SEEIUC
Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC

Sevilla

del 12 al 15 de Junio de 2022

COMUNICACIONES
ORAL y PÓSTER

Liderazgo en un tiempo nuevo

www.seeiuc.org

ISBN: 978-84-09-39955-0

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC

Sevilla

del 12 al 15 de Junio de 2022

Índice general

Comunicaciones **orales**

Comunicaciones **póster**

Póster carrusel

Comité Científico del Congreso

Coordinadores:

- Miguel Ángel Giménez Lajara

Miembros:

- Almudena Crespo Cañizares
- Andrés Rojo Rojo
- Óscar Arrogante Maroto
- Emilia Romero De San Pío
- Luís Fernando Carrasco Rodríguez-Rey
- Juan Ignacio Torres González

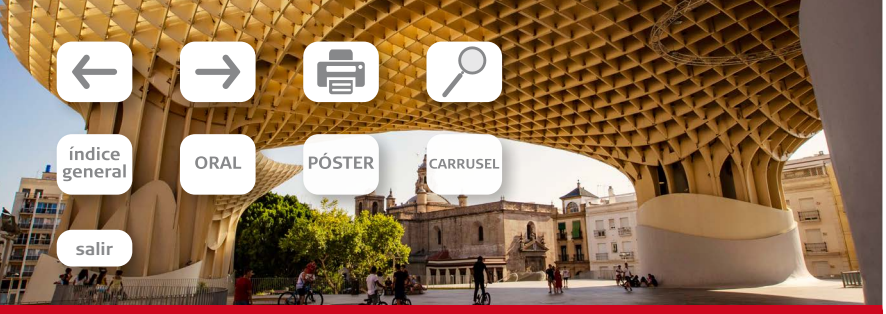
Miembros Comité Científico y Organizador Local

Comité Organizador:

- Mª Dolores González Caro
- Manuel Montes Vázquez

Comité científico:

- Mª Isabel Gonzalez Méndez
- Rafael Fernandez Castillo



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala España 1+2***

ID 125

ADECUACIÓN DE LA INFORMACIÓN ENFERMERA REGISTRADA EN EL EVOLUTIVO DEL CAMBIO DE TURNO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POST-IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE REGISTRO INFORMÁTICO

Maria del Ara Murillo Pérez; C. López López; D. Arribas Barrero; A. Sánchez Álvarez; C. Cornejo Bauer; M. Molinera Terron; A. Arranz Esteban
Hospital Universitario12 de Octubre

Objetivos/Introducción

El traspaso de cuidados e información clínica de un paciente crítico es clave para garantizar la calidad de la atención en los distintos turnos.

El objetivo de este trabajo ha sido analizar la adecuación de la información registrada en el evolutivo de cambio de turno de las enfermeras en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo. Se incluyeron todos los registros de los pacientes ingresados durante los tres turnos de trabajo en una UCI de un hospital universitario. Se creó un registro ad hoc. donde se recogían cuatro grupos de variables: relacionadas con la enfermera, características clínicas del paciente, contenido del registro y adecuación de la información al diagnóstico principal del paciente. Las auditorias se realizaron por el equipo investigador. Análisis descriptivo de variables. Se garantizaron los aspectos éticos.

Resultados/Intervenciones

Se analizó la información de 311 evolutivos que corresponden a 14 pacientes. El 95% estaban identificados por la enfermera responsable del cuidado y la experiencia en UCI fue >5 años en el 72%. Según el diagnóstico principal 85% de los evolutivos fueron adecuados. El 95% de los evolutivos se registró de forma estructurada. La menor cumplimentación fue el cuidado de la familia y la movilización con un 10% y 21% respectivamente. El dolor se registró en un 41%. La mayor cumplimentación fue en la hemodinámica 90% y nutricional 70%. La adecuación al paciente neurocrítico fue del 88% en la variable neuromonitroización, 64% valoración pupilar, la terapia osmótica solo se valoró en el 11%.

Conclusiones

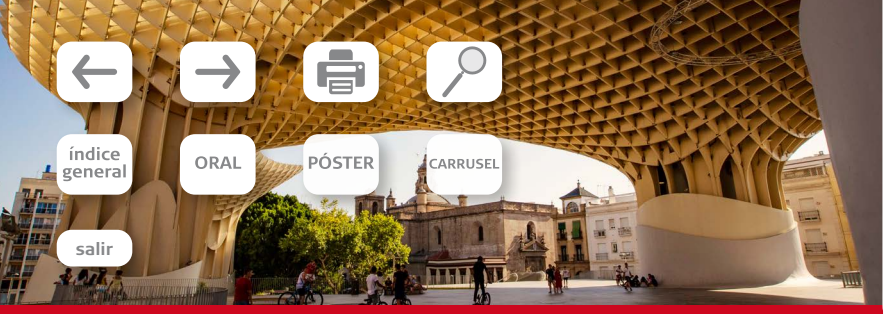
La adecuación de la información registrada es alta predominando el evolutivo estructurado. Las áreas de cuidados generales de hemodinámica y nutricional fueron las de mayor cumplimentación y las áreas de familia y movilización las de menor registro. La implicación para la práctica clínica de estos resultados supone una estandarización de los evolutivos por proceso de cuidados.

Financiación

No.

Palabras clave

Cuidados intensivos • Cambio de turno • Información enfermera



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. *Sala España 1+2*

ID 83

ALGORITMO DE COMPROBACIÓN DE SONDAS NASOGÁSTRICAS. BENEFICIOS SOBRE EL PACIENTE. 2019-2021

Elvira Joven Casaucau; MC. Jiménez Galve; MJ. Ruiz Fuentes; JO. Casanovas Marsal
Hospital Miguel Servet

Objetivos/Introducción

La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente Británica (NSPA) califica las inserciones erróneas o desplazamientos de la sonda nasogástrica (SNG) como “Eventos Nunca”.

FACTORES DE RIESGO: bajo nivel de consciencia, sedación, intubación endotraqueal y ventilación mecánica. Otro factor de riesgo identificado es el mal control del posicionamiento de la SNG. Entre los diversos métodos de comprobación del posicionamiento de la sonda nasogástrica no existe consenso sobre cual es el más apropiado.

OBJETIVO: Valorar la validez del método de medición de pH de muestra aspirada a través de la sonda con corte en 5 como método de primera elección en la comprobación de la ubicación de la SNG.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional prospectivo en pacientes que requiriesen la inserción de una sonda nasogástrica ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. El estudio compara el pH obtenido de muestra aspirada a través de la sonda con su ubicación observándola en imagen radiológica.La participación final fue de 81 pacientes para 143 observaciones. Variables registradas: edad, sexo, inhibidores de la bomba de protones, aspirado gástrico, pH y situación de la SNG. El análisis de datos y estadística se realizó mediante Janovi vesión 1.2.7®.

Resultados/Intervenciones

Al comparar los valores de pH obtenidos con la localización de la sonda, se encuentran diferencias significativas incluso en pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (Test chi-cuadrado de Pearson, p-valor = 0.00001802).

Conclusiones

El método de medición de pH de aspirado gástrico es eficaz para discernir entre la correcta o incorrecta posición de la sonda nasogástrica. No obstante, la comprobación de la SNG no debe basarse en un único método, sino que ha de realizarse mediante la combinación de varios de ellos por lo que se decide elaborar un algoritmo propio de comprobación (adjunt) en el que se combina la pHmetría con la radiografía en caso de pH fallido.

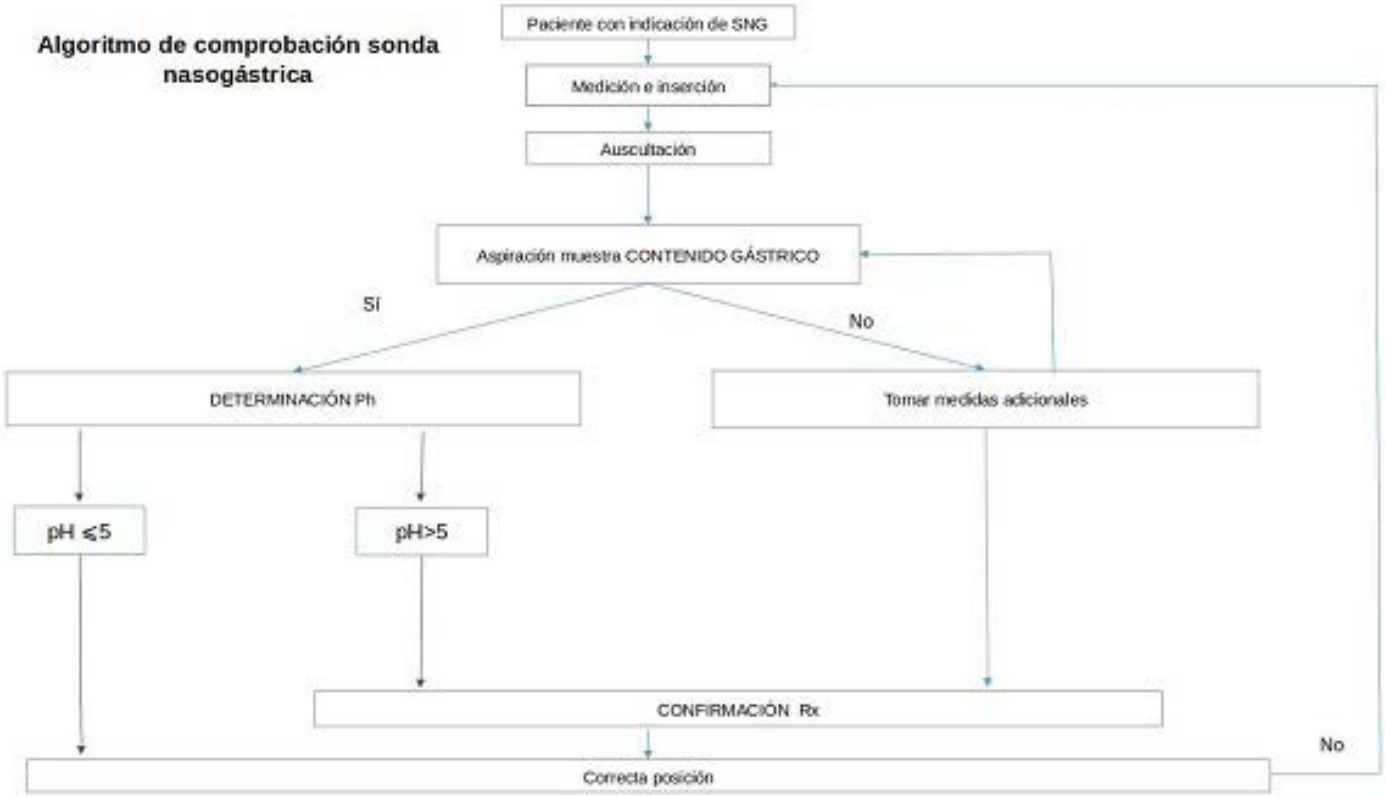
Palabras clave

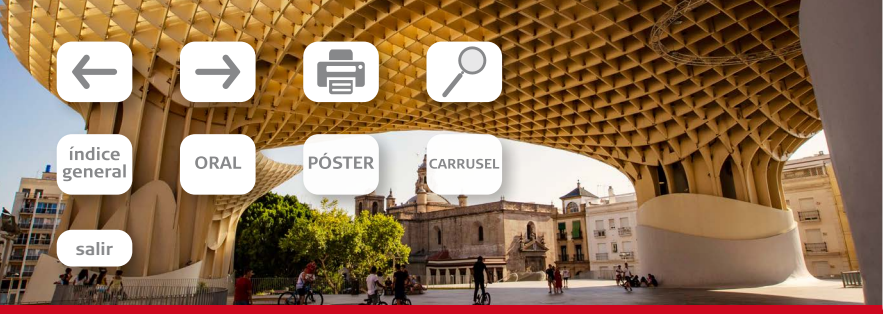
sonda nasogástrica • método de comprobación • pH gástrico • algoritmo

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Comunicaciones orales





Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. *Sala España 1+2*

ID 175

MEDIDA DE INSERCIÓN DE LA SONDA NASOGÁSTRICA: FACTOR DETERMINANTE PARA LA CORRECTA COLOCACIÓN

María Carmen Jiménez Galve; E. Joven Casaucau; MJ. Ruiz Fuentes
Hospital Miguel Servet

Objetivos/Introducción

El sondaje naogástrico está relacionado con eventos adversos muy graves, especialmente en el paciente crítico, cuando la sonda no queda correctamente ubicada en cámara gástrica, lo que plantea un importante problema de seguridad para el paciente. No existe un estándar de práctica universal en lo referente a la medida previa a la inserción de las sondas. Estudios recientes han demostrado que más del 88% de los enfermeros siguen utilizando métodos no basados en la evidencia a la hora de realizar la técnica (Sparks D.A.)

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Determinar si la medida de inserción de la SNG influye en el correcto posicionamiento.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional prospectivo en pacientes que precisan colocación de SNG en una Unidad de Cuidados Intensivos (Enero 2019/2021).La participación final fue 81 pacientes para 143 observaciones. Las variables a estudio fueron edad, sexo, talla, medida de inserción de la sonda y localización final observada en imagen radiológica: esófago, estómago, duodeno. Se utiliza test de ANOVA y DUNNET para el estudio de las variables.

Resultados/Intervenciones

El 19% de las sondas resultaron estar ubicadas fuera de la cavidad gástrica. El test ANOVA detecta relación entre la medida media de inserción y la localización de la sonda (p-valor = 2.48·10 -10) El test de comparaciones de DUNNET refleja diferencias significativas en la longitud de inserción, tomando como referencia el estómago, con una diferencia media estimada de 7,5 cm entre estómago y esófago (IC95%:3.6,11,5cm) y de 5,8cm entre duodeno y estómago (IC95%:3.4,8.1cm).

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran la implicación de la medida de inserción de la sonda nasogástrica en su correcta colocación. Los enfermeros deben implementar nuevas pautas de procedimiento basadas en la evidencia que incluyan la medición NEMU como recomienda el proyecto NHS y ASPEN.

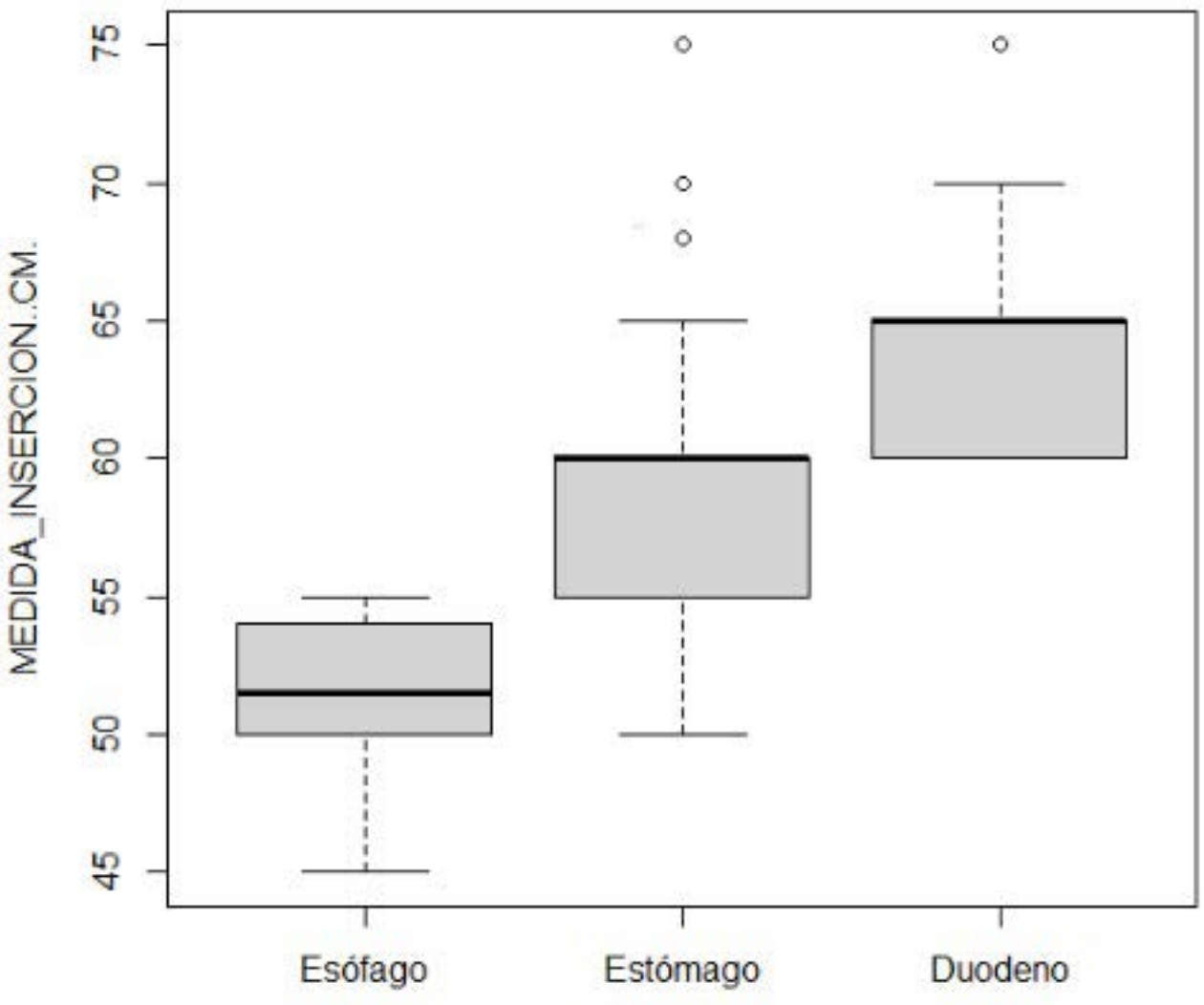
Palabras clave

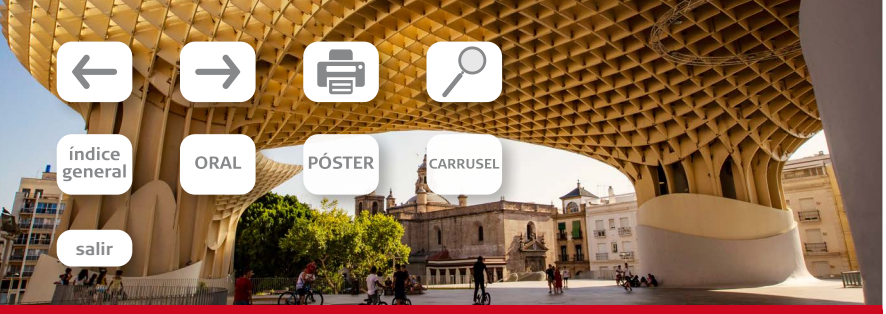
medida de insercion • sonda nasogástrica • medición NEMU

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Comunicaciones orales





Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala España 1+2***

ID 80

CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS, EQUIPO DE RIESGOS UCI

Raquel Broullón Dobarro
Hospital Ribera Povisa

Objetivos/Introducción

Explicar la implantación y el desarrollo de trabajo del plan de gestión en el servicio de UCI. La seguridad de los pacientes se ha convertido en una línea de gestión prioritaria dentro de las instituciones sanitarias a nivel global. En la actualidad el foco está puesto en: El estudio de los erores y las causas de los eventos adversos,el análisis de los riesgos asociados al cuidado de salud de las personasy las estrategias necesarias para reducirlos o evitarlos. Las unidades de cuidados intensivos son lugares estratégicos para la implantación de estas medidas ya que existe un alto riesgo de que ocurran incidentes debido a la existencia de factores como el tipo de patologías, cuidados de gran complejidad, mayor uso de medicamentos de alto riesgo...

Metodología/Observación clínica

Formación de un equipo que se reúne mensualmente para identificar y analizar nuevos riesgos: Detección proactiva: Antes de que el riesgo dse traduzca en evento adverso. A través de la evidencia científica. Revisión bibliográfica. Experiencia profesionalanálisis de estudios... O Reactiva: Producido ya el eventoIncidentes declarados. Revisión de los antiguos ANÁLISIS DE RIESGOS. Se aplica un valor en función de: GRAVEDAD DE LAS CONSECUENCIAS FRECUENCIA DE LA APARICIÓNCAPACIDAD DE DETECCIÓN. Esto nos da un IPR (índice de prioridad de riesgo) según el cual planeamos un objetivo: ELIMINAR REDUCIR MITIGAR EL RIESGO DE AHÍ DERIVA UN PLAN DE TRATAMIENTO.

Resultados/Intervenciones

Actualmente trabajamos con 19 riesgos, 4 añadidos recientemente:

- Lesión dérmica por medios físicos frio/calor.
- Hipertensión intracraneal durante movilización en portador de pic.
- Parada respiratoria por obstrucción de vía aérea en traqueostomizado.
- Aspiración contenido gástrico en intubado.

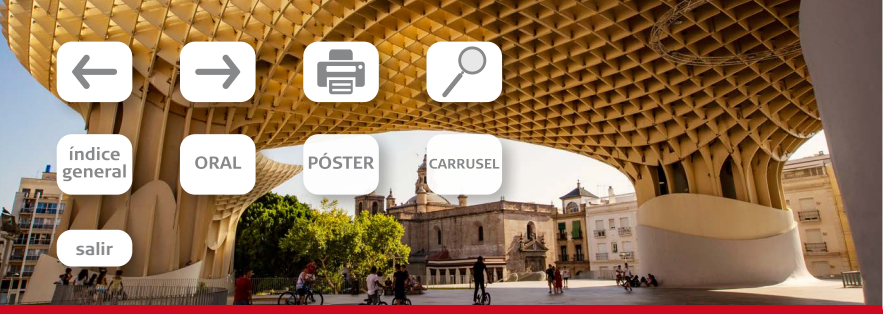
Hemos conseguido eliminar 1 y reducido el IPR de 2. Proactivamente, establecemos barreras en el manejo de electrolitos por su peligrosidad.

Conclusiones

Mejoramos la calidad asistencial prestada a nuestros pacientes mejorando su seguridad. Revisión continua de nuestros protocolos. Detección de posibles eventos antes de que sucedan. La evidencia disponible y la experiencia compartida, fomenta que los profesionales estimulen un pensamiento proactivo que ayuda a detectar errores.

Palabras clave

seguridad del paciente en uci • sistema de salud seguro • gestión de riesgos



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala España 1+2***

ID 22

SMARTWATCHES, UNA NUEVA HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Mauro Buelga Suárez[1]; J. García Montalvo[1]; L. Piña Astete[1]; J. Revuelta Castedo[1]; L. Carrasco San Andrés[2]; GL. Alonso Salinas[2]
1. Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2. C.S. Valle de la Oliva (Majadahonda); 3. Hospital Universitario de Navarra

Objetivos/Introducción

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en España. La aparición de dispositivos móviles capaces de registrar electrocardiogramas (ECG) podría facilitar la atención precoz al síndrome coronario agudo (SCA). El diagnóstico y tratamiento precoz del infarto agudo de miocardio (IAM) es primordial, especialmente en pacientes con elevación del segmento ST. Las actuales estrategias de salud buscan una atención precoz, focalizada en la realización e interpretación del ECG.

Nuestro objetivo es comparar el trazado de un ECG con el registro multicanal obtenido con un Apple Watch Series7® en pacientes ingresados por SCA.

Metodología/Observación clínica

Se presentan tres pacientes de la Unidad Coronaria: IAM anterior, IAM inferior y Síndrome Tako-Tsubo. Se obtiene un ECG y se superpone con un registro multicanal obtenido mediante el smartwatch. Para obtener el registro, la corona del reloj actúa como electrodo positivo en las derivaciones de miembros, pudiendo obtenerse las derivaciones I (muñeca izquierda / mano derecha), II (tobillo izquierdo / mano derecha) y III (tobillo izquierdo / mano izquierda). Para las precordiales, se coloca el reloj en las posiciones clásicas V1-V6.

Resultados/Intervenciones

Se obtiene un trazado de 30 segundos (25mm/s/10mm=1mV) y se procede a superponer los trazados mediante software fotográfico. Limitaciones: No pueden obtenerse AVR, AVL, AVF, al no poder establecerse la diferencia de potencial entre el terminal de control y las derivaciones aumentadas. Además, el límite de cuantificación del voltaje va de -1mV a +2mV, no pudiendo cuantificar valores superiores.

Conclusiones

En todos los casos tenemos una superposición aceptable. Esto permite hipotetizar que el uso de esta tecnología podría facilitar el diagnóstico en atención extrahospitalaria, en caso de no disponer de electrocardiógrafo convencional.

Financiación

Propia.

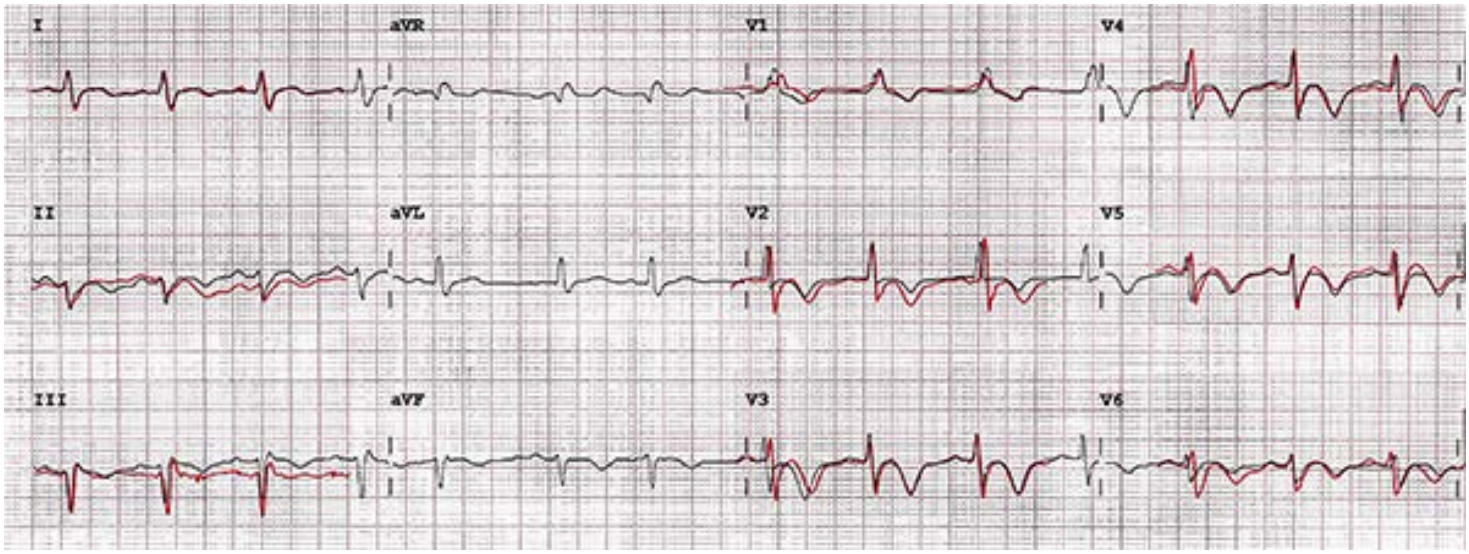
Palabras clave

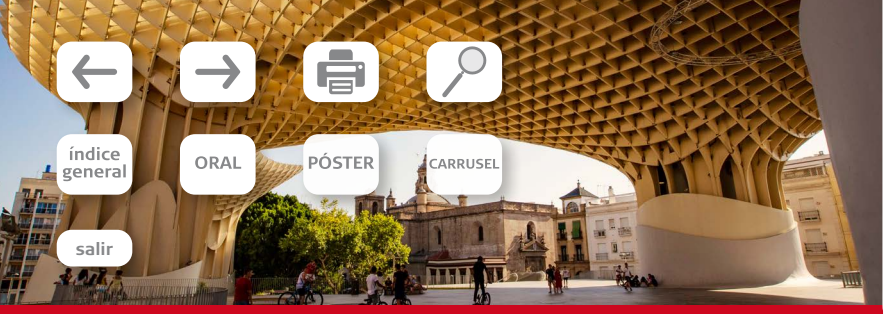
Cardiopatía isquémica • Smartwatch • Reloj inteligente • Electrocardiograma

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Comunicaciones orales





Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. *Sala España 1+2*

ID 127

CUIDADOS DEL PACIENTE POST OPERADO CARDÍACO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ENERO 2021

Laura Grau Salamero[1]; G. Remacha Cabeza[2]; A. Larumbe Valios[2]; E. Joven Casaucau[2]; P. López Grasa[2]; C. Royo Villa[2]; B. Regaño Jiménez[2]

1. UCI Cirugia Cardiaca Hospital Miguel Servet (Zaragoza); 2. UCI Post Cardiaca Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Objetivos/Introducción

El envejecimiento progresivo de la población y los avances en la cirugía junto con el uso de nuevas técnicas y soportes circulatorios, han dado lugar a una cirugía cardíaca más sofisticada, con un postoperatorio complejo y dinámico. La estandarización de cuidados siguiendo un protocolo permite optimizar tiempo, personal y medios además de aumentar la seguridad del paciente.

OBJETIVOS: Proporcionar al personal sanitario conocimientos para el manejo de pacientes sometidos a cirugía cardiaca. Definir las funciones propias de cada profesional.Unificar criterios de actuación. Aumentar la seguridad del paciente.

PROFESIONALES A QUIEN VA DIRIGIDO: Personal Sanitario de las Unidades de Cuidados Intensivos.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes sometidos a una intervención de cirugía cardiaca que son atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Metodología/Observación clínica

Análisis de la situación y búsqueda de líneas de mejora en los cuidados del paciente sometido a cirugía cardiaca.Actualización de conocimientos y búsqueda de información en las principales bases de datos bibliográficas.Planteamiento de criterios en la estructuración del protocolo, decidiendo seguir el orden cronológico de cuidados al paciente. Decisión sobre la línea de trabajo: diferenciar las tareas específicas de cada puesto. Revisión, evaluación y consenso. Análisis de necesidades de formación continuada. Programación de sesiones formativas en la unidad.

