema principal, fue necesaria la cirugía cardíaca con una inserción de un clip mitral. Se consiguió primeramente la extubación y que la intervención fuese menos compleja.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 314

RONDAS DE SEGURIDAD DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA

Gema Tenor Salas; G. Llanes Fernández de la Cueva; C. Roque Senna; MJ. Alvarez Martín; MJ. González Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

La neumonía asociada a ventilación (NAV) mecánica es la principal infección adquirida en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Sociedades científicas recomiendan la implementación de una serie de medidas que han demostrado ser eficaces en la prevención(Neumonia Zero): - Obligado cumplimiento: control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento(20-30 cc H2O), higiene bucal cada 6-8 horas utilizando clorhexidina, evitar la posición de decúbito supino(cabecero elevado más de 30 grados), evitar los cambios innecesarios de las tubuladuras así como los lavados bronquiales programados. **OBJETIVO:** Describir el grado de cumplimiento de las medidas consideradas como obligadas para la prevención de NAV en nuestra UCI

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional prospectivo realizado en el año 2019 en la UCI del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez de Huelva (26 camas). Recogida de datos mediante observación directa y cumplimentación de check list. Se siguieron los criterios establecidos por la SEMICYUC. Variables de estudio: presión neumotaponamiento(20-30 cc de agua), higiene bucal, posición del cabecero (mayor de 30o), cambios innecesarios de tubuladura y realización de lavado bronquial.

Resultados/Intervenciones

Las variables se expresan en portentajes(%) Se recogieron un total de 453 determinaciones de las cuales un 54,08% (245 determinaciones) eran susceptibles de estudio (paciente conectado a ventilación mecánica invasiva): Presión Neumotaponamiento en rango (70,6%), Higiene bucal correcta (88.5%) Posición del cabecero elevada (98.3%) No se realiza lavado bronquial (91.8%) No se realizan cambios innecesarios de tubuladura (70.6%)

Conclusiones

En nuestra unidad, el grado de cumplimiento es aceptable, siendo necesario afianzar el control del neumotaponamiento así como la higiene bucal con clorhexidina. Se hace imprescindible además la incorporación de medidas altamente recomendables como la utilización de tubos endotraqueales de aspiración subglótica. Se establece como área de mejora la formación de los profesionales en el proyecto de Neumonia Zero sobre todo en aquellos de nueva incorporación. Se hace imprescindible la incorporación de medidas altamente recomendables como la utilización de tubos endotraqueales de aspiración subglótica.

Palabras clave

Seguridad • Neumonia • Prevención • Ventilación mecánica

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 315

ANALISIS EVENTO CENTINELA: SONDAJE RECTAL

Gema Tenor Salas; G. LLanes Fernández de la Cueva; JA, Fernández Minchon; MJ. González Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

Un Evento Centinela (EC) es un suceso no deseado o improvisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos o tiene riesgo de causarlos (su ocurrencia de servir de alarma y obligar a la organización a una evaluación inmediata y a dar respuesta para controlar la aparición de casos nuevos). La gestión de un EC debe realizarse con una metodológia apropiada con capacidad de dar respuesta, inmediata y transparente. El método recomendado ante un EC es el análisis Causa Raíz(ACR), metodo sistemático y comprensivo de investigación retrospectivos para identificar los fallos en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios. **OBJETIVOS:** determinar las causas que han favorecido su aparición y establecer áreas de mejora para controlar la aparición de nuevos casos

Metodología/Observación clínica

Detección de úlcera de la mucosa rectal visualizada por rectorragia tras retirada de dispositivo de contención temporal rectal. Se detecta aumento de la presión del balón de retención superior al recomendado por la casa comercial. Tras notificación se activa procedimiento de actuación establecido en el centro.

Resultados/Intervenciones

Creación de comisión multidisciplinar. -Realización de ACR: Análisis información: Entrevistas con profesionales que detectan el evento y que han atendido al paciente. Se revisan documentos y registros (gráficas, hojas de evolución y tratamiento, analíticas). Cuadrantes de profesionales: ratio y capacitación Otras fuentes: formación,literatura y revisión del producto. Cronología de los hechos. Análisis de causas: Se desconoce valoración de la correcta indicación (administración de enema), inexistencia de registro de actuación ante complicaciones (rebosamiento), fallos en el registro de prescripción (médica) y en el de administración de enemas (gráfica de enfermería).

Conclusiones

Se hace necesario implementar acciones de mejora para controlar la aparición de nuevos casos: Implantación de procedimiento especifico del dispositivo haciendo hincapie en los cuidados enfermeros (control, vigilancia y actuación ante signos de complicaciones). Control y vigilancia de la adecuada cumplimentación de registros. Modificación metodología prescripción médica. Sesión clínica(presentación del análisis). Informe sobre características de seguridad del dispositivo.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 317

PROTOCOLO MOMENTOS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

María de las Nieves Noci Moreno; N. García Vergara
Hospital General Mateu Orfila

Objetivos/Introducción

Creación de un Protocolo para establecer los momentos de valoración del dolor UCI, se utilizará por el personal de enfermería para el registro, prevención y tratamiento adecuado, dentro de la implantación de la Guía RNAO de Valoración y Manejo del Dolor.

Metodología/Observación clínica

Se eligieron una serie de recomendaciones para la práctica durante el proceso de implantación de la Guía, se elaboró un Protocolo.

Resultados/Intervenciones

Valoración: Detectar la presencia, o riesgo, de cualquier tipo de dolor. Ingreso (Ib). (AMDA, 2012; Cancer Care Ontario, 2008; RNAO, 2007). Después de un cambio en la situación clínica; antes, durante y después de un procedimiento (Ib). (AMDA, 2012; Cancer Care Ontario, 2008; RNAO, 2007). Valoración integral en las personas a las que se les haya detectado la presencia, o el riesgo, utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas (Ib). (Cancer Care Ontario, 2008; OCSMC, 2010; RNAO, 2007; Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007; SIGN, 2008). Realizar una valoración integral en personas incapaces de expresar (III). (Herr et al., 2011; IASP, 2012b). Explorar las creencias, el conocimiento sobre el manejo (III).(Bell & Duffy, 2009; Cornally & McCarthy, 2011; Watt-Watson, Stevens, Streiner, Garfinkel, & Gallop, 2001). Registrar las características(IIa). (Crowe et al., 2008). Volver tras intervenciones constantemente utilizando la misma herramienta. Según: la presencia; la intensidad; la estabilidad; el tipo(IIb). (AMDA, 2012; Herr et al., 2010). Comunicar y registrar (IIb). (College of Nurses [CNO], 2008; Crowe et al., 2008; RNAO, 2012a).

Conclusiones

Registro de: Pacientes con dolor al ingreso, registros en cada paciente, pacientes con dolor en un cambio de situación clínica, pacientes con registro del dolor antes/durante/después de un procedimiento, pacientes con dolor tras una intervención farmacológica y/o no farmacológica. Todo esto conlleva una mejor práctica enfermera con mayores registros, continuidad asistencial y mejora de la gestión del dolor.

Palabras clave

guía de práctica clínica • práctica clínica basada en la evidencia • dolor • atención de enfermería • valoración

sigue –>

MOMENTOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR
CAMBIO EN LA SITUACIÓN CLÍNICA
AL INGRESO
ANTES
DURANTE
DESPUÉS
PROCEDIMIENTOS
DE FORMA RUTINARIA 1VEZ / 8HORAS
REGÍSTRALO
TRAS INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA Y/O NO FARMACOLÓGICA
TAMBIÉN EN PACIENTES QUE NO PUEDAN EXPRESARLO

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 318

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA A PARTIR DEL SISTEMA PRONÓSTICO TISS-28

Gema Tenor Salas; MJ. García Martínez; P. Cruz Gutiérrez; G. LLanes Fernández de la Cueva; MJ. González Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

El problema más importante de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), es garantizar la calidad en la atención de los pacientes y uno de los factores que inciden en la misma es la escasez del recurso de enfermería, lo que se incrementa la carga de trabajo en las existentes. El TISS 28 determina la carga de trabajo y la gravedad de los pacientes críticos identificando la intensidad de las intervenciones terapéuticas de enfermería y establecer asignación enfermera- paciente adecuada. Los pacientes se agrupan en:
Clase I: Enfermos con menos de 10 puntos. Ratio enfermera paciente 1:4
Clase II: Enfermos con 10-19 puntos. Ratio enfermera paciente 1:4
Clase III: Enfermos con 20-39 puntos. Ratio enfermera paciente 1:2
Clase IV: Enfermos con 40 o más puntos. Ratio enfermera paciente 1:1 ó 2:1

OBJETIVO: Determinar la carga de trabajo mediante la aplicación del sistema pronóstico TISS-28

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo realizado durante el año 2019 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. UCI-P(10 camas): ratio 1:2 UCI-C: 6 camas: ratio 1:3 UCI-I: 10 camas:ratio 1:5

Resultados/Intervenciones

UCI P(1323 determinaciones), describiéndose un TISS medio de 32,65, con rango entre 12 y 66 y una mediana de 33. - La media de TISS obtenida en la UCI-C (765 determinaciones) fue de 29,04. El rango de TISS en esta unidad osciló entre 7 y 64. La mediana fue de 28. - En la UCI-I se obtuvieron 640 determinaciones con rango entre 5 y 49, presentando esta unidad un TISS medio de 20,50 y una mediana de 20.

Conclusiones

El TISS 28 es buen predictor de la gravedad de los pacientes críticos y de la carga de trabajo de enfermería. Una vez descrito el perfil de pacientes de nuestra unidad,se hace necesario aumentar la asignación de enfermería en la UCI C debido al perfil de pacientes que ingresan en esta unidad.

Palabras clave

enfermería • Cargas de Trabajo • Evaluación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 321

INDICACIONES Y PREVALENCIA DE LA MONITORIZACIÓN INVASIVA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Gema Tenor Salas; L. Bandera Tenor; G. LLanes Fernández de la Cueva; MJ. González Suárez; MA Rodríguez Cano
Hospital Universitario Juan Ramon Jiménez

Objetivos/Introducción

La monitorización invasiva de la presión arterial(PA)es el registro contínuo de la PA mediante un catéter intraarterial con transductor de presión. Es uno de los procedimientos más habituales que se realizan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

OBJETIVOS:

· Determinar la prevalencia monitorizaciones arteriales en nuestra UCI.
· Detallar los cuidados de enfermería a pacientes portadores de catéter arterial.
· Conocer las indicaciones de la monitorización invasiva de la PA.

Metodología/Observación clínica

Para determinar la prevalencia, se realiza estudio descriptivo transversal durante 2019 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Compuesta 3 unidades: Unidad de UCI-P(10 camas), UCI-C(6 camas) y UCI-I(9 camas). Para conocer las indicaciones y cuidados de enfermería, realiza búsqueda y revisión bibliográfica. Las bases de datos incluidas han sido Pubmed, CINHAL, Scopus, Cuiden y The Cochrane Database of Systematic Reviews

Resultados/Intervenciones

Se realizarón 2728 determinaciones. La prevalencia media de monitorizaciones arteriales en nuestra UCI fue del 49,19%. UCI P 65,23% UCI C 54,77% UCI I 9,37% - Las indicaciones de la monitorización invasiva PA son la inestabilidad hemodinámica del paciente (más frecuente en nuestra UCI), la necesidad de tomas de sangre arteriales recurrentes y la necesidad de infusión intraarterial de fármacos. En cuanto a los cuidados de enfermería, destacan:

· Vigilancia diaria del punto de punción
· Observación de los dedos, temperatura y presencia de hemorragias
· Curas pautadas según protocolo
· Reducir manipulaciones en conexiones
· Identificar signos de infección o isquemia
· Lavar periódicamente el sistema y siempre tras las extracciones.

Conclusiones

Se aprecia una prevalencia alta de monitorizaciones invasivas de PA en nuestra UCI, más acusada en la UCI-P. Es por ello que el personal de enfermería debe estar adiestrado en el correcto manejo de este tipo de catéteres así como en la realización adecuada de la técnica. Se propone pues en nuestra UCI la elaboración de un protocolo al respecto que sirva de apoyo y guía para todos los profesionales.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 324

EL PAPEL DE LA ENFERMERA DE UCI EN EL TRASLADO DE PACIENTE COVID-19 CON ECMO A HOSPITAL DE REFERENCIA INSULAR

María de las Nieves Noci Moreno; N. García Vergara
Hospital General Mateu Orfila

Objetivos/Introducción

Paciente 58 años, sin patologías previas, ingresa por IRA, infección de SARS-CoV-2, VMI con IOT día 1. Se realizan 3 pronos. El día 9, tras empeoramiento se decide contactar con el Centro de Referencia Insular y proposición para terapia de ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea). Cumple criterios y se acepta el paciente en el Hospital de Referencia Insular, coordinando el transporte con tres UCIs y dos sistemas de emergencias. Estudiaremos el papel de la enfermera responsable en la UCI. La preparación del paciente y participación en el trabajo coordinado con el Equipo ECMO.

Metodología/Observación clínica

Sedoanalgesiado y relajado con PC de fentanilo, midazolam y rocuronio. RAS de -5. Bis 40. TOF 0/4. RS 70-90. TAM 80. Conectado a VM con modalidad PC FiO2 1, PC sobre Peep de 15, Peep 12, 91%. Secreciones abundantes mucosas, espesas. NE por SNG,peristaltismo débil. Diuresis por SV correctas. Afebril. Decúbito prono 23h del día 8. VC de acceso periférico de 3 luces y catéter arterial.

Resultados/Intervenciones

PRETRASLADO CVCIP, VP de gran calibre, catéter arterial (derecho). Pruebas cruzadas y transfusión 2 concentrados de hematíes, 1 bolsa de plasma (reserva 4 concentrados, 4 plasma, 4 pool plaquetas. GSA y GSV central, analítica urgente. Ecógrafo, ecocardiograma. Rasurado y lavado de pelvis y abdomen. Información a la familia. Informe de alta de enfermería. DURANTE: La organización la asumió el Intensivista equipo ECMO. Funciones Enfermera de UCI: Despronar Preparación de vías y sondajes Preparación de medicación y material. Asistencia equipo Entrega informe de alta Canalización y colocación ECMO. Estabilización y traspaso.

Conclusiones

La enfermera de UCI asume traslados al hospital de referencia por características insulares del hospital. El traspaso se realiza ya estabilizado y con la enfermera del equipo de emergencias. Este caso se realizó con 4 equipos diferentes, con preparación previa, el proceso de canalización y colocación del ECMO, estabilización, el traslado hasta el avión medicalizado, traslado al hospital de referencia.

Palabras clave

ECMO • traslado • equipo ECMO • SARS-CoV-2

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 325

OPINIÓN Y GRADO DE ACUERDO DE LOS PROFESIONALES DE UNIDADES DE CRÍTICOS CON LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

Cristina Sanz Mellado; J. Pérez Sánchez; I. Romera Peregrina; N. Latorre Feliu; E. Puente Mora; M. Briones Roc; J. Castaño Camuñez
Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos/Introducción

La humanización de cuidados al final de vida está cada vez más presente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), siendo paciente y familia los principales receptores. Los profesionales deben proporcionar cuidados de calidad, en todas las etapas de acompañamiento al final de vida. Conocer la valoración ética y el grado de acuerdo de los profesionales de UCI respecto a la limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal realizado en tres UCI polivalentes de un hospital de tercer nivel de diciembre 2019 a enero 2020. Se incluyeron profesionales de todas las categorías que formaban parte de la plantilla habitual y que voluntariamente aceptaron participar mediante muestreo no probabilístico y consecutivo. Se utilizaron 2 instrumentos: una encuesta autoadministrada y validada sobre LTSV conformada por 18 ítems con respuesta dicotómica y una encuesta “ad-hoc” para valorar el grado de acuerdo de los profesionales con la práctica habitual. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados/Intervenciones

Respondieron 124 profesionales, 22,6% técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, 59,7% enfermeros/as, 11,3% médicos y 6,4% residentes. El 70,2% piensa que no es lo mismo no instaurar un tratamiento que retirarlo, excepto el 14,3% de médicos. El 79,7% de enfermeras considera calidad de vida la alimentación definitiva por sonda.El 39,2% de enfermeras y el 32,1% de auxiliares consideran que la información a la familia no es suficientemente clara y precisa, el 35,7% de médicos piensa que sí. El 91,2% percibe que se prolonga innecesariamente situaciones de sufrimiento. El 40,5% de las enfermeras considera insuficiente la formación que tienen para afrontar estas situaciones.