Resultados/Intervenciones

Diagnósticos NANDA00004 Riesgo de Infección. NIC: Protección contra las infecciones 00046 Deterioro de la integridad cutánea. NIC: Cuidados de la herida quirúrgica 00132 Dolor agudo. NIC: Manejo del dolor 00146 Ansiedad. NIC: Disminución de la ansiedad 00028 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos. NIC: Manejo de líquidos y electrolitos.00024 Perfusión tisular inefectiva. NIC: Regulación hemodinámica. Monitorización de signos vitales00033 Deterioro de la respiración espontanea. NIC: Monitorización respiratoria. 00206 Riesgo de sangrado. NIC: Monitorización de débito por drenajes.

Conclusiones

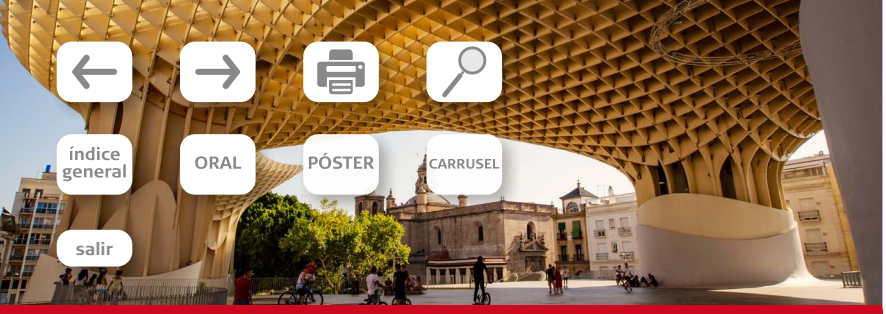
El uso de protocolos proporciona conocimientos y algoritmos de actuación que permiten la optimización de los cuidados asistenciales y el aumento de la seguridad del paciente.

INDICADORES: nº de profesionales que aplican el protocolo/nº profesionales totales

Palabras clave

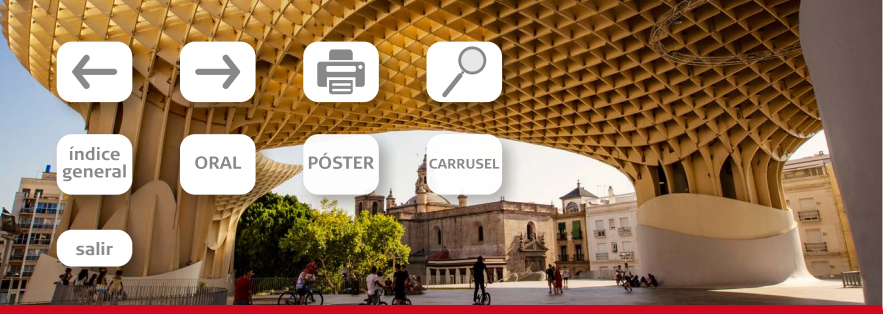
protocolo cirugía cardiaca cuidados intensivos

sigue –>



XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Comunicaciones orales



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala España 1+2***

ID 215

APLICACIÓN DE UN ALGORITMO DE DECISIÓN PARA ENFERMERIA FRENTE AL PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE

Juan José de Haro Amaro; MT. Peig Martí; X. Teixidó Huertas; D. Gil Castillejos; L. Belda Sanfrancisco; L. Sánchez Vidal; CE. Villavicencio Lujan; C. Gil Padial; A. Navarro García; J. Brunet Cruz
Hospital Universitario Joan XXIII

Objetivos/Introducción

La monitorización hemodinámica avanzada (PiCCO, ProAqt o Swan Ganz) constituye una herramienta ampliamente utilizada en los pacientes críticos, que permite obtener información acerca de la fisiopatología cardiocirculatoria, lo cual, ayuda a realizar el diagnóstico y guiar la decisión terapéutica. Para ello, se elaboran perfiles hemodinámicos basados en la monitorización, que permiten identificar los pacientes que presentan perfusión tisular inefectiva relacionada con fallo cardíaco o que se encuentra en shock hemodinámico.

OBJETIVOS:

- Detectar precozmente las alteraciones hemodinámicas mediante la monitorización continua.
- Unificar criterios de actuación mediante un algoritmo hemodinámico.

Metodología/Observación clínica

1. Reuniones del grupo de trabajo: grupo interdisciplinario formado por medicina, enfermería y técnicos auxiliares de enfermería.
2. Creación de un algoritmo/protocolo para la unidad.
3. Formación continuada: formación presencial y online.

Resultados/Intervenciones

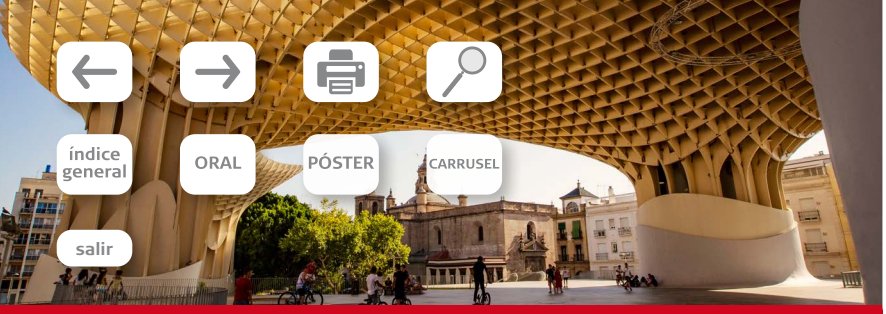
Creación de un algoritmo para la toma de decisiones.

Conclusiones

El algoritmo es una herramienta fácilmente accesible para todo el personal de la unidad que permite identificar la situación del paciente crítico, valorar las necesidades de este y actuar de forma conjunta unificando criterios en la toma de decisiones para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente, para prevenir y evitar posibles efectos adversos.

Financiación

No disponemos de financiación



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala España 1+2***

ID 47

PLASMAFÉRESIS ANTE HIPERTRIGLICERIDEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Belén Barranco García[1]; A. Romero Moreno[1]; F. Gil Almagro[1]; FJ. Carmona Monje[2]; FJ. García Hedrera[1]; R. Domínguez Rincón[1]; JC. Sánchez García[1]; MP. Miguel Barragán[1]; F. Santamaría Mediavilla[1]; E. Botillo Pérez[1]
1. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 2. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

Objetivos/Introducción

La plamaféresis es un procedimiento por el que el plasma se separa de la sangre y se procesa para eliminar selectivamente algunos componentes. Estas sustancias perjudiciales que se eliminan pueden ser anticuerpos, inmunocomplejos, toxinas, citoquinas-mediadores y otras. Ha demostrado elevada eficacia ante casos de hipertrigliceridemia grave.

Metodología/Observación clínica

Se trata de un caso clínico de un paciente de 67 años. Acude a urgencias por dolor abdominal quedando ingresado con diagnóstico clínico de pancreatitis necrotizante aguda y mostrando en analítica un valor de hipertrigliceridemia de 1805 mg/dL. Es trasladado a UCI para realización de plasmaféresis, sometiéndose a la primera y extrayendo una analítica tres horas posteriormente a la finalización de la plasmaféresis. En esta analítica el valor de triglicéridos es 191mg /dL. Se realiza seguimiento analítico del paciente para realizar posteriores sesiones, sin embargo los triglicéridos continúan en rango siendo el valor 156mg/dL, once días tras la terapia.

Resultados/Intervenciones

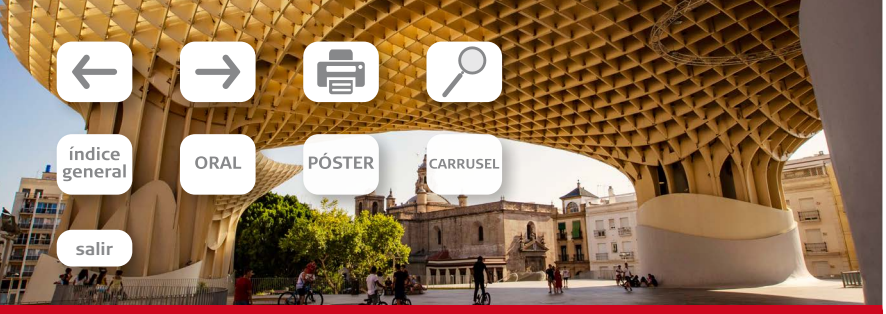
Plan de cuidados. DE - 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con canalización de “catéter shaldon” para plasmaféresis DE- 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con plasmaféresis DE - 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con plasmaféresis DE - 00126 Conocimientos deficientes relacionado con falta de información DE - 00146 Ansiedad relacionada con falta de conocimientos sobre el proceso patológico DE - 00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con plasmaféresis DE- 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con diagnóstico pancreatitis CP / Hemorragia CP / Sepsis

Conclusiones

La plasmaféresis es una técnica altamente eficaz para el manejo de la hipertrigliceridemia en este paciente, teniendo en cuenta que dicha técnica tiene un coste elevado y un elevado riesgo de complicaciones potenciales. En nuestro paciente, se consiguió solucionar los diagnósticos de enfermería identificados, así como controlar y evitar la aparición de las complicaciones potenciales identificadas. Además, demostró ser una técnica altamente eficaz para el tratamiento de la hipertrigliceridemia grave.

Palabras clave

Plasmaféresis • Hipertrigliceridemia



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala España 4+5***

ID 159

OPTIMIZACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR, ANALGESIA Y SEDACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO: LA RELACIÓN CON LA UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS POR PARTE DE ENFERMERÍA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

Elena Morant García; J. Oreja Fernández; L. López Aguilera; A. Hurtado Mena; M. Remesal Oliva; P. Guillermo García; A. Nieto Fernández; C. Jiménez Marco; L. Pastor Cabanillas; ID. Gómez Salvá
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

Actualmente, prima la necesidad de tener un mayor control sobre la analgesia y la sedación en el paciente crítico. Resulta esencial valorar y monitorizar una serie de aspectos básicos como son el dolor y el grado de analgesia y sedación. A día de hoy, continúa siendo un reto para enfermería aplicar de la forma más fiable los instrumentos de medida actualmente disponibles, ya que la valoración de estas dimensiones poseen un gran componente individual y subjetivo. Por todo ello, el objetivo es conocer si existen para Enfermería y para el paciente crítico beneficios y optimización de estos aspectos si se aplican protocolos de sedación y analgesia en UCI.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda de artículos en distintas bases de datos, principalmente Pubmed y análisis del nivel de evidencia científica de cada uno a través de las herramientas CEBM y CASPe. Algunos de los criterios de inclusión fueron: Población adulta >18 años en UCI, con ventilación mecánica y necesidad de analgosedación. Artículos entre 2017-2022, texto completo gratuitos, español-inglés.

Resultados/Intervenciones

Enfermería encuentra dificultad a la hora de valorar el dolor y el grado de analgesia y sedación de los pacientes intubados, muchos de ellos se encuentran con infra o sobresedación y con un nivel de analgesia, en muchas ocasiones, erróneamente adaptado a la situación. Se han encontrado beneficios reales cuando se aplican protocolos y cuidados estandarizados dentro de la UCI, posibilitando un mayor control en la optimización y valoración de estos parámetros por parte de Enfermería.

Conclusiones

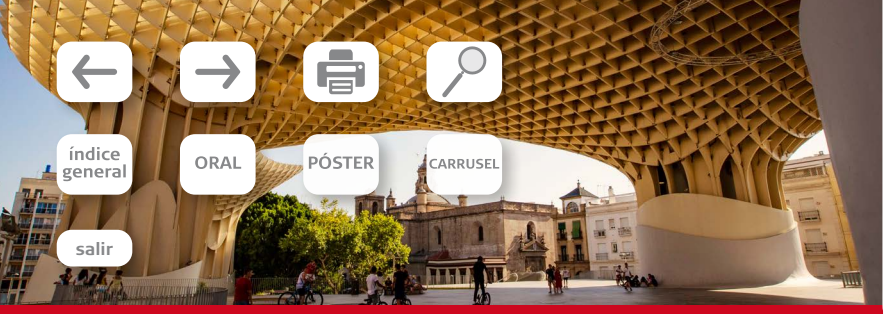
Según la literatura revisada, la evaluación y monitorización por parte de enfermería del nivel de sedación y del dolor es fundamental para garantizar que los pacientes reciban un nivel de sedación adecuada y evitar la sobresedación y posibles efectos adversos derivados de la misma. Apoyar estandarizar la valoración enfermera a través de escalas y protocolos multidisciplinares validados.

Financiación

Ningún tipo de financiación recibida.

Palabras clave

Sedación • Analgesia • Dolor • Analgosedación • Protocolo • Enfermería • UCI



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala España 4+5***

ID 277

ANALGOSEDACIÓN Y DELIRIO EN UCI. PERCEPCIÓN DE PACIENTES COVID

Mª Joaquina Piqueras Díaz; C. Carrilero López; MD. Saiz Vinuesa; MD. Castillo Lag; P. García López; C. Ruiz Iniesta; F. Romero Navarro; M. Munera Valero; E. Ruiz-Escribano Taravilla; A. Prado Mira
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos/Introducción

El protocolo de analgosedación y control del delirio instaurado desde 2014 con buenos resultados de adherencia del personal sanitario (GPB Guia de Buena Practica. RNAO Registered Nurses Association of Ontario).

OBJETIVO: Describir la percepción de dolor y delirio y su control en pacientes en la 1ª ola Covid.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal, realizando un cuestionario telefónico. Se incluyeron pacientes COVID-19 tras su estancia en UCI. Marzo-abril 2020. Análisis bivariante. SPSS 21

Resultados/Intervenciones

56 pacientes (90,3% participación) 27 %Mujeres, Edad mediana: 59años; APACHEII mediano: 13. Estancia mediana 14 días. El 82,14% (46) no tomaban analgésicos previo a su ingreso en UCI. 48,2% (27) refieren haber padecido dolor, 10 de los cuales lo describen como intenso, asociando el dolor (55%) a procedimientos invasivos. Un 77% de los pacientes opinaron que hubo adecuada valoración del dolor y el 90% refirieron el tratamiento como “suficiente”. Un 75% pacientes sufrieron pesadillas y/o alucinaciones. El mayor temor de los pacientes fue “miedo a no saber qué estaba sucediendo en su entorno familiar y/o afectivo” (32%), seguido del miedo a morir (27%). Respecto al peor sentimiento experimentado en UCI, fue la sensación de soledad (36%), insomnio (32%) y miedo (28%). El 63% de los pacientes presentan secuelas después de dos años, la más frecuentes disnea. Presentar delirio en UCI y tener secuelas posteriores se relacionó con haber padecido un dolor muy intenso ($p<0.05$ en ambos casos). Considerar insuficiente el tratamiento analgésico recibido fue más frecuente en el grupo con secuelas (p0.05). Los pacientes con mayor estancia fueron los que recuerdan haber sufrido episodios más frecuentes de dolor y los que más secuelas presentan ($p<0.05$).

Conclusiones

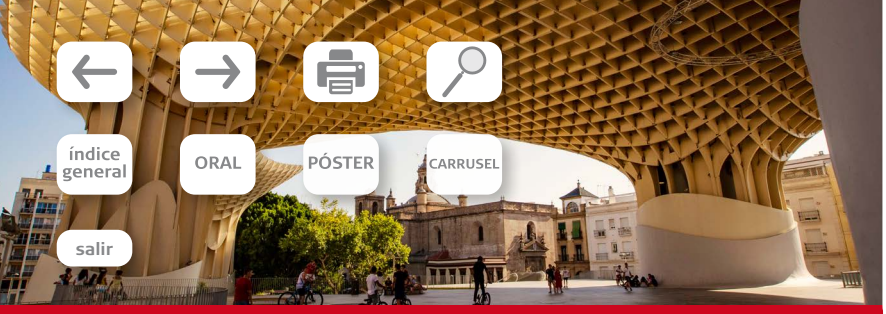
El manejo del dolor en UCI se percibe como adecuado en gran parte de nuestros pacientes. Los que sufren dolor muy intenso presentan más frecuentemente delirio y secuelas a largo plazo. La prevención y detección temprana de delirio probablemente disminuiría su incidencia y consecuencias, se debe revisar el protocolo y aumentar la concienciación entre los sanitarios.

Financiación

Este estudio no ha obtenido financiación para su elaboración.

Palabras clave

dolor • delirium • covid • analgesia • UCI



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala España 4+5***

ID 108

EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA EN EL ESTADO DE ÁNIMO DEL ENFERMO CRÍTICO

Mar Vega Castosa; P. Ferreiro Barriendos; A. González Ybarra; C. Pérez Bernardo; A. Gil García; I. Loder; S. del Valle Romero; C. Jover Sancho; R. Torrents Ros
Hospital de Sant Pau

Objetivos/Introducción

El enfermo crítico se encuentra en una situación de fragilidad, impotencia y vulnerabilidad que dificulta la comunicación de sus emociones y sentimientos. La musicoterapia podría ser una herramienta para mejorar el estado de ánimo.

El objetivo principal fue evaluar el efecto en el estado de ánimo de una intervención personalizada de musicoterapia con la atención estándar, en comparación con la atención estándar solamente. Asimismo, efecto en el dolor, consumo de sedantes, analgésicos, drogas vasoactivas, tensión arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca.

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico aleatorizado, paralelo, abierto compara: intervención de musicoterapia combinada con atención estándar, con atención estándar solamente. La población de estudio fueron pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de nivel III. La intervención fue una sesión musical personalizada de 30 minutos, realizada por un musicoterapeuta. La variable principal fue el estado de ánimo, evaluado mediante el cuestionario validado Perfil de Estados Emocionales (POMS). Las variables secundarias fueron grado de dolor, consumo de sedantes, analgésicos, drogas vasoactivas, constantes fisiológicas antes y después de la intervención.

Resultados/Intervenciones

Aunque en ambos grupos se produce una disminución significativa en la puntuación de Cólera, Fatiga, Tensión y Depresión así como un aumento igualmente significativo en la de Vigor y Amistad, dichos cambios son significativamente mayores en el caso de la atención estándar intensificada con musicoterapia comparativamente con el grupo de pacientes que no han recibido la intervención de musicoterapia, para cuatro de dichas seis subescalas del POMS: Cólera ($p= 0,020$), Fatiga ($p = 0,002$), Tensión ($p = 0,042$) y Vigor ($p = 0,029$). En dolor, FC y TA mejoran en grupo control e intervención antes y después de la intervención sin significancia estadística.

Conclusiones

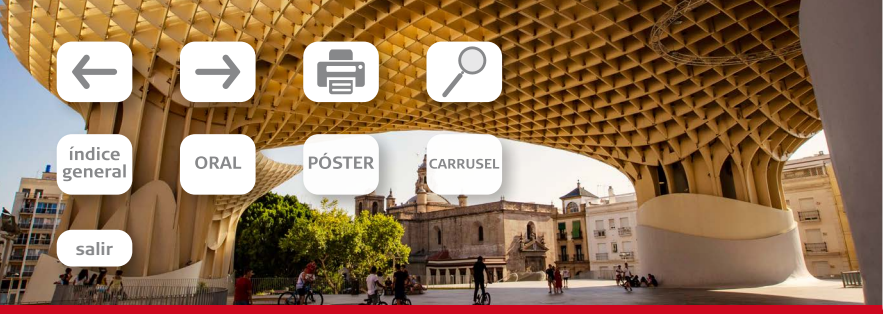
Desde el cuidado personalizado integral humano-tecnológico, la música demuestra que puede ser una estrategia no farmacológica que ayuda a mejorar el estado de ánimo.

Financiación

Financiado por la Fundación Mémora

Palabras clave

musicoterapia • cuidado personalizado • estado de ánimo • paciente crítico



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala España 4+5***

ID 178

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PARA EVALUAR UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA DE EMPODERAMIENTO EN LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS SUPERVIVIENTES DURANTE EL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cecilia Cuzco[1]; P. Delgado-Hito[2]; R. Marín Pérez[3]; A. Núñez Delgado[4]; M. Romero García[2]; MA. Martínez Momblan[2]; I. Carmona Delgado[1]; M. Canalias Reverter[1]; G. Martínez Estalella[1]; P. Castro[1]
1. Hospital Clínic de Barcelona; 2. Universitat de Barcelona; 3. Hospital Universitario de Bellvitge; 4. Hospital Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

Evaluar el efecto de una intervención enfermera basada en el empoderamiento del paciente en la ansiedad y depresión de los pacientes críticos supervivientes durante el alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico prospectivo, multicéntrico y aleatorizado. En pacientes > 18 años, con capacidad de comunicación y sin delirio, ingresados 48 horas en tres UCI de tres hospitales de tercer nivel. El nivel de ansiedad y depresión fueron evaluados con la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) antes y después de la intervención o el cuidado habitual. Intervención Empoderamiento de los pacientes mediante una "Guía de información para pacientes ingresados en la UCI", la cual fue diseñada de acuerdo a las experiencias y vivencias de los pacientes en un estudio cualitativo previo.

Resultados/Intervenciones

178 pacientes fueron asignados aleatoriamente al Grupo Intervención (n=91) y al Grupo Control (n=87). El 64,6% de los participantes fueron hombres, edad media de 60,8 años; el 52,8% tenían estudios primarios o nulos, el 62,9% estaban casados y el 77,3% tenían 1 comorbilidad. Al ingreso, la media de APACHE II fue de 15,5 y el 60,8% tuvo algún evento sufrido en la UCI (ventilación mecánica invasiva, posición en prono, terapias de sustitución, etc.). La estancia media fue de 11,9 días. La intervención se asoció con una reducción significativa del nivel de ansiedad y la depresión ($p<0,001$) y la presencia de depresión ($p=0,006$). La reducción fue mayor en los pacientes con comorbilidades y aquellos sin familia o amigos. La intervención fue más eficaz en los pacientes femeninos y en los de un nivel de educación superior.

Conclusiones

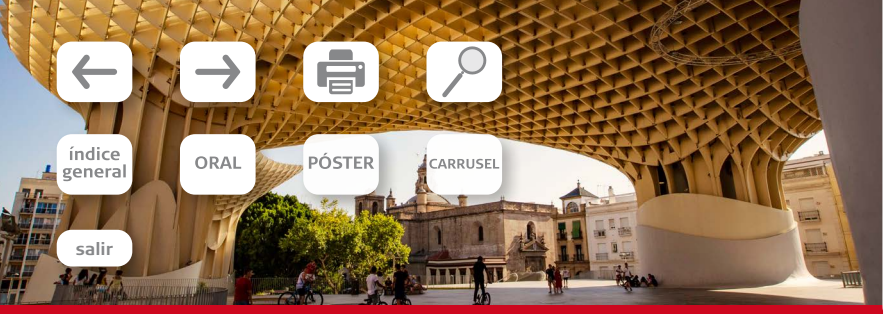
El empoderamiento de los pacientes durante el alta de la UCI puede disminuir la ansiedad y la depresión en los supervivientes. El efecto a largo plazo de esta intervención debe evaluarse en ensayos futuros.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por la Fundación Enfermería y Sociedad (PR-248/2017) y ha recibido una beca de intensificación MSD Hospital Clínic de Barcelona (2019).

Palabras clave

Alta de la unidad de cuidados intensivos • ansiedad • depresión • empoderamiento del paciente • intervención enfermera



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala España 4+5***

ID 253

EFICACIA DEL USO DE DIARIOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pilar Muñoz Rey[1]; P. Delgado Hito[2]; I. Alcalá Jiménez[3]; A. Huertas Zurriaga[1]; A. Soto Izquierdo[1]; C. Villanueva Fuentes[1]; J. Martínez Mansilla[1]; S. Fernández Delgado[1]; G. Galo Solana[1]; M. Romero García[2]
1. Hospital Germans Trias i Pujol; 2. Universitat de Barcelona; 3. Hospital Vall d'Hebró

Objetivos/Introducción

Ingresar en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) puede producir 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 y familiares de pacientes ingresados en una UCI en relación a la práctica habitual en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el estrés postraumático y la ansiedad/depresión a los 2, 6 y 12 meses del alta de UCI.

Metodología/Observación clínica

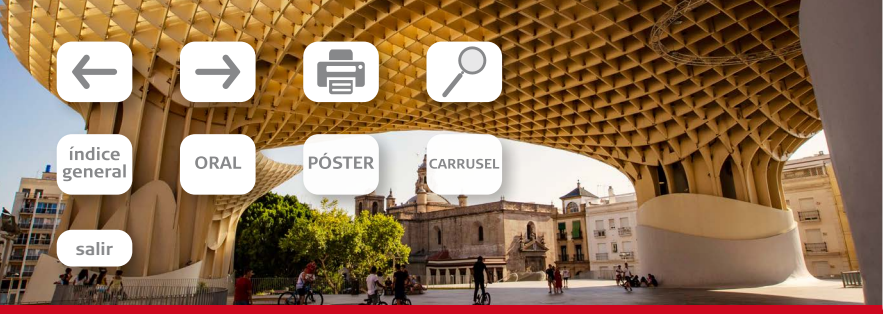
Ensayo clínico aleatorizado, con un grupo experimental(diario) y un grupo control(práctica habitual), paralelo, abierto, no ciego y multicéntrico. Ámbito: UCI de adulto de hospitales de ámbito nacional. Población/muestra: Pacientes ingresados en las UCI participantes y sus familiares de referencia durante el 2022. El tamaño muestral de 120 pacientes/grupo. Muestreo no probabilístico consecutivo. Intervención asignada aleatoriamente. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en UCI ≥72h, sedados, IOT y VMI≥24h, no barrera idiomática, firmado consentimiento informado. Exclusión: antecedentes psiquiátricos, mentales o cognitivos, haber sufrido traumatismo grave en el último año. Criterios de retirada: muerte durante el estudio, revocamiento del consentimiento, alta a otro hospital o no seguimiento de visitas programadas.Intervención: realización de un diario al paciente por parte de los familiares y profesionales explicando los sucesos ocurridos y la evolución durante la estancia en la UCI. Se realizarán a ambos grupos tres visitas de seguimiento(2, 6 y 12 meses post alta) donde se administran (al paciente y familiar) 3 escalas validadas para monitorizar la CVRS(SF-36), Estrés postraumático(EIE-R) y Ansiedad/Depresión(HADS). Entrega del diario(grupo experimental) en la primera visita.Variables: sociodemográficas/clínicas, uso del diario(independiente) Y calidad de vida, estrés postraumático y ansiedad/depresión(dependientes). Se realizará análisis descriptivo e inferencial(test Mann-Whitney o u de Mann-Whitney). Nivel de significación $p<0.05$. SPSS v24. El estudio cuenta con el dictamen favorable del CEIC de cada hospital participante.

Financiación

Beca Talents-2018 del Hospital 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 de cuidados intensivos • enfermera • paciente • familia|pics/pics-f • calidad de vida • estrés • ansiedad/depresión



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala España 4+5***

ID 11

ABORDAJE ENFERMERO DEL DOLOR CONTINUO Y/O SEVERO EN PROCESOS DE LARGA ESTANCIA EN UCI

Ainhoa Basabe Aguirre
Complejo Hospitalario de Navarra

Objetivos/Introducción

El dolor suele ser un factor bastante infravalorado sobre todo en el ámbito de los cuidados intensivos. Por consecuencia, no se puede tratar de manera óptima el dolor para mejorar la calidad de vida del paciente. Los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), suelen padecer el Síndrome Post-UCI a la alta médica. El objetico principal es analizar la necesidad de un abordaje interdisciplinar en la prevención y tratamiento de secuelas del paciente ingresado en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos científicas tales como Scielo, Elsevier, Dialnet y Pubmed. La pregunta PICO por la que se ha realizado este trabajo es: ¿Cómo influye el dolor continuo y/o severo en pacientes de larga estancia en UCI?

Resultados/Intervenciones

Enfermería debe de abarcar varios campos en la mejora de la atención del paciente de larga estancia en UCI. Las escalas tales como EVA y EVN, son un sistema de pronóstico de gran utilidad ante el dolor. Los factores estresantes deben de ser reducidos para aumentar la confortabilidad del paciente. Enfermería debe estar cualificada para trabajar en UCI y debe mejorar la comunicación entre el personal sanitario para poder aplicar unos cuidados adecuados al paciente haciendo uso de métodos como eCASH o diario del dolor. A pesar de las diversas intervenciones realizadas, el paciente puede desarrollar el Síndrome Post-UCI. Las secuelas que origina este síndrome deben ser tratadas por el profesional sanitario con el fin de reducir la tasa de reingreso o de fallecimientos.

Conclusiones

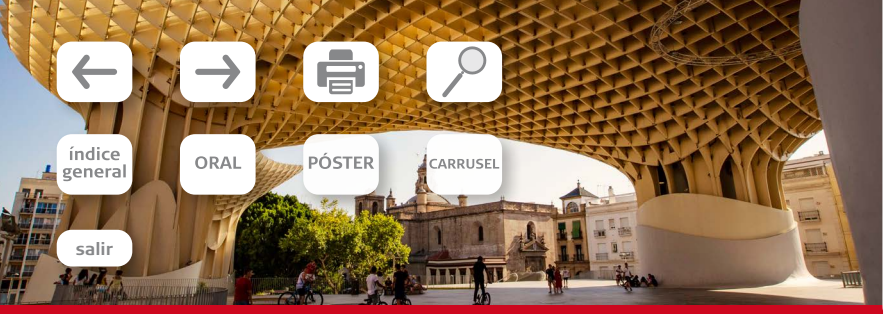
Tanto la prevención como la detección precoz del Síndrome Post-Cuidados Intensivos (SPCI) es vital para poder evitar las secuelas que provocan un deterioro de la calidad de vida en el paciente. El dolor crónico tiene más acepciones aparte del físico. Se debe realizar diversas intervenciones para poder satisfacer las necesidades que alteran al paciente.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

UCI • cuidados post-intensivos • síndrome post-UCI • intervención • cuidados intensivos humanizados • cuidados de enfermería • escalas cuidados críticos • escalas



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala España 4+5***

ID 10

ANÁLISIS DEL DOLOR EN LA CANALIZACIÓN ARTERIAL POR TÉCNICA ECOGUIADA FRENTE A LA TÉCNICA CONVENCIONAL. ESTUDIO OBSERVACIONAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Pilar Grande Castillo
HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

La canalización arterial es una técnica frecuente y dolorosa que se realiza mayoritariamente en las unidades de cuidados intensivos. Actualmente, existen dos métodos para realizarla: convencional, (referencia anatómica), y ecoguiada, (visualización directa de la arteria). Vamos a comparar ambas técnicas con relación al sufrimiento que producen y valorar si factores como la edad, estado de consciencia, número de intentos de canalización, uso de anestésico o el género son determinantes a la hora de manifestar dolor.

Metodología/Observación clínica

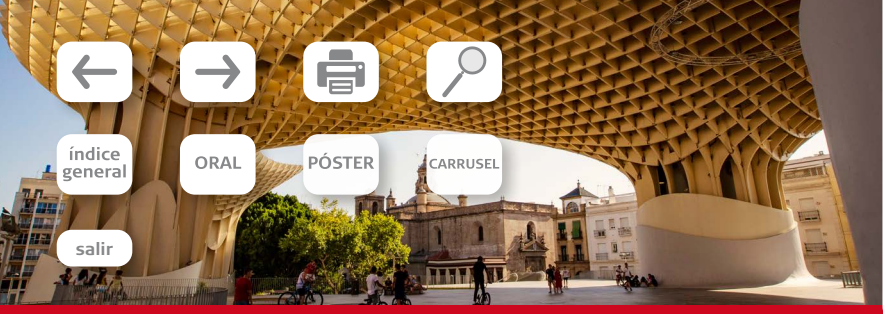
Se trata de un estudio observacional prospectivo donde se analiza a 107 pacientes de la Unidad de Reanimación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón a los que se les canalizó una arteria periférica. Contemplamos variables demográficas, dolor tras la canalización, estado de consciencia, número de intentos, uso o no de anestésico, días de ingreso, y género del paciente.

Resultados/Intervenciones

La técnica convencional fue usada mayoritariamente. De los 107 pacientes del estudio, la mayoría fueron hombres. Se usó anestésico en el 16.8% de los casos. En la mitad de las canalizaciones se necesitaron varios intentos. Más de la mitad de los pacientes estaban conscientes en el momento de la canalización, y de ellos un 52.8% no experimentó dolor. Las mujeres necesitaron un mayor número de tentativas.

Conclusiones

La presencia de dolor y su intensidad está relacionada con el número de intentos para lograr la canalización arterial y no con la técnica elegida. El estado de “alerta” y un número elevado de tentativas al canalizar la arteria (las mujeres requieren más) se relacionan directamente con dolor. Por el contrario, la edad no determina la presencia o no de dolor, pero los pacientes jóvenes que sí mostraron dolor lo puntuaron intenso.



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala España 4+5***

ID 111

EVALUACIÓN DEL DOLOR RELACIONADO CON LA HIGIENE CORPORAL EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Susana Aguilar Malgrat; L. Rodríguez García; M. Castán Baldellou; N. Bea Rodríguez; A. Villamor Ordozgoiti; M. García Caracuel; E. Vilaseca Garrigasait; T. Pérez Nicolás; C. Primiceri Sánchez; E. Sánchez Delgado
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

La presencia de dolor en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos puede ser provocada por su proceso patológico, la realización de técnicas invasivas y exploraciones, o derivado de los cuidados enfermeros. La higiene corporal diaria precisa la realización de movilizaciones como los giros sobre el eje longitudinal que según numerosos autores pueden provocar reagudizaciones de dolor. El registro del dolor con escalas adecuadas a su aplicación en pacientes no comunicativos sometidos a ventilación mecánica invasiva y sedación podría indicar si los tratamientos analgésicos deberían adecuarse a la realización de cuidados enfermeros como la higiene corporal.

OBJETIVO: Evaluar el grado de dolor durante la higiene corporal en pacientes críticos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo, longitudinal y prospectivo realizado en Unidades de Cuidados Intensivos de Hospital de Agudos de Alta Tecnología. Se evaluó el grado de dolor mediante la escala ESCID (0 a 10) y nivel de sedación mediante escala RASS (-5 a +4) durante la higiene corporal en pacientes con ventilación mecánica y sedación-analgesia previa. Se estudiaron 12 variables independientes, y 5 valores ESCID: Previo a higiene (T1), 1er giro (T2), 2º giro (T3), 10 min postfinalización (T4) y sumatorio ESCID (TT).

Resultados/Intervenciones

Se ofrecen resultados preliminares de 18 observaciones de estudio en curso con muestra calculada (confianza 95%, a 5%) de 366 casos. 94,44% (n=17) de los casos presentaron ESCID media 4,5 (IC 95% 2,92 6,07) durante la higiene. 22,2% (n=4) tras 10 minutos post-higiene (T4) mantenían nivel de dolor superior al previo: ESCID 0,22 (IC 95% - 030 0,74). Ningún tratamiento analgésico ni sedante, ni RASS ofreció correlación con ESCID (p>0,05), tan solo “días de ingreso” con T2 (p<0,001; rho-0,74), T3 (p<0,01; rho-0,71), T4 (p<0,05; rho-0,56), TT (p<0,01; rho-0,68).

Conclusiones

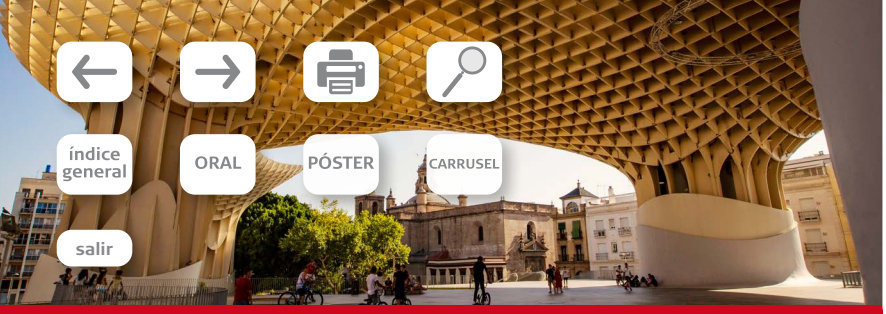
La movilización durante higiene de pacientes sometidos a VMI provoca incremento de dolor, media >4 puntos ESCID, mal controlado. Limitaciones por muestra reducida exigen ampliar estudio, pero sugiere la necesidad de revisión del procedimiento.

Financiación

No dispone de financiación.

Palabras clave

Estado Crítico • Dolor • Evaluación del Dolor • Dolor Asociado a Procedimientos • Higiene • Enfermería de Cuidados Críticos



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala España 4+5***

ID 327

RECOMENDACIONES GUIA DE BUENA PRÁCTICA RNAO: VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES DE UCI. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19

Carmen Carrilero López; MD. Saiz Vinuesa; MD. Castillo Lag; P. García López; F. Romero Navarro; M. Munera Valero; C. Ruiz Iniesta; E. Ruiz-Escribano Taravilla; A. Prado Mira; MJ. Piqueras Díaz
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 con EVA/ESCID < 3.En 2014, se inició la implementación del protocolo de analgesia, sedación y control del delirio, incorporándo recomendaciones de GBP: "Valoración y Manejo del dolor" RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario). La situación sanitaria generada por la pandemia COVID-19 podría haber afectado al mantenimiento de las recomendaciones y a sus resultados.

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la aplicación de recomendaciones de la GBP, así como en los resultados sobre los usuarios.

Metodología/Observación clínica

Estudio longitudinal. Muestra: Pacientes >18años. UCI de hospital de tercer nivel. PERIODO: Prepandemia(Enero-Febreo2020) (T1) y pandemia (Enero-Febrero 2021) (T2): ≥18años según criterios establecidos Programa CCEC®. VARIABLES:1) Demográficas,días ingreso.2)Implantación recomendaciones GBP (sí/no): Valoración inicial con escala, detección de dolor al menos 1/24h durante su ingreso, reevaluación periódica, existencia plan de cuidados. 3) Resultados en usuarios: Prevalencia de dolor e intensidad máxima 1ª 24h ingreso y durante estancia (categorizado). Aspectos éticos: Datos anónimos. Análisis estadístico SPSS®: Descriptivo según variables. IC95%.Bivariante: X^2, t-Student; p<0,05

Resultados/Intervenciones

Pacientes T1=20 vs T2=20. Hombres 75% (30). Edad media 62,52 (dt=14,03; IC95% [58,03-67,01]; Estancia media 8,5 días (dt=8,83; IC95% [5,67-11,32]) Valoración inicial con escala, T1: 90% (18) vs T2: 94,7%(18) p=0,57. Detección de dolor al menos una vez al día durante su ingreso, 100%en ambos periodos; reevaluación periódica: 95%(19) vs 88,9% (16) p=0,48; Plan de cuidados: 90% (18) vs 88,9% (16) p=0,91; La intensidad del dolor en las 1ª 24h Categorizado: (3-5) T1: 45% vs T2: 5,6% (6-10) T1:10% T2:0% p=0,013,Intensidad de dolor en todo el ingreso (3-5) T1:35%vs T2:33,3% (6-10) T1: 25% T2: 22,2% p=0,99.

Conclusiones

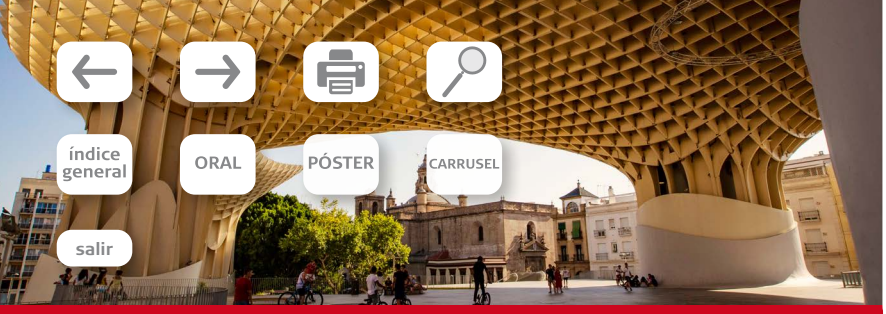
Las recomendaciones de la GBP sobre dolor están bien asentadas en la práctica clínica, pues a pesar de la crisis sanitaria, el cumplimiento de las recomendaciones ha disminuido ligeramente sin significación estadística y las intensidades de dolor más altas han mejorado en probable relación a la gravedad de los pacientes y los aumentos de sedantes y relajantes en plena pandemia.

Financiación

Este estudio no ha obtenido financiación para su elaboración

Palabras clave

Dolor • UCI • GBP • covid-19



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. ***Sala Giralda***

ID 41

LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA COMO ALTERNATIVA RECOMENDABLE PARA EL MANEJO DE PACIENTES COVID GRAVES. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE LA EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES

José Antonio Rodríguez Guerra; ZJ. Manga Nina
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

En la última década se ha popularizado el uso de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como asistencia para patologías graves pulmonares y/o cardiovasculares. En marzo de 2020 la OMS declara pandemia la enfermedad conocida como COVID-19. Las formas más graves de manifestación de la enfermedad incluyen el desarrollo de Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA).

El objetivo principal es identificar el número de casos de pacientes COVID positivo con asistencia ECMO, sus características, complicaciones y tasa de recuperación.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes afectados de COVID-19 que fueron tratados con ECMO venovenoso en el período comprendido entre abril del año 2020 y septiembre del año 2021. Se recopilan datos demográficos y antropométricos así como datos relacionados con los antecedentes personales, la terapia y la evolución clínica.

Resultados/Intervenciones

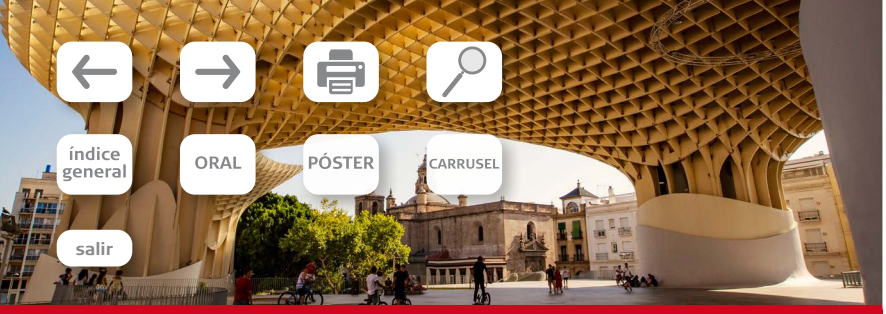
Se reportaron un total de 12 casos. La media de edad de los pacientes estudiados fue de 47 años (s=9,14), de los cuales el 92% eran varones. La media de la duración de la asistencia ECMO fue de 15 días (s=5,35) mientras que la mediana de los días de estancia en UCI de la muestra es de 42 (IQR, 25-60). El sobrepeso y la obesidad fueron los antecendentes predominantes con un 75%, seguido de la hipertensión arterial con un 33%. La complicación más frecuente fue la hemorragia con un 53% y el 92% de los pacientes necesitaron ser politransfundidos. Del total de la muestra, el 67% de los pacientes fueron dados de alta mientras que el 33% fallecieron.

Conclusiones

La mayor parte de los sujetos fueron varones con comorbilidades asociadas. El uso de ECMO en nuestra unidad como puente a la recuperación en pacientes COVID-19 graves ha resultado satisfactorio con una alta tasa de recuperación. La ECMO se posiciona como una alternativa fiable para el manejo de estos pacientes.

Palabras clave

ECMO • covid-19



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. ***Sala Giralda***

ID 205

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ADULTO EN TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA ECMO

Fernando Méndez Martínez
Universidad Autónoma del Estado de México

Objetivos/Introducción

La técnica ECMO (por sus siglas en ingles), es un método de asistencia circulatoria diseñado para proporcionar soporte cardiaco y/o pulmonar en los que el tratamiento habitual ha fracasado. La correcta aplicación de los cuidados por parte de los profesionales de enfermería es crucial para el éxito de esta terapia, y es necesario que estos dispongan de los conocimientos necesarios sobre la situación del paciente y el funcionamiento del sistema.

Como objetivo general: resignificar los cuidados de enfermería que son aplicados a los pacientes sometidos a terapia con ECMO en la unidad de cuidados intensivos y como especificos: explorar, comprender e interpretar los cuidados de enfermería que son aplicados a estos pacientes.

Metodología/Observación clínica

Se realizo un estudio cualitativo con enfoque de teoría fundamentada de diseño constructivista. Para la fuente de datos se utilizó la entrevista semiestructurada que se realizó por medio de plataformas virtuales a personal de enfermería de diferentes partes del mundo, que se dedican al cuidado directo de pacientes en terapia de ECMO.

Resultados/Intervenciones

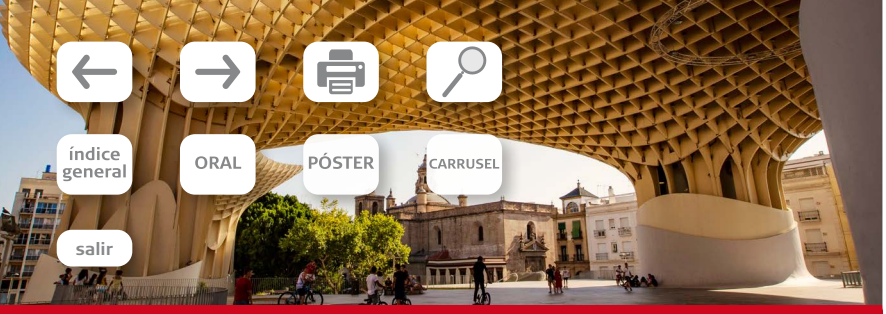
Se entrevistaron a 6 profesionales de enfermería, todos adscritos a servicios de Unidades de Cuidados Intensivos tanto de hospitales públicos como privados de; Chile, México, Colombia, Canadá y Estados Unidos. Cada categoría localizada presenta una interpretación bidimensional, una dimensión expresa las opiniones de los expertos y en la otra representa los hallazgos científicos existentes de cada código. Se encontraron las siguientes categorías; cuidados de enfermería para el sistema neurológico, para el sistema respiratorio, para el sistema hemodinámico, para el sistema gastrointestinal, para el sistema renal, para la piel y tegumentos, para la movilización y el baño, para la termorregulación.

Conclusiones

La presente investigación intenta probar la hipótesis de que las instituciones de todo el mundo llevan a cabo una gestión similar con respecto a los cuidados de enfermería en el paciente sometido a terapia con ECMO.

Palabras clave

cuidados de enfermería • ECMO • pacientes adultos



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. ***Sala Giralda***

ID 39

INTERPRETACIÓN DE LAS PRESIONES DEL CIRCUITO DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA RENAL DEL PERSONAL SANITARIO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Josefa Valls-Matarín; R. Pérez Jiménez; R. Jané Navarro; FJ. González de Molina
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Identificar las dificultades del personal sanitario de una unidad de cuidados intensivos (UCI) en la interpretación de las presiones del circuito extracorpóreo renal mediante el uso de fotografías.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo-transversal, en dos UCI polivalentes de 20 camas y 82 profesionales sanitarios (médicos/ enfermeras) en noviembre de 2021. Se utilizaron 15 fotografías validadas por dos expertos de la pantalla de Prismaflex®, con cuatro opciones de respuesta: problemas línea entrada, problemas línea retorno, coagulación filtro y funcionamiento correcto. Una era la correcta. Dicho cuestionario se descargó mediante enlace o código QR. Estadística descriptiva con media(desviación estándar), frecuencias absolutas y relativas. Prueba Chi2 y t-Student según contexto y modelo de correlación(años de experiencia y número de aciertos). Significación p 0,05.

Resultados/Intervenciones

Participaron 66 profesionales (80,5% muestra). Se clasificaron bien el 71,7% (IC95% 68,8-74,4) de las fotografías. La media de respuestas correctas fue de 9,9 (DE=2,4). Las fotografías interpretadas con más dificultad fueron las de la línea de retorno con porcentajes de aciertos del 50% (Tabla 1). Los profesionales con formación obtuvieron una media de aciertos de 10,8 (DE=2,5) frente al 9,1 (DE=2,1) de los sin formación (p<0,01). Se estableció una asociación lineal positiva entre años de experiencia profesional y aciertos r= 0,5 p= 0,01. La media de aciertos en las enfermeras fue de 10,1 (DE=2,2), frente al 9,4 (DE= 3) de los médicos (p=0,4).

Conclusiones

La tasa de aciertos es moderadamente alta, aunque una cuarta parte de las fotografías son clasificadas erróneamente, especialmente las referentes al acceso venoso. Los profesionales con formación y más experiencia tienen menos dificultades en la interpretación de las presiones Aunque la enfermera es la encargada del control del circuito no existen diferencias entre médicos y enfermeras en la interpretación de las presiones Es necesario formar especialmente a las nuevas incorporaciones ya que conocer la hemodinamia del circuito contribuye a mejorar la eficacia del tratamiento.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Cuidados Intensivos • Terapia de reemplazo renal • Conocimiento • Fotografía

sigue –>

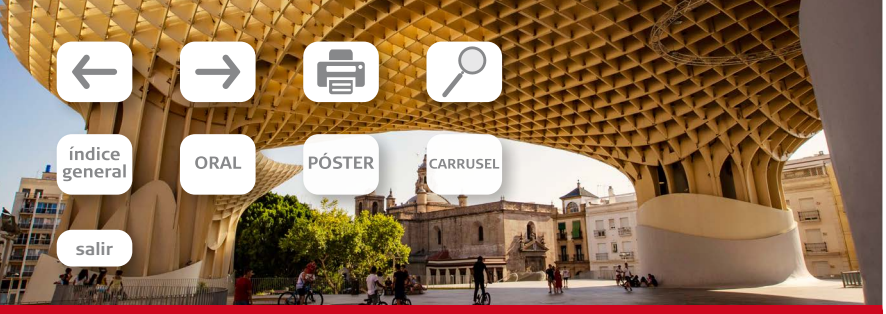
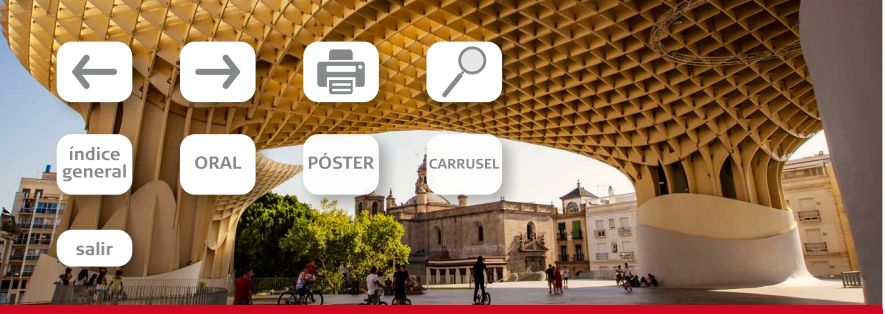


Tabla 1:Clasificación de los profesionales de las fotografías mostradas

Foto	Funcionamiento correcto n (%)	Coagulación de filtro n(%)	Problemas en la línea de entrada n(%)	Problemas en la línea de retorno n(%)
Foto 1	19(28,8)	41(62,1)	2(3)	4(6,1)
Foto 2	9(13,6)	-	50(75,8)	7(10,6)
Foto 3	54(81,8)	2(3)	7(10,6)	3(4,6)
Foto 4	35(53)	2(3)	24(36,4)	5(7,6)
Foto 5	13(19,7)	16(24,3)	2(3)	35(53)
Foto 6	11(16,7)	46(69,7)	3(4,6)	9(9)
Foto 7	4(6,1)	1(1,5)	55(83,3)	6(9,1)
Foto 8	12(18,2)	13(19,7)	7(10,6)	34(51,5)
Foto 9	8(12,1)	56(84,9)	-	2(3)
Foto 10	62(93,9)	-	3(4,6)	1(1,5)
Foto 11	25(37,9)	6(9,1)	2(3)	33(50)
Foto 12	1(1,5)	-	64(97)	1(1,5)
Foto 13	7(10,6)	47(71,2)	5(7,6)	7(10,6)
Foto 14	51(77,3)	2(3)	2(3)	11(16,7)
Foto 15	12(18,2)	3(4,6)	47(71,2)	4(6)

área sombreada: respuesta correcta.



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. ***Sala Giralda***

ID 151

IMPLANTACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE *CHECK-LIST* PARA TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL, CLAVE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

M. Carmen Antolino Escribano; M. Baeza Mirete
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos/Introducción

Las terapias continuas de reemplazo renal son una de las técnicas invasivas que se emplean con una alta frecuencia en las Unidades de Cuidados Intensivos. Dada su complejidad y la implicación tan importante que tienen en ellas el personal de enfermería, se hace necesaria una formación y una alta capacitación, al igual que un control exquisito para evitar posibles riesgos en la seguridad del paciente.Nuestra unidad consta de 39 camas y una sala de atención inicial, se realizaron el año 2020, 457 TCRR. Se implanto el uso de una lista de verificación compuesta por 7 Ítems para evitar de esta forma la aparición complicaciones no deseadas.

OBJETIVOS:

1. Disminuir las complicaciones derivadas de las TCRR
2. Conocer el grado de cumplimiento de los profesionales de enfermería
3. Aumentar la seguridad en las TCRR

Metodología/Observación clínica

Se ha medido el grado de cumplimiento del check-list por parte de enfermería y se ha comparado la aparición de problemas de seguridad con los datos del año anterior a la implantación. Los ítems seleccionados fueron: acción, revisado tratamiento, conexión línea venosa, conexión línea arterial, conexión reposición de calcio, anticoagulación con heparina, funcionamiento del shaldom.

Resultados/Intervenciones

En los primeros 6 meses de implantación del check-list se ha observado un grado de cumplimiento del 93% en todos sus ítems. La aparición de eventos adversos relacionados con las TCRR ha disminuido en un 30% en este periodo comparado con el mismo periodo del año anterior, siendo los puntos de mejora los problemas con el catéter y la coagulación.

Conclusiones

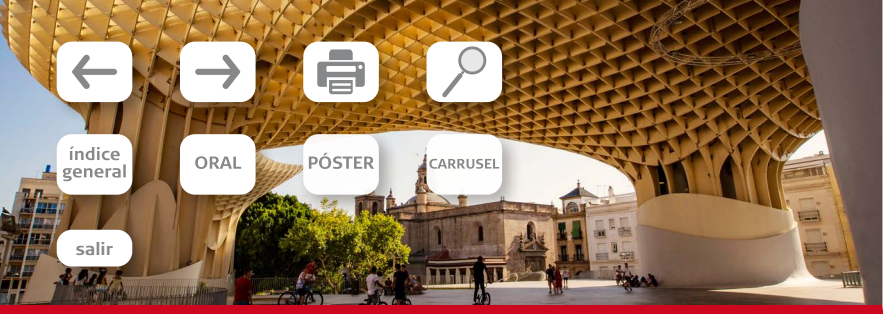
1. Se han disminuido los eventos no deseados.
2. El alto grado de cumplimiento del Check-list pone de manifiesto la implicación de las enfermeras en la cultura de seguridad
3. La implantación del check-list ha demostrado ser una herramienta eficaz en la seguridad del paciente y en la mejora de la calidad de los cuidados.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Check-list • Seguridad • Terapia continua de reemplazo renal



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. ***Sala Giralda***

ID 13

OPINIÓN DE PACIENTES ANTE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

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

Objetivos/Introducción

Conocer la opinión sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y si existe planificación sobre el proceso de final de vida.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo aprobado por el comité de investigación del centro, con 94 pacientes de UCI. Como instrumento se utilizó una encuesta en la que se valoraron aspectos relacionados con la actitud ante situación de AET del paciente en caso de mal pronóstico o mala calidad de vida. Se evaluó si la calidad de vida previa al ingreso se relacionaba con la actitud ante la AET. Se realizó análisis univariado y bivariado de variables cualitativas y cuantitativas

Resultados/Intervenciones

La edad media de los pacientes fue de 59.7+13,4 IC95% (56,9-62,4). Uno de cada cuatro pacientes no tiene estudios. El 73% de los entrevistados es católico. Tres de cada diez pacientes ya habían ingresado en UCI anteriormente. El 14,3% presentaba un Índice de Karnofsky inferior a 60. Según la Escala Barthel, el 3,1% presentaba una dependencia moderada. La calidad de vida relacionada con la salud se midió a través de la escala PAEEC obteniendo una mediana de 2 RIC (0-5). Un 62% de los pacientes se muestra favorable a la donación de órganos. Un 1% de los pacientes entrevistados refiere tener DVA. El 54,2% refiere que no se debe luchar por la vida del paciente cuando esta es irrecuperable. El 57,4% de los pacientes clasificados con alteración moderada-grave de la calidad de vida según la escala PAEEC creen que no se debe luchar por la vida del paciente cuando esta es irrecuperable, aceptando la limitación.

Conclusiones

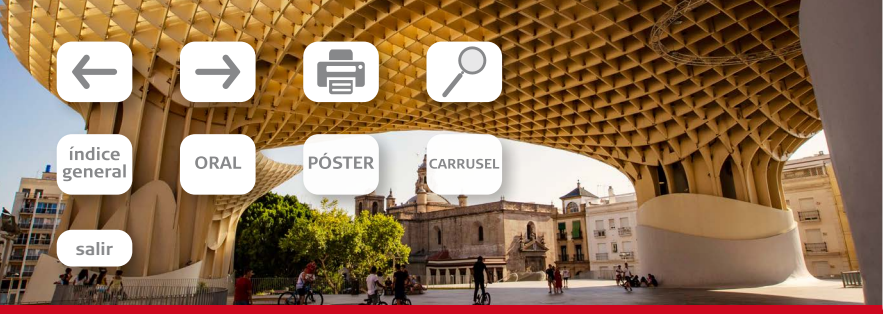
La mitad de los entrevistados aceptaría limitar el tratamiento en caso de mal pronóstico, sobre todo, aquellos que presentaban un deterioro previo de su calidad de vida. Existe una escasa planificación sobre el proceso de final de vida.

Financiación

No se cuenta con financiacion publica ni privada.

Palabras clave

Adecuación del esfuerzo terapéutico • Calidad de Vida • Planificación anticipada



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. ***Sala Giralda***

ID 14

OPINIÓN DE FAMILIARES SOBRE LA ACTITUD ANTE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UCI

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

Objetivos/Introducción

Conocer la actitud y valores éticos frente a la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y las voluntades anticipadas en el paciente crítico.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo aprobado por el comité de investigación del centro, con 163 familiares de la UCI. Se utilizó una encuesta en la que se valoraron aspectos relacionados con la percepción de los familiares sobre la información recibida, así como el posicionamiento en situaciones de AET del paciente en caso de mal pronóstico o mala calidad de vida. Se realizó análisis univariado y bivariado de variables cualitativas y cuantitativas. El nivel de significación se estableció en una $p<0,05$

Resultados/Intervenciones

Un 54% (88) de los familiares conoce la opinión del paciente sobre su deseo de limitar el tratamiento en caso de mal pronóstico. No se encontraron diferencias entre el tipo de parentesco y el conocimiento de la opinión sobre la limitación. (p= 0.6). Un 41% de los entrevistados considera que se debe luchar por la vida, aunque sea irrecuperable. El 34,6% aceptaría la decisión de limitar el tratamiento en caso de mal pronóstico. Un 19% refiere conocer la voluntad de donación de su familiar. Tan solo un 1,8% conoce si su familiar tiene DVA.

Conclusiones

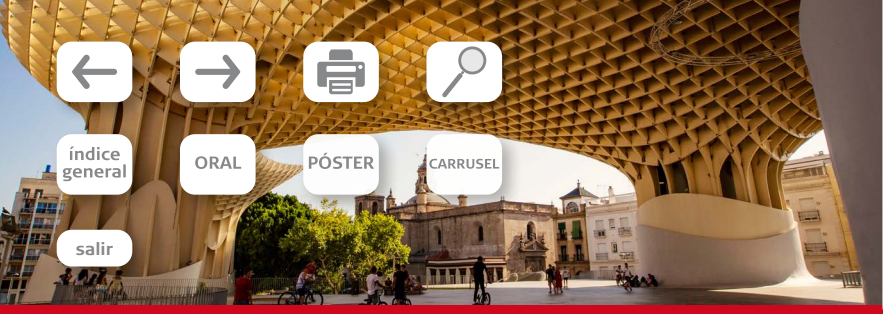
Un tercio de los entrevistados aceptaría limitar el tratamiento en caso de mal pronóstico, siguiendo muchos de ellos las indicaciones de sus familiares. Llama la atención la actitud a priori intervencionista de algunos familiares ante situaciones de irreversibilidad de sus familiares directos.