Conclusiones

La opinión de los profesionales es favorable a la LTSV. A pesar de ello, debe mejorarse la transmisión de la información a la familia y la formación a los profesionales para comunicar malas noticias y paliar el sufrimiento de situaciones de final de vida.

Palabras clave

Final de vida • UCI • Limitación del tratamiento de soporte vital • Intensive care • Opinión de profesionales

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 326

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA TERAPIA INHALATORIA CON ÓXIDO NITRICO

Irene Aceña Hernández; B. Fernández Gómez; MS. García Sánchez; C. Marchal Reyeros; M. Alfaro Garrido; E. Broussarski Ortega
UCI Hospital Clinico San Carlos

Objetivos/Introducción

La insuficiencia respiratoria hipoxémica severa en pacientes con hipertensión pulmonar (HTP) supone un factor de riesgo de elevada mortalidad. La terapia inhalatoria con oxido nitrico (iNO) actúa relajando la musculatura lisa vascular produciendo una vasodilatación pulmonar selectiva. Se ha demostrado el aumento del intercambio gaseoso, mejorando la relación ventilación/perfusión (V/Q). La administración del ON en las unidades de cuidados intensivos exige una monitorización rigurosa, un correcto montaje y una estrecha vigilancia del paciente por parte de enfermería. Por eso creemos necesario actualizar y estandarizar criterios de conocimiento y actuación en un protocolo que nos sirva de guía a todos los profesionales.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica de las indicaciones actuales de la terapia inhalatoria con NO en el paciente adulto mediante búsqueda en bases de datos (Pubmed, Cuiden y Enfispo), así como de las guías practicas y manuales de las casas comerciales. Se ha realizado un protocolo de manejo bajo el consenso de los profesionales implicados.

Resultados/Intervenciones

Con el fin de alcanzar los objetivos principales y específicos se han actualizado los cuidados y las mediadas de prevención de riesgos a tener en cuenta en el paciente sometido a terapia iNO, en base a la evidencia actual disponible. Mantenimiento de la terapia: comprobación de la presión de la bala de gas. Calibración. Colocación del resucitador manual con reservorio. Dosificación: dosis mínima eficaz, reducción progresiva. Monitorización: control hemodinánico y ventilatorio (saturación de oxigeno, hipoxemia e hipercapnia) Efectos secundarios: vigilancia de metahemoglobina, trombocitopenia, hipopotasemia, hipotensión y posibles atelectasias.

Conclusiones

La monitorización y vigilancia de los parámetros hemodinámicos, respiratorios y hematológicos específicos del paciente sometidos a terapia inhalatoria con oxido nitrico son de vital importancia para su manejo eficaz y para minimizar los posibles riesgos. La revisión y entandarización de los cuidados de enfermería en base a la ultima evidencia disponible, así como su difusión permite mejorar la seguridad del paciente.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 327

¿QUÉ SABEMOS LOS FISIOTERAPEUTAS SOBRE LA HIGIENE DE MANOS?

Ángela Suárez Pérez[1]; MI. Muñoz Díez[2]; SA. Juarros Martínez[2]; C. Páramo Martinez[3]; E. Arranz Garmilla[4]
1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; 3. Junta de Castilla y León; 4. Servicio Cántabro de Salud - Centro de Salud Camargo Costa

Objetivos/Introducción

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) son aquellas que el paciente adquiere durante su estancia hospitalaria. Afectan al 8% de los pacientes y conllevan una elevada morbimortalidad y un alto impacto económico. La OMS considera la higiene de manos (HM) como la medida principal de reducción de IRASNuestro objetivo es analizar el conocimiento y aplicación de la HM por parte de los fisioterapeutas en el entorno de la UCI

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio descriptivo mediante un cuestionario vía email voluntario y anónimo para analizar los conocimientos de los fisioterapeutas de distintas UCIs de España en cuanto a HM. La encuesta engloba preguntas de HM en cuanto a perfil del encuestado, realización y protocolo OMS. Análisis estadístico: comparación medias y frecuencias (T-Student, Chi-cuadrado). Significación estadística p<0,05

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 22 encuestas, el 68,2% entre 30-40 años de edad, 72,7% mujeres. El 95,5% realiza HM como prevención de IRAS. Frente al uso de preparados base alcohólica (PBA), el 63,6% prefiere agua y jabón antiséptico (AJ) sobre todo si edad 30-40 años (p0,024) y para lavado de restos orgánicos (p0,054). El 77,3% conoce la opción de lavado correcto para eliminar restos orgánicos. El 72,7% conoce la duración adecuada para el HM y todos realizan HM para prevenir IRAS (p0,000). El 68,2% conoce el criterio de uso adecuado de guantes. El 100% de los que piensa que no es necesario usar guantes si se lava las manos desconocen su uso correcto (p0,030). El 86,4% conoce los criterios de la OMS sobre HM. El mayor número de errores en la encuesta lo cometieron los de 30-40 años de edad (p0,036)

Conclusiones

No todos los fisioterapeutas encuestados conocen y realizan correctamente la HM por lo que es necesario aumentar la formación, sobre todo los edades intermedias

Palabras clave

higiene de manos • fisioterapeutas • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 329

CREACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE GESTIÓN DEL RUIDO AMBIENTAL EN LA UCI DE UN HOSPITAL COMARCAL

Carlos Polanco Durán; R. Yanguas Quesada; V. Villodres Vidal; I. Salcedo Lambea; PM. Sáenz Andapia; J. Rodríguez Sadurní; P. Garro Martínez; J. Xirgu Cortacans
Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

Objetivos/Introducción

OBJETIVOS GENERALES:

· Creación de un equipo multidisciplinar de gestión del ruido ambiental en la UCI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

· Analizar los datos registrados.
· Informar, a personal y usuarios, de los efectos nocivos del ruido sobre pacientes y profesionales.
· Diseñar intervenciones innovadoras para disminuirlo.Introducción

El ruido ambiental elevado es un problema en nuestra Unidad, verbalizado por usuarios y profesionales. Producido por la actividad asistencial, el aparataje y el personal, perjudica a todas/os.Instalamos un sonómetro Sound-Ear (panel luminoso en forma de oreja, emulando un semáforo, que alerta visualmente del ruido excesivo). Durante dos meses se registran los decibelios las 24h del día. Se objetiva un ruido elevado.Se decide crear un equipo que interprete estos datos, revise bibliografía y proponga estrategias de intervención.

Metodología/Observación clínica

1. Búsqueda de colaboradores que revisen bibliografía, pues existe correlación entre ruido y trastornos del sueño, delirio, requerimientos de sedo-analgesia, etc.
2. Implicación de profesionales del turno nocturno, dada la importante relación entre ruido y sueño efectivo.
3. Sesiones de trabajo conjuntas para diseñar acciones de control del ruido y creación de una campaña gráfica.
4. Difusión del Proyecto, junto al Gabinete de Comunicación del Hospital.

Resultados/Intervenciones

· Creación del Grupo de Gestión del Ruido Ambiental de la UCI, formado por personal de medicina, enfermería y TCAE.
· Se obtienen mediciones medias >75dB diurnos y >70dB nocturnos.
· 10 sesiones informativas al personal.
· Creación de campaña gráfica.
· Difusión en prensa y redes sociales.
· Reportaje en TV autonómica.
· Entrevista radiofónica de difusión nacional.

Conclusiones

Los niveles de ruido en la UCI son excesivos. La creación de un grupo multidisciplinar de gestión del ruido ambiental es clave para concienciar al personal y pacientes/familiares del problema y desarrollar intervenciones de mejora, que serán evaluadas en futuras mediciones.

Palabras clave

ruido ambiental • equipo multidisciplinar • sueño • sonómetro • humanización en UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 330

COMPROBACIÓN DE LA CORRECTA COLOCACIÓN DE UNA SNG MEDIANTE MÉTODOS NO RADIOLÓGICOS

María de la Cruz Fernández López; GQ. Ruiz Nortes; GM. Muñoz Rubio; E. Muñoz Borrachero
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos/Introducción

Los profesionales que trabajan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) diariamente se enfrentan a la inserción de Sondas Nasogástricas (SNG) con la posterior necesidad de la comprobación de su idónea colocación.Actuálmente en nuestra unidad del Hospital Virgen de la Arrixaca se comprueba mediante una radiografía, la cual conlleva una exposición radiológica tando del paciente, personal y resto de pacientes ingresados. El objetivo es conocer la eficacia de otros procedimientos no radiológicos para comprobar la correcta colocación de la SNG. En este caso nos centraremos en tiras reactivas de pH para analizar el contenido gástrico y en la ecografía abdominal.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos: PubMed, CINAHL, Sciele y Cuiden, con las palabres clave SNG, pH y ecografía de artículos en Español e Inglés de los últimos 5 años.

Resultados/Intervenciones

El uso de tiras de pH para la medición de la acidez del aspirado gástrico tiene una precisión diagnóstica baja pues el valor se puede ver alterado por diferentes factores como pueden ser determinados medicamentos y la alimentación del paciente. El uso de la ecografía tiene una alta sensibilidad y especificidad y es una opción fiable para verificar la correcta colocación de la SNG con fiador.

Conclusiones

El uso de tiras reactivas por sí solo no es fiable, necesitando de otros métodos complementarios.- El uso de la ecografía es una opción fiable y disminuiría la exposición radiológica de pacientes y del personal, disminuyendo también el costo y el tiempo de espera entre la colocación de la SNG y la instauración de la nutrición enteral.- La instauración de la ecografía como método de comprobación en una UCI requiere de un adiestramiento previo del personal así como de la aprobación por parte del facultativo de la idónea colocación de la SNG, como ocurre con la radiografía.

Palabras clave

nasogastric tube • pH • ecography

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 331

ACTUALIZACION DE LA TÉCNICA DE DECÚBITO PRONO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS

Cristina Marchal Reyeros[1]; I. Aceña Hernández[1]; B. Fernández Gómez[2]
1. Hospital Clínico San Carlos; 2. Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

El DP (decúbito prono) es una medida terapéutica adicional en el tratamiento del SDRA (síndrome del distrés respiratorio del adulto). Los efectos fisiológicos de esta maniobra producen una mejoría en la ventilación pulmonar

Metodología/Observación clínica

Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, Cuiden, Scielo y Cuidatge. Para ampliar la muestra de artículos se consultaron los originales primarios de las revistas: Metas de Enfermería, Enfermería Intensiva, Elsiver.

Resultados/Intervenciones

MOVILIZACIÓN

1. Colocar la cama totalmente horizontal

2. Ubicación del personal:
- la enfermera responsable dirige el procedimiento y se coloca en el cabecero; asegura la sujeción de TOT/traqueotomía
- la 2ª enfermera se sitúa en el lateral de la cama asegurando accesos venosos, drenajes, sonda vesical, monitorización
- la auxiliar de enfermería se sitúa al lado de la enfermera, colaborando en la función de ésta
- el celador se sitúa en el otro lateral realizando la movilización.

3. Desplazar en bloque al paciente al borde de la cama del lado donde mayor número de accesos vasculares y/o drenajes tenga

4. Colocar el brazo que queda en el centro de la cama paralelo al cuerpo, con la palma de la mano hacia arriba bajo el glúteo.

5. Flexionar pierna y brazo contrarios para facilitar el giro a decúbito lateral.

6. Una vez lateralizado:
- colocar pulsioxímetro en mano de brazo flexionado
- cambiar monitorización a la espalda del paciente
- pasar la sonda vesical entre las piernas
- colocar una almohada transversal al paciente en cintura escapular y otra en cintura pélvica.

7. Girar al paciente sobre las almohadas y completar el decúbito prono centrándole en la cama.

8. Para mantener una postura fisiológica de los miembros inferiores se sitúan dos almohadas transversales sobre la zona pretibial

Conclusiones

El empleo de la VM en DP en pacientes con IRA grave ha demostrado ser una técnica segura, con escasas complicaciones, que generalmente consigue mejorar la oxigenación.

Palabras clave

PRONO • SDRA

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 334

MANEJO DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EXTRAHOSPITALARIA. ADECUANDO NUESTRAS GUÍAS DE ACTUACIÓN

Natalia Martínez Cuellar; E. Arias Moya; JJ. García Lindez; M. Sansegundo Campo; EA. Oliver Tormo; MI. Ceniceros Rozalen; M. Casas Moreno
SAMU 061 Balears

Objetivos/Introducción

Los registros de PCR- EH nos permiten el análisis de datos y para el diseño de indicadores de calidad y para así establecer medidas de mejora. Con la aparición del COVID 19, se han tenido que adaptar las guías asistenciales del servicio, siendo necesario comprobar si se ha visto afectada la calidad de nuestros resultados inmediatos y a corto-medio plazo. **OBJETIVO:** Analizar las intervenciones de los equipos de emergencia del SAMU 061 Baleares en la asistencia a la PCR-EH durante la 1ª y 2ª ola de la pandemia del COVID 19.

Metodología/Observación clínica

Estudio cuantitativo descriptivo progresivo de las PCR atendidas entre los meses de marzo y mayo (1º ola) y agosto a octubre de 2020 (2º ola) en las Islas Baleares. Se incluyeron todas las PCR atendidas por los equipos de emergencias extrahospitalarias (EEE) y las PCR recuperadas por otros intervinientes: Se excluyen las reanimaciones con carácter fútil.

Resultados/Intervenciones

El volumen de PCR incluidas en las diferentes fases son: 82 del 1º ola y 109 del 2º. Entre otros datos tenemos una tasa de supervivencia extrahospitalaria del 23% frente al 22.9% en 1º y 2º respectivamente. Así mismo la tasa de supervivencia es del 6% en el primer período y del 6,40% en el segundo. La activación del codigo PCR para la activación de otros servicios fue del 62% en los primeros meses, y solo del 57% en los segundos, así como también hay una disminución de la RCP telefónica registrada desde un 38 a un 18%. Otros datos analizados son: soporte vital previo a la llegada de EEE, tasa de RCP-T, tiempo de respuesta,.. Además se incluyen datos de intervenciones especificas incluidas en la guía asistencia

Conclusiones

A pesar de la implantación de las guías de intervención a la PCR-EH en contexto covid, los resultados han sido muy similares en ambos períodos.

Palabras clave

paro cardiaco extrahospitalario • Out-of-hospital cardiac arrest • coronavirus

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 335

LA CULTURA DEL SILENCIO Y LA HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pilar Lara Domínguez; MA. Aguilar Peña; A. Camaño Mesa; B. Sanz Pacheco; MJ. Molero Pardo
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Objetivos/Introducción

La cultura del silencio influye en la percepción del ruido ambiental (RA) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) siendo factor neutralizador respecto otros precipitantes. **OBJETIVOS:** Evaluar si es necesario fomentar la cultura del silencio en la UCI a través de un cambio en la actitud del equipo de profesionales

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo descriptivo realizado desde 1/8/2019 a 31/01/2020 a pacientes ingresados en UCI del Hospital Universitario Virgen Victoria de Málaga, antes de una intervención cualitativa con el soporte de cuestionario sobre percepción del RA a pacientes tras alta de UCI. El programa utilizado para el procesamiento de datos y el análisis estadístico descriptivo y comparativo se realizó con SPSS versión 18.0, según naturaleza de variables (demográficas, clínicas, factores precipitantes ruido ambiental y 3 periodos de 2 meses) y objetivos del estudio. Proyecto aprobado por el Comité de Ética e Investigación.

Resultados/Intervenciones

76 cuestionarios a pacientes con edad media de 62 años ± 17 años, 71% fueron varones, 62% sin estudios o primarios, 60% sin actividad laboral y 84% con perfil de patología médica. 61% de pacientes consideraban más ruido de lo normal en UCI. No se apreció diferencias respecto el género pero si en mayores de 60 años con mayor percepción del RA (escala de 1 a 10) producido por conversaciones de profesionales (4,43 vs 5,77, t=2, p=0,03) y aparataje (4,41 vs 5,03, t=1,18, p=ns). Se apreció un progresivo aumento significativo de los parámetros relacionados con RA y periodos de tiempo como aparataje (3,85 vs 4,68 vs 6, f=5,4, p=0,006) y conversaciones profesionales (4 vs 5,5 vs 6,2 f=3,5, p=0,02). No se ofertó tapones auditivos en el 77% y antifaz de luz ambiental al 90% de pacientes entrevistados.

Conclusiones

Es necesario fomentar la cultura del silencio a través de un cambio en la actitud del equipo de profesionales.

Financiación

EXPAUMI y Fundación UNICAJA

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 337

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL VERSUS MASCARILLA LARÍNGEA EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Laura Castillo Murcia
Hospital Doce de Octubre

Objetivos/Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte prematura en España y en los países occidentales. El tiempo de duración de la PCR es un factor determinante en el pronóstico de supervivencia y de buen estado neurológico posterior, por las consecuencias de la posible hipoxia cerebral asociada. En su abordaje y tratamiento, el manejo avanzado de la vía aérea es un componente esencial para la supervivencia. Existen dos grandes grupos de dispositivos usados para esto: Tubo endotraqueal y dispositivo supraglótico. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Reunir la evidencia científica disponible hasta el momento sobre la diferencia en resultados positivos entre los dos tipos de dispositivos, para averiguar si existe algún tipo de consenso científico y/o recomendaciones unificadas para su uso en PCR extrahospitalaria.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión sistemática, tratando la información obtenida de forma cualitativa. Se consultaron CINAHL, Epistemonikos, Prospero, ScienceDirect, Pubmed y la biblioteca Cochrane. Las ecuaciones de búsqueda fueron: «advanced airway management AND cardiac arrest AND out of hospital». La búsqueda se realizó en diciembre del 2019. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios observacionales, metaanálisis y revisiones sistemáticas. Todos publicados en inglés y español, en los últimos 5 años. Las principales variables a tener en cuenta fueron los cuatro resultados considerados positivos tras una parada cardiorrespiratoria, es decir: 1) V1: RCE; 2) V2: Supervivencia a ingreso hospitalario; 3) V3: Supervivencia al alta hospitalaria; 4) V4: Supervivencia neurológicamente intacta al alta.

Resultados/Intervenciones

Se localizaron 132 estudios, obteniéndose una muestra final de 10 artículos. La cantidad de ensayos clínicos hasta la fecha es baja. Los resultados hallados en los diferentes estudios fueron heterogéneos y en la mayoría de los casos no se encuentran diferencias estadísticas significativas que nos permitan recomendar un dispositivo antes que otro.

Conclusiones

El conocimiento científico hasta el momento no es suficiente para establecer consenso y recomendaciones de tratamiento. Es necesaria más investigación para conseguir una evidencia definitiva.

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 339

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ANEURISMA AORTO-ABDOMINAL MEDIANTE CIRUGÍA

José Miguel Fernández Añón; C. de la Torre Ruiz; R. Aguilar Muñoz
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

El aneurisma de aorta abdominal es una dilatación anormal y permanente de la aorta >50% de su diámetro natural, generalmente por una debilidad en su pared. Frecuentemente es descubierto como hallazgo incidental, y otras veces es la clínica la que nos hace sospechar dicha patología. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Identificar complicaciones relacionadas con la cirugía convencional en el aneurisma de aorta abdominal.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes intervenidos de AAA mediante cirugía. La muestra fue de 25 pacientes. Se excluyeron pacientes que ingresaron de forma urgente por aneurisma fisurado y murieron durante el proceso quirúrgico (4 de los 29 casos iniciales). Para determinar las variables se realizó una revisión bibliográfica de las complicaciones publicadas en otros estudios. Las variables recogidas fueron los antecedentes personales (edad, hipertensión, hábito tabáquico, cardiopatía, diabetes, enfermedad pulmonar o renal) y las complicaciones postquirúrgicas (sangrado, complicaciones de la herida, insuficiencia renal y respiratoria, eventración, edemas, trombosis, ictus, ileo paralítico, isquemia de miembros inferiores, cardiopatía e infección). Se confeccionó una base de datos específica tipo Excel para luego ser tratada estadísticamente.

Resultados/Intervenciones

La muestra estudiada eran varones con una edad media de 67,8 +/- 9.5 años. Las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio fueron el sangrado en 5 casos (17%), insuficiencia renal aguda 8 casos (21%), infección de la herida quirúrgica 6 (21 %) e insuficiencia respiratoria en 4 (14%). En 8 de los casos no hubo ninguna complicación. De los 25 pacientes incluidos, solo uno falleció en el postoperatorio, por tanto el índice de mortalidad es de 1/25 (3%). No existe evidencia de que el paciente fumador padezca problemas respiratorios en el postoperatorio, aunque 3 de los 4 pacientes que presentaron problemas respiratorios eran fumadores.

Conclusiones

La muestra estudiada durante un año es insuficiente para extrapolar los resultados. Una muestra mayor nos ayudaría a identificar la relación entre antecedentes y complicaciones y actuar preventivamente en el posoperatorio inmediato.

Palabras clave

Aneurisma aorto abdominal • Complicaciones • Antecedentes

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 340

LIMITACIONES PARA DISMINUIR EL RUIDO AMBIENTAL EN LA UCI

Pilar Lara Domínguez; A. Camaño Mesa; MA. Aguilar Peña; B. Sanz Pacheco
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Objetivos/Introducción

Desde el 2015, en la UCI del HUVV de Málaga se han buscado estrategias que disminuyan el ruido ambiental (RA).

OBJETIVO: Disminuir el RA.

Metodología/Observación clínica

Se ha monitorizado el RA, introducido intervenciones para reducirlo, y se ha intentado concienciar de la importancia de disminuirlo (beneficio del paciente y profesionales). Destacar mediciones con sonómetro e intervenciones como tapones auditivos, revisión de ruedas, disminución de alarmas, cierre de puertas, colocación de paneles luminosos que registran ruido, etc. También se ofertan antifaces para mejorar la calidad del sueño.

Resultados/Intervenciones

El ruido percibido fue considerado normal. Esto se debe a nuestra cultura,expresiva y ruidosa, y no se considera un problema. Aún así, los niveles continúan siendo elevados.Una de las limitaciones, son las condiciones estructurales.Materiales de construcción, distribución inadecuada y ausencia de boxes,más la tecnificación y ruido operacional (alarmas,sistemas de aspiración, teléfonos, actividades diarias, etc.) hacen que la disminución a los límites de la OMS sea complicado (50-45 dB). Otra limitación, la cantidad de gente en UCI.A su vez, la flexibilidad de visitas,que por un lado resulta beneficioso para el paciente, pero por otro, hace que circule más personal, lo que ha podido ayudar a que los niveles se mantengan similares a las primeras mediciones (2014) en las que se obtuvieron niveles de 64 dB, llegando en la actualidad a los 65,5 dB (2019-2020), coincidiendo con diferentes autores y con la percepción de los pacientes en que la mañana, es el momento más ruidoso, y en que el RA está directamente relacionado con el número de personal.

Conclusiones

Las condiciones estructurales, contribuyen a niveles de ruido elevados, por lo que habría que mejorarlas. A partir de enero de 2021, tras obras de ampliación y reformas (boxes), se prevé que las mediciones mejorarán. Se sigue trabajando para disminuir el ruido a través de concienciación del personal y con la continuidad de las intervenciones.

Financiación

EXPAUMI y UNICAJA

Palabras clave

Ruido

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 342

CONCORDANCIA DEL RUIDO AMBIENTAL PERCIBIDO Y MONITORIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Pilar Lara Domínguez; A. Camaño Mesa; B. Sanz Pacheco; MA. Aguilar Peña; I. Rivas Rodríguez; J. Molero Pardo
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Objetivos/Introducción

La monitorización con sonómetros visibles puede mejorar la cultura del silencio en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Objetivos:Evaluar concordancia entre monitorización del Ruido Ambiental (RA) en decibelios (dB) generado en UCI con Sound Ear y a través de cuestionario específico de percepción del RA.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo y descriptivo realizado desde 1/8/2019 a 31/01/2020 a pacientes ingresados y tras alta de UCI del Hospital Universitario Virgen Victoria de Málaga con sonómetros Sound Ear (verde 65 dB; naranja de 65,1-68dB; rojo > 68 dB) y cuestionario de percepción del RA (escala del 1 al 10). El análisis estadístico descriptivo y comparativo se realizó con SPSS versión 18.0, según naturaleza de variables (periodos de estudios, espacios o módulos y decibelios) y objetivos del estudio. Proyecto aprobado por el Comité de Ética e Investigación.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 76 cuestionarios y un total de 312 mediciones. La monitorización del RA en turnos de mañana (M), tarde (T) y noche (N) mostraron: 67,35 dB vs 67,53 vs 61,33 dB. El módulo 2 (M2) mostró durante las M y T menos RA respecto módulo 1 (M1) y módulo 3 (M3); M: 67,5 en M1 vs 66,6 en M2 vs 67,8 en M3, f=2,6, p=0,08; T: 68,2 en M1 vs 66, 6 en M2 vs 67,6 en M3, f=3,5, p=0,03. Durante las M los jueves (J) mostraron más RA que sábados (S) y domingos (D); 68,4 vs 65,5 vs 66, f=5, p<0,001. El cuestionario evidenció que pacientes del M3 mostraron más percepción del RA (69%) respecto el M2 (66%) y M1 (65%), así como durante las mañanas en un 59,5%.

Conclusiones

La monitorización y percepción del RA junto la modificación de alerta en los colores de Sound Ear fomentaría la cultura del silencio entre los profesionales de UCI.

Financiación

EXPAUMI y Fundación UNICAJA

Palabras clave

Sonómetro Sound Ear • Ruido Ambiental

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 344

SÍNDROME DEL CORAZÓN ROTO O CARDIOMIOPATIA DE TAKO-TSUBO. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Amadeo Puebla Martin; S. Garcia-Velasco Sanchez-Morago; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; MA. Puebla Martín; JP. Trujillo Juárez; MM. del Fresno Sánchez; I. Fernández Paredes; M. Serrano Bardera; S. Bravo Monteagudo; A. Villafranca Casanoves
Hospital General de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El síndrome de Tako-Tsubo, se caracteriza por ser clínicamente indistinguible del síndrome coronario agudo, con elevación enzimática, cambios en el segmento ST y extensa acinesia o hipocinesia anterior, pero con arterias coronarias normales, con abombamiento apical del ventrículo izquierdo durante la angiografía (similar a una vasija utilizada en Japón para capturar pulpos, denominada tako-tsubo). Se observa sobretodo en mujeres posmenopáusicas tras factor estresante (físico/psíquico), de ahí que algunos autores lo denominen síndrome del corazón roto). La etiología es desconocida postulándose miocarditis víricas, efecto tóxico directo de catecolaminas, espasmo coronario, trombosis coronaria transitoria y variaciones anatómicas de la arteria descendente anterior.

OBJETIVOS:

· Conocer el proceso fisiopatológico de esta cardiopatía de Tako-Tsubo.
· Elaborar el Plan de Cuidados Individualizado a partir de un caso clínico.

Metodología/Observación clínica

Se presenta un caso de un paciente de 44 años de edad. Acude a Urgencias por un cuadro de dolor centrotorácico opresivo de unas 4 horas de duración, irradiado a la nuca, sin cortejo vegetativo, que se inicia tras una discusión familiar. Se pauta solinitrina y morfina por dolor quedando asintomático. Tras eco y cateterismo cardiaco, muestran aquinesia en los segmentos apicales con arterias coronarias angiograficamente normales, disfunción severa ventrículo izquierdo; compatible con síndrome de tako-tsubo. Se elabora Plan de Cuidados individualizado donde la Valoración se realiza según el modelo de Virginia Henderson y Taxonomía (NANDA-NOC-NIC).

Resultados/Intervenciones

Definición del cuadro patológico haciendo énfasis en sus peculiaridades. Elaboración del Plan de Cuidados Individualizado a pacientes con este síndrome, destacando como diagnósticos de enfermería:
· Disminución del gasto cardiaco.
· Ansiedad ante la muerte.
· Nauseas.
· Deterioro de la movilidad en la cama.
· Deterioro del patrón sueño.

Conclusiones

A pesar de que el tratamiento médico y el pronóstico son diferentes al del IAM, los cuidados de enfermería son similares en ambos casos. Disponer de un plan de cuidados adecuado ante esta patología permite aumentar la calidad asistencial de nuestros pacientes.

Palabras clave

sindrome tako-tsubo • cuidados enfermeria

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 345

CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA EN DECÚBITO PRONO POR EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Anna Sala; C. Gaona Serra; C. Villanueva Fuentes
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una afección pulmonar con mortalidad elevada. La membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) está indicada en el SDRA severo. Cuando la hipoxemia es refractaria al tratamiento con ECMO se puede combinar con decúbito prono. Explicar el plan de cuidados realizados en el paciente con ECMO y decúbito prono.

Metodología/Observación clínica

Hombre de 35 años que el día 22/12/2019 sufre un traumatismo torácico por aplastamiento. Presenta SDRA por neumonía bilateral que empeora y se instaura tratamiento con ECMO V-V. El 27/12 se realiza la canulación femoro-yugular. El 2/1 se añade una tercera cánula de drenaje femoral derecha y el 7/1 se realiza traqueotomía. El 13/1 se decide el decúbito prono y se realizan sesiones hasta el 16/1. El 24/1 se realiza decanulación.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron los cuidados básicos y específicos de ECMO y de pronación con ECMO: era necesario la participación del equipo de UCI para movilizar. Cada cánula era sujetada en el punto de inserción por una persona, otras dos se encargaban de las cánulas y de la máquina. Había cuatro personas más para el cambio de posición. Referente a los cuidados en prono no era posible el cambio de la posición de la cabeza, ni el control pupilar. La colocación de los cojines se modificó para liberar la traqueostomía y las cánulas.

Conclusiones

El tratamiento con ECMO y prono fue positivo para la recuperación del paciente. Las intervenciones se fundamentaron en la adaptación del protocolo inicial de ECMO y decúbito prono. Se propone realizar un protocolo específico.

Palabras clave

Extracorporeal membrane oxygenation • venovenous • prone

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 347

DESCRIPCIÓN DE CASOS DE HIPOTERMIA TRAS PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA. PERIODO 2015-2020

José Miguel Fernández Añón; C. de la Torre Ruiz; R. Aguilar Muñoz
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Los pacientes que sobreviven a una parada cardiorrespiratoria sufren una lesión debido a la isquemia. Las secuelas y la supervivencia dependen de la calidad del tratamiento, tanto en la reanimación extrahospitalaria como hospitalaria. La hipotermia es neuroprotectora. Se establece como medida de mejora en la supervivencia y pronóstico neurológico. OBJETIVOS: - Conocer la secuencia de actuación y pronóstico de pacientes que se someten a hipotermia tras una parada extrahospitalaria ingresados en UCI en 2015-2020.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo restrospectivo de la PCR extrahospitalaria ingresada en UCI durante 2015-2020.