Financiación

No se cuenta con financiacion publica o privada

Palabras clave

Adecuación del esfuerzo terapéutico • Documento voluntades anticipadas



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. ***Sala Giralda***

ID 278

A TRAVÉS DE LA CÁMARA: LA VIVENCIA HUMANA Y ASISTENCIAL EN TIEMPOS DE COVID 19 EN LA UCI DE HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO. REFLEXIONES DESDE LA ÉTICA

T. Esteban Galbete[1]; B. Rueda Ruiz[2]; A. Arana Azula[1]; M. Etxeandia Juaristi[1]; L. Arce Angulo[1]
1. UCI Hospital Galdakao-Usansolo (HGU); 2. Psicologa Clínica Hospital Galdakao-Usansolo (HGU)

Objetivos/Introducción

La narrativa audiovisual es una buena manera de conocer y dejar constancia de situaciones excepcionales que marcan la vida de las personas y de toda una sociedad. Desde la Bioética nos sirve de aprendizaje y reflexión. Conocer las vivencias de los 3 ejes asistenciales en sanidad (pacientes, familiares y profesionales) durante la Covid 19: su problemática y afrontamiento. *Identificar valores y dilemas éticos surgidos.

Metodología/Observación clínica

Grabación audiovisual de testimonios de pacientes que habían sufrido la enfermedad, sus familiares y profesionales sanitarios y no sanitarios de la UCI del Hospital Galdakao-Usansolo. Narrativa libre, únicas directrices relatar: como habían vivido, habían sentido, habían afrontado la situación, que fue lo mejor y lo peor y que señalarían para mejorar a futuro. Periodo de las vivencias: Marzo - Setiembre 2020. Recopilación de testimonios, grabaciones y edición: julio 2020 - febrero 20021.

Resultados/Intervenciones

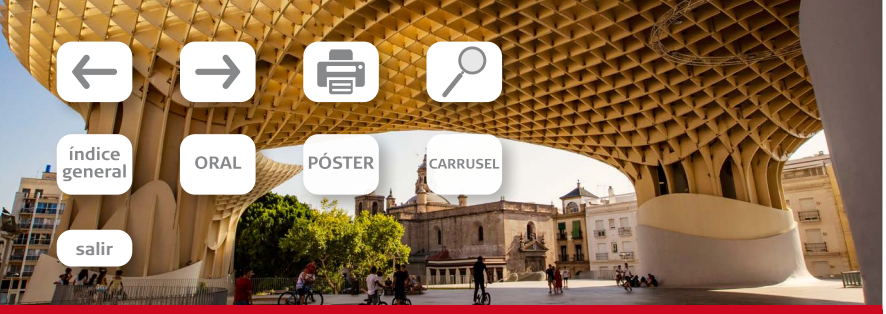
Testimonios que hablan de emociones vividas, retos profesionales y dilemas éticos: pacientes (8), familiares (5), profesionales (11). Constante repetida por los tres grupos y señalada como lo peor de la pandemia: la soledad del/de la paciente. El miedo es nombrando en todos los colectivos, cada uno desde su perspectiva y por motivos diferentes. Familiares: la comunicación y la incertidumbre ante la enfermedad y evolución en su allegado lo más angustioso. Pacientes y familiares señalan como positivo actitud y entrega del personal asistencial. Profesionales mencionan: incertidumbre, desconocimiento e ignorancia sobre la enfermedad, tratamiento y efectos; adaptación a la multitud de protocolos cambiantes; reorganización de la estructura física asistencial y de recursos humanos. La falta de equipos de protección individual y su priorización es otro hándicap mencionado. Unión entre compañeros/as y solidaridad de la sociedad son valores remarcados.

Conclusiones

Ser protagonista en alguno de los papeles (paciente, familiar o profesional) en esta pandemia deja una huella imborrable. Los valores contrapuestos han sido una constante durante este periodo.

Palabras clave

Pandemia • Covid 19 • Unidad Cuidados Criticos • Bioética



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. ***Sala Giralda***

ID 65

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA LIMITACIÓN DE TERAPIAS DE SOPORTE VITAL EN PACIENTES CRÍTICOS

Rafael González Velasco; L. Castillo; C. Bioque; FJ. Cabello; MJ. Bermejo; MB. Bocero; S. Ferrero; GE. Calvo; VE. Lara; Y. Sánchez
Hospital Universitario Reina Sofía

Objetivos/Introducción

Analizar la limitación de terapias de soporte vital en relación a aquellos factores de humanización en los cuidados de enfermería en pacientes críticos ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.

Metodología/Observación clínica

Estrategia de Búsqueda Esquema PICO: En los cuidados de enfermería en el paciente adulto crítico; ¿Cómo afecta la aplicación de LTSV a la humanización en los cuidados de enfermería en relación a espacios de participación, criterios éticos y capacidad de toma de decisiones. Búsquedas comprendidas entre 15/01/2021- 5/06/2021. Se utilizaron los respectivos DeCS y MeSH en búsquedas combinadas con operadores AND/OR en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Web Of Science. Los criterios de exclusión fueron artículos centrados en pacientes pediátricos y aquellos con abordaje médico del tema objetivo.

Resultados/Intervenciones

Selección basada en el diagrama de flujo PRISMA utilizando los criterios de inclusión y exclusión. Encontrados 216 artículos de los cuales 18 fueron seleccionados. Aplicada lectura crítica de los artículos con la metodología CASPe, obteniendo una media entre 9-10, por lo que los resultados son excelentes según la metodología escogida. Los artículos ponen de manifiesto:

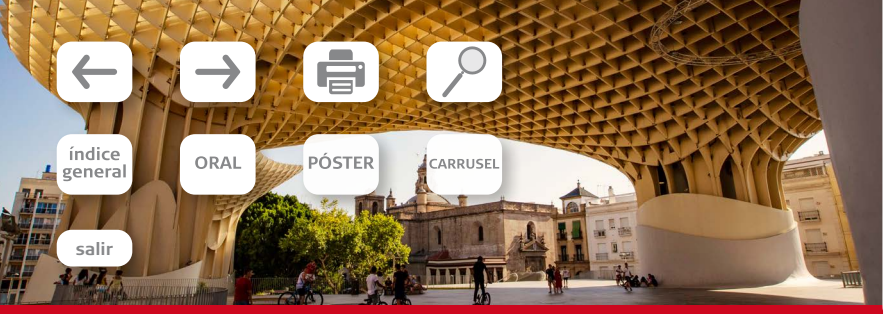
- Múltiples factores éticos intervinientes.
- Variabilidad de aplicación práctica.
- Rol secundario de enfermería.
- Escasa formación en ética.
- Alto nivel de estrés psicológico.

Conclusiones

Para fomentar la humanización en los cuidados de enfermería en pacientes con LTSP, es necesario que en la UCI se hayan adoptado las medidas del Proyecto-HUCI. Factores como el estrés emocional, la capacidad de tomas de decisiones respecto al proceso, la participación de enfermería y la formación previa en materia de ética influyen en los cuidados de enfermería. Enfermería apenas es consultada para la toma de decisiones acerca de instaurar medidas de limitación. Descuidar algunos de los factores éticos, puede conducir al síndrome de burn-out. El nivel de protocolización es muy escaso.

Palabras clave

Withholding Treatment • Nursing Care • Humanism • Ethics, Nursing



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. ***Sala Giralda***

ID 186

ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Lorena Castillo Muñoz[1]; R. González[2]; C. Bioque[2]; Á. Gutiérrez[2]
1. Hospital Universitario Virgen Macarena; 2. Hospital Universitario Reina Sofía

Objetivos/Introducción

Aunque ha aumentado la supervivencia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), sigue existiendo una gran parte de pacientes que fallecen o son dados de alta para que les presten cuidados al final de la vida. Los cuidados paliativos en la UCI se plantearían cuando se decide una limitación del tratamiento de soporte vital para evadir el sufrimiento, respetar la dignidad del paciente y prevenir dificultades en la toma de decisiones.

OBJETIVOS: Determinar la presencia de Cuidados Paliativos en la UCI e identificar posibles dificultades para la implantación de Cuidados Paliativos en la UCI por parte de Enfermería.

Metodología/Observación clínica

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en dos bases de datos (Web Of Science y PubMed). La búsqueda ha girado en torno a la pregunta PICO ¿Existen los Cuidados Paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos? Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtiene una muestra final de 4 artículos.

Resultados/Intervenciones

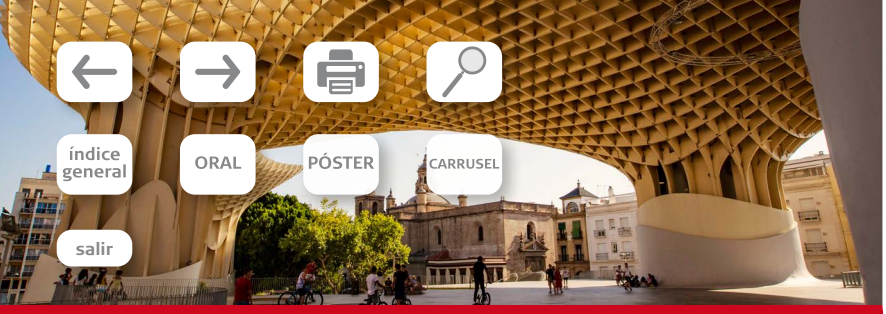
Los resultados muestran que no existe implementación de los Cuidados Paliativos en UCI aunque sí aspectos de ellos (evitar sufrimiento del paciente y familia). Además se resalta la escasa formación de enfermería, así como barreras organizativas, estructurales e individuales.

Conclusiones

En este presente estudio se aclara la falta de presencia de los Cuidados Paliativos en la UCI, además de la falta de protocolización de los mismos y, se señala su importancia porque mejoraría la calidad de los cuidados en los últimos días e incrementaría el confort de la familia, facilitando así el proceso de duelo. Asimismo, los factores que dificultan la implantación de los cuidados paliativos en la UCI son principalmente organizativas, ya que se necesitaría formas un equipo multidisciplinar o tener mejor ratio enfermera-paciente, entre otras, ya que se ha demostrado en un estudio que con un curso formativo el personal podría adquirir los conocimientos suficientes para aplicarlos.

Palabras clave

Palliative Care • Nursing Care • Intensive Care Units • Terminal Care



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 13:45 a 15:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. *Sala Giralda*

ID 36

NIVELES DE *BURNOUT* Y DE EXPOSICIÓN A CONFLICTO ÉTICO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS

Elena Lizarazu; M. Eraso; P. Mateo; M. Mendivil; V. Salas; R. Goñi
Clínica Universidad de Navarra

Objetivos/Introducción

Conocer los niveles de burnout y exposición a conflicto ético de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos, es crucial para diseñar estrategias efectivas que mejoren su satisfacción y en consecuencia la seguridad y calidad de los cuidados prestados.

OBJETIVO: Evaluar los niveles de burnout y de exposición a conflicto ético de los diferentes profesionales de enfermería de cuidados intensivos, así como su percepción del entorno laboral, y analizar la relación que existe entre éstos y las variables sociodemográficas.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, transversal, observacional en una Unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario de nivel terciario. Se evaluó el nivel de Burnout con la escala MBI-HSS; el nivel de conflicto ético con la escala ECNQ-CVV y la percepción del entorno con la escala PES-NWI, escalas traducidas y validadas al español. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, considerándose estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados/Intervenciones

La tasa de respuesta fue del 85% (n=47), 82,98% enfermeras y 17,02% auxiliares. El 31,10% de los profesionales de enfermería presentaron signos de Burnout. Por subcategorías de esta escala: 11,10% tuvieron niveles altos de agotamiento emocional, ninguno sufrió niveles altos de despersonalización y 24,40% refirió un nivel bajo de realización personal. El 87,20% presentaron un índice de exposición a conflicto ético medio-alto. El 14,90% consideró que trabaja en un entorno desfavorable. El nivel educativo ($X2=11,08$, $p=0,011$) y la categoría profesional ($X2=5,007$, $p=0,025$) influyeron en el nivel de Burnout, presentando las auxiliares mayores niveles de Burnout. No se encontró ninguna asociación entre el resto de variables de interés.

Conclusiones

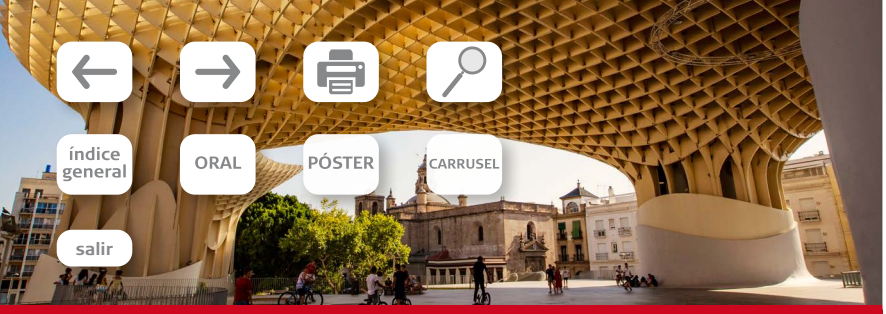
Una tercera parte de los profesionales de enfermería experimentan burnout, siendo la realización personal el componente más afectado. Además, el nivel de exposición a conflicto ético medio-alto y la percepción del entorno, sugieren que las estrategias para disminuir el impacto de estos fenómenos deberían centrarse en modificar los factores de riesgo individuales.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Burnout • Conflicto Ético • Enfermería • UCI



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 13:45 a 15:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. *Sala Giralda*

ID 62

SENTIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HACIA SU TRABAJO DURANTE LA QUINTA OLA

Borja Nicolás Santana López[1]; YG. Santana Padilla[2]; MD. Bernat Adell[3]; JM. Gonzaléz Martín[2]; L. Santana Cabrera[2]
1. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín; 2. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria; 3. Universitat Jaume I

Objetivos/Introducción

Los profesionales sanitarios, sometidos a una enorme presión durante toda la pandemia por COVID 19, tienen una mayor vulnerabilidad ante problemas de salud mental, tales como niveles altos de estrés, ansiedad, depresión, agotamiento emocional, abuso de sustancias nocivas e incluso trastorno de estrés postraumático. Esto les obligaría, en algún momento, a precisar de ayuda psicológica.

OBJETIVO: Estudiar las diferencias de las creencias, actitudes y sentimientos de los profesionales sanitarios de Canarias, hacia su trabajo, en función de haber precisado de apoyo psicológico o no durante la pandemia por COVID-19.

Metodología/Observación clínica

Cuestionario electrónico sobre las creencias, actitudes y sentimientos del personal sanitario hacia su trabajo durante la pandemia de COVID-19, aplicado en la Comunidad Autónoma de Canarias. Se establecieron dos grupos, según precisaron o no de apoyo psicológico durante la pandemia, y se analizaron las diferencias.

Resultados/Intervenciones

La muestra estuvo compuesta por 783 profesionales de la salud, de los cuales 17,8% (n=139) necesitaron de apoyo psicológico. Los < 30 años han necesitado de esta ayuda en mayor proporción que los > 50 (21,5% vs 10,8%) (p=0,014). Se encontró, una mayor proporción de demandantes de ayuda psicológica entre los que contrajeron la infección pandémica (29,2% vs 16,7%) (p=0,012). Se sentían más agotados emocionalmente (46,8% vs 18,3%), más cansados física y psíquicamente al acabar su jornada (45,3% vs 22,2%) e incluso más “quemados” por su trabajo actual (29,5% vs 15,2), (p=0,000). Además, una mayor proporción, (85,6% vs 72,2%) (p=0,002), considera que habrá una “segunda pandemia de estrés postraumático” entre el personal sanitario.

Conclusiones

Los trabajadores más jóvenes o los que han sufrido el COVID durante la pandemia tienen un mayor agotamiento emocional que los lleva a pedir ayuda psicológica. Es necesario mejorar las condiciones laborales y ofrecer la ayuda psicológica necesaria a estos trabajadores para evitar el burnout.

Financiación

Los autores no tienen conflicto de intereses y la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Palabras clave

Mental Health • Health Personnel • Attitude of Health personnel • Pandemics • COVID-19 • Emotions

sigue –>

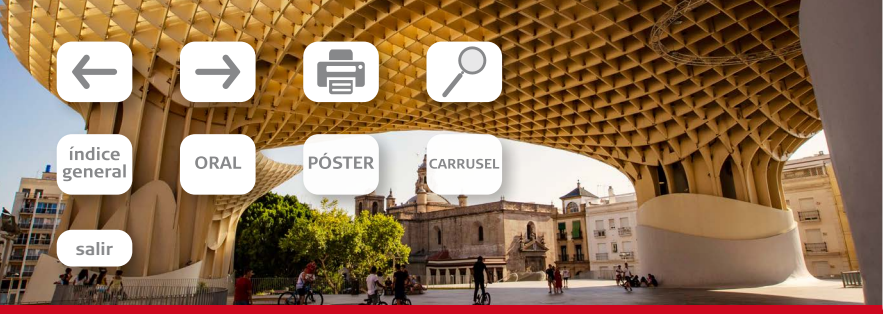
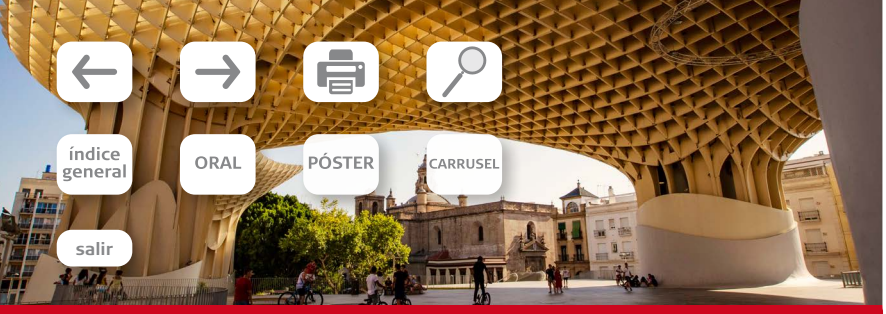


Tabla 1. Sentimientos de los profesionales sanitarios de Canarias tras 5 olas de pandemia de CoVID-19: Según haber precisado ayuda psicológica durante la pandemia *(en %)*

Sentimientos	Si precisó de apoyo psicológica n=139 (%)							No precisó de apoyo psicológica n=644 (%)							p
	Nunca	Alguna vez al año	Una vez al mes	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente	Nunca	Alguna vez al año	Una vez al mes	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente	
Debido a mi trabajo me siento emocionalmente con agotamiento.	0,7	2,9	4,3	10,1	12,9	22,3	46,8	4,2	13,2	10,9	15,4	17,1	21,0	18,3	**0,000**
Me siento con agotamiento físico y psicológico al salir del trabajo.	0,0	2,9	6,5	8,6	10,1	26,6	45,3	2,6	10,9	10,9	14,4	13,0	25,9	22,2	**0,000**
Me siento "quemado" por mi trabajo actual.	1,4	12,2	10,1	10,8	12,9	23,0	29,5	12,6	16,6	13,7	15,5	11,5	14,9	15,2	**0,000**
Me cuesta dormir por las noches desde que empezó la pandemia.	9,4	11,5	9,4	14,4	13,7	20,1	21,6	19,7	18,0	12,3	15,2	10,6	16,1	8,1	**0,000**
A través de mi trabajo siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas.	0,0	5,8	7,9	6,5	5,0	25,2	49,6	1,4	2,6	2,0	4,2	10,2	22,7	56,8	**0,000**
En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	6,5	19,4	6,5	11,5	20,1	18,0	18,0	14,4	23,0	12,0	16,0	14,6	13,7	6,4	**0,000**
He sentido miedo a contagiarme trabajando.	3,6	11,5	4,3	10,8	10,1	20,9	38,8	8,4	11,2	8,4	12,7	12,9	17,4	29,0	**0,077**
Mi mayor temor es contagiar a mis seres queridos.	3,6	3,6	5,0	10,8	3,6	9,4	64,0	2,5	4,0	4,5	6,8	5,6	12,4	64,1	*0,569*
A pesar de todo, la pandemia no ha desgastado mi vocación. Si volviese atrás, volvería a elegir mi profesión.	4,3	6,5	7,9	8,6	10,1	10,1	52,5	6,1	4,2	3,3	5,3	4,0	9,8	67,4	**0,001**
Mi institución valora adecuadamente mi trabajo como profesional sanitario.	24,5	30,9	10,1	7,9	8,6	7,2	10,1	16,8	26,1	9,8	13,2	11,8	9,8	12,6	*0,106*
Me siento apoyado/a por mis superiores más directos.	18,0	17,3	11,5	10,1	10,8	15,1	17,3	7,9	16,0	13,4	12,4	11,5	14,6	24,2	**0,018**
Tengo posibilidades de promoción profesional en mi puesto actual.	43,2	26,6	6,5	10,8	5,8	2,9	4,3	45,8	22,0	6,1	8,7	6,5	3,9	7,0	*0,747*
Me falta tiempo para finalizar todas mis tareas durante la jornada laboral.	8,6	11,5	7,9	17,3	11,5	21,6	21,6	12,0	16,9	11,5	12,6	14,3	16,3	16,5	*0,100*
En mi trabajo me encuentro muy satisfecho/a.	2,9	10,1	11,5	12,9	19,4	23,7	19,4	0,8	4,7	6,5	12,0	12,7	27,3	36,0	**0,000**
Logro desconectar del trabajo cuando estoy en mi tiempo libre.	10,1	7,2	15,1	15,8	22,3	15,8	13,7	5,9	10,1	7,0	14,1	14,4	25,6	22,8	**0,000**
Considero que mi trabajo es útil para la sociedad.	0,0	2,2	2,2	0,7	8,6	10,8	75,5	0,2	0,9	0,8	2,6	2,2	13,8	79,5	**0,002**
La sociedad reconoce mi trabajo como profesional sanitario.	10,1	26,6	18,0	16,5	10,1	11,5	7,2	8,1	26,2	13,0	16,1	13,0	9,0	14,4	*0,192*
Me he sentido discriminado/a por mi entorno social (familiares o amigos) por el temor a contagiarles.	43,2	20,9	7,2	7,9	9,4	7,9	3,6	51,4	15,7	7,0	8,2	7,1	7,6	3,0	*0,632*

Nota. Prueba de Chi-cuadrado (x^2). **p valor:** $p<0,05$



Lunes 13 de junio de 2022. 13:45 a 15:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. *Sala Giralda*

ID 280

ESTILOS DE HUMOR Y ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Miriam Leñero Cirujano[1]; MN. Moro Tejedor[1]; JI. Torres González[2]; H. Gónzalez Ordi[3]; J. Gómez Higuera[3]
1. Hospital Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón; 2. Hospital Clínico San Carlos. Madrid; 3. Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología (UCM). Madrid

Objetivos/Introducción

El humor está ligado a estados negativos como tristeza, bajo ánimo, estrés, ansiedad o depresión. Sintomatología muy presente en los profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), por su elevada y compleja actividad laboral.

El objetivo fue conocer la relación entre los estilos de humor y las alteraciones psicopatológicas en profesionales de la UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo unicéntrico con enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería de UCI en un hospital de gran complejidad. Se empleó la escala de Estilos de Humor (HSQ) para evaluar los humores positivos (afiliativo y autoafirmativo) y negativos (agresivo y autodescalificativo), y el Listado de Síntomas Breve (LSB-50) para mide la sintomatología psicológica y psicosomática mediante los índices de Psicorreactividad (Pr), Hipersensibilidad (Hp), Obsesión-Compulsión (Ob), Ansiedad (An), Hostilidad (Hs), Somatización (Sm), Depresión (De), Sueño (Su), Sueño ampliada (Su-a), Número (NUM) e Intensidad de síntomas (INT), Riesgo Psicopatológico (IRPsi) y Global de Severidad (GLOBAL). Se recogieron variables de puntuación y sociolaborales. En el análisis bivariante se utilizó Mann Whitney, Kruskal Wallis y el índice de Pearson, aceptando un nivel de significación de 0,05. Aprobado por el Comité Ético del Hospital.

Resultados/Intervenciones

64 profesionales (tasa de respuesta: 32%), 65,6% enfermeras, 90,6% mujeres con 38,81 (9,45) años. El humor afiliativo, autoafirmativo y la puntuación global de HSQ correlacionaron negativamente con todos los índices de LSB-50. En el humor afiliativo y globalmente fue significativo en Pr (r=-0,55;p=0,000), Hp (r=-0,57;p=0,000), Ob (r=-0,42;p=0,001), An (r=-0,43;p=0,000), De (r=-0,47;p=0,000), Su-a (r=-0,56;p=0,000), NUM (r=-0,50;p=0,000), INT (r=-0,50;p=0,000), IRPsi (r=-0,43; p=0,000) y GLOBAL (r=-0,48;p=0,000). En el humor autoafirmativo, con An (r=-0,30;p=0,016), De (r=-0,31;p=0,013), Su-a (r=-0,27;p=0,028), NUM (r=-0,26;p=0,037), INT (r=-0,26;p=0,037), IRPsi (r=-0,32;p=0,010) y GLOBAL (r=-0,29;p=0,021). Los humores negativos correlacionaron positivamente con la mayoría de ellos, pero no significativamente. Se encontraron diferencias significativas en HSQ con el estado civil y la edad y en LSB-50, con el sexo, edad, estado civil y experiencia laboral.

Conclusiones

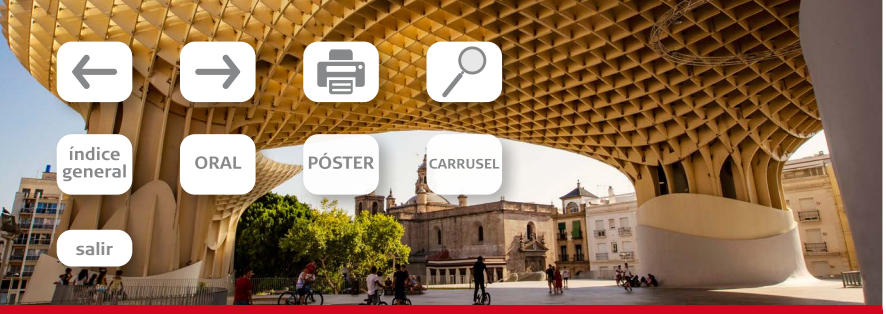
Utilizar un humor afiliativo y autoafirmativo podrían favorecer el bienestar psicológico en los profesionales de las UCI.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Salud mental • Humor • Cuidados críticos



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 13:45 a 15:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala Giralda***

ID 18

PREVALENCIA DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE CRÍTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Lucía del Pilar Armas Navarro[1]; YG. Santana Padilla[1]; L. Mendoza Segura[1]; M. Ramos Díaz[1]; BN. Santana López[2]; JA. Alcaraz Jiménez[1]; L. Santana Cabrera[1]
1. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil; 2. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin

Objetivos/Introducción

La disfagia se puede presentar como consecuencia de la hospitalización prolongada por patología crítica en las unidades de cuidados intensivos. Identificar la prevalencia de la disfagia en una unidad de cuidados intensivos, así como las variables de riesgo

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo descriptivo. Muestreo consecutivo previo consentimiento informado de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Complejo universitario Insular Materno-Infantil. Se realizó un seguimiento de parámetros descritos en la literatura relacionados con la disfagia del paciente crítico, además de variables sociodemográficas. La captación fue realizada durante los meses de diciembre de 2020 hasta abril de 2021. Los datos fueron analizados en frecuencia y porcentaje, además de análisis bivariante: tStudent y Chi-Cuadrado (Odds ratio) El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética y de Investigación del centro.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron en el estudio a 108 pacientes. La muestra era de predominio masculino (76.9%) con una media de edad de 59.16 años. El 45.9% de los pacientes desarrollaron disfagia durante su ingreso. Los pacientes que desarrollaron disfagia tenían una mayor edad, mayor puntuación en el APACHE II y tuvieron mayor ingreso en UCI y posteriormente, precisaron de mayor tiempo de hospitalización. Los factores de riesgo para su desarrollo se muestran en la tabla.