Resultados/Intervenciones

De los 147 casos, 23 se sometieron a hipotermia, un 78,26 % son hombres con una edad media de 53,4 años. En el 39,7 % se procede a RCP básica con una mediana de 7 minutos. En el 73,9 % se procede a RCP avanzada con una mediana de 15 minutos. El 65,2 % entra en PCR en FV y un 26 % en asistolia. El 82,19 % reciben descargas con una media de 4,21 descargas. El 43,47 % sale en ritmo sinusal. En el 47, 8 % no hay datos sobre el tratamiento farmacológico, siendo en otro 47,8 % la adrenalina el fármaco de elección. El 39 % padecía hipertensión arterial, el 30,4 % dislipemia y un 30 % eran fumadores. El 47 % sobreviven a la parada.

Conclusiones

Se notifica falta de información de los tiempos de RCP básica, avanzada, tratamiento farmacológico y en los tiempos de espera hasta el inicio de las maniobras, lo que dificulta el análisis de los datos. La edad de los pacientes a los que se realiza hipotermia es menor a la media de edad que a los pacientes a los que no se someten a hipotermia. Con los casos registrados no se refleja diferencia significativa en cuanto a supervivencia en aquellas a los que se practica hipotermia.

Palabras clave

Hipotermia • PCR Extrahospitalaria • Supervivencia

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 348

DONACION CON ECMO EN ASISTOLIA CONTROLADA. PAPEL DE ENFERMERÍA

José Miguel Fernández Añón; C. de la Torre Ruiz; R. Aguilar Muñoz
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

La donación en asistolia (DAC) supone a día de hoy casi el 30 % de todos los donantes de órganos de nuestro país. La DAC se realiza tras el diagnóstico y muerte por criterios circulatorios en un paciente tras llevar a cabo la limitación del tratamiento del soporte vital. Dicha práctica se incluye de forma específica en el RD-1723/2012. Nuestro sector decidió preparar a un equipo de enfermería de UCI y de coordinadores de transplantes para la canulación, montaje y mantenimiento de ECMO de cara a facilitar el procedimiento. **OBJETIVO:** Describir la evolución de la incorporación en el abordaje ECMO por parte de los coordinadores de transplante y enfermería de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal. Población: Donantes en asistolia controlada con ECMO en el sector Málaga durante los años 2019-2020.

Resultados/Intervenciones

Desde el año 2019 se han realizado en el sector de Málaga un total de 36 procedimientos DAC. En total se han validado un total de 41 órganos viables para transplantes: 33 riñones (80%), 8 hígados (18 %), 1 páncreas (2 %). Respecto a los órganos desechados (8 en total), ninguno tuvo relación alguna con la canulación o el manejo de la ECMO.

Conclusiones

Los procedimientos ECMO se están introduciendo de forma paulatina en el día a día de las UCIs. La implicación de profesionales de UCI en parte del proceso tiene una impilicación directa en la concienciación de la donación de órganos y tejidos. Extender estas prácticas entre los profesionales de las UCIs españolas puede tener un efecto beneficioso también en el manejo de ECMO para otro tipo de pacientes incluidos dentro de estas unidades.

Palabras clave

donacion • ECMO • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 350

COLOCACIÓN Y CUIDADOS DE PACIENTES EN POSICIÓN DECÚBITO PRONO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

José Miguel Fernández Añón; C. de la Torre Ruiz; R. Aguilar Muñoz
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

El decúbito prono (DP) ha demostrado su eficacia como medida terapéutica adicional en el tratamiento de pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), mejorando la oxigenación. Esta técnica se ha convertido en práctica habitual en UCI, ya que además de mejorar la oxigenación consigue una redistribución de la ventilación, favorece el drenaje de secreciones y reduce las lesiones inducidas por la ventilación mecánica. **OBJETIVOS:** Realizar un protocolo de actuación para la técnica de pronación, y establecer un plan de cuidados de enfermería para el paciente en DP.

Metodología/Observación clínica

Antes del procedimiento:

· Suspender la nutrición enteral y conectar la sonda a una bolsa colectora para facilitar el vaciado gástrico y minimizar el riesgo de broncoaspiración.
· Comprobar la presión del neumotaponamiento.
· Colocar bolsa de orina pinzada y drenajes a los pies de la cama para que no entorpezcan el giro.
· Desconectar cables de medición que no sean imprescindibles.
· Colocar almohadas en zona torácica, pélvica y tibial.

Durante el proceso:

· Acercar el respirador para que las tubuladuras tengan longitud para permitir el giro.
· La persona encargada de sujetar el tubo orotraqueal guiará el procedimiento asegurando en todo momento la vía aérea.

Después del proceso:

· Volver a conectar la nutrición enteral y colocar la cama en antitrendelemburg para evitar broncoaspiraciones.
· Monitorizar las constantes vitales.
· Hacer cambios posturales de las extremidades superiores y coordinarla con el giro de la cabeza cada dos horas.
· Vigilancia y prevención de UPP en puntos de presión.

Resultados/Intervenciones

El DP es una técnica segura que se asocia con un incremento de la PaO2 de los pacientes con SDRA previamente tratados con ventilación mecánica y PEEP, y que raramente se asocia con un deterioro gasométrico.

Conclusiones

Asegurar las necesidades de oxigenación que presentan los enfermos con SDRA, bajo prescripción facultativa y personal con habilidades y conocimientos para ello, para confirmar la seguridad del paciente y cubrir el resto de necesidades de dependencia total.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 351

PERCEPCIONES, CONOCIMIENTOS Y BARRERAS DE LAS ENFERMERAS ANTE LA VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LOS PACIENTES DE UCI

Maialen Eraso; P. Mateo; P. Sánchez; T. Sierra; C. Zambrana; L. Casajús
Clínica Universidad de Navarra

Objetivos/Introducción

El dolor es un problema muy frecuente y una de las principales preocupaciones en los pacientessometidos a cirugía, ingresados en la UCI. Se trata de una percepción subjetiva, y como tal, esdifícil de valorar. El personal de enfermería juega un papel fundamental en el manejo del doloren estos pacientes, puesto que está en continua interacción con ellos, y es la principal fuente deevaluación del dolor. Por ello, el objetivo principal de esta revisión bibliográfica es analizar las percepciones yconocimientos de las enfermeras de UCI en relación al dolor postoperatorio, así como lasbarreras a las que se enfrentan para evaluarlo.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en Pubmed y CINAHL. Además, se seleccionaronartículos mediante el método de bola de nieve y revisión manual en la editorial “Elsevier” y másconcretamente en la revista “Enfermería Intensiva”

Resultados/Intervenciones

Los aspectos que influyen en una adecuada valoración y manejo del dolor postoperatorio sepueden dividir en 3 grupos. 1) La percepción que tiene enfermería de ese dolor, evidenciándoseque la utilización de escalas validadas mejora su evaluación. 2) La literatura expone laimportancia de una adecuada formación y adquisición de conocimientos acerca del manejo dedicho dolor. 3) Están descritas barreras como la falta de prescripción de analgésicos por partede medicina y la imposibilidad de pautar aquellos más comunes por el personal de enfermería,además de una limitada relación enfermera-paciente por la falta de tiempo para hablar conellos.

Conclusiones

Para lograr un buen control del dolor es necesario que las enfermeras tengan suficientesconocimientos, además de contar con escalas o protocolos que faciliten la administración deanalgesia. Al tratarse de un síntoma subjetivo, la valoración enfermera puede verse modificadapor sus percepciones y limitada por barreras que se deben eliminar.

Palabras clave

Enfermera • Conocimientos • Barreras • Percepción • Unidad de Cuidados Intensivos • Dolor postoperatorio

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 356

MANEJO DE LAS INTOXICACIONES

Esperanza Rodríguez Martínez-Zaporta[1]; P. Guillermo García[1]; L. López Aguilera[2]; C. Magaña Paz[1]; S. Moreno Akhazzan[1]; RM. Bódalo Miguel[1]; E. Alba Cordero[1]
1. Hospital Universitario Infanta Sofía; 2. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

En España ocurren alrededor de 100.000 intoxicaciones anuales, aunque tan solo en torno al 2-3% requieren ingreso prolongado en una Unidad de Cuidados Intensivos, todas requieren de tratamiento activo, manejo eficiente y eficaz y observación.Las más frecuentes, según el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, son las medicamentosas y las relacionadas con productos de limpieza. El objetivo principal es describir el adecuado manejo que ha de llevarse a cabo ante una intoxicación, sea conocido o no el tóxico.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica de los últimos seis años en español e inglés en las bases de datos SciELO, CUIDEN, CINAHL y PUbMED.

Resultados/Intervenciones

Como punto inicial en el tratamiento de una intoxicación, el manejo consistirá en la secuencia ABCDE, y tal como indica el algoritmo de Soporte Vital Avanzado de la European Resuscitation Council las intoxicacionesdeben ser tenidas en cuenta ante una Parada Cardiorrespiratoria.

Conclusiones

La anamnesis recogida por los servicios extrahospitalarios y por parte de la familia es de gran utilidad en el manejo médico de la intoxicación.Tras la estabilización inicial la realización de una evaluación secundaria resulta fundamental, debe englobar: signos vitales, el estado neurológico del paciente, estado tegumentario. No se debe olvidar la importancia de pruebas complementarias.Paralelamente se valorará la posibilidad de la neutralización del tóxico mediante antídotos (quelantes, químicos, sustitutivos y antagonistas), disminución de la absorción del tóxico, depuración del tóxico (renal o extrarrenal) o mediante la infusión de lípidos.En España, según la legislación penal vigente, la atención a un intoxicado supone la obligación de extender un parte al juzgado de guardia, especificando la hora, el lugar, tóxico y pronóstico del paciente.La adecuada anamnesis facilita y mejora el tratamiento y pronóstico del paciente. El tratamiento irá enfocado a la estabilización del paciente según la secuencia ABCDE, para posteriormente tratar de eliminar, neutralizar o disminuir la absorción del tóxico

Palabras clave

intoxicación • tóxico • ABCDE • PCR

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 357

PROTOCOLO DE INSERCIÓN ECO-GUIADA DEL PICC MEDIANTE TÉCNICA SELDINGER

RL. Escobedo; B. Lorente; M. Marraco; M. Echamendi
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

En nuestra unidad está extendido el PICC como primera opción en el acceso venoso del paciente crítico, cuya inserción y mantenimiento corre a cargo de enfermería. En los últimos años se ha formado al equipo en la técnica eco-guiada ya que presenta importantes ventajas frente a la técnica tradicional de palpación. Objetivos: Disminuir la variabilidad en la técnica. Disminuir la trombosis, flebitis y bacteriemia asociada al PICC.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica a través de Pubmed y revisión de protocolos de otros hospitales.

Resultados/Intervenciones

La inserción eco-guiada aumenta la probabilidad de éxito al primer intento en un 98% según diferentes autores. La incorporación del ecógrafo permite acceder a venas más profundas y localizaciones de menor movilidad. Con ello se reduce la fricción, el riesgo de flebitis mecánica, de infección y aumenta la confortabilidad para el paciente. Con el fin de disminuir la trombosis, la evidencia más actualizada indica que el diámetro del catéter debe ser inferior al 45% del diámetro de la vena. Los estudios han mostrado que diámetros inferiores están asociados a mayor incidencia de trombosis. La aplicación rigurosa del protocolo de Bacteriemia Zero tiene un impacto significativo en la reducción de bacteriemias. Los pasos con el ecógrafo más relevantes son:

· Realizar la exploración ecográfica sin compresor.
· Medir la profundidad y diámetro de la vena.
· No perder de vista la punta de la aguja en la pantalla del ecógrafo para asegurarnos la correcta colocación en el punto medio del vaso.
· Cuando refluye la sangre dejar en el paño estéril la sonda del ecógrafo e introducir la guía.
· Una vez retirada la aguja, se debe verificar con el ecógrafo la correcta inserción de la misma en la luz de la vena.

Conclusiones

Los beneficios del uso del ecógrafo son:

· Disminuye el riesgo de trombosis.
· Disminuye el riesgo de flebitis mecánica.
· Permite localizar la guía antes de insertar el catéter.

Financiación

No ha existido financiación.

Palabras clave

catéter central de acceso periférico • enfermeria • acceso venoso • ecografía • trombosis

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

1. Colocar al paciente en decúbito supino en el centro de la cama con el brazo en ángulo de 90º grados.
2. Lavado higiénico de manos del operador con jabón antiséptico previo al procedimiento. (Categoría IA)
3. Comenzar a realizar la exploración ecográfica (sin compresor):
   - Abordaje en el brazo dominante y en el tercio medio, siempre que no exista contraindicación.
   - Elección de la vena siguiendo un orden de prioridad : vena basílica, braquial y cefálica en última instancia, siempre que sea posible.
4. Realizar una medición de la profundidad y diámetro de la vena (el diámetro de la vena debe ser más que el doble del diámetro del catéter, con 7Fr>4,6 mm).
5. Una vez identificado y marcado el punto de inserción previsto, se realiza la medición en cm. de la distancia entre éste y la posición terminal de la punta del catéter.
   - Medir desde el punto de inserción hasta el pliegue axilar.
   - Medir desde el pliegue axilar hasta la cabeza de la clavícula derecha. Esto es válido tanto si el punto de inserción está en el brazo derecho como en el izquierdo)
   - Medir desde ahí hasta el borde derecho del esternón en el tercer espacio intercostal.
6. Colocar empapador debajo del brazo a puncionar. El ayudante procede a la colocación del compresor en el brazo lo más próximo posible a la axila del paciente.
7. Realizar la antisepsia de la piel del paciente con clorhexidina alcohólica al 0,5% (Categoría IA) y esperar a que la piel esté seca. (Categoría IB).
8. El operador realiza lavado higiénico de manos con esponja de clorhexidina y se coloca el equipo de protección personal. (Categoría IA).
9. Cubrir con campo estéril de la cabeza a los pies al paciente. (Categoría IA)
10. Preparar la sonda del ecógrafo cubriéndose con la funda estéril, comprobando que no quede aire entre la sonda ecográfica y la piel.
11. Disponer en el paño estéril del kit de catéter PICC con las luces purgadas, gasas estériles, jeringa de 5ml cargada con suero fisiológico, hoja de bisturí, jeringa de 2ml cargada con el anestésico local y aguja subcutánea.
12. Perforar el paño estéril con hoja de bisturí dejando al descubierto la zona del antebrazo donde se va a realizar la punción.
13. Con la mano no dominante mediante técnica ecográfica, localizar de nuevo la vena elegida y con la mano dominante iniciar la punción con la aguja del kit.
14. Mirando la pantalla del ecógrafo progresar con la aguja hasta puncionar la pared venosa y llegar al punto medio del vaso venoso (en todo momento no perder de vista la punta de la aguja en la pantalla del ecógrafo para asegurarnos de la correcta colocación de la misma). Cuando refluye la sangre dejar en el paño estéril la sonda del ecógrafo.
15. Sujetando la aguja, se procede a la progresión de la guía por el extremo flexible de la misma, con la cabeza del paciente hacia el lado donde se efectúa la punción.
16. Verificar con el ecógrafo, la correcta inserción de la guía en la luz de la vena.
17. En el paciente consciente, se inyecta en tejido subcutáneo el anestésico local en la piel alrededor de la guía, efectuando un ligero masaje. Esperar a que la zona infiltrada esté anestesiada, 2-4 min.
18. Con el bisturí en posición horizontal y el bisel hacia uno de los lados del paciente, efectuar un pequeño corte en la piel.
19. Introducir el dilatador a través de la guía y soltar la presión del compresor.
20. Retirar el dilatador e introducir el catéter a través de la guía hasta la medida prevista anteriormente, asegurándose que la misma aparece en el extremo distal del catéter antes de introducirlo en la vena.
21. Retirar despacio por completo la guía.
22. Comprobar la permeabilidad de las luces aspirando sangre y lavando con 10 cc de suero fisiológico con la técnica push-stop-push.
23. Heparinizar las luces del PICC con Fibrilin®.
24. Colocar los dispositivos fijadores del catéter cerca del punto de punción y aplicar el apósito Stat-Lock®.
25. Limpiar la piel de restos de sangre y desinfectar la zona con clorhexidina 2% acuosa.
26. Colocar el apósito transparente de poliuretano cubriendo todo el catéter que queda sin insertar.
27. Recogida de objetos punzantes en el contenedor apropiado.
28. Retirar el resto del material utilizado dentro del mismo paño estéril y desecharlo.
29. Confirmar la correcta colocación del dispositivo mediante control radiológico.
30. Registrar el procedimiento realizado en el programa informático.
31. Colocar tapón clave/conector luer-lock® previamente purgado, al final de cada luz que no se vaya a utilizar en infusión continua.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 363

SÍNDROME DE GUILLAIN- BARRÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO EN UCI

Cristina Martín Sañudo; FJ. Vega Vázquez; S. Valentín Rabadán
Hospital Regional Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineurorradiculopatía inflamatoria aguda, de etiología inmune, caracterizada por la parálisis, debilidad rápidamente progresiva y deterioro sensorial.Describir y actualizar el Síndrome de Guillain- Barré, sus síntomas, su tratamiento, así como analizar la evolución de un paciente diagnosticado de Síndrome de Guillain-Barré ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos. Resumir el Plan de Cuidados de Enfermería asociados a pacientes con SGB.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de un paciente diagnosticado de Síndrome de Guillain-Barré en la UCI del Hospital Regional Virgen Macarena. (Sevilla). La estancia en UCI fue de 26 días.

Resultados/Intervenciones

Dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos se desarrolla Plan de Cuidados de Enfermería, relacionado con el patrón respiratorio ineficaz, con el deterioro de la movilidad, de la comunicación verbal, de la deglución, el desequilibrio nutricional y el del deterioro del patrón sueño, para ello, utilizamos la clasificación y definiciones de diagnósticos enfermeros de la NANDA, los Resultados (NOC) y las Intervenciones (NIC).

Conclusiones

Los pacientes con SGB en etapa aguda, suelen precisar de soporte ventilatorio, monitorización y cuidados al paciente crítico, motivo por el cual ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos. Estos pacientes, necesitan de una intubación orotraqueal provisional y posteriormente de una traqueostomía. Resaltar la calidad y seguridad en la práctica enfermera diaria respecto a la administración de Inmunoglobulinas y procedimientos como la Plasmaféresis. Resulta fundamental la realización de una Valoración Inicial y la elaboración de un Plan de Cuidados de Enfermería.

Palabras clave

Síndrome Guillain • Barré • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 365

INCORPORACIÓN DE LA TÉCNICA ECOGUIADA EN LA CANALIZACIÓN DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) POR ENFERMERÍA

Irina Casas Pérez; M. Belles Aranda; I. Marin Julián; C. Sánchez Rubio; B. Aguirre Tomas; P. Alonso Pérez
Hospital Obispo Polanco

Objetivos/Introducción

La canalización PICC ha cobrado especial importancia entre el equipo de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Obispo Polaco (Teruel); se trata de un procedimiento enfermero el cual se encuentra en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Dentro del programa de seguridad de pacientes el uso de la técnica ecoguiada fue iniciada como formación teórica en octubre del 2019 demostrando la disminución de complicaciones como la trombosis venosa. En la segunda quincena de noviembre se realizó simulación en el manejo del ecógrafo en enfermería; dicha formación no se pudo continuar por la pandemia, añadiendo la jubilación de gran parte de enfermeras de la unidad y la incorporación de nuevo personal. Como objetivo se propone retomar la formación teórico-práctica para la canalización de PICC con ecógrafo y que el personal adquiera la destreza en esta técnica.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizan el número de Catéteres Venosos Centrales de acceso central y de acceso periférico en la UCI del Hospital Obispo Polanco (Teruel). El periodo del estudio comprende desde el 1 de enero de 2020 hasta el31 de diciembre de 2020 Durante el 2020 de canalizaron 139 PICC frente a 104 CVC; cabe destacar que es una de las unidades de cuidados intensivos donde mayor número de PICC son canalizados por el personal de enfermería.

Palabras clave

Ecoguiada • PICC • Enfermeria • formación

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 367

APRENDER DE LOS ERRORES DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2

Lídia Saló Sánchez
Clínica Girona

Objetivos/Introducción

Examinar que ha influido en el incremento de las tasas de infección nosocomial en las Unidades de Cuidados Intensivos. Explorar diferencias y similitudes respecto al cuidado de vías venosas y arteriales, de vía respiratoria y de sondas vesicales.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo del incumplimiento de las recomendaciones de los proyectos Zero en la práctica clínica diaria. Se analizan aspectos relacionados respecto a los proyectos: BZ, NZ, ITUZ y RZ. Revisión y comparación de los datos ENVIN año 2019 y 2020 de nuestro centro.

Resultados/Intervenciones

BZ: cambios de catéter ralentizados, aumento en la manipulación de Propofol, disminución en el uso de alcohol isopropílico en los puntos de inyección, disminución en la higiene de manos, apósitos húmedos, menos revisión trayectos subcutáneos. NZ: Higiene bucal insuficiente, decúbitos prono prolongados, disminución en la higiene de manos, aspiración de secreciones inadecuada en traqueostomías (erosionando la mucosa traqueal), incremento del uso de circuitos cerrados y por tanto disminución aspiración cavidad bucal.ITUZ: Disminución higiene genitales, aumento del tiempo de contacto entre SV y deposiciones por la disminución de entradas en el box, erosiones en el meato durante los cambios posturales, inserciones de SV sin seguir los protocolos estrictos de asepsia.RZ: Disminución higiene de manos por el uso de guantes, menor desinfección entorno paciente, exceso de material en el interior del box, disminución en la búsqueda activa de BMR.

Conclusiones

Identificar algunas de las circunstancias que han provocado el incremento en las Infecciones nosocomiales y aprender de nuestros propios errores puede convertirse en una oportunidad de mejora.

Palabras clave

proyectos zero

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 369

DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA)

E. Altabás Herrero; MJ. Villamon Nevot; C. Hérnandez Martín; MA. Gómez Rucio; P. Blanco Úbeda; M. Marín Ibáñez
Hospital Obispo Polanco de Teruel

Objetivos/Introducción

El decúbito prono es una maniobra utilizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en pacientes que presentan Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) cuando la hipoxemia es severa. Cabe destacar que aunque la disminución de la mortalidad no se ha demostrado hasta el momento, diversos estudios han confirmado la mejoría en la oxigenación en pacientes con este tipo de patología. No obstante, no es una técnica exenta de efectos adversos, siendo en algunas ocasiones difícil de realizar. La prevención activa y una evaluación cuidadosa son aspectos esenciales en los cuidados de enfermería, así? como la existencia de un protocolo estandarizado y personal entrenado que facilite el desarrollo de la técnica con seguridad.

OBJETIVOS:

· Describir la técnica de la terapia del decúbito prono.
· Enumerar las pautas a seguir para prevenir las posibles complicaciones.
· Realizar un poster explicativo de la técnica.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en distintos buscadores científicos, a través de los cuales se han seleccionado diferentes artículos relacionados con el tema objeto de esta revisión.

Resultados/Intervenciones

Las fuentes consultadas estudian la efectividad de la posición decúbito prono en pacientes con SDRA, valorando el riesgo/beneficio de esta técnica. Todos los estudios recalcan la mejoría en la oxigenación tras la realización de este procedimiento. Sin embargo, aunque esta estrategia parece disminuir la mortalidad en SDRA grave, este factor aún no se ha conseguido demostrar.

Conclusiones

Decúbito prono en pacientes con SDRA:
· Mejoría de la oxigenación.
· No se encuentra suficiente evidencia respecto a mejoría del índice de mortalidad.

Palabras clave

Decúbito prono • Enfermería • SDRA • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 371

NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA SEDACIÓN INHALATORIA (ANA-CON-DA) EN UCI

Remedios Lorca Marcos[1]; L. Navarro Sanz[1]; FJ. Paredes Pérez[1]; R. Navarro Lozano[1]; MC. Armero Sánchez[1]; M. Martínez Guerrero[1]; JM. Martínez Oliva[1]; R. Bermejo Jiménez[1]; JJ. Rodríguez Mondejar[2]
1. Hospital General Universitario Reina Sofia de Murcia; 2. U.M.E.-2 Alcantarilla

Objetivos/Introducción

Debido al incremento del uso del sistema Ana-Con-Da (Anesthesic Conserving Device) para lograr una sedación inhalatoria en pacientes críticos subsidiarios de ventilación mecánica invasiva, y ante la ausencia de un protocolo de enfermería para uso de dicho sistema en nuestra uci, surge la necesidad de crear un protocolo que garantice la calidad y seguridad. La sedación convencional con fármacos intravenosos tiene limitaciones debido al efecto acumulativo, la deprivación y la asociación con el delirium, produciendo una sedación profunda y aumentando los efectos secundarios. Según los estudios, la sedación inhalatoria mediante el sistema Ana-Con-Da facilita la extubación rápida (Fast-Track) y disminuye el uso de fármacos intravenosos convencionales. Protocolo dirigido los profesionales de enfermería. Población diana: pacientes críticos subsidiarios de ventilación mecánica invasiva, mayores de 12 años que cumplan los criterios de indicación o contraindicación

Metodología/Observación clínica

El protocolo abordará cuestiones implicadas en la intervención directa del personal de enfermería en pacientes portadores del sistema Ana-Con-Da. Responderá a cuestiones como: qué es, responsable de su ejecución, montaje y mantenimiento, receptor, material necesario, objetivos a alcanzar y procedimiento. Bases de datos consultadas: Cochrane Library, Pubmed, Joanna Briggs, Uptodate, TrypDatabase, Preevid. Periodo de tiempo: 2015-2020. Palabras clave: protocolo, enfermería, paciente critico, sedación inhalatoria, sevofluorano. Criterios de inclusión: artículos inglés y español, entre 2010-2020. Criterios de exclusión: artículos otros idiomas y/o anteriores a 2010

Resultados/Intervenciones

· Purgar conexión entre jeringa y dispositivo siempre de forma electrónica nunca de forma manual.
· No colocar filtro antibacteriano.
· Aspiración de secreciones cerrada.

Conclusiones

Se realiza algoritmo de actuación indicando pasos realizados de forma cronológica durante la instauración del sistema Ana-Con-Da, y las principales actuaciones de enfermería. Indicadores: valorar nº de veces que se realiza una actuación siguiendo / nº de pacientes con dispositivo Ana-Con-Da.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 375

EL IMPACTO DE LA NO INFORMATIZACIÓN: ERRORES POR TRANSCRIPCIÓN MANUAL DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA A LA GRÁFICA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE MATARÓ

Alba Bravo Pérez; C. Muñoz Argemí; I. Conejo González; E. Sancho Coma; A. Ramos Bellavista; E. Pérez Sousa; H. Soler Benasco; E. Moreno Barreiro; H. Susoho Cham; J. Hervás Fernández
Hospital de Mataró

Objetivos/Introducción

El objetivo de las unidades de cuidados intensivos (UCI) es ofrecer a los enfermos críticosasistencia sanitaria de calidad, segura y ajustada a sus necesidades. Al suponer áreas demáxima complejidad, estas unidades se convierten en servicios de alto riesgo para la apariciónde incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Encontramos diversos estudios que valoran la incidencia y el impacto de estos incidentes; todoscoinciden que entre los más frecuentes encontramos los relacionados con la medicación. La elevada evitabilidad de los incidentes relacionados con la medicación demuestra laexistencia de oportunidades de mejora en este ámbito.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal que valora la incidencia de errores relacionados con latranscripción del tratamiento farmacológico de la prescripción médica a la gráfica deenfermería, durante el periodo de tiempo comprendido entre los días 13 y 26 de enero del 2020,en la UCI del Hospital de Mataró y mediante recogida de datos a través de la Gráfica de Registro de Errores en la Transcripción. El análisis estadístico de los datos obtenidos se harealizado mediante el programa SPSS.

Resultados/Intervenciones

Se registraron un total de 35 errores de transcripción (2,5 por día), mayoritariamente enpacientes de diagnóstico médico. El 42,9% de los errores llegaron al paciente, constando comoincidentes sin daño apreciable. Los errores por ausencia de fármacos pautados en laprescripción médica en la gráfica de enfermería fueron los más comunes.

Conclusiones

El estudio confirma la importancia de desarrollar estrategias destinadas a mejorar la seguridaden el manejo de la medicación del paciente crítico. La implementación de programasinformáticos que eviten el proceso de transcripción manual del tratamiento farmacológicoacabaría con el lastre de estos errores, que cuentan con una elevada incidencia en nuestraunidad.

Palabras clave

impacto no informatización • seguridad del paciente • errores de medicación • errores por transcripción • cuidados intensivos • enfermera de cuidados intensivos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 376

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DECÚBITO PRONO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE MATARÓ: TÉCNICA DE COLOCACIÓN EN POSICIÓN PRONA Y CURAS DE ENFERMERÍA

A. Ramos Bellavista; A. Bravo Pérez; I. Conejo González; E. Sancho Coma; E. Pérez Sousa; H. Soler Benasco; E. Moreno Barreiro; H. Susoho Cham; J. Hervás Fernández; C. Muñoz Argemí
Hospital de Mataró

Objetivos/Introducción

La posición en decúbito prono (DP) supone una medida terapéutica eficaz para el tratamientode patologías respiratorias graves (Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA),pneumonias, entre otros…), como demuestran las evidencias científicas actuales.Se pretende elaborar un plan de cuidados de enfermería estandarizando la atención a pacientesen pronación y ofrecer una herramienta de trabajo para las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica de estudios en PubMed, Cochrane, DialNet, SciELO y Elsevierrelacionados con la terapia de decúbito prono en pacientes adultos ingresados en UCI,seleccionando artículos con una antigüedad no superior a 10 años. Revisión sistemática deprotocolos de diferentes hospitales españoles y consulta de las guías e indicaciones delMinisterio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) del Gobierno de España, laSociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la SociedadEspañola de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

Resultados/Intervenciones

Actualización del protocolo de decúbito prono, desarrollado por el equipo de enfermería de laUCI del Hospital de Mataró. Enumera los recursos humanos y materiales necesarios, describe el desarrollo de la técnica ylas curas específicas de enfermería, indica la importancia de realizar un registro específico delprocedimiento e incluye indicadores de calidad. Además, incorpora nuevas recomendacionesbasadas en la evidencia.

Conclusiones

El protocolo describe y sistematiza la maniobra de pronación y las curas enfermeras,aumentando la seguridad del paciente durante la terapia y disminuyendo las complicacionesderivadas del tratamiento, ayudando al personal a proporcionar los cuidados de manera eficaz ysegura.

Palabras clave

cuidados intensivos • enfermera de cuidados intensivos • Protocolo • Decúbito prono

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 377

DELIRIUM EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO Y PREVENCIÓN BASADO EN LA EVIDENCIA

Judith Hervás Fernández; C. Muñoz Argemí; A. Bravo Pérez; I. Conejo González; E. Sancho Coma; A. Ramos Bellavista; E. Pérez Sousa; H. Soler Benasco; E. Moreno Barreiro; H. Susoho Cham
Hospital de Mataró

Objetivos/Introducción

El aumento de días de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) fomenta la presenciade delirium entre los pacientes, al ser este un factor de riesgo. La alta supervivencia ha hechoque surja la preocupación sobre la calidad de vida de los pacientes al salir de la UCI, cuandoantes solo se intentaba que salieran vivos. Hasta el 80% de los enfermos críticos desarrollandelirium, aunque en la mayoría de las ocasiones pasa inadvertido. Se ha demostrado que es unfactor de riesgo independiente para prolongar la estancia en la UCI y aumentar la mortalidad.Por esto, el objetivo es realizar una revisión bibliográfica sobre el manejo y la prevención deldelirium diagnosticado en la UCI basado en la evidencia.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos en PubMed y en la Biblioteca Cochranerelacionados con el delirium en pacientes adultos en la UCI, entre los años 2013 y 2018. Se hanestudiado 25 artículos para la revisión.