Conclusiones

Los antecedentes neurológicos, la enfermedad crítica por COVID, la mayor estancia hospitalaria y precisar de una traqueotomía son factores de riesgo para presentar disfagia en la UCI.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Trastornos de deglución • Apoyo Nutricional • Cuidados Criticos • Traqueostomia • Enfermería de Cuidados Críticos

sigue –>

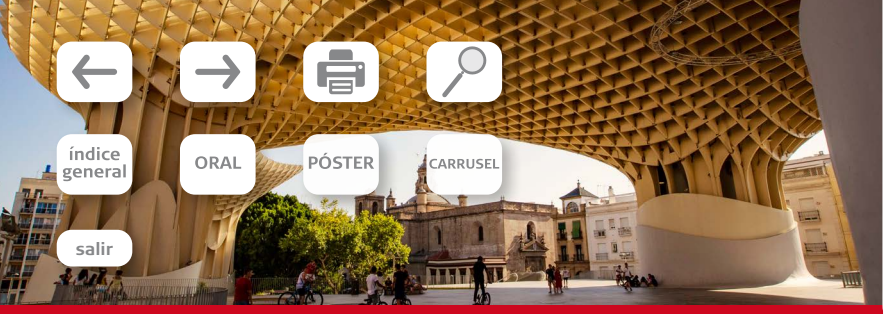
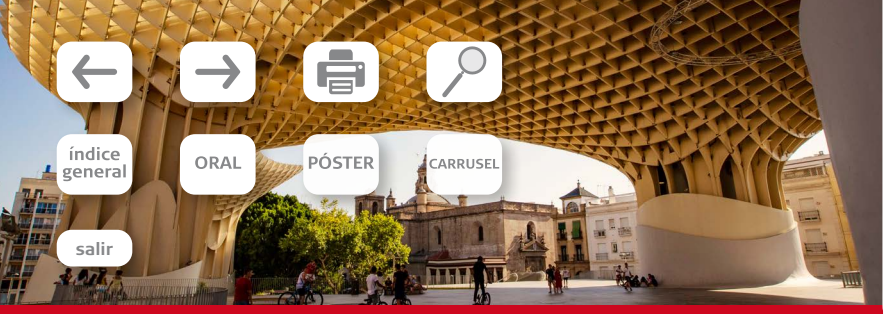


Tabla 1. Análisis bivariante de Odds ratio (Disfagia)

Valor	OR	IC95%	p
Edad (años)	2.041	0.941-4.428	0.052
Sexo (hombre)	2.074	0.807-5.332	0.096
IMC (Obesidad)	1.451	0.589-3.573	0.280
Tipo de paciente (médico)	2.738	0.909-8.245	0.055
Diagnostico neurológico al ingreso (Si)	1.075	0.462-2.502	0.518
COVID (Positivo)	2.413	0.286-2.334	**0.020**
Antecedentes Neurológicos (si)	3.190	1.110-9.169	**0.024**
Antecedente Respiratorios (si)	0.817	0.286-2.334	0.143
Antecedentes digestivos (si)	0.775	0.255-2.353	0.435
IBP (si)	1.560	0.690-3.531	0.194
Estancia previa a la prueba (Alta)	1.649	0.767-3.541	0.138
Apache (Alto)	2.031	0.934-4.419	0.055
Charlson (alto)	1.649	0.767-3.541	0.138
Albumina (>3gr/dl)	0.582	0.270-1.252	0.116
Estancia en UCI (alta)	2.204	1.012-4.799	**0.035**
Estancia Hospitalización (alta)	3.298	1.476-7.369	**0.003**
Intubación	1.233	0.371-4.096	0.483
Duración de la intubación (prolongada)	1.174	0.543-2.537	0.416
Traqueostomía	2.512	1.152-5.475	**0.016**



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 13:45 a 15:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. *Sala Giralda*

ID 101

PROTOCOLO DE DISFAGIA EN CUIDADOS CRÍTICOS: MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA DE VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)

Mª Luz Montero González; I. Martínez Yegles; R. Castro Camarero; ME. Esteban Sánchez; MJ. Frade Mera
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La disfagia es la alteración del proceso de deglución, que abarca desde la preparación oral del bolo alimenticio a su completo recorrido hasta estómago. En pacientes críticos es frecuente su aparición post-extubación.

OBJETIVOS: Elaborar un protocolo de disfagia (PD), para unificar cuidados que permitan garantizar una deglución eficaz y segura, así como evitar complicaciones (broncoaspiración y/o desnutrición).

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica previa (PubMed, Embase, Scopus y Cochrane). Definición de criterios de inclusión. Desarrollo del MECV-V: Profesionales que intervienen, material, procedimiento/resultados, recomendaciones (forma de administración y tipos de alimentos).

Resultados/Intervenciones

1. Criterios de inclusión:

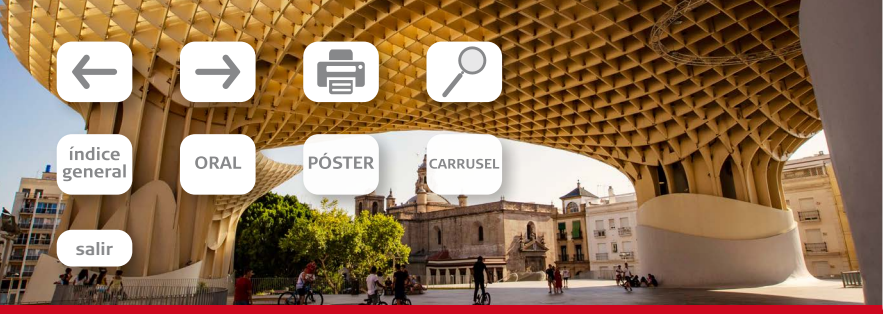
- Pacientes con intubación previa 72h, extubados hace >4h, eupneicos, conscientes, alertas y colaboradores, que mantengan cabeza erguida y puedan toser/carraspear.
- Paciente traqueostomizados con neumotaponaimento deshinchado.
- Paciente con deglución sin sialorrea y/o cambios de voz.

2-MECV-V:

- Profesionales: enfermera, auxiliar, médicos.
- Material: Monitorización, espesante, vasos/agua, jeringa 20ml y sistema/sondas de aspiración.
- Procedimiento: Administrar 3 volumenes (5, 10 y 20ml) con 3 viscosidades/texturas (néctar, líquido y pudin). Iniciar por viscosidad media y volumen más bajo, progresar aumentando volumen. Orden de texturas: néctar-líquida-pudin. Si alteraciones en la eficacia (boca abierta, incapacidad de tragar) y/o seguridad de deglución (tos, disminución sat. O2>3%..), finalizar textura y cambiar.
- Resultados: Si tolerancia de 1 o varias texturas: test negativo. Progresar dieta oral con textura tolerada. Si no tolera ninguna o existen dudas: test positivo. No usar vía oral y continuar con estudio. Registrar.
- Recomendaciones: paciente sentado recto, flexionar cabeza al tragar, tiempo de comida 20-30min con posterior limpieza dental/oral. Textura de alimentos homogénea, no pegajosa ni dispersa, no alimentar con pajitas/jeringas.

Conclusiones

Un PD basado en la herramienta MECV-V unifica los cuidados del paciente con disfagia, mejorando su calidad y minimizando la aparición de complicaciones asociadas.



Comunicaciones orales

Lunes 13 de junio de 2022. 13:45 a 15:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala Giralda***

ID 169

MICETISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlota Magaña Paz; L. Rodrigo Domínguez; P. Guillermo García; A. Redondo Mayoral; M. Martínez Muñoz; I. Cubas Trujillo
Hospital Ramon y Cajal

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: El micetismo es una urgencia vital que se refiere a la intoxicación alimentaria por setas. Su incidencia oscila entre 5-10 casos/1.000.000 de habitantes/año. La incidencia en España es 200-400 casos/año. De las 1500 especies autóctonas españolas, en torno al 60% son consideradas tóxicas y sólo 6 seis especies pueden llegar a causar la muerte en el ser humano. La Enfermería tiene un papel fundamental en la detección precoz del empeoramiento clínico que pueda sufrir el paciente afecto, especialmente a nivel neurológico.

OBJETIVOS:

- Describir sucintamente el manejo de la intoxicación por setas.
- Plasmar la importancia de la evaluación neurológica por parte de la Enfermería en el caso descrito.

Metodología/Observación clínica

Varón de 41 años que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por hepatitis fulminante en contexto de micetismo. No presenta alergias ni otros antecedentes. Acude a urgencias a las 48 horas tras la ingesta refiriendo naúseas, vómitos y diarrea. Tras el diagnóstico de intoxicación por setas, se inicia la administración de antídotos, terapia Molecular Absorbent Recirculatyng System (MARS)y se activa Urgencia 0 de transplante hepático. El paciente se encuentra ansioso, insomne, manifiesta el miedo al transplante y de perder a su hija, también intoxicada.

Resultados/Intervenciones

La terapia MARS es una de las terapias de depuración extracorpórea en el fallo hepático que se introdujo en el año 2000. Junto a la administración de antídotos, puede llegar a conseguir la mejoría del paciente sin llegar a precisar trasplante.

Conclusiones

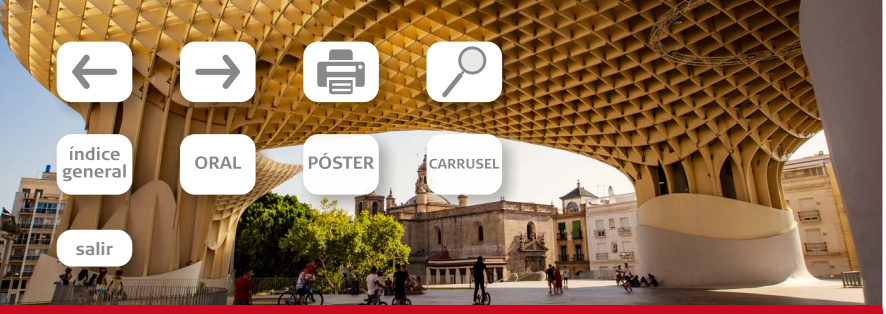
Resultado satisfactorio de la vigilancia neurológica estricta por enfermería, la administración de antídotos y el tratamiento de la terapia de depuración extrahepática. El pilar básico en el tratamiento de la intoxicación por setas es la terapia MARS junto con la administración de antídotos. La Enfermería tiene un papel fundamental en la estrecha vigilancia de los síntomas neurológicos que determinan el empeoramiento del cuadro.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Micetismo • Terapia MARS • Fallo hepático • UCI



Lunes 13 de junio de 2022. 13:45 a 15:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala Giralda***

ID 211

PROTOCOLO ALTERACIONES DEL RITMO INTESTINAL Y DE ELIMINACIÓN FECAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

J. Remondo Blanco[1]; C. Senico Alves[2]; G. Torrecilla Rosado[2]; MV. Bravo Blasco[2]; J. Campanario[2]
1. Hospital universitario de La Paz (Quemados); 2. Hospital La Paz

Objetivos/Introducción

Realización de un protocolo integrado en la unidad, donde poder unificar criterios y actuaciones por parte de todo el personal encargado de los cuidados de un paciente crítico en una unidad de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de estudios, protocolos de enfermería y artículos publicados en revistas científicas referentes al manejo de las alteraciones en la eliminación fecal en pacientes críticos. Además de revisar las principales bases de datos como PubMed y Dialnet.

Resultados/Intervenciones

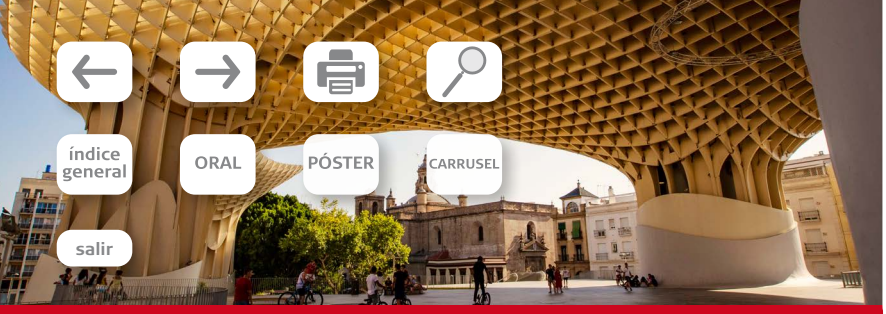
Debido al estado de los pacientes ingresados en las unidades de críticos, la medicación que reciben y el uso de la nutrición enteral, son pacientes propensos a sufrir alteraciones del ritmo intestinal, tales como diarreas o estreñimiento. El control de las alteraciones de la eliminación fecal es una prioridad en el cuidado de pacientes críticos (en medio hospitalario) tanto para reducir el riesgo de dermatitis y lesiones perianales, retención gástrica y translocación bacteriana, como para evitar la transmisión de infecciones nosocomiales, minimizar el número de aseos, curas y movilizaciones innecesarias, aumentando así el confort y la dignidad del paciente

Conclusiones

Las alteraciones del ritmo intestinal y de eliminación fecal en el paciente crítico son problemas reales y multifactoriales. Es importante intensificar la vigilancia con un correcto registro de las deposiciones y establecer un protocolo consensuado con los médicos intensivistas para el inicio precoz de aplicación de medidas desde medicación, uso de dispositivos de control, dietas a enemas.

Financiación

Sin financiación



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala España 1+2*

ID 112

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN ATENCIÓN DIRECTA HOSPITALARIA AL COVID-19

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

Objetivos/Introducción

La pandemia del COVID-19 ha supuesto el mayor reto asistencial a los profesionales sanitarios del siglo XXI. Diferentes estudios han analizado la experiencia de los trabajadores sanitarios desde diferentes ámbitos y puntos de vista.

OBJETIVO: Conocer la experiencia de los profesionales que trabajaron en primera línea de atención durante los primeros meses de la pandemia desde marzo a diciembre de 2020 en un hospital de tercer nivel de Madrid.

Metodología/Observación clínica

Metodología: Se desarrolló un estudio exploratorio de carácter fenomenológico. Reclutamos profesionales del ámbito sanitario por un muestreo por propósito y de bola de nieve. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas en profundidad y notas de campo para la recolección de datos. Se hizo una transcripción literal de las mismas. Se realizó un análisis temático siguiendo la propuesta de Colaizzi, desde una perspectiva estructuralista.

Resultados/Intervenciones

Resultados: Se realizaron un total de 68 entrevistas. La participación mayoritaria fue de enfermería (52,94%). La experiencia media fue de 15,87 (±7,46) años. El área más explorada fueron los Cuidados Intensivos (50%). Se identificaron 6 ejes principales de categorías, entre ellas: la “construcción de una percepción real del riesgo y protección”, “la organización y reestructuración del trabajo sanitario”, la “resignificación del tiempo y el espacio privado” o la “definición de la nueva normalidad”, que a su vez se subdividieron en diferentes temas y códigos por oposición binaria.

Conclusiones

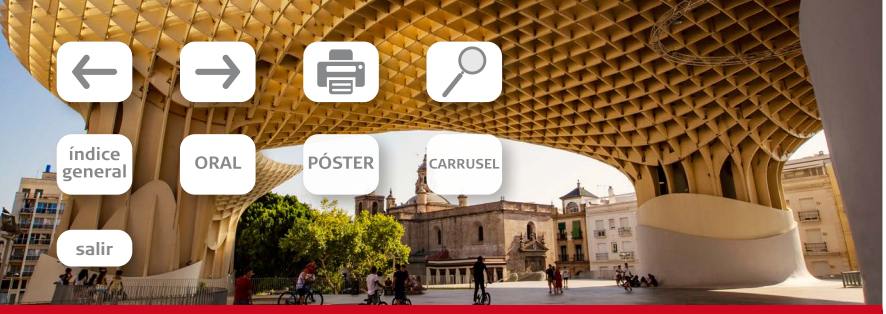
La atención directa en primera línea frente al COVID-19 ha supuesto una experiencia sustantiva para los profesionales sanitarios que ha sobrepasado el proceso de salud/enfermedad/atención.

Financiación

Investigación sin financiación.

Palabras clave

Experiencia Vivida • Profesionales Sanitarios • COVID-19 • Estudio fenomenológico



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. ***Sala España 1+2***

ID 210

PERFIL DEMOGRÁFICO EN UCI DE NEUROTRAUMATOLOGÍA

D. Torres Enamorado; MN. Anaya Carrion; S. Piña Barreiro; JM. Muñoz Domínguez; AI. Navarro Canto; A. De Tena González; MP. Marmol Vázquez; AJ. Delgado Díez
UCI HRT HUVR

Objetivos/Introducción

El trabajo en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es específico y complejo.

OBJETIVO: Conocer el perfil demográfico de los pacientes atendidos en la UCI de Neurotraumatología del Hospital Virgen del Rocío, así como los dispositivos o técnicas más empleadas y estudiar la mortalidad según el sexo y patologías durante el año 2021.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal, observacional y retrospectivo. Población: muestra de pacientes ingresados durante el 2021.- n=447 de un total de 833 ingresos. Análisis con SPSS 22.0.

Resultados/Intervenciones

Principales patologías: postquirúrgicos (38,7%), accidentes cerebrovasculares (ACV) (24,2%), politraumas (12,1%) y traumatismos craneoencefálicos (TCE) (7,8%). En todas las patologías predominaba el sexo masculino. Perfil del paciente: Varón de 53 años con una estancia media de 10,3 días. Abril fue el mes de más ingresos (12,8%). Hubo un total de 11.4% de éxitus, siendo el 63.2% hombres, sin embargo, no presenta significación estadística. El 39.2% fueron por ACV. La mortalidad en politraumas, Postquirúrgicos, TCE y status fue mayor en mujeres. Tabla adjunta. Los dispositivos específicos y/o técnicas más frecuentes fueron los drenajes ventriculares (DVE) (10,5%), las traqueostomías (10%) y la neuromonitorización (5,4%). Predominaron los ACV hemorrágicos (78.7%) frente a los isquémicos (18.5%). Las hemorragias más frecuentes son las subaracnoideas (64.7%). Dispositivo específico más empleado: DVE (27.8%;30/108) sobre todo en las hemorragias (32.9%; 28/85) y en mujeres (53.6%; 15/28). Traumatismo-craneoencefálico. Dispositivo específico: neuromonitorización. 34,3% (12/35), el 66.7% fueron varones (8/12). Politrauma. Dispositivo específico: neuromonitorización (13%;7/54) en varones (85.7%;6/7). Postquirúrgicos. Dispositivo específico más empleado DVE (8.1%) y traqueostomías (7.1%). Grandes quemados tuvieron un 12.9% de traqueostomías. Ninguna patología ha presentado relación estadísticamente significativa con los dispositivos.

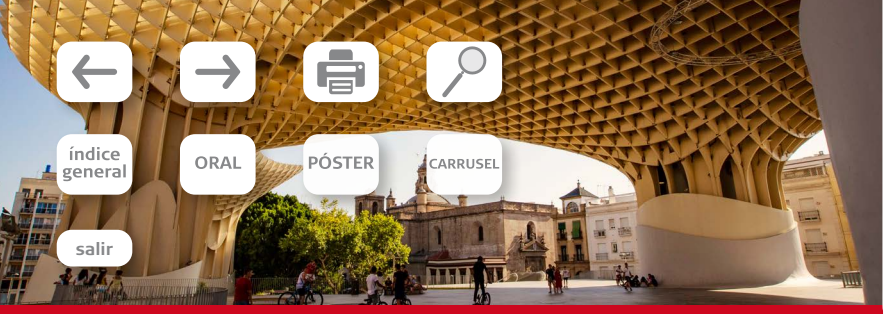
Conclusiones

Paciente estándar: Varón de 53 años ingresado por post operatorio de neurocirugía o ACV. El dispositivo específico más frecuente fue el DVE. Mayor mortalidad femenina en PLT, Postquirúrgicos, TCE y en status.

Palabras clave

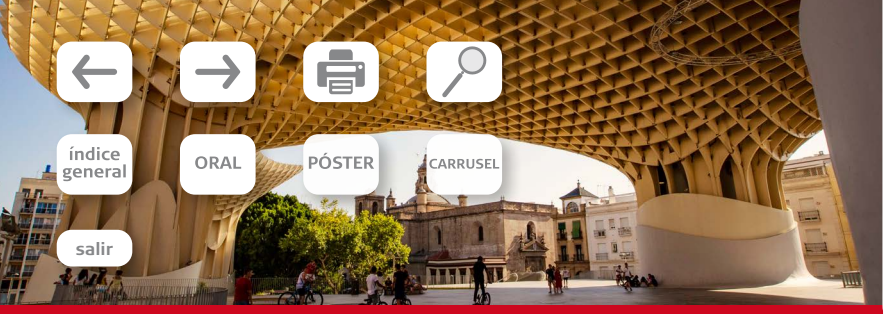
Demografía • Perfil • UCI • Mortalidad • Dispositivos

sigue –>



Comunicaciones orales

				Mujer			Hombre			Total		
				Count	Row Valid N %	Column Valid N %	Count	Row Valid N %	Column Valid N %	Count	Row Valid N %	Column Valid N %
Diagnósticos finales	AVC	EXITUS	Si	8	40,0 %	18,2 %	12	60,0 %	18,8 %	20	100,0 %	18,5 %
			No	36	40,9 %	81,8 %	52	59,1 %	81,3 %	88	100,0 %	81,5 %
	PLT	EXITUS	Si	3	37,5 %	27,3 %	5	62,5 %	11,6 %	8	100,0 %	14,8 %
			No	8	17,4 %	72,7 %	38	82,6 %	88,4 %	46	100,0 %	85,2 %
	SCQ	EXITUS	Si	1	33,3 %	8,3%	2	66,7 %	10,5 %	3	100,0 %	9,7%
			No	11	39,3 %	91,7 %	17	60,7 %	89,5 %	28	100,0 %	90,3 %
	Postquirúrgicos	EXITUS	Si	2	66,7 %	2,7%	1	33,3 %	1,0%	3	100,0 %	1,7%
			No	71	42,0 %	97,3 %	98	58,0 %	99,0 %	169	100,0 %	98,3 %
	LM	EXITUS	Si	0	,0%	,0%	1	100,0 %	10,0 %	1	100,0 %	10,0 %
			No	0	,0%	,0%	9	100,0 %	90,0 %	9	100,0 %	90,0 %
	TCE	EXITUS	Si	2	25,0 %	25,0 %	6	75,0 %	22,2 %	8	100,0 %	22,9 %
			No	6	22,2 %	75,0 %	21	77,8 %	77,8 %	27	100,0 %	77,1 %
	Status	EXITUS	Si	1	100,0 %	33,3 %	0	,0%	,0%	1	100,0 %	16,7 %
			No	2	40,0 %	66,7 %	3	60,0 %	100,0 %	5	100,0 %	83,3 %
	Otros	EXITUS	Si	1	14,3 %	7,7%	6	85,7 %	35,3 %	7	100,0 %	23,3 %
			No	12	52,2 %	92,3 %	11	47,8 %	64,7 %	23	100,0 %	76,7 %



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala España 1+2*

ID 226

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FAMILIA DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS

Mª Eugenia Félix Ramos; S. García Gimeno; M. García González; FE. Moreno Medina
Hospital Universitario de Toledo

Objetivos/Introducción

Una familia acepta el ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para manejo como potencial donante de órganos (PDO). La estancia de la familia de un PDO, aunque breve, conlleva una gran carga emocional que hace que la enfermera de UCI deba contar con herramientas que le ayuden a saber hacer frente a este tipo de situación.

OBJETIVO: establecer un plan de cuidados dirigido a la familia del PDO durante su estancia en UCI

Metodología/Observación clínica

Para realizar la valoración de la familia, se utilizará el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, apareciendo alteradas las necesidades 10 (comunicarse con los demás) y 11 (reaccionar según las propias creencias y valores)

Resultados/Intervenciones

Se indican los diagnósticos de enfermería relacionados a las necesidades alteradas, empleando la taxonomía enfermera NANDA-NOC-NIC:

1. Afrontamiento familiar comprometido (00074)
2. Ansiedad (00146)
3. Duelo (00136)
4. Procesos familiares, interrupción de los (00060)

Conclusiones

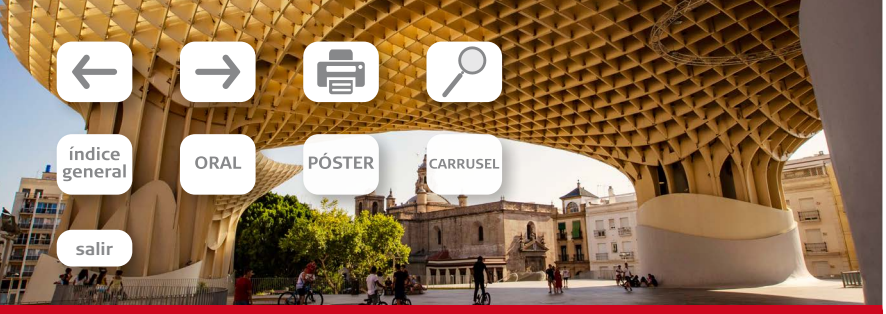
- La estancia en UCI de un PDO plantea un reto al personal de enfermería, ya que se pasa de cuidar a un paciente, a todos los posibles receptores de los órganos que puedan ser donados.
- La familia del PDO inicia su duelo en la propia UCI, por lo que establecer un plan de cuidados dirigido a la familia del PDO, puede ayudar a la enfermera a saber actuar ante las posibles reacciones de una familia.
- Acompañar a la familia del PDO y estar disponibles para ellos, genera un clima de confianza que reduce las posibles dudas con respecto al proceso de donación.
- La donación de órganos puede ayudar a las familias a superar el duelo.

Financiación

Propia

Palabras clave

UCI • Enfermería • Familia • Potencial donante de órganos



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. ***Sala España 1+2***

ID 189

ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Rafael González Velasco; L. Castillo; C. Bioque; Á. Gutiérrez; MJ. Bermejo; GE. Calvo; FJ. Cabello
Hospital Universitario Reina Sofía

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: El control de la glucemia suele ser uno de los problemas más usuales que presenta el paciente crítico, aunque el paciente no presente antecedentes de diabetes mellitus. Surge la hiperglucemia de estrés, la cual es típica del paciente crítico y se origina por una respuesta metabólica a la agresión que se está produciendo en el paciente.

OBJETIVOS:

1. Determinar el intervalo idóneo de valores de glucemia para el paciente crítico.
2. Identificar la vía de elección para el control de la glucemia.
3. Determinar los controles necesarios para asegurar niveles de glucemia.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden, ElSevier. A través de los siguientes DeCS: Hiperglucemias, Unidades de Cuidados Intensivos, Cuidados Críticos. Se incluyeron artículos en español e inglés publicados a partir de 2009.

Resultados/Intervenciones

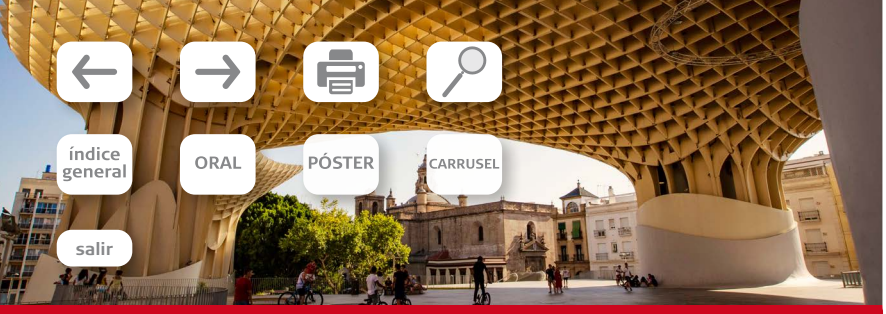
1. La revisión de los estudios sugieren un límite de glucemia en el paciente crítico estimado en valores comprendidos entre 140-180mg/dl. Mantenerlo en estos valores reduce morbimortalidad y no empeora el pronóstico de enfermedad base.
2. La extracción de muestras de sangre para determinar la glucemia puede proceder de arteria, vena, o un capilar. El “Gold” estándar para el análisis es la vía arterial, aunque se puede utilizar la vía venosa. La vía capilar esta desaconsejada en estos pacientes debido a la hipoperfusión periférica, el edema generalizado, hematocrito bajo y contaminación de la muestra.
3. Los controles de glucemia en el paciente crítico se recomienda de forma horario hasta su estabilización, momento que pueden realizarse cada 2 horas.

Conclusiones

Enfermería forma parte del cuidado y control de la glucemia, la cual puede llegar a interferir en el pronóstico del paciente. Para ello debe realizar los controles según el tiempo adecuado para intentar mantener la glucemia en unos valores considerados normales a través de muestras arteriales. De esta forma, se disminuye la morbimortalidad de los pacientes.

Palabras clave

Unidad Cuidados Intensivos • Cuidados de Enfermería • Control Glucemia



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. ***Sala España 1+2***

ID 294

COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Silvia Martínez Villamea; E. García Rufián; A. Suárez Banciella; RI. Cuesta Moriyón; M. Vázquez Rodríguez; MA. Jiménez Martos
Hospital Universitario Central de Asturia

Objetivos/Introducción

Los familiares del paciente crítico tienen un alto riesgo de desarrollar eventos psicológicos negativos[1,2]. La situación actual de pandemia ha alejado a las familias de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs)[3], impidiendo cubrir varias de sus necesidades básicas[4,5]. Con nuestra investigación pretendemos conocer las intervenciones realizadas en UCIs COVID para mejorar la comunicación de las familias con los pacientes.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda en Pubmed, Wos y Cinhal, utilizando lenguaje normalizado y libre, para seleccionar investigaciones publicadas en los años 2020 y 2021, en inglés o castellano. Se excluyeron aquellas referidas a UCIs pediátricas.

Resultados/Intervenciones

De los 126 artículos potencialmente relevantes, se descartaron 96 tras la lectura del resumen y 10 tras la lectura completa, incluyendo 19 artículos (6-24). Cinco servicios establecieron equipos específicos de comunicación, cuatro de ellos sin relación directa con el paciente. Las videollamadas fueron la forma más frecuente de contacto con las familias, aunque no siempre se utilizaron para que la familia pudiese ver al paciente. Dos de los estudios habilitaron el contacto a demanda. El mismo criterio (inconsciencia, paciente terminal) incluyó o excluyó al paciente de la intervención según el estudio. Las familias se sintieron satisfechas, pero demandaron mayor frecuencia y refirieron problemas tecnológicos. Los profesionales también se sintieron satisfechos, pero refirieron una mayor carga de trabajo, estrés y dificultades con el lenguaje no verbal.

Conclusiones

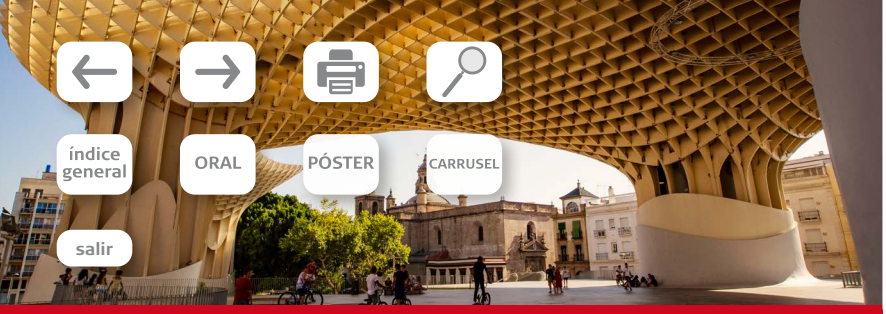
La tecnología virtual ha sido aprovechada para facilitar el contacto con las familias de pacientes en aislamiento estricto. Es necesario trabajar en los problemas de intimidad derivados del uso de un mismo dispositivo y en los criterios y la frecuencia de las “visitas virtuales”. Pese a sus ventajas, debemos ser conscientes de que el contacto virtual no sustituye al contacto físico, y ese es el reto de la humanización en tiempos de pandemia.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Comunicación • familia • COVID



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala España 1+2*

ID 325

SÍNDROME POST UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (POSTUCI) EN LA FAMILIA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Alejandro Redondo Mayoral; C. Magaña Paz
Hospital Ramon y Cajal

Objetivos/Introducción

El Síndrome PostUCI es un conjunto de alteraciones que afectan a pacientes y familiares de pacientes supervivientes de un ingreso en UCI. Tras la pandemia del SARS-Cov-2, las medidas para prevenir este síndrome requieren una revisión, así como la exploración de nuevas estrategias. Por ello se realizó una revisión de la evidencia publicada sobre el Síndrome PostUCI en familiares, y la gestión de estos durante la pandemia como punto inicial para descubrir nuevas intervenciones más incluyentes.

Los objetivos planteados son: revisar cómo han funcionado hasta ahora las medidas planteadas y mostrar las posibles nuevas líneas de investigación.

Metodología/Observación clínica

Revisión de la literatura en las bases: Medline/PubMed, CINHAL, Web of Science y Cochrane. Se realizaron dos búsquedas: sobre el Síndrome PostUCI en familiares (“PICS-F” en inglés) y sobre los familiares durante la pandemia. Se incluyeron los artículos en inglés y español publicados en los últimos 5 años referentes a familiares de pacientes adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos.

Resultados/Intervenciones

Tras revisar los artículos admitidos se detectaron 3 bloques informativos: presencia del Síndrome PostUCI en familiares, manejo durante la pandemia y nuevas líneas de actuación. Los familiares sufren ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático, sobrecarga, restricciones en la actividad y dificultades en el proceso del duelo. Las medidas para la prevención de estas alteraciones son mejor comunicación, el apoyo a la familia y la presencia de estas en las UCI. El aislamiento se ha suplido con llamadas frecuentes personalizadas y el uso de nuevas tecnologías.

Conclusiones

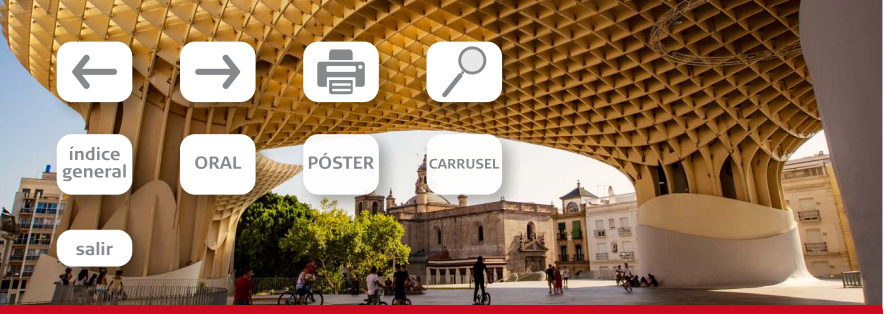
Durante la pandemia se han exacerbado algunos síntomas por el aislamiento. El uso de dispositivos electrónicos y la ayuda telefónica suponen una superación a las barreras surgidas durante la pandemia. En esta línea, las nuevas tecnologías podrían aportar un nuevo camino con el que seguir trabajando en el bienestar de las familias y los pacientes.

Financiación

NINGUNA

Palabras clave

síndrome postuci-familia • familia • covid



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. ***Sala España 1+2***

ID 43

INFORMACIÓN FAMILIAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Gema Tenor Salas; M. Lechuga Vilas; G. Llanes Fernández de la Cueva
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos(UCI) somete a la familia a una situación difícil, provocando cambios en los patrones de relación habitual y que requieren adaptación. Con frecuencia aparecen altos niveles de ansiedad. La información familiar es practica habitual en UCI. En la nuestra esta información se realizaba (prepademia) de forma presencial a pie del box dos veces al día, coincidiendo con la visita. Con las restricciones pandemicas la información se realiza vía telefónica, dos al día por parte de enfermería (9-21 h.) y una médica (14h.).

OBJETIVO: Conocer la opinión de los familiares en relación a la información recibida por parte del equipo de forma no presencial.

Metodología/Observación clínica

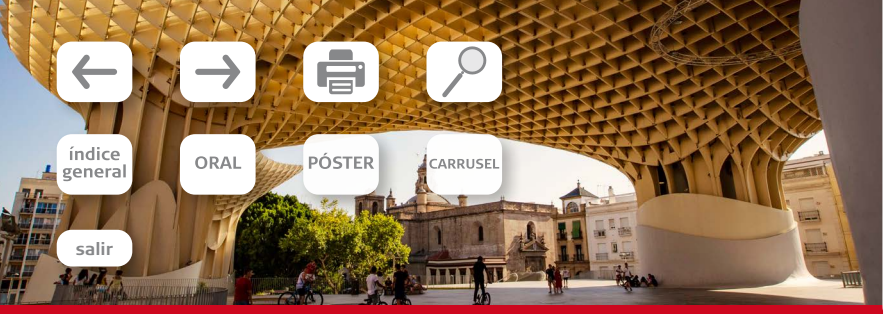
Estudio descriptivo observacional prospectivo realizado en nuestra UCI desde noviembre de 2020 a diciembre de 2021. Recogida de datos: cuestionario tipo likert (1 poco adecuado a 5 muy adecuado). Voluntario y anónimo. Variables: sociodemográficas (parentesco, sexo...) y relacionadas con la información (número, coherencia, lenguaje utilizado...)

Resultados/Intervenciones

Se analizarón 82 encuestas. El 68,42 % mujeres y el 30% eran pareja. Familiar paciente Covid (42,9%) y (57,1%) no Covid. Los resultados se expresan en puntuaciones medias Adecuado número de informaciones (4,76). La información enfermera aporta tranquilidad (4,84). Lenguaje claro y comprensible de enfermería (4,83) y médico (4,66) Información contradictoria en función del profesional (1,18). El 92,9% consideran que la información de enfermería y la médica se complementan.

Conclusiones

La familia manifiesta un alto grado de satisfacción. Consideramos que no es la forma más adecuada para la familia y para los profesionales por la carga emocional que supone para ambas partes, pero la situación actual de pandemia nos ha obligado a utilizar como alternativa transitoria la información telefónica a pesar de la frialdad que esto supone. Con las tres informaciones diarias se pretende disminuir la angustia familiar. Habría que unificar criterios en la información para evitar variabilidad en función del profesional.



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala España 1+2*

ID 110

UNA UCI SIN FAMILIAS, ¿CÓMO NOS AFECTA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA?

Patricia López Martín; L. Zorrero Rabadán; M. Sopeña Lorenzo; B. Martínez Pindado; C. Guerrero Rodelas; D. Bajo Martínez; CK. Romero Pilchisaca
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

Numerosos estudios muestran el beneficio que la visita familiar ejerce sobre el paciente y sus familiares. Durante la pandemia las visitas se suprimieron atendiendo a un bien mayor. Diversos estudios han publicado el efecto que esto supuso para paciente y familiar, pero pocos hablan de lo que ha supuesto para los profesionales. Se diseñó una encuesta con el objetivo de conocer cómo se ven afectados los profesionales de enfermería tras la suspensión de visitas a los pacientes.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo descriptivo transversal realizado en la UCI de un hospital terciario. Recogida de datos a través de una encuesta anónima y voluntaria, con 13 preguntas de opción múltiple y un comentario libre. La muestra tomada es de 119 enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, con una participación del 73%. Se recogieron variables laborales y sociodemográficas.

Resultados/Intervenciones

De los profesionales que contestaron a la encuesta (n = 87), el 74% son enfermeras y el 26% técnicos. El 32% del personal no tiene experiencia en cuidados intensivos pre-pandemia. Un 98% opina que la visita del familiar puede tener un efecto beneficioso en el paciente. Un 70% cree necesario que la familia forme parte de los cuidados. El 69% se ha sentido bien o indiferente sin la presencia de familiares durante la pandemia. El 69% disminuye sus entradas al box con la familia. Un 93% acusa falta de formación dirigida a interactuar con los familiares de pacientes críticos.

Conclusiones

Existe unanimidad en que la visita familiar es beneficiosa para los pacientes sin embargo, en los resultados obtenidos, aparece como un elemento de sobrecarga laboral y psíquica. Se evidencia falta de formación sobre cómo manejar la comunicación con los familiares en el ambiente de cuidados intensivos que puede estar influyendo en este rechazo a incluir a la familia como parte del cuidado integral al paciente crítico.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Visita familiar • Cuidados intensivos • Enfermería • Pandemia • Comunicación

sigue –>

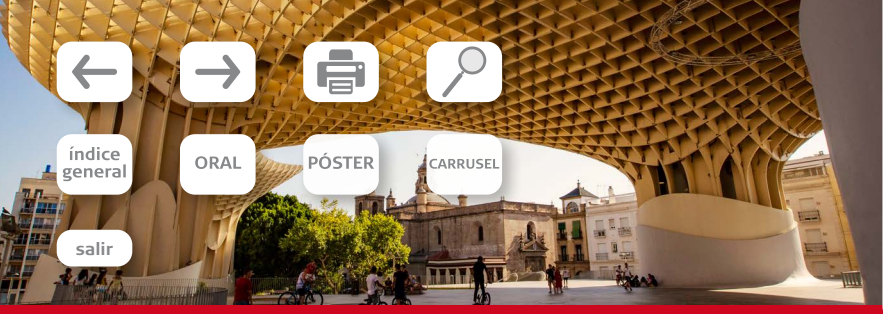
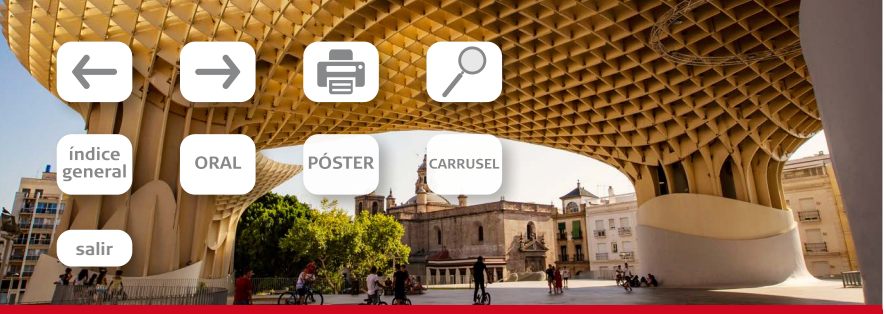


Tabla 1. Las dos razones más frecuentes que justifican la elección de la respuesta

LA VISITA SÍ ES BENEFICIOSA PARA EL PERSONAL	**57,5% (n=50)**
Aumentan la tranquilidad del paciente por lo que son más accesibles al profesional	88% (n=44)
Son una fuente fundamental de información	60% (n=30)
LA VISITA NO ES BENEFICIOSA PARA EL PERSONAL	**42,5% (n=37)**
Interfiere con mi plan de actividades	40,5% (n=15)
Me exige estar dando constantemente explicaciones....	35,1% (n=13)
ME HE SENTIDO MAL DURANTE ESTE TIEMPO SIN LA VISITA DE LOS FAMILIARES	**21,9% (n=19)**
Me preocupa que el paciente tenga más ansiedad sin ver a sus seres queridos	89,5% (n=17)
Veo a los pacientes tristes	78,9% (n=15)
ME HE SENTIDO BIEN DURANTE ESTE TIEMPO SIN LA VISITA DE LOS FAMILIARES	**47,1% (n=41)**
Estoy más tranquila sin tener que estar pendiente de los familiares	73,2 % (n=30)
Tengo más tiempo para realizar mis tareas	70,7% (n=29)
ME HE SENTIDO INDIFERENTE DURANTE ESTE TIEMPO SIN LA VISITA DE LOS FAMILIARES	**31% (27)**



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. ***Sala España 4+5***

ID 199

SÍNDROME POSTUCI EN PACIENTES CON COVID-19. ANÁLISIS AL AÑO DEL ALTA Y PAPEL DE LA ENFERMERÍA

Priscila Metola Banderas; A. López Fuentes; I. Marcos Barco; C. Gómez Coronado; A. Perete Delgado; S. Somolinos Horcajuelo; E. Abril Palomares; A. Algaba Calderón; MC. Martín Delgado
Hospital Universitario Torrejón

Objetivos/Introducción

Valorar la presencia de secuelas físicas, cognitivas y psicoafectivas en supervivientes del COVID-19 tras un año del alta valorado el seguimiento en una consulta interdisciplinar.

Metodología/Observación clínica

Es un estudio descriptivo retrospectivo de 12 meses (enero-diciembre 2020) de pacientes con SARS-CoV-2 ingresados en una UCI de 16 camas y con un ratio de enfermería de dos pacientes por cada enfermera.Incluimos aquellos con diagnóstico confirmado de IRA por COVID, dados de alta del hospital y seguidos en las consultas postUCI hasta al menos un año después del alta. Quedaron excluidos aquellos que fallecieron. Los datos recogidos incluyen género, edad, duración de la estancia, necesidad de intubación. Analizamos en la consulta al año: presencia de alteraciones físicas (Barthel y SF-12), cognitivas (MOCA), o psicoafectivas como ansiedad, depresión (HAD) o TEPT, incluyendo otras variables como la reincorporación al trabajo.Además hemos estudiado la relación entre grupos de pacientes por rango de edad y según la fecha de ingreso y alta de UCI en 2020. Los valores se presentan como %, mediana y desviación estándar. La independencia de las variables con un nivel de significación de $p<0,05$.

Resultados/Intervenciones

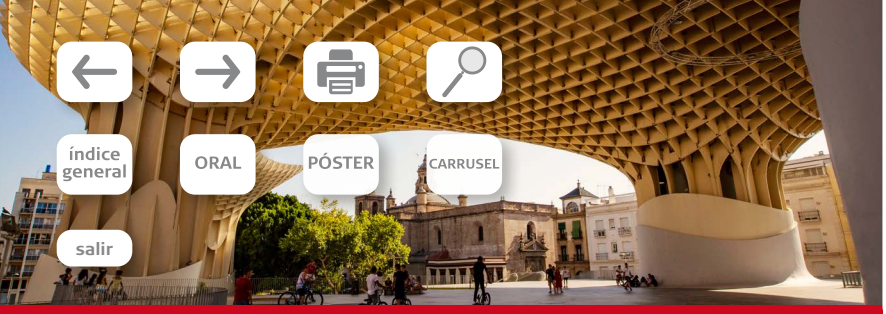
En la primera consulta la alteración más frecuente son las físicas (45%) seguido de las mentales como ansiedad/depresión (23 %) y de las cognitivas (11%). En la segunda consulta sigue siendo más frecuente las alteraciones físicas (30%) con un aumento de las cognitivas (25%) y afectivas (16%); de manera que se mantiene en la tercera consulta como afectación predominante la cognitiva (18%), frente a física (16%) y emocional (15%).

Conclusiones

El síndrome postUCI es una patología que provoca múltiples secuelas, dado el nivel de las alteraciones cognitivas (especialmente en gente mayor) así como el gran porcentaje de secuelas físicas y emocionales, dan lugar a que la enfermería y sus cuidados han de ser claves en el seguimiento.

Palabras clave

COVID • Cuidados de enfermería • Consultas postUCI • Síndrome postUCI • Secuelas COVID • Enfermería



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. ***Sala España 4+5***

ID 145

CONSULTA POST UCI: INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Martín Martínez[1]; C. Rodríguez Núñez[1]; I. Arce Gómez[2]; AI. Asarta Castellanos[2]; G. Dean Gutiérrez[1]; L. Ruilope Alvaro[1]; M. Ruiz de Eguino Berasategi[1]; S. Vara Martínez[1]; S. Iribarren Diarasari[1]; R. Barreira Méndez[1]
1. Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu); 2. Hospital Universitario Araba (Sede Santiago)

Objetivos/Introducción

La literatura recomienda el seguimiento de pacientes cuando se van de UCI. En nuestro hospital comenzamos finales de 2019 con una consulta post-UCI multidisciplinar: enfermera, medico y psicóloga clínica.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia del síndrome post-cuidados intensivos en pacientes COVID que han sido dados de alta el UCI. Describir las secuelas físicas, psicológicas y/o sociales

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo de marzo 2020-noviembre 2021 Incluidos pacientes COVID dados de alta, tras haber estado ingresados, al menos tres días en la UCI H.U. Araba Muestra: todos los pacientes COVID de la UCI de la OSI Araba, que cumplen los criterios de inclusión. Variables: escalas que evalúan el nivel de independencia para AVD, deterioro cognitivo, presencia de ansiedad y depresión, así como variables sociodemográficas y relacionadas íntimamente con el ingreso en UCI. El paciente COVID es visitado en planta a la semana de ser dado de alta de UCI. Tras ello, se cita en consulta post-UCI al 1-3-6 meses. Análisis estadístico descriptivo mediante SPSS23.0.

Resultados/Intervenciones

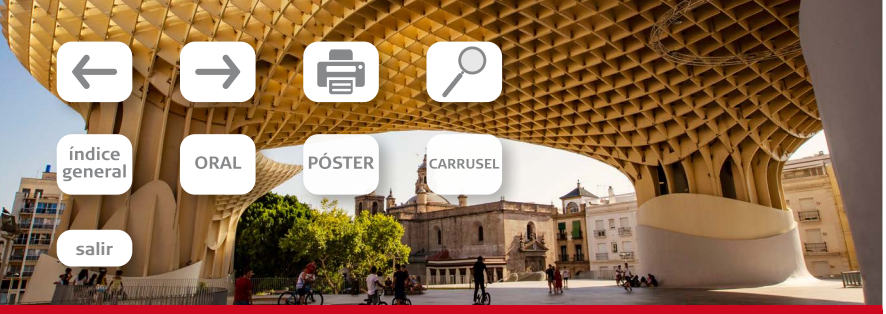
Se reclutaron 150 pacientes, con 7 excluidos. 13 casos presentan PICS. Descenso en el Índice de salud de 10% al mes del alta hospitalaria. De los 143 casos sólo 11 presentan alteraciones en la deglución. Ansiedad: 14 casos. Depresión 7 casos.

Conclusiones

Continuaremos con el seguimiento de este tipo de pacientes para poder dar solución a las alteraciones que han sido causadas tras el ingreso en UCI. Sería interesante extrapolar esta consulta a pacientes no COVID. La presencia de médicos y enfermeras de UCI en la consulta post-UCI resulta muy enriquecedor para los pacientes y para los profesionales al ser el equipo que ha estado cuidandoles. Siempre con el apoyo de la psicóloga experta en el tema. Nos proponemos continuar y realizar una retroalimentación al equipo de los datos obtenidos y los beneficios que observamos en el binomio paciente-profesionales UCI.

Palabras clave

PICS • UCI



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. ***Sala España 4+5***

ID 200

SÍNDROME POSTUCI. GRUPO FOCAL CON LA PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES

Priscila Metola Banderas; I. Marcos Barco; A. López Fuentes; MC. Gómez Coronado; A. Perete Delgado; S. Somolinos Horcajuelo; A. Algaba Calderón; E. Abril Palomares; MC. Martín Delgado
Hospital Universitario Torrejón

Objetivos/Introducción

Compartir las experiencias de pacientes, familias y profesionales con relación al síndrome postUCI (PICS). Explorar el impacto de su estancia en UCI en pacientes y familiares con objetivo de incorporar su perspectiva en la prevención y en el manejo del PICS.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo a través de un grupo focal realizado en diciembre 2021.Participaron: pacientes (5), familias (4), profesionales de UCI (3 médicos y 2 enfermeras) y profesionales de salud mental (1 psiquiatra, 1 psicóloga y 1 trabajador social). Todos los pacientes habían ingresado en UCI por COVID-19.

Resultados/Intervenciones

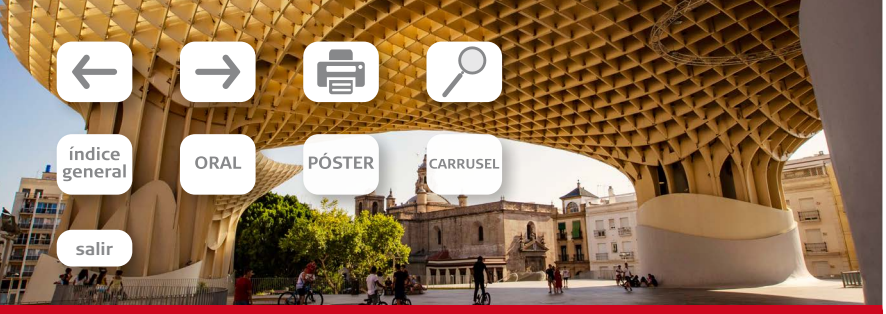
Tras la presentación de los participantes, se lanzaron una serie de preguntas para recoger la percepción de su ingreso en UCI mediante rondas dirigidas y participación abierta (sentimientos actuales, reflexiones sobre lo vivido, recuerdos, emociones, puntos de apoyo en la persona y familia). Se solicitó consentimiento informado escrito para el análisis de la jornada y se analizaron datos por el método de “saturación” de información.La edad media era de 62 años siendo tres de ellas mujeres, los familiares todos eran conyugues. Los principales aspectos recogidos fueron:Al inicio del ingreso, el desconocimiento y angustia por la enfermedad y cuál sería el desenlace. Durante la estancia recalcan la importancia de las visitas dado el beneficio que causaba en ambas partes, destacando el refuerzo de apoyo fisioterapéutico y del personal. Como aspectos a mejorar, destacan la necesidad de un mayor apoyo psicológico. Tras un proceso de larga recuperación expresan la dificultad para reincorporarse a sus rutinas habituales, con la consecuente dificultad de expresar aún en la actualidad sus sentimientos y hablar de lo ocurrido. La jornada les sirvió para sentirse comprendidos por las preocupaciones comunes, valorando la experiencia de manera muy positiva.

Conclusiones

Las experiencias de pacientes y familiares constituyen elementos clave para mejorar los procesos, permitiendo cubrir sus necesidades de forma más adecuada.

Palabras clave

COVID • Ingreso UCI • Experiencia • Familiares



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. ***Sala España 4+5***

ID 288

ESTANCIA DEL PACIENTE CON COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

M. Pastor Martínez; J. Morante Martínez; C. Huertas Linero; RM. Martínez Díaz
UCI Hospital General Universitario Elche

Objetivos/Introducción

Los pacientes ingresados por COVID-19 en unidades de cuidados intensivos (UCI) han pasado una enfermedad grave en soledad y aislamiento. Con ausencia de sus familias así como un alto grado de angustia por padecer una nueva y desconocida enfermedad. Escuchar las experiencias de los pacientes contribuye a la mejora de la calidad de los cuidados. Por lo que es fundamental conocer lo que realmente perciben y experimentan para mejorar nuestra atención.

El objetivo principal de este estudio es conocer las experiencias vividas del paciente ingresado por COVID-19 en la UCI del Hospital General Universitario de Elche.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico. Los participantes se han seleccionado mediante muestreo intencional hasta llegar a la saturación de datos (n=12). Para la recogida de datos se ha empleado la entrevista en profundidad semiestructurada. Una vez seleccionado los participantes, se contactó con ellos por teléfono para informar de los objetivos del estudio, solicitando su participación de forma voluntaria y anónima. Se concertó una cita con cada uno de ellos y se les entrevistó en una sala independiente anexa a la UCI. Los participantes firmaron el consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente. Los investigadores han analizado los datos recogidos y codificando los mismos según proponen los autores Taylor y Bogdan.

Resultados/Intervenciones

El análisis de los datos muestra 3 categorías: Percepción de su enfermedad, Relación con el equipo y Comunicación con la familia.

Conclusiones

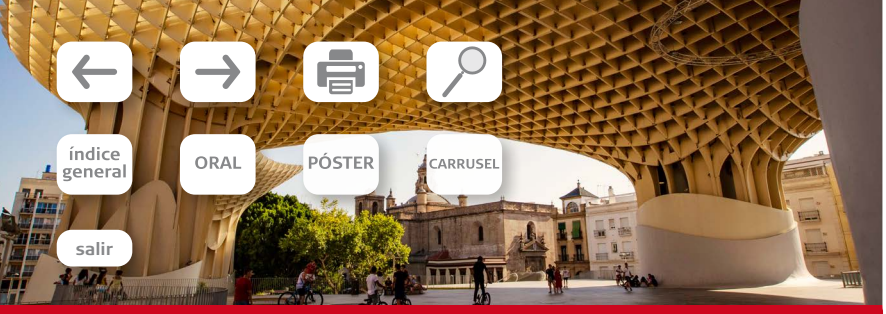
La percepción de gravedad del paciente al ingreso en la unidad no siempre correspondía con la realidad clínica. La sedación y relajación prolongada ha ocasionado situaciones de despertares difíciles y vividas con angustia. La ausencia de familiares ha sido muy difícil, siendo las nuevas tecnologías un gran alivio para los pacientes.

Financiación

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Palabras clave

COVID-19 • Cuidados intensivos • Entrevistas



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. ***Sala España 4+5***

ID 50

ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN SOPORTE VITAL Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ENFERMERAS-OS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SERVICIOS DE EMERGENCIAS

Mònica Maqueda Palau[1]; P. Expósito Montes[2]; P. Nieto Pensado[3]; MD. Quintana Estellés[4]; R. Escobedo Romero[5]; L. Castillo Murcia[6]; S. Domínguez García[7]; E. Coca Boronat[8]; N. Martínez Cuéllar[9]; J. Fernández Álvarez[9]

1. Hospital Universitari Son Espases; 2. Hospital Juan Ramon Jiménez; 3. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña; 4. Hospital Universitario 12 de Octubre; 5. Hospital Universitario de Navarra; 6. Hospital Universitario De Cruces; 7. Centro Emergencias Sanitarias 061 Andalucía; 8. Samu 061 Balears; 9. Hospital Universitari Bellvitge

Objetivos/Introducción

La formación de los profesionales enfermeros de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) y los servicios de emergencias (SEMs) se antoja básica para dar cuidados de calidad en este entorno asistencial, y la situación actual de pandemia lo ha evidenciado aún más.

OBJETIVOS: Conocer el grado de formación en soporte vital y reanimación cardiopulmonar, en enfermeras-os que trabajan UCIs y/o SEMs.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Participantes: enfermeras-os que trabajan en UCI y/o SEM. Se analizaron variables de edad, género, experiencia laboral, experiencia en UCI, comunidad autónoma, lugar de trabajo y formación recibida en soporte vital. Se elaboró una encuesta ad-hoc de 18 preguntas cerradas y una abierta. Se realizó un análisis descriptivo; para las variables cuantitativas, media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), y para las variables cualitativas se calcularon medidas de frecuencias y porcentajes. El análisis se realizó con el software estadístico Excel.

Resultados/Intervenciones

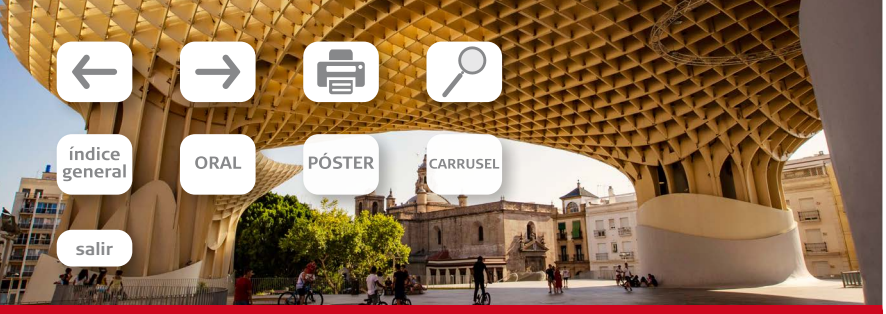
Respondieron 448 profesionales, con edad media de 39,1 años (±10,1). 329 fueron mujeres (73,2%); el 38,2%, tenían experiencia laboral en UCI y/o SEM entre 1 y 5 años. El 69% trabaja en hospitales públicos. El 94% respondió haber recibido formación en soporte vital, (31,6% en SVA). El 40,5% recibió la última formación hace 2-4 años, y el 30,1% hace menos de 2 años. El 86,2% no recibió ayuda económica. El 29% recibió formación para ser instructores y el 13% participó como tal.

Conclusiones

La mayoría de los encuestados han recibido formación en soporte vital (SV) y reanimación cardiopulmonar en los últimos 4 años. Se percibe como una necesidad formativa para la actualización de conocimientos. Aun así, sigue existiendo un desequilibrio entre la oferta y la demanda de este tipo de formación para este perfil de profesionales

Palabras clave

Educación continua • Reanimación Cardiopulmonar • Unidades de Cuidados Intensivos • Conocimientos, actitudes y práctica en salud



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. ***Sala España 4+5***

ID 52

CURSO "INSTRUCTOR/A EN SIMULACIÓN: MEJORANDO EL TRABAJO EN EQUIPO A TRAVÉS DE TEAMSTEPPS™": UN ESTUDIO MIXTO

Oscar Arrogante[1]; A. Rojo Rojo[2]; I. Zaragoza García[3]; FJ. Sánchez Chillón[4]; AM. Aliberch i Raurell[5]; M. Raurell Torredà[6]
1. Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja Madrid. Universidad Autónoma de Madrid; 2. UCI Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia; 3. Dpto. Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid; 4. Centro de Formación y Simulación Avanzada. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid; 5. Cures Intensives i Intermedies de l'ICMDM. Hospital Clinic. Barcelona; 6. Dpto. Enfermería Fundamental y Medicoquirurgica. Universidad de Barcelona

Objetivos/Introducción

El programa Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS™) ha demostrado mejorar la comunicación y el trabajo en equipo. Se formó a profesionales de cuidados intensivos en esta metodología mediante el Curso "Instructor/a en simulación: Mejorando el Trabajo en Equipo a Través de TeamSTEPPS™", acreditado con 15 ECTS por la Universidad de Barcelona.