Resultados/Intervenciones

La rutina de monitorización del delirium es desigual y no se aplica de manera protocolizada. Losmétodos de prevención del delirium que actualmente más se utiliza se recoge en el protocoloABCDEF; que incluye intervenciones multidisciplinarias y la implicación de la familia a loscuidados de los pacientes. Los protocolos de sedación se están empezando a utilizar con buenosresultados.

Conclusiones

El delirium es un síndrome que se está estudiando cada vez más por sus consecuencias a cortoy largo plazo. Se puede concluir que la utilización de protocolos de sedación tiene un impactopositivo en el tratamiento y prevención del delirium, así como la implicación familiar en loscuidados. El diagnóstico del delirium se realiza mediante la escala CAM-ICU, aunque se observauna falta de formación y motivación para aplicarla.

Palabras clave

cuidados intensivos • enfermera de cuidados intensivos • delirio • Delirio en UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 379

SR. SELDINGER, GRACIAS. KIT DE IMPLANTACIÓN DEL ACCESO CENTRAL DE ISERCIÓN PERIFÉRICA (ACIP). VARIANTES DE UNA TÉCNICA

Diego Jiménez López[1]; S. Gómez González[1]; J. Ínat Carbonell[2]; TM. Peris Almiñana[1]; M. Solera Suárez[1]; P. Bañuls Aparisi[3]
1. Hospital Francisco de Borja, Gandía; 2. Hospital Clínico Universitario de Valencia; 3. Hospital Mentrum Eerste Constantijn Huygenstraat. Pychiatrische Kliniek. Holanda

Objetivos/Introducción

Partiendo de la premisa de que el patrimonio venoso de cada paciente es único, irrepetible y finito. Nuestra obligación como profesionales es, protegerlo, cuidarlo y preservarlo. La técnica de Seldinger modificada nos ha posibilitado acceder de forma independiente al acceso venoso central de inserción periférica (ACIP). El conocimiento exhaustivo del material del kit de implantación y el manejo con soltura de las diferentes técnicas que nos posibilita, así como sus ventajas e inconvenientes, son los dos principales objetivos de este poster.

Metodología/Observación clínica

Kit de implantaciónComo concepto, lo podemos definir como aquel conjunto de piezas reunidas en una sola unidad cuyo fin u objetivo final es conseguir el acceso central elegido.

Resultados/Intervenciones

El kit nos permite cumplir los siguientes objetivos:
· Acceder al torrente venoso (punción y acceso), mediante aguja y jeringa integrada
· técnica de Seldinger con jeringa de Raulerson®
· (primera modificación) o
· técnica de Seldinger con catéter de Littleford
· (segunda modificación), catéter nº18 (de mayor longitud).
· Asegurar el intercambio (introducción de la guía y retirada del catéter).
· Facilitar el paso del catéter central de inserción periférico a través de la piel (dilatador, bisturí y ampolla de suero fisiológico).
· Colocar definitivamente el ACIP (bilumen o trilumen tras retirada de la guía).

Conclusiones

El conocimiento y el correcto manejo del kit y sus diferentes técnicas fortalece y garantiza la seguridad del paciente dentro de su cuidado integral, obligando a evolucionar al profesional de enfermería en la aplicación de estrategias que puedan minimizar los posibles efectos adversos de esta técnica.

Palabras clave

Acceso central de inserción periférica • Kit de implantación • Patrimonio venoso • Unidad de Cuidados Intensivos • Seldinger • Seguridad del paciente

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 380

CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL EQUIPO DE OXIGENOTERAPIA PORTATIL CON ASPIRACIÓN EN UN CONTEXTO ACUÁTICO

Diego Jiménez López[1]; J. Ínat Carbonell[2]; TM. Peris Almiñana[1]; M. Solera Suárez[1]; S. Gómez González[1]; P. Bañuls Aparisi[3]
1. Hospital Francisco de Borja, Gandía; 2. Hospital Clinico Universitario de Valencia; 3. Hospital Mentrum Eerste Constantijn Huygenstraat. Pychiatrische Kliniek. Holanda

Objetivos/Introducción

Es primer lugar debemos recordar, que cuando hablamos del medio acuático nos estamos refiriendo a un medio dinámico, en constante cambio, que puede alterar la estabilidad de las personas en función de la quietud de sus aguas y lo que es más importante, convertirse en una amenaza constante de la función respiratoria. El equipo de oxigenoterapia portátil y sus diferentes elementos nos van a poder permitir en todo momento, facilitar la permeabilidad de la vía aérea, garantizar un aporte de oxigeno adecuado en función de las necesidades y la aspiración de los posibles residuos del tracto respiratorio superior. El reconocimiento exhaustivo de los diferentes elementos, su funcionalidad, manejo y montaje son los principales objetivos que se consiguen con el desarrollo de las fases del aprendizaje práctico de este equipo.

Metodología/Observación clínica

Para una correcta y eficaz formación práctica, es necesario superar con garantías las diferentes fases que comprenden el aprendizaje práctico, más aún tras el respaldo de una buena formación teórica.

Resultados/Intervenciones

Fases del aprendizaje práctico del equipo de oxigenoterapia portátil:

- Fase de reconocimiento (explicación detallada de cada elemento, su ubicación e importancia dentro del conjunto del equipo).
- Fase de montaje (montaje correcto y secuenciado en función de la prioridad)
- Fase de cuantificación (determinación de la cantidad de gas y del tiempo del que se dispone en función del caudal a administrar).
- Fase de desarrollo de casos (simulación de escenarios y modificación de conductas erróneas).

Conclusiones

Las superaciones de las diferentes fases prácticas garantizan al profesional de enfermería la adquisición de conductas correctas y permanentes, así como la explotación de todos los recursos y posibilidades que ofrece el equipo de oxigenoterapia portátil. Garantizando su seguridad y aumentando su supervivencia en el contexto peligroso del medio acuático.

Palabras clave

Equipo de oxigenoterapia portátil • Aprendizaje y conocimiento • Medio acuático • Sistema de aspiración

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 381

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN EL DECÚBITO PRONO

Estefanía Alguacil Solà; C. Vives; A. Benito; M. Martos; L. Villalba
Hospital de La Plana (UCI)

Objetivos/Introducción

JUSTIFICACIÓN: La ventilación en DP antes de la pandemia era poco utilizada en nuestra unidad. La complejidad de la técnica y la poca práctica nos llevó, a inicios de marzo 2020, a la búsqueda de técnicas que nos fueran útiles y seguras en nuestro trabajo diario. Se decidió seguir la técnica sándwich. **OBJETIVOS:** Estandarizar la técnica sándwich y los cuidados en DP, para reducir complicaciones y aumentar la efectividad de la terapia. Proteger a los profesionales que ejecutan la maniobra. **VA DIRIGIDO:** Al equipo multidisciplinar que compone las UCIs pues se necesita de ellos para minimizar las complicaciones de la técnica, y en especial al personal de enfermería, el responsable del giro. **POBLACIÓN DIANA:** Personas intubadas con hipoxemia refractaria moderada-severa.

Metodología/Observación clínica

¿Quién realiza la maniobra? ¿Quién la dirige? ¿Cómo se realiza? ¿Cómo la evaluamos? Se consulta Google Schoolar, CUIDATGE y la web SEEIUC, priorizando la actualidad y castellano. Durante mayo-junio del 2020. Las palabras claves: decúbito prono, distress respiratorio. El DP ha mostrado ser una alternativa eficiente, efectiva y segura en el tratamiento de las personas con hipoxemia severa, siendo fundamental la gestión del profesional de enfermería.

Resultados/Intervenciones

Se elabora un Checklist que permite la planificación y organización del personal y material necesario para el giro. Se especifican actividades a realizar antes, durante y después del giro. Comprobación de necesidades, indicadores de potencial riesgo y posibles complicaciones.

Conclusiones

La actuación se registra en el Checklist. Los indicadores de evaluación del protocolo del DP son el porcentaje de efectos adversos y las complicaciones evitables que aparecen durante el giro y la terapia. La evaluación del protocolo se realizará cada 2 años por el grupo de trabajo del DP.

Palabras clave

Distress respiratorio • Decúbito prono • Protocolo • Covid-19

sigue –>

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

Comunicaciones póster

GENERALITAT VALENCIANA
Hospital Universitari de la Plana

Check List Decúbito Supino – Decúbito Prono

Etiqueta

Fecha y hora de prónación

Check List Pre-giro	Durante la movilización
Personal: ☐ 1 médico: cabeza, TET, SNG. ☐ 2 enfermería: tórax, Catéteres. ☐ 2 TCAE: piernas y soporte SV. ☐ 1 celador: piernas. Lado VMI Material: ☐ Cama enchufada a la luz y frenada ☐ Colchón antiescaras ☐ Ropa de cama: sábanas 2, empapador 2 ☐ Almohadas y fundas 3 ☐ Electrodos ☐ Ambú con reservorio ☐ Aspiradores, sondas de aspiración ☐ Dispositivo antiescaras cabeza Cuidados: ☐ Conectar SNG a bolsa ☐ Hiperoxigenación, si precisa ☐ Higiene e hidratación parte superior ☐ Aspirado secreciones TOT, boca, nariz ☐ Higiene bucal ☐ Higiene e hidratación facial ☐ Cambio vendas TOT ☐ Higiene e hidratación ocular ☐ Cura y fijación de catéteres ☐ Asegurar la fijación SNG y drenajes ☐ Comprobar longitud tubuladura VMI ☐ Premedicación si precisa ☐ Retirar perfusiones p.o.m. **NO drogas vasoactivas** ☐ Retirar monitorización p.o.m. **NO saturómetro** ☐ Descolgar SV poner entre MMII **Acerca de la maniobra:** • En presencia de personal médico • Planificada, organizada, rápida y efectiva • Dirigida por la persona más experta del equipo • Personal entrenado y adecuado para asegurar la eficacia de la maniobra y la seguridad de todas las personas implicadas	☐ Colocación personal ☐ Cama en horizontal ☐ MMSS estirados y manos debajo glúteos ☐ Empapador zona genital ☐ Entremetida de hombro a rodilla ☐ Almohadas: tórax, crestas ilíacas, piernas ☐ Sábana (con pliegue grande cabeza) ☐ Soltar ropa de la cama ☐ Enrollar sábanas y almohadas (respirador arriba, resto abajo) ☐ Desplazar lado contralateral respirador ☐ Lateralizar ☐ Girar lado lateral respirador ☐ Estirar sábanas ☐ Postura: MM lado respirador flexionados y contralateral estirado ☐ Cabeza lateralizada contra brazo flexionado **Check List Post-giro: comprobación de necesidades** Respiratorio: ☐ Adaptado a VMI ☐ Aspirar secreciones, hiperoxigenar. ☐ Fijación TOT, posición y distancia VMI Circulatorio: ☐ Monitorización (ECG, T°, TA, BIS, ...) ☐ Reconectar perfusiones ☐ Fijación catéteres, distancia bombas Alimentación: ☐ Fijación y colocación SNG ☐ Reconectar NE Drenajes: ☐ Colgar SV. ☐ Comprobar colocación drenajes, HF, ... Seguridad: ☐ Correcta alineación corporal ☐ Libres zonas de presión: nariz, orejas, rodillas, pies, genitales ☐ Nivel sedoanalgesia y relajación

1

GENERALITAT VALENCIANA
Hospital Universitari de la Plana

Cuidados de enfermería	Posibles complicaciones
Indicadores de potencial riesgo: ☐ Asincronía con respirador ☐ TA por encima o debajo de límites establecidos a pesar de drogas ☐ FC >40lpm o > 120 lpm ☐ Arritmia de nueva aparición ☐ SCADEST o SCASEST ☐ RASS > +2 ☐ Convulsiones ☐ T° central > 38,3°C ☐ Sangrado activo Cada 3h: ☐ Correcta alineación corporal ☐ Giro cabeza, si es posible ☐ Cambio de posición de miembros de flexión a extensión. (Ver cuadro 1). ☐ Estirar sábanas ☐ Correcta posición TOT, SNG, drenajes, catéteres, ... Por turno: ☐ Aspirar secreciones TOT, boca, nariz ☐ Higiene bucal con enjuague de Clorhexidina ☐ Higiene e hidratación ocular: SF o Agua estéril, Lipotac, valorar oclusión. ☐ Hidratación facial con Corplus ☐ Cambio vendas TOT ☐ Vigilar piel en zonas de riesgo LPP: orejas, pómulos, nariz, codos, rodillas, genitales, pies y dedos pies ☐ Hidratar piel con Corplus ☐ Estirar sábanas y recolocar almohadas ☐ Gasometría arterial	☐ Salida TOT ☐ Obstrucción TOT ☐ Desaturación SatO2 < 85% ☐ Empeoramiento PaFi ☐ Desadaptación VMI ☐ Salida SNG ☐ Salida SV ☐ Salida CVC ☐ Salida CA ☐ Salida drenaje ☐ Mal funcionamiento HF ☐ Úlceras corneales ☐ Edema facial, palpebral, conjuntival ☐ LPP ☐ Hipotensión ☐ Arritmias ☐ Hemoptisis ☐ Neumotórax ☐ Paro cardiaco ☐ Intolerancia a NE ☐ Otros: _____

Cuadro 1: cambios posturales en postura nadador

Fecha y hora finalización:

Motivo:

2

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 382

VALORACIÓN DE LA ANALGESIA Y SEDACIÓN EN PACIENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Emma Moreno Barreiro; A. Bravo Pérez; I. Conejo González; C. Muñoz Argemí; E. Sancho Coma; A. Ramos Bellavista; E. Pérez Sousa; H. Soler Benasco; H. Susoho Cham; J. Hervás Fernández
Hospital de Mataró

Objetivos/Introducción

La mayoría de los pacientes ingresados en una UCI necesitarán analgesia, sedación o una combinación de ambos durante su estancia. Estos son procesos complejos debido a varias comorbilidades. Durante este proceso la enfermera es responsable de la continuidad de la atención al paciente, evaluación, seguimiento y optimización de la sedación y control del dolor para pacientes sedados críticamente enfermos. El objetivo es describir las valoración e intervenciones para el dolor y analgesia durante la sedación de los pacientes que se atienden en las unidades de cuidados críticos y cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática mediante el uso de las palabras claves: “Dolor, Analgesia, Cuidados intensivos, Sedación, Enfermería” y su equivalente en ingles en las siguientes bases de datos: PubMed, ScienceDirect, CUIDEN y la Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Se tomaron en cuenta los artículos publicados los últimos 5 años.Se identificaron 518 artículos, que a través de la aplicación de criterios de inclusión y exclusión se eligieron 12 artículos a ser incluidos en esta revisión. La mayoría de estos publicados en España y siendo artículos cuantitativos, como ensayos clínicos, multicéntricos, transversales.

Resultados/Intervenciones

Mediante los resultados se identifican y mencionan las escalas de valoración usadas en los estudios, se describe la situación actual en España en cuanto el nivel de protocolización de la sedación y analgesia en las UCI, así como el papel y conocimiento que tiene el personal enfermero en esta área y las estrategias y protocolos de sedación empleados.

Conclusiones

La valoración del dolor durante la sedación debe realizarse mediante el seguimiento de un protocolo estandarizado, y recordar que este debe ser cumplido. Los diferentes programas de sobre sedación, y de analgosedación y los protocolos interrumpidos de analgésicos han demostrado tener un efecto positivo y reducir los riesgos de sobre sedación o infra sedación.

Palabras clave

Dolor • Analgesia • Sedación • Cuidados intensivos • Enfermería

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 383

CUIDADOS ENFERMEROS ANTE PACIENTES EN DECÚBITO PRONO

Soraya Moreno Akhazzan[1]; E. Rodríguez Martínez-Zaporta[2]; L. López Aguilera[1]; P. Guillermo García[1], C. Magaña Paz [1]
1. Hospital Universitario Ramon y Cajal; 2. Hospital Universitario Infanta Sofía

Objetivos/Introducción

Describir los cuidados enfermeros para lograr una mejora de dicha posición y evitar las posibles complicaciones.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión de la bibliografía de los cuidados enfermeros en la terapia de decúbito prono, en las bases de datos, mediante el sistema de palabras clave recogidos en descriptores MeSH.

Resultados/Intervenciones

Se han encontrado pocos estudios realizados por el personal enfermero sobre esta materia y en los encontrados, la literatura nos habla de un aumento favorable de la PO2. Algunos riesgos asociados a este procedimiento son la ex intubación oro traqueal, la pérdida de catéteres... Además, al paciente le pueden salir edemas o úlceras por presión. Para evitarlo, se deben colocar almohadas y apósitos hidrocoloides en las zonas más sensibles.

Conclusiones

La necesidad de crear protocolos que guíen el trabajo del personal enfermero para evitar las complicaciones y demostrar su eficacia, además de extinguir la carencia de que hay en estos tipos de protocolos.

Palabras clave

Enfermería • posición prono • cuidados críticos

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 385

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE COMPLICACIONES ANTE LOS TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)

Ricard Condal Sanmartín[1]; B. Violant Gómez[1]; C. González Muñoz[1]; D. Valenzuela Entrena[1]; C. Blasco Solis[2]; JR. Ricart Martín[2]; R. Garrido Massana[1]
1. Sistema d'Emergències Médiques; 2. Hospital Germans Trías i Pujol

Objetivos/Introducción

El traslado interhospitalario de pacientes críticos, motivado por una necesidad de escalada terapéutica supone un reto para los sistemas de emergencias médicas. Para optimizar estos estándares de calidad asistencial, resulta imprescindible estratificar previamente los riesgos potenciales derivados de estos traslados, para abordarlos de manera estructurada y eficiente. El presente trabajo se presenta como una revisión de la evidencia disponible relacionada con los pacientes con fracaso respiratorio hipoxémico con terapia de oxigeno de alto flujo (OAF) que deben ser trasladados a centros de mayor tecnificación.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo un revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos Medline y Cochrane, seleccionando artículos concordantes en base a los descriptores MeSH "respiraratory failure", "critical care", "transportation of patients" y las palabras clave "high flow oxygen", "interhospital transport", "interhospital complications" publicados en el período 2015-2021. Se establecen recomendaciones en función del nivel de evidencia que ofrecen los estudios revisados.

Resultados/Intervenciones

Se identifican tres momentos críticos en el escenario interhospitalario, la evaluación de necesidades, la evaluación clínica pre traslado y la mitigación de complicaciones durante el traslado. El estudio previo de necesidades debe incluir el estudio de isócronas, la disponibildad del aparataje específico y el cálculo de gases medicinales, entre otros. La evaluación clínica antes del traslado debe incluir escalas validadas que predigan el fracaso a la OAF, como el índice de Rox, o el balance hídrico, además de una evaluación global de otros parámetros fisiológicos. En último lugar, se deben establecer parámetros de calidad y seguridad, como los checklists para hacer frente a los posibles eventos adversos.

Conclusiones

Resulta clave para garantizar la seguridad del paciente. Anticiparse a las eventuales situaciones adversas que pueden condicionar drásticamente el pronóstico del paciente.

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 387

RONDAS DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO: RESISTENCIA ZERO

Alba Iglesias Rodríguez; C. Rodríguez Núñez; M. Martin Martínez; M. García Corres; D. Muñoz Martín; J. Irigoien Aguirre; A. Remon Moraza; P. Martin Blanco; L. Rojo Sierra; L. Nafarrate Ruiz
Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba

Objetivos/Introducción

Desde que comenzó el proyecto Resistencia Zero(RZ), numerosos Hospitales Españoles nos adherimos por la importancia que tiene para la seguridad del paciente, un protocolo basado en la evidencia para prevenir reducir la aparición de bacterias multirresistentes. **OBJETIVO:** Analizar el cumplimiento de las medidas y cuidados enfermeros del protocolo RZ.

Metodología/Observación clínica

· Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal.
· Periodo de estudio: año 2019
· Población de estudio: pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años.
· Muestra: pacientes incluidos en Resistencia Zero.
· Material y método: Los datos clínicos y sociodemograficos se obtuvieron de la historia clínica digital (Metavision). Se realizaron observaciones directas mensuales sin previo aviso con cuestionario ex professo sobre las medidas del protocolo como herramienta de verificación de lo observado en el cumplimiento de los cuidados.
· Variables: diagnostico y medidas recomendadas por el protocolo RZ.
· Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

Se realizó la observación en 20 oportunidades(18 rondas fueron externas y 2 internas). Patología 55% de origen quirúrgico no neurologico y 45% medica. La distribución de los profesionales observados fue la siguiente 50% TCAE, 25% DUE, 15% celador 10% estudiantes de enfermería. En el 100% de los casos estaba presente: el cartel informativo de aislamiento, el material fuera de la habitación (batas, mascarilla) y había equipos auxiliares exclusivos del paciente. El 90% de los aislamientos tenían un box individual con puerta cerrada. La información a familiares se dio en el 75% de los casos, no el 10% y 15% no procede. En cuanto a los cumplimientos individuales el 90% se coloco bata y guantes fuera de la habitación y el 95% se los retira dentro, el 95% realiza higiene de manos dentro del box.

Conclusiones

· Existe un alto adherencia al protocolo de RZ.
· Seguiremos realizando rondas de seguridad porque nos ayudan a mejorar.
· Consideramos importante reforzar los puntos débiles mediante formación y difusión.

Palabras clave

UCI • resitencia zero • seguridad paciente

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 388

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI: RONDAS DE VERIFICACIÓN EN BACTERIEMIA ZERO

Marta Martín Martínez; C. Rodríguez Núñez; M. García Corres; D. Muñoz Martín; J. Irigoien Aguirre; A. Iglesias Rodríguez; E. Gutiérrez Fernández; R. Sereno Barrancas; Hernández Ramírez; L. Álvarez Peña
Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba

Objetivos/Introducción

Desde que comenzó el proyecto Bacteriemia Zero(BZ), numerosos Hospitales Españoles nos adherimos por la importancia que tiene para la seguridad del paciente, un protocolo basado en la evidencia para prevenir infecciones relacionadas con los catéteres. **OBJETIVO:** Analizar el cumplimiento de las medidas y cuidados enfermeros del protocolo BZ.

Metodología/Observación clínica

· Estudio Observacional descriptivo prospectivo longitudinal.
· Periodo: 2019
· Población: pacientes ingresados en UCI mayores 18 años.
· Muestra: portadores de catéteres venosos centrales o arteriales. -Material y método: Los datos clínicos y sociodemograficos se obtuvieron de la historia clínica digital (Metavision). Se realizaron observaciones directas mensuales sin previo aviso con cuestionario ex professo sobre las medidas del protocolo como herramienta de verificación de lo observado en el cumplimiento de los cuidados.
· Variables: diagnostico, catéter (ubicación tipo y luces). Medidas recomendadas por el protocolo BZ. -Análisis estadístico descriptivo SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

Se realizó la observación en 100 oportunidades de cura(51 internas). El origen de ingreso más frecuente fue de origen fue médico(40%)seguido de quirúrgica no neurológica (29%). Un 63% fue CVC, siendo en un 35% antecubital, 30%subclavia y 30% yugular, de 3 luces en un 53% de los casos. Un 29% se observo higiene de manos pero en un 70% no fue valorable. Un 37% se desinfecto con clorhexidina previo a punción, en un 59% no se puedo valorar. El apósito estuvo limpio en un 83% de los casos. Se cambiaron los sistemas en un 63%, un 1% no y estaban limpios en un 85%.Existía presencia de tapón obturador en un 69%. Desinfección tapón previo administración 28%, no valorable el 54% y 8% no.

Conclusiones

· Aunque se prioriza el acceso venoso central de forma periférica, se siguen usando otros accesos centrales en buena medida.
· Debemos mejorar los cuidados y medidas de inserción y mantenimiento de CVC.
· Seguiremos realizando rondas de seguridad, actualizaremos el protocolo acceso y mantenimiento CVC.
· Se impartirá formación sobre las medidas recomendadas.

Palabras clave

bacteriemia • UCI • cuidados enfermeros • seguridad paciente

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 389

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE EMERGENCIA Y SIMULACRO DE EVACUACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CAN MISSES DE IBIZA

José Antonio García Verdejo; M. Vila Rumbo; MP. Merino de Cos; G. Tuero León; ME. Bartual Lobato; V. Chaparro Sanz; FM. Ruiz Ramón; S. Palau Planells
Hospital Can Misses, Ibiza

Objetivos/Introducción

1. Establecer un Plan de Emergencia en el SMI, enmarcado en el Plan General de Autoprotección del Hospital.
2. Evaluar la respuesta de la organización ante una eventual emergencia en el SMI, mediante un simulacro de incendio.

Disponer de un Plan de Emergencia del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) es un requisito legal y permite garantizar la seguridad de los pacientes, familiares y profesionales ante una situación de emergencia interna.

Metodología/Observación clínica

Tras realizar una revisión bibliográfica se elaboró:
1. Procedimiento: "PLAN DE EMERGENCIA". Fases de detección de la emergencia, conato y emergencia parcial. Se diseñó un sistema de triaje.
2. Instrucción técnica: "SIMULACRO DE EMERGENCIA". Recoge aspectos organizativos: Supuesto de emergencia: incendio en sistema de alimentación ininterrumpida (SAI). Evacuación parcial del personal (actores) y pacientes (3 maniquís). Refugio de pacientes: URPA, CMA, y Servicio de Urgencias; familiares: Sala de espera Bloque Quirúrgico. Observadores (check-list árbitros): Jefe de Emergencia (JE), Jefe de Intervención (JI), Segunda Intervención (SI), Puesto de Control (PC), Equipo de Apoyo (EA), Primera Intervención (PI), Árbitro Asistencial y Auditor Externo.

Resultados/Intervenciones

Se formaron 50 profesionales del SMI. Se comunicó a la Dirección General de Emergencias. Ejecución del simulacro (11/12/2019): Reunión de coordinación previa (10:00); incendio de SAI, activación por pulsador y detección en PC (11:01); comprobación de veracidad de emergencia (11:06); JI verifica emergencia y realiza corte de tensión y gases (11:08); JE decreta evacuación general SMI, solita ayuda al 112 e informa al Jefe Médico (11:09); JI sectoriza la zona (11:15); desarrollo de evacuación y recuento (11:16); JE decreta fin de simulacro (11:19); reunión para juicio crítico (12:30).

Conclusiones

Las incidencias detectadas durante el simulacro permiten establecer medidas preventivas o correctoras, que se planifican indicando el plazo de implantación, responsable de gestionarlas y coste. Disponer de Plan de Emergencia propio del SMI, conocido por el personal, actualizado y chequeado mediante simulacros debería ser un indicador de calidad.

Palabras clave

Plan de catástrofe (disaster planning) • Unidad de cuidados intensivos (intensive care unit • Triaje (triage) • Evacuación (evacuation)

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 390

RONDAS DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE CRITICO: ITU ZERO

Mikel García Corres; C. Rodríguez Núñez; D. Muñoz Martín; J. Irigoien Aguirre; A. Iglesias Rodríguez; M. Martín Martínez; R. Garrido García; R. Martínez Ciudad; M. Ortiz de Mendivil Rodríguez; P. López Reguero
Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu). Organización Sanitaria Integrada Araba

Objetivos/Introducción

Desde que comenzó el proyecto Infección Tracto Urinario Zero (ITU ZERO), numerosos Hospitales Españoles nos adherimos por la importancia que tiene para la seguridad del paciente, un protocolo basado en la evidencia para prevenir infecciones relacionadas con los catéteres urinarios. **OBJETIVO:** Analizar el cumplimiento de las medidas y cuidados enfermeros del protocolo ITU ZERO.

Metodología/Observación clínica

· Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal.
· Periodo de estudio: 2019
· Población de estudio: pacientes ingresados en UCI mayores 18 años.
· Muestra: pacientes portadores de catéteres urinarios.
· Material y método: datos clínicos y sociodemograficos se obtuvieron de la historia clínica digital (Metavision). Observaciones directas mensuales sin previo aviso con cuestionario ex professo sobre las medidas del protocolo.
· Variables: diagnostico y medidas recomendadas por el protocolo ITU ZERO.
· Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

90 observaciones. 54% externas y 46% internas. Un 39% de los pacientes ingresaron por motivo médico y 30% quirúrgico no neurologico. En un 27,8 % hubo higiene de manos previa a la manipulación, 70 % no valorado. Después de la manipulación 35.6%. El 25.6% uso guantes esteriles para manipulación cateter vesical el 31% no valorable y 13,3 no procede. En el 72,2 se realiza limpieza con agua y jabon c/24h, no valorable 26,7%. El 98.8% de las ocasiones la bolsa estaba por debajo de la altura de la vejiga. En un 42,2% se pinza la sonda al elevar por encima del nivel de la vejiga, 50% no valorable. En un 95,5% la bolsa colector no estaba en contacto con el suelo.

Conclusiones

· Consideremos que los cuidados de enfermería relacionados con el mantenimiento del sondaje vesical se cumplen de forma rigurosa en un elevado porcentaje de las veces.
· Debemos mejorar a través del refuerzo positivo, difusión de los datos y la formación continuada nuestros puntos débiles.
· Adherirse a proyectos zero estatales son una forma de evitar la variabilidad de la práctica clínica.

Palabras clave

seguridad paciente • ITU ZERO • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 391

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI: RONDAS DE VERIFICACIÓN EN NEUMONIA ZERO

Itziar Arce Gómez; C. Rodríguez Núñez; A. Iglesias Rodríguez; J. Irigoien Aguirre; M. García Corres; D. Muñoz Martín; M. Martín Martínez; L. Pascual Sánchez; L. Montoya González; L. Trapote Eguren
Hospital Universitario Araba (sede Santiago). Organización Sanitaria Integrada Araba

Objetivos/Introducción

Desde que comenzó el proyecto Neumonía Zero(NZ), numerosos Hospitales Españoles nos adherimos por la importancia que tiene para la seguridad del paciente, un protocolo basado en la evidencia para prevenir neumonías relacionadas con la ventilación mecánica. OBJETIVO: Analizar el cumplimiento de las medidas y cuidados enfermeros del protocolo NZ.

Metodología/Observación clínica

· Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal.
· Periodo de estudio: primer semestre 2019
· Población de estudio: pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años en el Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu)
· Muestra: pacientes con ventilación mecánica invasiva.
· Material y método: Los datos clínicos y sociodemograficos se obtuvieron de la historia clínica digital(Metavision). Se realizaron observaciones directas mensuales sin previo aviso con cuestionario ex professo sobre las medidas del protocolo como herramienta de verificación de lo observado en el cumplimiento de los cuidados.
· Variables: diagnóstico y medidas recomendadas por el protocolo NZ. -Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

N=40 (6 ronda de seguridad fueron externas y 6 internas). 36% de origen médico y 33% quirúrgica no neurológica. Higiene de manos y aspirado de secreciones con técnica estéril (42.5% Si, 5% no, 37.5% no valorable). Cuidado boca (70% si, 2,5%no 17,5% no valorado). Neumo taponamiento (85% si, 2,5% no y 12,5% no procede). Evitar Decúbito supino 0º(97,5% si, 2,5% no). Control RASS por enfermaría (98% si, 2% no procede). Orden médica diaria de escala de sedación 82,5% sí, 10% no procede, 7,5% no Aspirado subglótico continuo (60% si, 25% no procede, 10% no, 5% no valorable).