Los objetivos del estudio fueron analizar el desempeño del trabajo en equipo y las buenas prácticas en simulación y explorar las percepciones de los asistentes tras el curso.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo un estudio mixto. Se aplicaron a los 18 asistentes al curso los cuestionarios "TeamSTEPPS" 2.0 Team Performance Observation Tool' para evaluar el desempeño del trabajo en equipo y "Educational Practices Questionnaire" para las buenas prácticas en simulación tras los escenarios simulados. Posteriormente se realizó una entrevista grupal a través de un grupo focal a 8 asistentes mediante la plataforma de videoconferencias Zoom®. Se realizó un análisis de contenido de los discursos desde el paradigma interpretativo. Los datos cuantitativos y cualitativos se analizaron mediante los programas IBM SPSS Statistics® 27.0 y MAXQDA Analytics Pro® respectivamente.

Resultados/Intervenciones

Tanto el nivel de desempeño del trabajo en equipo como las buenas prácticas en simulación tras los escenarios simulados fue alto. Se identificaron los siguientes temas principales y subcategorías: satisfacción con la metodología TeamSTEPPS™ (simulación clínica/tecnología innecesaria), utilidad de la metodología (habilidades no técnicas/seguridad del paciente), barreras de implementación (nivel asistencial/nivel docente) y habilidades no técnicas mejoradas (trabajo en equipo/comunicación/liderazgo/resolución de conflictos/consciencia situacional/reparto de roles/apoyo mutuo).

Conclusiones

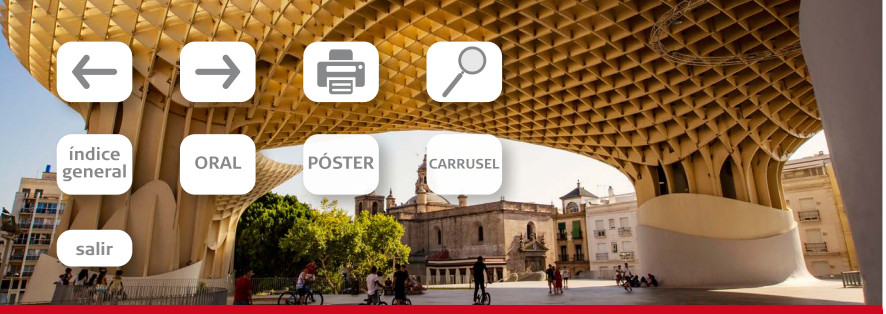
Es necesario integrar la metodología TeamSTEPPS™ como estrategia de educación interprofesional para la mejora de la comunicación el trabajo en equipo en profesionales de cuidados intensivos, tanto a nivel asistencial (mediante estrategias de simulación in situ), como a nivel docente (mediante su inclusión en el curriculum de los estudiantes).

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Comunicación • Cuidados Intensivos • Educación interprofesional • Enseñanza simulación clínica de alta fidelidad • Investigación Cualitativa • Liderazgo



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. ***Sala España 4+5***

ID 195

NECESIDADES FORMATIVAS DETECTADAS EN EL ENTORNO DEL PACIENTE CRÍTICO DE UN HOSPITAL POLIVALENTE DE TARRAGONA

Nuria Burló Arévalo; B. Coloma-Gómez; X. Teixidó Huertas; D. Gil Castillejos
Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

Objetivos/Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) se caracteriza por su alta complejidad. Son necesarias muchas habilidades para el trato holístico del paciente, tanto técnicas como psicosociales. Por todo ello, múltiples estudios reflejan la necesidad de unificar y centrar la formación de las enfermeras, y así poder crear un entorno más seguro y apropiado tanto para el paciente como para el propio profesional. Es por eso, que desde el grupo de formación de nuestra unidad, se planteó durante el último trimestre de 2021 averiguar cuáles eran las necesidades formativas de los profesionales, y así diseñar un plan de acción adaptado y adecuado a nuestro equipo.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal mediante un cuestionario ad hoc, apoyado en las recomendaciones de la European Federation of Critical Care Nursing associations, dónde los professionales de la unidad pudieron expresar que temes les suscitaban más interés.El cuestionario constó de 26 preguntas, incluyendo datos epidemiológicos y 19 preguntas tipo Likert para saber el grado de interés sobre la temática planteada, también una última pregunta abierta para expresar aaspectos no incluidos en el cuestionario. Se da acceso a todos los professionales durante un mes y medio.

Resultados/Intervenciones

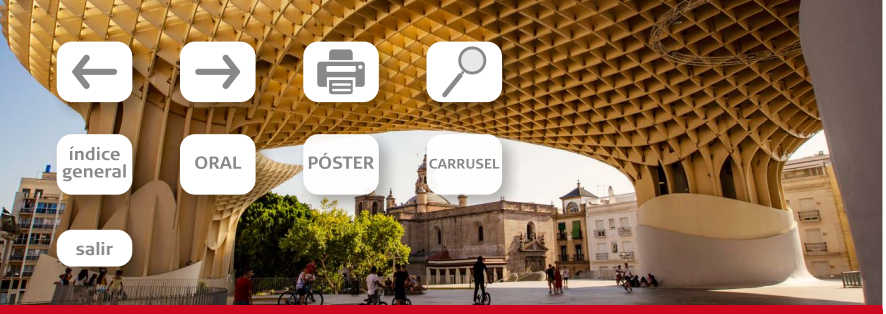
Se obtiene un total de 88 encuestas, el 67% de las cuales fueron contestadas por enfermeras. Entre los diferentes apartados destaca el interés por las habilidades técnicas. Algunos de los profesionales resaltan la necesidad de diferenciar formaciones por niveles, más básico para el personal novel y más avanzado para el personal més experto, así como una continuidad de las mismas.

Conclusiones

El interés se centró en mejorar competencias en los ámbitos de respiratorio, hemodinámica, terapias continuas de remplazo renal, movilización y soporte vital. També se observa interés en relación a la comunicación con las famílias.

Palabras clave

Formación • Competencia enfermera • Desarrollo profesional



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. ***Sala España 4+5***

ID 109

INMERSIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA EN EL MANEJO Y CUIDADOS DE LA TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) A TRAVÉS DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA Y PRÁCTICAS CLÍNICAS, EN ESTUDIANTES DE POSGRADO DE ENFERMERÍA

José Miguel Cachón Pérez[1]; E. García García[1]; O. Oliva Fernández[1]; Cristina Álvarez López[2]
1. Universidad Europea de Madrid; 2. Hospital Universitario Puerta de Hierro

Objetivos/Introducción

En el Máster en Urgencias, Emergencias y Críticos en Enfermería (MUECE) de la Universidad Europea de Madrid se ha incluido una formación específica sobre el manejo y cuidados de los pacientes con ECMO en UCI, impartiendo 5 horas de contenidos teóricos y 5 horas prácticas de manejo y resolución de casos clínicos en entornos simulados de alta fidelidad, y cuatro semanas de prácticas clínicas tutorizadas en UCI. Los objetivos son: Indagar en las necesidades de formación percibidas por los estudiantes. Comprender su proceso de integración de los conceptos teóricos y prácticos sobre la terapia ECMO.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un diseño cualitativo fenomenológico mediante entrevistas en profundidad y grupos focales. De los estudiantes matriculados en el MUECE' en el curso 21/22, se seleccionaron, mediante un muestreo por propósito, aquellos con información relevante en relación a la participación en la formación que quisieran participar. Tras solicitar su consentimiento, se incluyeron 25 entrevistas en profundidad, y se realizaron 5 grupos focales. Se transcribieron literalmente las entrevistas y grupos focales, y se analizaron a través de un análisis temático inductivo separado, integrando los resultados en una matriz de análisis para identificar y definir los temas finales.

Resultados/Intervenciones

Se identificaron los siguientes temas:

- Diferencias entre la formación teórica y los cuidados en la asistencia clínica en las UCIs.
- Complejidad para integrar conceptos teóricos y de aplicación clínica en el cuidado de los pacientes con ECMO.
- Dificultad para comprender y manejar las presiones del sistema ECMO durante la atención clínica a los pacientes en las UCIs.

Conclusiones

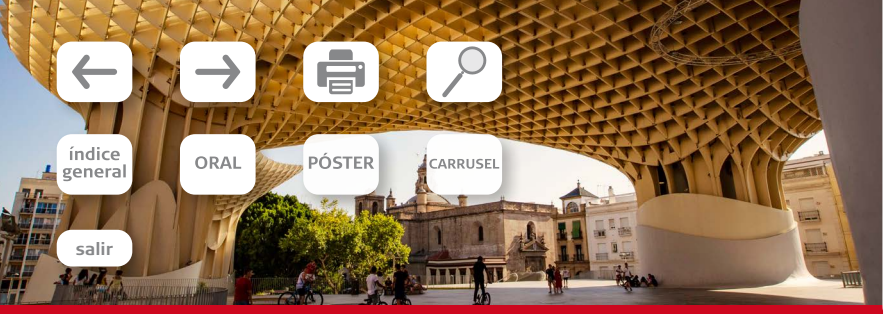
El manejo y cuidados de pacientes críticos con ECMO resulta complejo, especialmente para aquellos estudiantes que no tienen experiencia previa en la atención al paciente crítico complejo. La simulación clínica permite la recreación de escenarios complejos en entornos de seguridad que facilitan el desarrollo competencial de nuestros estudiantes.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Unidad de Cuidados Intensivos • ECMO • Docencia • Simulación Clinica



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. *Sala Giralda*

ID 137

CARGAS DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN CUIDADOS INTENSIVOS. VALIDEZ DE SU ESTIMACIÓN MEDIANTE APLICACIONES PARA DISPOSITIVOS MÓVILES Y COMPARACIÓN CON NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS). REVISIÓN SISTEMATIZADA DE LA LITERATURA

María del Mar Sánchez Sánchez; C. Campos Asensio; S. Arias Rivera
Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

Ajustar los recursos humanos a la carga asistencial de las unidades de cuidados intensivos (UCI) es fundamental. El desarrollo de software para su estimación, mediante dispositivos móviles (smartphone, smartwatch y/o tablet), podría constituir una herramienta útil y completar y/o mejorar las mediciones realizadas con la Nursing Activities Score (NAS), escala validada.

OBJETIVO: analizar la validez de dispositivos y aplicaciones móviles para estimar las cargas de trabajo de enfermeras en UCI y su comparación con NAS.

Metodología/Observación clínica

revisión sistematizada de la bibliografía desde 2009 hasta 2021 (ambos incluidos), informada mediante Declaración PRISMA-2020 y extensión PRISMA-S. Lectura crítica con Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe). Pasos: elaboración de la pregunta de investigación, determinación de los conceptos (lenguaje natural español e inglés y descriptores MesH y Emtree), estrategia de búsqueda y recogida de datos (en MEDLINE, EMBASE, CINAHL y WoS), extracción de los datos, evaluación de los mismos, análisis y síntesis de resultados.

Resultados/Intervenciones

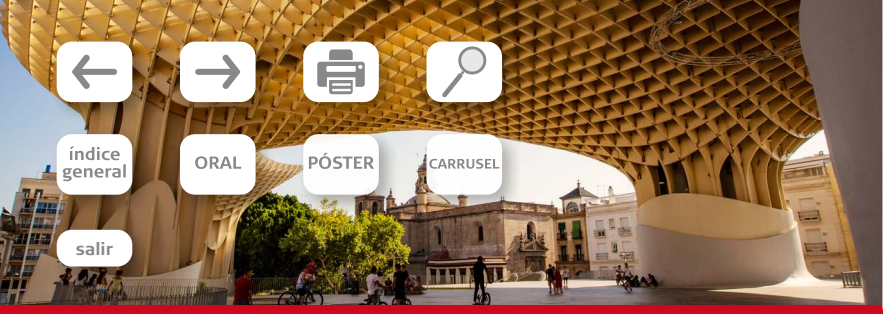
Se obtuvieron 223 estudios, de los cuales 84 corresponden a MEDLINE, 50 a CINAHL, 48 a EMBASE, 33 en WOS y 8 a otras fuentes. Fueron elegibles 117 artículos para el cribado, de los cuales 95 no cumplieron criterios de inclusión. Fueron evaluados 22 estudios para su elegibilidad, de los cuales 17 fueron excluidos. Se seleccionaron 5 artículos para la revisión final. Ninguno de los estudios ofrece resultados sobre costes, pruebas de aceptación, validez, fiabilidad, problemas del sistema, ventajas, desventajas o estimación de recursos.

Conclusiones

El uso de dispositivos y aplicaciones móviles para medir las cargas de trabajo en UCI aún no se encuentra suficientemente validado y no ha demostrado ser más preciso que la valoración tradicional realizada con la NAS, aunque sí ha generado una interesante futura línea de investigación.

Palabras clave

Carga de trabajo • Software • NAS • Cuidados intensivos • Enfermera



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. *Sala Giralda*

ID 268

¿ES LA AUTONOMÍA DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS UN FACTOR PROTECTOR ANTE LA SOBRECARGA LABORAL?

Amaia Saralegui Gainza; MS. Arrarás Eleta; I. Martínez Arangoa; O. Astrain Alfaro; MC. Zaldua Echeverria; L. Esparza Artanga
Hospital Universitario de Navarra

Objetivos/Introducción

Gran parte del gasto hospitalario corresponde a las UCI, la mayor parte debido a costes fijos, dependientes de procesos de estructura, entre ellos los recursos humanos disponibles, siendo enfermería el grupo más numeroso. En búsqueda de la mayor eficiencia, resulta importante conocer las características laborales optimizar los RRHH. Para ello, analizamos los factores estresantes que sobrellevan las enfermeras para determinar si es que las enfermeras que cuentan con más autonomía, refieren menor sobrecarga laboral, o por el contrario, ese grado de independencia resultaba un factor estresante añadido.

OBJETIVO: Determinar cómo influye la autonomía de las enfermeras de UCI en su percepción de sobrecarga laboral.

Metodología/Observación clínica

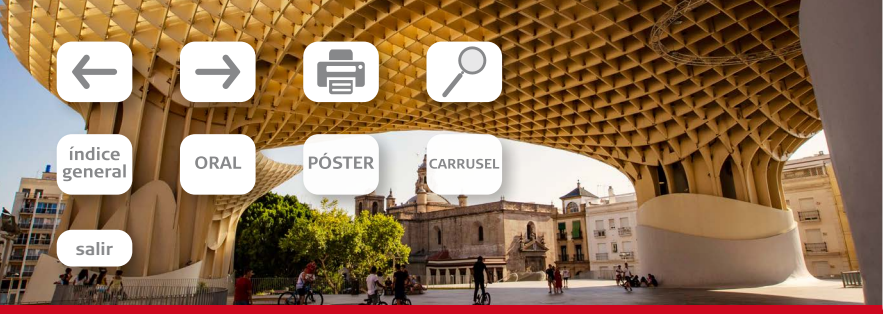
Diseño observacional, prospectivo, mediante un cuestionario. Variables: autonomía laboral, definida como la capacidad de decidir cómo hacer el trabajo, se midió mediante el cuestionario del contenido del trabajo (JCQ Karasek, adaptado por Escribá) y la sobrecarga laboral percibida por los trabajadores, que se midió con el cuestionario de Beehr, adaptado por Acosta. Recogida: cuestionario enviado a través del correo corporativo. El estudio fue aprobado por el CEA. Además, se recogieron datos referentes al nivel de formación, edad y experiencia laboral. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión y para las cualitativas frecuencias y porcentajes. El contraste de hipótesis se realizó mediante análisis de correlación, estableciendo el nivel de significación en $p>0,05$.

Resultados/Intervenciones

El cuestionario completo fue realizado por 94 enfermeras. La media de edad 40,1 (8,9) y tiempo de experiencia 10,5 (7,2). El 14% poseía estudios de postgrado. Respecto a la autonomía, se obtuvo una media de 2,8 (0,3) y un nivel de sobrecarga laboral de 3,2 (1,2). En el estudio multivariante, la autonomía laboral resultó significativa (R= 1,2 (IC 0,7-1,6).)

Conclusiones

Este estudio muestra que la autonomía laboral supone un factor que aumenta la sensación de sobrecarga laboral de las enfermeras de UCI.



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. ***Sala Giralda***

ID 122

RELACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA DEPORTIVA Y LA ACTIVIDAD LABORAL DE LA ENFERMERÍA DE UCI

Raquel Broullón Dobarro
Hospital Ribera Povisa

Objetivos/Introducción

Realización de una encuesta dirigida al personal de enfermería de las UCIs del Grupo Ribera para valorar su grado de actividad física y su relación con la actividad laboral para analizar si los hábitos de vida saludables influyen en la calidad de los cuidados que ofrecen. Los profesionales de la sanidad prevenimos, cuidamos, curamos y damos consejos saludables para el mantenimiento o la recuperación de la salud de nuestros pacientes. Y nosotros, nos cuidamos física y mentalmente. Uno de los temas más importantes en la actualidad es la actividad física y su incidencia en la mejora de la calidad de vida de las personas. Por un lado, el progreso tecnológico ha transformado el empleo de la sociedad moderna fomentando el sedentarismo en varios sectores, lo que ha favorecido el incremento de problemas de salud como la osteoporosis y la diabetes. Por otro lado la enfermería UCI, se ha vuelto más tecnológica, más humana, pero igual de física y dinámica...

El objetivo del estudio es demostrar el beneficio de instaurar un programa de vida saludable física y mental a través de los resultados obtenidos de una encuesta que nos dará a conocer el grado de actividad física de los profesionales y su opinión acerca de ello.

Metodología/Observación clínica

Se decide realizar una encuesta entre el personal de enfermería y TCAE de las UCIs del grupo Ribera para conocer su implicación con la actividad física y su opinión sobre la relación con su actividad laboral.

Resultados/Intervenciones

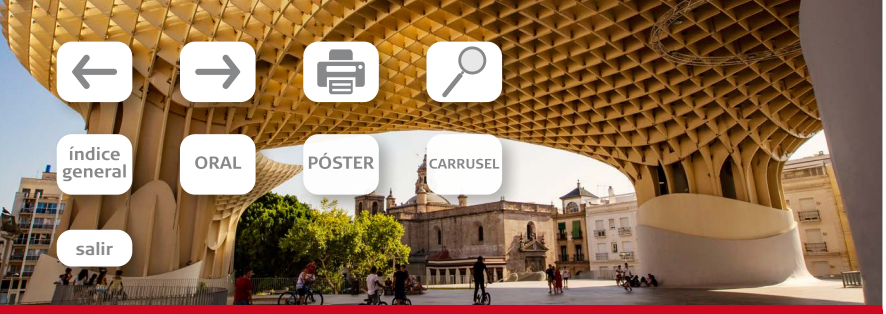
Se reciben 70 respuestas que muestran en general una actitud positiva hacia la actividad física y mental saludable y su relación con la disminución del estrés y el aumento del rendimiento laboral.

Conclusiones

Se contempla como un proyecto beneficioso la implantación de un programa de salud mental y física que fomente la actividad de los equipos de enfermería y anime a los que no lo practiquen.

Palabras clave

equipo • actividad fisica • productividad • Salud mental • rendimiento



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. ***Sala Giralda***

ID 323

¿NECESITAMOS UN CAMBIO DE LIDERAZGO?

Esther Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; L. Moreno Ruiz; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; L. Juguera Rodríguez[1]; S. Sánchez Cámara[1]; L. Martínez Alarcón[1]; ML. Alcaraz Escribano[1]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos/Introducción

La pandemia establecida desde 2019 ha puesto en jaque no solo la capacidad del sistema sanitario en el plano económico y estructural, sino también, en la capacidad emocional de los profesionales sanitarios.

Metodología/Observación clínica

Queremos comparar la situación emocional del personal de la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca en Murcia, utilizando como herramienta cuantitativa el cuestionario validado por May y Whitley en 1991, dando visibilidad al estrés vivido y cómo se ha ido desarrollando a lo largo de las sucesivas olas. Se adjuntaron 11 preguntas de carácter abierto para conseguir complementar esta información y dar una visión de carácter holístico, y realizar un análisis cualitativo. Se llevó a cabo un primer estudio descriptivo observacional con un corte transversal a fecha de 31 de mayo de 2020. Un segundo estudio, de las mismas características con fecha 28 de febrero del 2022. Conjuntamente estamos realizando revisión bibliográfica deartículos y publicaciones seleccionados a través de buscadores y repositorios científicos como: Pubmed, Elselvier, Scielo, Ebsco, Google Scholar o la Biblioteca Virtual en Salud España.

Resultados/Intervenciones

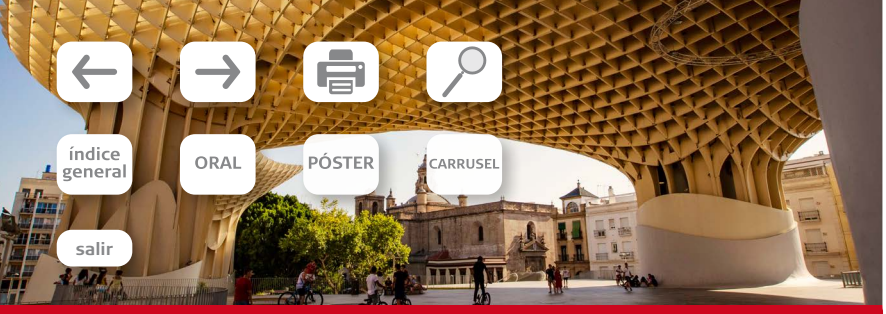
La muestra esta compuesta por los profesionales sanitarios del Hospital Virgen de la Arrixaca compuesta por médicas, enfermeros, TCAE y celadores. Los criterios de inclusión lo marcamos en haber trabajado en zona COVID y de exclusión haber permanecido de baja o no haber entrado en la zona COVID durante la pandemia. La plantilla consta habitualmente de 23 médicos adjuntos, 120 enfermeros, 45 auxiliares y 15 celadores.Para el análisis de los datos se codificarán las características demográficas de la población estudiada, así como los resultados cuantificables del cuestionario en el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de la compañía IBM (International Business Machines).

Conclusiones

La pandemia nos ha dado la oportunidad de descubrir el liderezgo y poder con ello recopilar los datos de la última ola.

Palabras clave

Pandemia • Ola • Revisión • Covid-19



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. ***Sala Giralda***

ID 282

LIDERAZGO CLÍNICO DE LAS ENFERMERAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA EXPLORATORIA

Raquel García García; A. Blasco Zafra; A. Iraizoz Iraizoz; A. Navarrete Muro; A. Rodríguez Beperet; M. Vázquez Calatayud
Clínica Universidad de Navarra

Objetivos/Introducción

Promover el liderazgo clínico de las enfermeras en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es clave, dado su impacto positivo en la práctica clínica, en el entorno de la práctica profesional, en la seguridad y calidad de la atención al paciente, así como en su propia satisfacción laboral y retención. Existe un vacío en la literatura sobre la identificación de los aspectos clave para el desarrollo de habilidades de liderazgo entre las enfermeras clínicas en las UCI. Hasta la fecha no se ha realizado ninguna revisión bibliográfica sobre este tema.

OBJETIVO: Identificar los aspectos clave para el desarrollo del liderazgo clínico de las enfermeras en UCI.

Metodología/Observación clínica

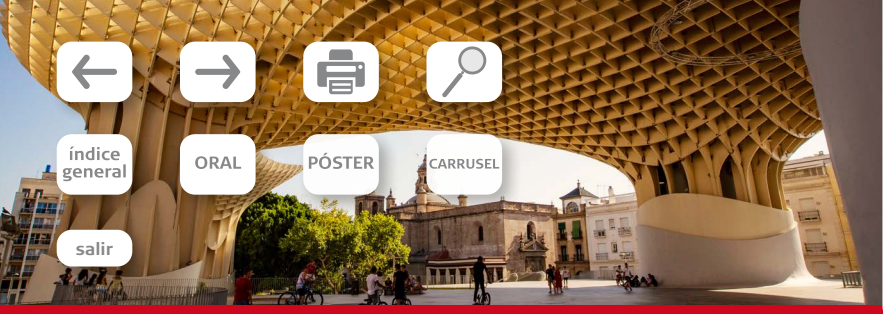
Se realizó una revisión sistemática exploratoria, de acuerdo con el método de Arksey & O'Malley, para examinar el conocimiento existente en el área, resumir la evidencia existente e identificar vacíos en la literatura. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos Pubmed, CINAHL, PsycINFO, Cochrane library y Scopus de la literatura publicada en los diez últimos años.

Resultados/Intervenciones

Se identificaron 14 estudios. Esta evidencia revela la necesidad del abordaje de tres competencias clave: cognitivas; interpersonales; e intrínsecas para promover el liderazgo clínico de las enfermeras en UCI. Asimismo, constata la importancia de contar con programas formativos en dichas competencias, así como de potenciar una cultura participativa, colaborativa, de mejora e innovadora para favorecer el desarrollo de este tipo de liderazgo en las UCI.

Conclusiones

Los resultados de la presente revisión reflejan que las estrategias para facilitar el liderazgo clínico de las enfermeras en UCI deberían ser multicomponentes y trabajar paralelamente los contextos de la práctica y la capacidad de los profesionales para identificar áreas de mejora, liderar iniciativas de cambio e influir en el equipo.



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. ***Sala Giralda***

ID 106

IMPACTO DE LA BACTERIEMIA RELACIONADA CON EL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS COVID-19

Laia Labad Boix; L. Roca Canals; X. Teixidó Huertas; J. Gómez Álvarez; MA. Bodi Saera; D. Gil Castillejos
Hospital Universitari Joan XXIII

Objetivos/Introducción

Una de las principales complicaciones de los pacientes que ingresan con neumonía grave por SARS-CoV-2 en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son las infecciones. Existe un aumento en la tasa de incidencia de bacteriemas debido a que los pacientes COVID-19 son pacientes frágiles, inmunodeprimidos y con largas estancias en UCI.

El objetivo del estudio es analizar los factores de riesgo asociados a la bacteriemia relacionada con el catéter (BRC) así como su impacto en pacientes COVID-19.

Metodología/Observación clínica

Análisis descriptivo y retrospectivo de todas las BRC en pacientes ingresados por COVID-19 en una UCI polivalente. Datos expresados en frecuencias y porcentajes, índices de tendencia central y de dispersión según su distribución. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS v.21. Nivel significación aceptado: p<=0,05.

Resultados/Intervenciones

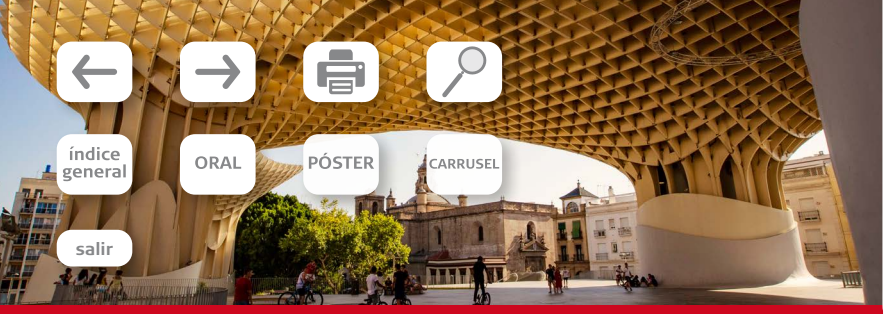
De un total de 358 pacientes ingresados por COVID-19, 38 (10.6%) presentaron BRC. Los pacientes con BRC presentaron más días de ventilación mecánica (VM) (46,9± 22,1 vs 20,9 ±18,4; p<0,01) y mayor estancia en UCI (52,1 ± 23,5 vs 17,5 ±18,2; p<0,01). La ubicación del catéter venoso central (CVC) de elección fue yugular vs subclavia (60,1% vs 22,9%; p<0,01). El 97,4% de los pacientes con BRC recibieron tratamiento con soluciones liposolubles (p<0,01). El 78.9% de pacientes con BRC precisaron de la realización de traqueostomías. La totalidad de pacientes que desarrollaron BRC utilizaron apósitos impregnados de clorhexidina. El análisis multivariante identificó los días de estancia media en UCI (OR (95%CI) 1,05 (1,03-1,07) p<0,01) y el promedio de días de cambio de alargaderas (OR 1,13 /1,01-1,28) p=0,039) como factores de riesgo independientes para el desarrollo de BRC.

Conclusiones

Existe una relación entre la estancia en la UCI y los días de VM para el desarrollo de BRC en pacientes ingresados por neumonía grave por SARS-CoV-2.

Palabras clave

SARS-CoV-2 • Bacteriemia • CVC • UCI



Comunicaciones orales

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. ***Sala Giralda***

ID 152

ADAPTACIÓN DE LOS PROYECTOS ZERO A LA SITUACIÓN DE LA PANDEMIA: BARRERAS Y PROPUESTAS IMPLEMENTADAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Inmaculada Fernández Moreno[1]; F. Álvarez Lerma[2]; X. Nuvials Casals[3]; M. Delicado Domingo[4]; M. Vázquez Calatayud[5]; Y. Agra Varela[6]; N. Prieto Santos[6]; R. García Díez[4]; M. Catalán González[7]

1. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell; 2. Fundación Hospital del Mar. IMIM; 3. Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; 4. OSI BILBAO BASURTO; 5. Clínica Universitaria de Navarra; 6. Subdirección General de Calidad Asistencial. Ministerio de Sanidad; 7. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Objetivos/Introducción

La pandemia COVID-19 ha llevado a los sistemas sanitarios del mundo a una situación de estrés difícilmente comparable a otras emergencias sanitarias previas. Las UCI han necesitado implementar cambios estructurales, funcionales y organizativos que han repercutido en la implementación de los Proyectos Zero (PZ). El Consejo Asesor (CA) Nacional elaboró un documento de adaptación de los PZ a la situación pandémica.

Los objetivos del estudio fueron: (1) Identificar las barreras que las UCI tuvieron durante la pandemia para aplicar las recomendaciones de los PZ y; (2) Conocer cuáles de las propuestas formuladas por el CA se han puesto en marcha en las UCI.