Conclusiones

· Existe un alto adherencia al protocolo de NZ.
· Seguiremos realizando rondas de seguridad porque nos ayudan a mejorar.
· Consideramos importante reforzar los puntos débiles mediante formación y difusión.

Palabras clave

neumonia zero • UCI • seguridad paciente

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 392

PLAN DE CUIDADOS NEUROLÓGICOS AL PACIENTE PORTADOR DE ECMO

Montserrat García González; M. Hernández Resuela; N. López Tordesillas; C. Gutiérrez Rodríguez; J. Timón Guerra; P. Plasencia Gómez; ME. Félix Ramos
Complejo Hospitalario de Toledo

Objetivos/Introducción

Estandarizar los cuidados de enfermería a nivel neurológico al paciente portados de ECMO, centrándonos en la situación donde el paciente está sedoanalgesiado.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos en los últimos 5 años.

Resultados/Intervenciones

Es importante estandarizar y protocolizar los cuidados al paciente crítico, y de forma más exhaustiva, cuando éste porta dispositivos invasivos de gran envergadura. La carga de trabajo de enfermería aumenta considerablemente en este tipo de pacientes y la enfermera es la profesional que detecta rápida y eficazmente los cambios, complicaciones y respuestas de los tratamientos. El uso de la terapia ECMO conlleva cuidados hemodinámicos y respiratorios muy avanzados pero la enfermera cuida al paciente atendiendo otras necesidades como son: cuidados neurológicos, nutricionales, piel y mucosas, termorregulación, etc.

Conclusiones

Es preciso monitorizar el grado de sedación (BIS), realizar una ventana de sedación diaria siempre que sea posible, registrar estado y cambios de pupilas y asegurar un correcto flujo a nivel cerebral. Vigilar la aparición del síndrome de Arlequín y evitar sangrado que pueda afectar a nivel cerebral al paciente. Se desarrolla un Plan de Cuidados con 4 diagnósticos de enfermería principales.

Palabras clave

ECMO • Critical care • Critical nursing care

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 397

CONTENCIONES MECÁNICAS EN PACIENTES DE UCI. ¿AUMENTAN EL DOLOR?

Alicia Moreno
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

El uso de contenciones mecánicas como método para evitar que pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos se autorretiren dispositivos está muy extendido. Esto puede conllevar consecuencias, a veces no tan deseadas en los pacientes: aumento de la agitación, del dolor, mayor incidencia de delirio. Esto supone un aumento de los días de ingreso, además del disconfort ocasionado a los pacientes.

Metodología/Observación clínica

Se han realizado varias búsquedas (Diciembre 2021-Febrero 2021): - CINAHL utilizando los términos “Artificial respiration” + “Physical restraint” + “stress”, se obtuvieron 3 resultados. - Con los términos “Artificial respiration” + “Physical restraint” + “pain” y se aplicó el filtro “fecha de publicación desde 2011” obteniendo 3 resultados. - En PUBMED se utilizaron los términos “Artificial respiration” + “Physical restraint” + “anxiety” junto con el filtro “5 years” obteniendo 2 resultados. - Con los términos “Artificial respiration” + “Physical restraint” junto con los filtros “humans”, “adults” y “5 years”, obteniendo 9 resultados.

Resultados/Intervenciones

El uso de CM blandas en las UCI es una práctica extendida, sobre todo en aquellos pacientes sometidos a ventilación mecánica, como medida protectora para evitar la retirada no reglada del tubo endotraqueal. Hay estudios donde se establece que el uso de estas contenciones provocan un aumento del dolor, de agitación y delirio, conceptos muy relacionados en el contexto de estos pacientes.

Conclusiones

La relación entre colocación de CM en pacientes sometidos a VM y el dolor que estos sufren, es aun un campo no demasiado estudiado debido a la dificultad de comunicación y a la determinación entre si el padecimiento es dolor, sólo agitación, delirio. No obstante, hay estudios que demuestran que un gran porcentaje de estos pacientes sufren dolor moderado. En cuanto a la efectividad del uso de las contenciones, se ha visto que hay un porcentaje superior de retirada accidental de dispositivos en esos pacientes.

Palabras clave

Artificial respiration • Pain • Pshychomotor agitation • Physical restraint • Critical care

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 398

TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE UCI A UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN: TRAZABILIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

David Muñoz Martín; C. Rodríguez Núñez; J. Irigoien Aguirre; A. Iglesias Rodríguez; M. Martín Martínez; M. García Corres; MJ. Rodríguez Borrajo; M. Cambon Sande; O. Vega Gómez; M. Gómez Pablos
Hospital Universitario Araba (sede Santiago). Organización Sanitaria Integrada Araba

Objetivos/Introducción

Las altas de UCI a hospitalización suponen una elevada fuente de información del paciente que en ocasiones se pierde en el traslado debido a uso diferente de sistemas de información. OBJETIVO: Conocer la opinión de los profesionales de enfermería en las unidades de hospitalización sobre la calidad de la información transmitida y el informe de alta de enfermería de UCI.

Metodología/Observación clínica

· Tipo Estudio: Observacional descriptivo
· Población: enfermeras hospitalización del Hospital Universitario Araba(HUA)
· Periodo estudio: Diciembre 2018
· Enero 2019.
· Variables: unidad enfermería, puesto, claridad informe, búsqueda dispositivos, sistemas de información, perdida información, traslado.
· Herramientas: Programa informático Metavision, encuesta ex professo. Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

N encuestas contestadas= 101.90% enfermeras. El 63.4% reclama formación para la interpretación del informe alta UCI. Al 43,6% le parece claro el informe. Un 65,3% no le parace suficiente la información recogida para realizar sus registros de hospitalización. Un 87% refiere que se pierde información valiosa al utilizar 2 sistemas de informacion diferentes. Un 85% considera necesario para el traslado a hospitalización sea realizado junto a la enfermera de UCI. Un 15% no considera necesario relizar llamada previa al traslado. El ingreso procedente de UCI es el origen que más alerta genera a la enfermera de hospitalizacion (38,7%).

Conclusiones

Debemos mejorar/cambiar nuestro informe de alta en UCI en cuanto a los registros enfermeros. Se va a cambiar el protocolo de traslado para que la enfermera UCI responsable acompañe al paciente trasmitiendo la informacion relevante a la enfermeria hospitalizacion con una llamada previa al traslado. Se realizará retroalimentacion de la encuesta de los resultados de la encuesta a los profesionales de enfermeria de UCI y Hospitalizacion a traves de una sesión divulgativa.

Palabras clave

seguridad paciente • UCI

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 400

FIJACIÓN DEL MATERIAL DE ELECTROMEDICINA EN EL TRASLADO INTERHOSPIRALARIO DEL PACIENTE PORTADOR DE TERAPIA ECMO

Daniel Valenzuela Entrena[1]; B. Violant Gómez[1]; R. Condal Sanmartín[1]; C. González Muñoz[1]; C. Blasco Solis[2]; JR. Ricart Martin[2]; R. Garrido Massana[1]
1. Sistema d'Emergències Médiques; 2. Hospital Germans Trías i Pujol

Objetivos/Introducción

El traslado interhospitalario de pacientes de alta complejidad ha experimentado un aumento exponencial en los últimos años, además la pandemia COVID19 ha provocado un gran desequilibrio entre las necesidades asistenciales y los recursos disponibles lo que a su vez ha motivado la ampliación de las unidades hospitalarias, especialmente las UCIs. Resulta entonces imprescindible la redistribución de pacientes entre hospitales de distintos niveles para poder dar respuesta a la demanda. Por otra parte, el SDRA propiciado por el SARS-CoV-2 y el avance en el tratamiento médico ha hecho que se implementen nuevos tratamientos como la terapia ECMO, aumentando entre 2006-2011 un 433% el traslado interhospitalario de pacientes de alta complejidad con dicha terapia.Si a esto le sumamos que los traslados intershopitalarios afectan a la seguridad del paciente, influyen en su deterioro e incluso en su mortalidad2, tenemos un caldo de cultivo para complicaciones potenciales.
La finalidad de este trabajo es:
· Establecer unas bases para la correcta fijación del material de electromedicina*.
· Mostrar un protocolo de correcta ubicación de dicho material.
· Disminuir/eliminar las complicaciones que puedan surgir de la incorrecta colocación del material de electromedicina.

Metodología/Observación clínica

Partimos desde la ausencia de revisiones bibliográficas que nos hablen sobre la prevalencia de complicaciones a raíz de la incorrecta fijación de electromedicina, pudiendo ser pioneros en esta área.

Resultados/Intervenciones

· Se recogerá y se establecerá un protocolo en el que conste la ubicación exacta de cada material de electromedicina en el traslado de paciente crítico complejo.
· Se estudiará y se registrará la viabilidad del sistema XtensionPro de Technimounts en nuestro entorno y con nuestras ambulancias.

Conclusiones

Ubicar y fijar correctamente todo el material de electromedicina nos minimiza o elimina el riesgo de complicaciones en los traslados interhospitalarios por ello la idea es establecer un protocolo sistemático de correcta ubicación y fijación de dicho material.

Palabras clave

ECMO

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 402

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO DE MONITORIZACIÓN DE HIGIENE DE MANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Inmaculada Carmona; C. Cuzco; B. Correa; A. Rosello; S. Fernández; P. Castro; JM. Nicolás
Hospital Clínico

Objetivos/Introducción

Conocer el grado de cumplimiento de HM mediante un sistema electrónico de monitorización de HM en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La higiene de manos (HM) es una de las prácticas más efectivas en la reducción de la transmisión de las infecciones nosocomiales. Y si consideramos su bajo coste, sería el principal elemento de seguridad de los pacientes. Sin embargo, la tasa de cumplimiento de HM entre los profesionales sanitarios, no sanitarios y visitantes es inferior al 38%.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un estudio descriptivo en una UCI con 5 camas de un Hospital de tercer nivel, durante un periodo de un año. Se recogieron datos de 49 participantes mediante un sistema de monitorización de HM en la entrada de las habitaciones (dispensador de solución hidroalcohólica, sistema de localización en tiempo real por radiofrecuencia (RFID) y tarjeta de identificación de los participantes con chip).

Resultados/Intervenciones

De enero a diciembre de 2019 se registró un total de 68115 de HM. De estos 28965 HM (42,52%) corresponden al personal de enfermería, 23672 HM (34,75%) a personal que no llevaba chip RFID (profesionales y visitantes), 7024 HM (10,31%) a TCAI, 4181 HM (6,14%) a médicos, 1093 HM (1,60%) a limpieza, 1788 HM (2,62%) a mantenimiento, 944 HM (1,39%) a visitantes, 259 HM (0,38%) a fisioterapeutas, 7 HM a farmacéuticos (0,01%) y 182 HM (0,82%) a camilleros.

Conclusiones

El sistema electrónico de monitorización de HM, ha sido útil para contabilizar y caracterizar el uso de los dispensadores de HM a la entrada de las habitaciones. Los resultados obtenidos nos sirven para ayudar a diseñar estrategias para mejorar la promoción de HM y mejorar la seguridad del paciente.

Palabras clave

Higiene de manos • Sistema electrónico de monitorización de HM • Unidad de cuidados intensivos • Seguridad del paciente

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 403

TRAQUEOTOMIA PERCUTANEA EN PACIENTE CON ELA

Silvia Pérez Espuelas; JA. García Verdejo; M. Rumbo Vila; C. González Reyes; R. García Quintero; A. Martínez Tárrega; I. Gracia Marzo; G. Lozano Serneguet; J. González Sánchez; G. Tuero León
Hospital Can misses

Objetivos/Introducción

Analizar un evento adverso relacionado con sedación inadecuada en una paciente con esclerosis lateral amiotrofica. Proponer medidas de mejora durante la realización de una traqueostomia percutanea (TPC) a implementar durante los procedimientos de sedación profunda en pacientes con enfermedades debilitantes.

Metodología/Observación clínica

Una paciente joven con ELA avanzada y afectación bulbar ingresa en la UCI para realización de TPC de forma programada. Previa a la TPC se realiza intubación orotraqueal con secuencia rápida de inducción con propofol, fentanilo y cisatracurio. Se realiza TPC con control fibrobroncoscopico con rapidez y con resultado optimo. La paciente a posteriori comenta que fue consciente de lo acaecido durante la técnica oyendo los comentarios médicos y notando una presión desagradable sobre la traquea. No refirió dolor pero si ansiedad. Se realiza análisis causa raíz para la determinación de las causas y factores que influyeron en la sedación inadecuada de la paciente.

Resultados/Intervenciones

Se identica como el principal factor determinante del evento fue el no tener en consideración las especiales características de expresión de la ELA en esta paciente, con una inmovilidad extrema. Que dificultaban la identificación clínica de la salida del estado de sedación profunda. Durante el procedimiento de la traqueostomia la paciente permanece tapada. El tiempo entre la secuencia de intubacion y la realización de la traqueostomia supero los 15 min. No se utilizaron sistemas de monitorizacion de la profundidad de sedación.

Conclusiones

La sedación en paciente con enfermedades neurológicas debilitantes poseen características que exigen un manejo especifico en los procedimientos de sedación. Los sistemas de monitorización de profundidad de sedación tipo BIS permiten conocer el nivel de sedación de este tipo de paciente y deben ser empleados. El mantenimiento de la sedación mediante infusión continua de fármacos hipnóticos permite un mejor control del nivel de sedación cuando los tiempos de espera entre técnicas se pueden prolongar.

Palabras clave

Traqueotomia percutanea en paciente con ELA • Traqueotomia percutanea en paciente con ELA

XLVI Congreso Nacional de la SEEIUC
3er Congreso Internacional Ibérico de ENFERMERÍA INTENSIVA
30 Mayo / 2 Junio 2021

ID 406

EV1000 SENSOR HEMODINÁMICO NO-INVASIVO CLEARSIGHT®

Juan José de Haro; MT. Peig; D. Carrasco; L. Sánchez; C. Villavicencio; X. Teixidó; J. Leache
Hospital Universitario Joan 23 de Tarragona

Objetivos/Introducción

El sistema no invasivo ClearSight® es de última generación en la plataforma clínica EV1000, esun método de monitorización hemodinámica que incluye un sensor de plestimografía para medirde forma no invasiva la presión arterial continua del dedo mediante el método de pinzamientode volumen. Se reconstruye la curva de presión arterial braquial a partir de las pulsacionesmedidas por la presión sanguínea del dedo para monitorizar la presión arterial y parámetroshemodinámicos. Implantar el protocolo del sensor hemodinámico no invasivo ClearSight®.Unificar criterios de actuación.Aumentar la seguridad del paciente y disminuir posibles complicaciones.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica del Sistema no invasivo ClearSight®. Reunión del grupo de Hemodinámica.Elaboración, difusión e implantación del protocolo en nuestra unidad

Resultados/Intervenciones

Protocolo donde se describen los diferentes apartados para poder realizar el montaje y elcorrecto funcionamiento del sensor hemodinámico no invasivo ClearSight®:

· Conexión del controlador de presión a la bomba.
· Introducción de datos del paciente.
· Puesto a cero del sensor del ritmo cardiaco.
· Colocación del manguito para el dedo.
· Colocación del sensor de ritmo cardiaco (HRS).
· Inicio/ detención de una medición y visualización de una forma de onda arterial.
· Conexión de la bomba al monitor del paciente.

Conclusiones

La realización del protocolo del sistema no invasivo EV1000 ClearSight® permite estandarizar yejecutar la técnica para obtener unos resultados fiables y una correcta interpretación de lasituación hemodinámica de los pacientes. Será beneficioso para todo el equipo multidisciplinar implicado en el manejo de los pacientesque requieran la utilización del sensor, facilitando la comunicación entre ellos, ayudando a losnuevos profesionales en su practica diaria mejorando la calidad asistencial, previniendo yanticipando las repercusiones hemodinámicas y a su vez actuar de forma anticipada.

Palabras clave

monitorización hemodinámica • EV1000 • unidad de cuida