Metodología/Observación clínica

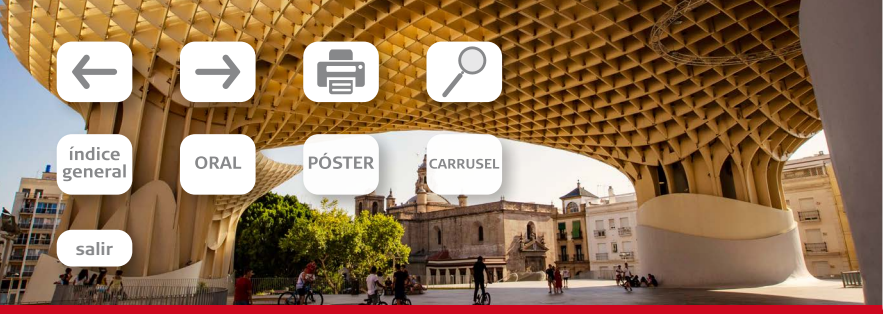
Estudio observacional, descriptivo, transversal mediante encuesta telemática elaborada "ad hoc", con muestreo no probabilístico en bola de nieve, dirigida, enviada en junio del 2021, a los líderes de los PZ de las 138 UCI participantes en el registro ENVIN en el año 2020. Se recogieron aspectos demográficos, estructurales habituales y pandémicos, de higiene de manos y aspectos clave de los diferentes PZ.

Resultados/Intervenciones

Se recibieron 58 encuestas (41,6% de UCI participantes). El 89,7% habilitó nuevos espacios como UCI, con personal inexperto (75,9%). Se identificaron dos barreras estructurales: espacios abiertos habilitados como UCI (66,7%) y problemas de suministro de material (48,1%). El 69% de las unidades agrupó tareas, fomentó una adecuada transferencia de información (65,5%) y facilitó el acceso a protocolos (53,4%). El 96,6% aplicó el uso de doble guante en sus protocolos, descontaminándolos el 87,9% entre usos.

Conclusiones

Las UCI habilitadas en espacios abiertos con dotación de personal inexperto y poco formado en atención al paciente crítico, ha dificultado la implementación de los PZ. Muchas UCI han puesto en marcha algunas de las acciones de adaptación de los PZ propuestas por el CA, pero falta mucho por hacer para recuperar la calidad pre-pandémica.



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. ***Sala Giralda***

ID 149

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Alba Arasa Muñoz; L. Sánchez Vidal; V. Blázquez Alcaide; X. Teixidó Huertas; D. Gil Castillejos
Hospital Universitari Joan XXIII

Objetivos/Introducción

El drenaje ventricular externo (DVE) es un dispositivo temporal que permite la evacuación de líquido cefalorraquídeo (LCR) y sangre, extracción de muestras de LCR y administración de medicación intratecal. Su uso es una práctica habitual en pacientes neurocríticos. La principal complicación es la infección la cuál conlleva una alta morbi-mortalidad. Analizar el impacto de una intervención educativa en los cuidados del paciente portador de DVE en relación a la incidencia de infección relacionada con el mismo.

Metodología/Observación clínica

Estudio longitudinal cuasi experimental (antes-después) realizado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente con pacientes neurocríticos portadores de drenaje ventricular o sensor de presión intracranial + DVE comparando las complicaciones presentadas en los grupos de pacientes pre y post intervención.

Resultados/Intervenciones

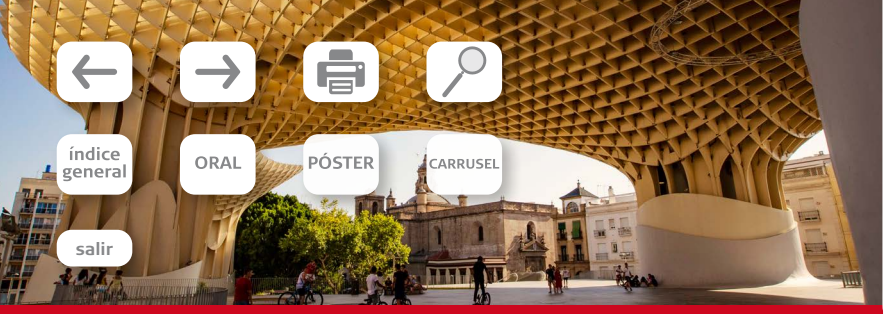
Una muestra de 127 pacientes, 64 pre intervención y 63 post intervención, no se evidencian diferencias significativas entre los dos grupos en relación a la edad, APACHE II Score ni a los días de estancia en UCI siendo mayoritariamente del género masculino (64,5%). La intervención educativa supuso que los eventos adversos (encefalitis, meningitis, ventriculitis y obstrucción) relacionados con el DVE se redujeran de forma significativa en el grupo post intervención (p=0.032). Los eventos adversos relacionados con la infección disminuyeron del 20% al 9,5% tras la intervención. Analizando el número de drenajes por paciente en el grupo post intervención se produjo una reducción pero no de forma significativa.

Conclusiones

Las nuevas intervenciones incorporadas en el manejo del paciente portador de drenaje ventricular externo han contribuido a una disminución de los efectos adversos relacionados con la infección.

Palabras clave

Drenaje ventricular externo • infección



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. ***Sala Giralda***

ID 209

IMPACTO DE LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DEL PROYECTO NEUMONÍA ZERO EN LA INCIDENCIA DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Iván San Miguel Domínguez; M. Martín Bautista; J. Vezzosi Mateo; N. Hernández Ruiz
Hospital Universitario del Vinalopó

Objetivos/Introducción

En nuestra UCI siempre ha existido una buena adherencia a las recomendaciones del Proyecto Neumonía Zero (NZ). El entrenamiento del personal sanitario, había permitido mantener unas tasas de NAVM/1000 días de VM por debajo de la recomendada, con una media de 4.65 en 2018 y 2.61 en 2019. En las olas, COVID se observa un incremento en la incidencia de NAVM hasta 12-13/1000 días de VM.

OBJETIVOS: Dilucidar las causas que han llevado al incremento de las tasas de NAVM durante las olas de la pandemia. Diseñar estrategias para mejorar resultados futuros.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un estudio descriptivo de los datos recogidos en 2020 y 2021 en la base de datos ENVIN-HELICS, comparando con las tasas pre pandemia (2018-2019) a nivel local, autonómico y nacional. Revisión sistemática de bibliografía existente en las principales bases de datos.

Resultados/Intervenciones

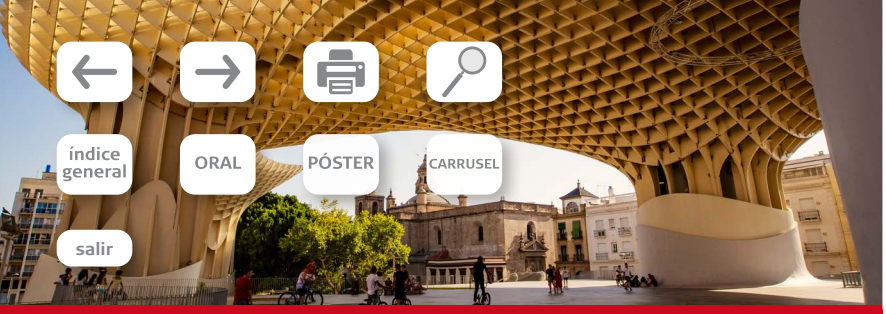
Nuestra unidad sigue la tendencia comunitaria y nacional, destacando la segunda ola (Julio- septiembre 2020) con una tasa máxima de 18.40 casos y en la tercera ola (enero-marzo 2021) con 12.20 casos/1000 días. La unidad recupera las tasas previas a la pandemia durante los meses entre olas. Se observan dificultades en la adherencia a las recomendaciones de NZ, durante periodos de sobrecarga asistencial, por: necesidad de apertura de camas fuera de Unidades de críticos, personal sin formación específica en UCI, aislamiento por gotas en los pacientes COVID-19 y necesidad de ventilación prolongada en decúbito prono. En nuestra Unidad estuvo asegurado en todo momento la presencia de EPIs adecuados. En la bibliografía consultada se ha descrito una mayor susceptibilidad de los pacientes COVID-19 a la infección.

Conclusiones

La adherencia del personal sanitario a las recomendaciones del Proyecto NZ es determinante para evitar la NAVM, ya que, en los periodos entre olas las tasas en nuestra unidad descienden a niveles más próximos a las tasas pre pandemia.

Palabras clave

Proyectos Zero • Neumonía Zero • Infección nosocomial • Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) • Unidad de cuidados intensivos • Pandemia • Prevención • Seguridad del paciente



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. *Sala España 1+2*

ID 128

FIABILIDAD Y SENSIBILIDAD AL CAMBIO DE LAS ESCALAS DE FRAGILIDAD CLINICAL FRAILTY SCALE-ESPAÑA Y FRAIL-ESPAÑA

Susana Arias Rivera[1]; MM. Sánchez Sánchez[1]; R. Jareño Collado[1]; L. Oteiza López[1]; F. Frutos Vivar[1]; P. Vadillo Obesso[2]; S. López Cuenca[1]; M. Raurell Torredá[3]; C. Andreu Vázquez[4]; IJ. Thuissard Vasallo[4]
1. Hospital Universitario de Getafe; 2. Centro de Salud Getafe Norte; 3. Universidad de Barcelona; 4. Universidad Europea

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Las escalas de fragilidad Clinical Frailty Scale y FRAIL, han sido recientemente adaptadas al español, siendo necesario conocer sus propiedades métricas para poder utilizarlas adecuadamente. **OBJETIVO:** Analizar la fiabilidad intraobservador, fiabilidad interobservador y sensibilidad al cambio de las escalas de fragilidad Clinical Frailty Scale-España (CFS-Es) y FRAIL-España (FRAIL-Es).

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo, observacional y analítico, desarrollado en una UCI médico-quirúrgica de 18 camas, entre enero-marzo de 2020 y septiembre-diciembre de 2021. Se incluyeron todos los pacientes mayores de edad con estancia en UCI>48h que consintieron participar. No se incluyeron pacientes con covid-19 ni embarazadas. Aprobado por el CEIm. Variables: fragilidad (escalas CFS-Es y FRAIL-Es) al ingreso y a las 72 horas (fiabilidad interobservador e intraobservador), fragilidad (CFS-Es y FRAIL-Es) a los 3, 6, 9, y 12 meses del alta hospitalaria. La fragilidad fue evaluada por dos enfermeras y dos médicos de intensivos al ingreso y a las 72 horas y por otro enfermero/médica en el seguimiento al alta del hospital. Análisis: Descriptivo, Coeficiente de Correlación Intraclase (Fiabilidad) y signos de rango de wilcoxon (sensibilidad al cambio).

Resultados/Intervenciones

Resultados: Se reclutan 88 pacientes. Mujeres, 35%; edad, media(DE)=71(13) años; CFS-Es: sin fragilidad (niveles 1-3) 51%, vulnerables (nivel 4): 26%, frágiles (niveles 5-9) 23%; FRAIL-Es: sin fragilidad (0 puntos) 30%, prefrágiles (1-2 puntos) 37%, frágiles (3-5 puntos) 33%; exitus UCI 5,6%; exitus hospital 16,9%. Resultados de fiabilidad intraobsevador, interobservador y sensibilidad en tabla, donde se observa buena concordancia en la fiabilidad interobservador y buena/muy buena intraobservador. La valoración de la sensibilidad al cambio se realizó con una muestra de 32 pacientes (cohorte 2020) y solo se observó significación en la escala CFS-Es.

Conclusiones

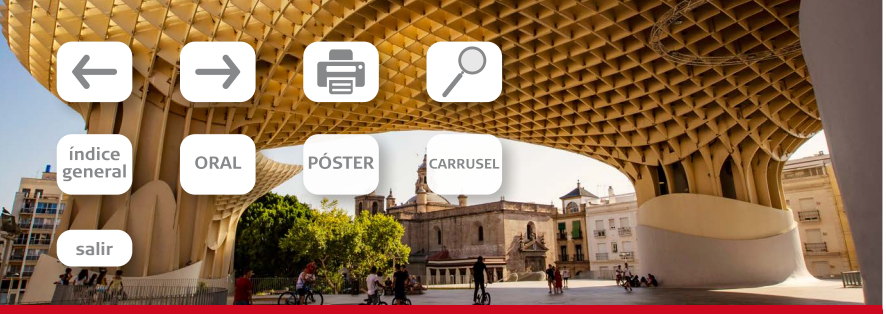
Se observa que las escalas de fragilidad adaptadas al español (CFS-Es y FRAIL-Es) son fiables para ser utilizadas por enfermeras y médicos indistintamente y la CFS-Es es sensible al cambio.

Financiación

Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, 20/0123.

Palabras clave

Fragilidad • Fiabilidad • Adaptación transcultural • validación



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. ***Sala España 1+2***

ID 129

VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE FRAGILIDAD CLINICAL FRAILTY SCALE-ESPAÑA Y FRAIL-ESPAÑA

Susana Arias Rivera[1]; MM. Sánchez Sánchez[1]; R. Jareño Collado[1]; R. Sánchez Izquierdo[1]; EI. Sánchez Muñóz[1]; V. López López[1]; L. Oteiza López[1]; M. Raurell Torredá[2]; IJ. Thuissard Vasallo[3]; C. Andreu Vázquez[3]
1. Hospital Universitario de Getafe; 2. Universidad de Barcelona; 3. Universidad Europea

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Las escalas de fragilidad Clinical Frailty Scale y FRAIL, han sido recientemente adaptadas al español, pero es necesario conocer sus propiedades métricas para poder utilizarlas adecuadamente.

OBJETIVO: Analizar la validez convergente, divergente y predictiva de las escalas de fragilidad Clinical Frailty Scale-España (CFS-Es) y FRAIL-España (FRAIL-Es).

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo, observacional y analítico, desarrollado en una UCI médico-quirúrgica de 18 camas, entre enero-marzo de 2020 y septiembre-diciembre de 2021. Se incluyeron a todos los pacientes mayores de edad con estancia en UCI>48h que consintieron participar. No se incluyeron pacientes con diagnóstico de covid-19 ni embarazadas. Aprobado por el CEIm. Variables al ingreso en UCI: Fragilidad (escalas CFS-Es y FRAIL-Es), dependencia (escalas de Barthel, Lawton-Brody), índice de comorbilidad de Charlson, gravedad (SAPS III). Estancia y mortalidad al alta en UCI y hospital. Categorías CFS: sin fragilidad (1-3), vulnerable (4), frágil (5-9). Categorías FRAIL: sin fragilidad (0), pre-frágil (1-2), frágil (3-5). Análisis: Descriptivo; Correlación de Spearman y Kappa (validez convergente), Spearman y ANOVA (validez divergente), análisis de supervivencia con regresión de Cox (validez predictiva).

Resultados/Intervenciones

Se reclutan 88 pacientes. Mujeres, 35%; edad, media(DE)=71(13) años; ; CFS-Es: sin fragilidad (niveles 1-3) 51%, vulnerables (nivel 4): 26%, frágiles (niveles 5-9) 23%; FRAIL-Es: sin fragilidad (0 puntos) 30%, prefrágiles (1-2 puntos) 37%, frágiles (3-5 puntos) 33%; Barthel, Mediana(RIC)=100(90-100) puntos; Lawton-Brody, Mediana(RIC)=7(5-8) puntos; Charlson, Mediana(RIC)=5(3,0-6,5) puntos; SAPS, Mediana(RIC)=64(51,5-72,0) puntos; Estancia UCI, Mediana(RIC)=6(4,0-13,8) días; estancia en hospital, Mediana(RIC)=19(11-31) días; exitus en UCI 5,6%; exitus hospital 16,9%. Resultados de validez convergente, divergente y predictiva en tabla.

Conclusiones

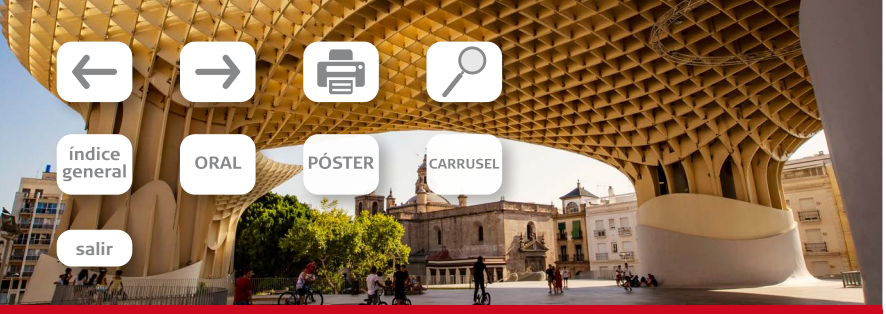
Se ha observado buena correlación entre ambas escalas de fragilidad y moderada con Charlson. Se observa, en ambas escalas, una validez predictiva de mortalidad en el hospital significativa.

Financiación

Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, 20/0123

Palabras clave

Fragilidad • validez convergente • validez divergente • sensibilidad al cambio • validación escalas • propiedades psicométricas • Adaptación transcultural



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. *Sala España 1+2*

ID 241

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA INICIAL DE UN CUESTIONARIO DE USABILIDAD PARA EVALUAR UN DISPOSITIVO DE INNOVACIÓN PARA POSICIONAR PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA EN PRONO

Iluminada Romera Peregrina[1]; J. Pérez Sánchez[1]; B. Ruiz de Pablo[1]; JA. Reñe Reyes[1]; M. Velasco Simón[1]; A. Marcos Reverter[1]; G. Via Clavero[2]
1. Hospital Universitario de Bellvitge; 2. Hospital Universitario de Bellvitge-GRIN-IDIBELL, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. Universitat de Barcelona

Objetivos/Introducción

La colocación de pacientes con traqueostomía en prono es un reto para los profesionales. Para mejorar los cuidados y reducir los riesgos derivados de esta maniobra se desarrolló un prototipo de un adaptador en T para las camas de críticos. En el proceso de innovación de nuevos dispositivos sanitarios debe evaluarse la usabilidad por parte de los usuarios finales. Sin embargo, no disponemos de un instrumento de medida en nuestro idioma para realizar esta evaluación.

OBJETIVO: Adaptar y validar la versión española del "Cuestionario de Usabilidad para dispositivos de innovación sanitarios" (CUs-DIS) diseñado y validado por Parreira et al. para evaluar un adaptador para posicionar pacientes con traqueostomia en prono.

Metodología/Observación clínica

Estudio psicométrico de validación funcional de un dispositivo desarrollado en 3 unidades de críticos de un hospital de tercer nivel de abril a diciembre de 2021. Se incluyeron profesionales sanitarios que hubieran utilizado el dispositivo de innovación. El estudio se desarrolló en 2 fases **(1)** Adaptación transcultural al español (traducción-retrotraducción) y validación de contenido (relevancia, pertinencia y redactado); **(2)** Estudio psicométrico para evaluar la fiabilidad mediante el análisis de la consistencia interna. El cuestionario original consta de 42 ítems con 7 opciones de respuesta distribuidos en 4 dimensiones (usabilidad, facilidad de uso, facilidad de aprendizaje y satisfacción e intención de uso).

Resultados/Intervenciones

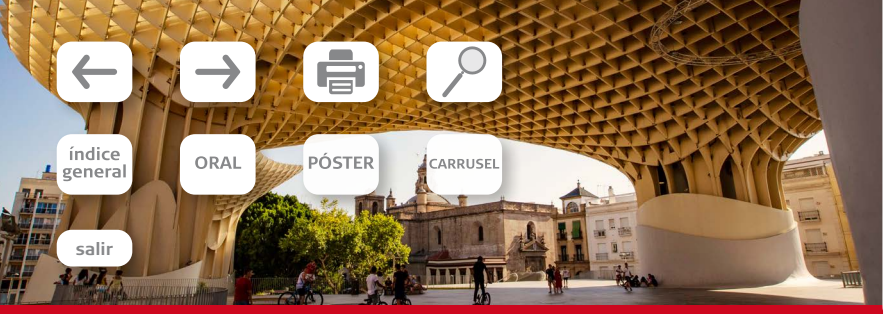
El índice de validez de contenido de la escala fue 0,91 y el instrumento quedó conformado por 38 ítems. Respondieron 73 profesionales con una edad media de 34,4 (DE=9,23) años y 8,9 (DE=6,9) años de experiencia profesional. La fiabilidad del CUs-DIS fue alfa-Cronbach=0,97 tras las eliminación de un ítem. Las correlaciones más altas se observaron en la dimensión de utilidad.

Conclusiones

El CUs-DIS es un instrumento de 37 ítems conceptualmente relevantes y con excelente fiabilidad para evaluar la usabilidad de dispositivos de innovación sanitarios.

Financiación

Sin financiación



Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. ***Sala España 1+2***

ID 281

LA ACTITUD ANTE EL HUMOR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESCALA EMHUPS

Miriam Leñero Cirujano[1]; Jl. Torres González[2]; H. González Ordi[3]; MN. Moro Tejedor[1]; J. Gómez Higuera[3]
1. Hospital Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid; 2. Hospital Clínico San Carlos, Madrid; 3. Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología (UCM), Madrid

Objetivos/Introducción

La Escala Multidimensional del Humor en Profesionales Sanitarios (EMHUPS) fue diseñada y validada para evaluar la actitud del humor específicamente en profesionales sanitarios tanto en su esfera personal como laboral. El objetivo fue analizar la actitud ante el humor en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo unicéntrico con enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería de UCI en un hospital de gran complejidad. Se empleó la escala EMHUPS constituida por 8 factores: humor con el paciente, humor en el trabajo, humor como recomendación, humor en el entorno, formación en humor, humor social, demanda de formación en humor y humor y ocio. Se recogieron variables de puntuación y sociolaborales. Se utilizó Mann Whitney, Kruskal Wallis y el índice Pearson, aceptando un nivel de significación del 0,05. Aprobado por el Comité Ético del Hospital.

Resultados/Intervenciones

64 profesionales (tasa de respuesta: 32%), 65,6% enfermeras, 90,6% mujeres con 38,81 (9,45) años. La edad correlacionó negativamente con la mayoría de los factores, siendo significativo en el humor en el trabajo (p=0,006) y humor como recomendación (p=0,004). Los hombres puntuaron más alto en humor como recomendación (p=0,054), formación en humor (p=0,134), humor social (p=0,468) y demanda de formación (p=0,316); y las mujeres, en humor con el paciente (p=0,048), en el trabajo (p=0,772), entorno (p=0,313), ocio (p=0,547) y globalmente (p=0,394). Los profesionales casados puntuaron más bajo en la mayoría de los factores; los solteros y separados, más alto, siendo significativo en humor y ocio (p=0,021) y globalmente (p=0,037). Los profesionales con más de 15 años laborales puntuaron más bajo en el humor en el trabajo (p=0,016) y los profesionales con 3 a 5 años en la UCI actual, en todos los factores, siendo significativo en humor en el trabajo (p=0,027), como recomendación (p=0,019) y demanda de formación (p=0,038).

Conclusiones

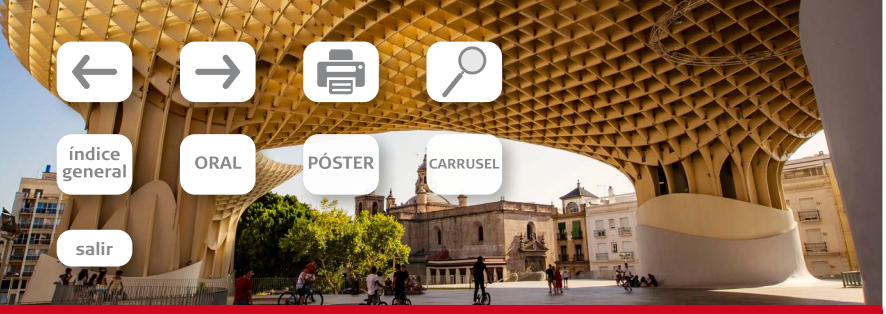
El humor se emplea como estrategia de cuidado del paciente y de autocuidado del profesional en las UCI.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

humor • cuidados críticos • autocuidado • encuestas y cuestionarios



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. ***Sala España 1+2***

ID 42

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN ÁREA DE CRÍTICOS

Josefa Valls Matarín; RM. Peradejordi
Hospital Universitario Mutua de Terrassa

Objetivos/Introducción

Determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente (SP) del equipo asistencial en un área de críticos (AC).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo-transversal, septiembre-2021, en un AC polivalente con 45 camas (20 críticos y 25 semicríticos), 118 sanitarios (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería). Se recogieron variables sociodemográficas, conocimiento del responsable en SP, formación general en SP y en el sistema de notificación de incidentes. Se utilizó el cuestionario validado Hospital Survey on Patient Safety Culture que evalúa 12 dimensiones, distribuyéndose en formato digital Google Forms. Se consideró una dimensión como fortaleza con 75% respuestas positivas y debilidad con 50% respuestas negativas. Estadística descriptiva:valores absolutos y relativos. Análisis bivariante con prueba de X2 y t-Student y, ANOVA.

Resultados/Intervenciones

Se recogieron 94 cuestionarios (79,7% muestra). La puntuación general de SP fue 7,1 (DE=1.2) sobre 10. El personal polivalente puntuó la SP con 6,9 (DE=1,2) frente al 7,8 (DE=0,9) del personal sin rotación(p=0,04). El 54,3%(n=51) conocía el procedimiento para notificar un incidente, de los cuales el 53%(n=27) no notificó ninguno en el último año. Ninguna dimensión alcanzó grado de fortaleza. Las dimensiones de percepción de seguridad con 57,7% (IC95%:52,7-62,6), dotación de personal con 81,7% (IC95%:77,4-85,2) y apoyo de gerencia con 69,9% (IC95%:64,3-74,9) fueron detectadas como debilidades (Tabla 1). No hubo ninguna diferencia entre la valoración de SP y la formación(p=0,1), ni en relación con la categoría profesional(p=0,6) o años de experiencia(p=0,6).

Conclusiones

La valoración de SP en el AC es moderadamente alta aunque el personal polivalente tiene una apreciación inferior. La mitad del personal no conoce el procedimiento para notificar un incidente. La tasa de notificación es baja. Las debilidades detectadas son percepción de seguridad, dotación de personal y apoyo de gerencia. El análisis sobre fortalezas y debilidades de la cultura de seguridad puede ser útil para implementar medidas de mejora.

Palabras clave

seguridad del paciente • cuidados intensivos • evento adverso

sigue –>

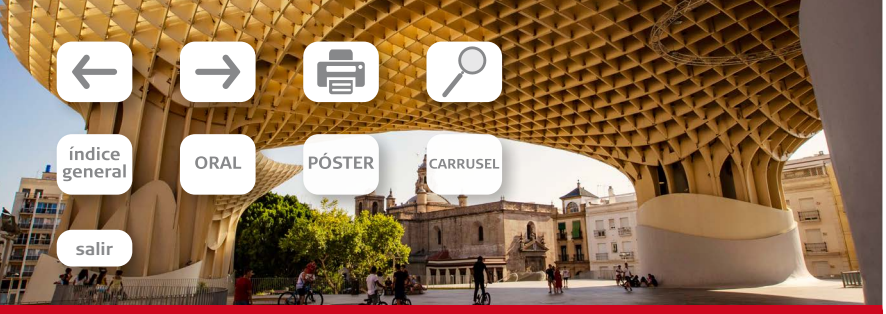
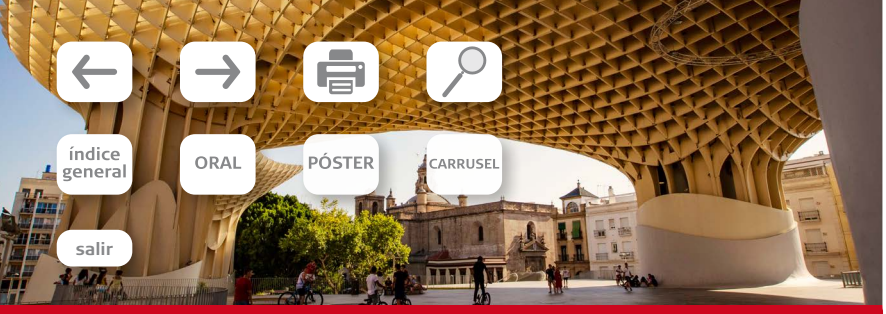


Tabla 1. Puntuación en cada dimensión del cuestionario AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality)

Dimensiones	Positivas %(IC95%)	Neutras %(IC95%)	Negativas %(IC95%)
Frecuencia de eventos notificados	26,6 (21,8-31,1)	29,1 (24,1-34,7)	44,3 (38,5-50,1)
Percepción de seguridad	25,8 (21,7-30,5)	16,5 (13,1-20,6)	**57,7* (52,7-62-6)**
Acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad	29 (24,6-33,8)	26,3 (22,1-31)	44,7 (39,7-49,7)
Aprendizaje organizacional/ Mejora continua	49.3 (43,5-55,1)	23,7 (19,2-29,1)	27 (22,1-32,4)
Trabajo en equipo en la unidad/ servicio	73,4 (68,7-77,6)	9,8 (7,2-13,3)	16,8 (13,3-20,9)
Franqueza en la comunicación	35,8 (30,4-41,6)	41,3 (35,6-47,1)	22,9 (18,4-28,2)
Feedback y comunicación sobre errores	27,2 (22,4-32,8)	35,5 (30,1-41,3)	37,3 (31,8-43,1)
Respuesta no punitiva a los errores	33 (27,8-38,7)	24,4 (19,8-29,8)	42,6 (36,9-48,4)
Dotación de personal	8,5 (6,1-11,8)	9,8 (7,2-13,3)	**81,7* (77,4-85,2)**
Apoyo de la gerencia en seguridad del paciente	4,3 (2,5-7.3)	25,8 (21,1-31,3)	**69,9* (64,3-74,9)**
Trabajo en equipo entre unidades	36,1(31,5-41,1)	26,1 21,9-30,7)	37,8 (33- 42,8)
Cambios de turno/ Transacciones entre unidades	39,1 (34,3-44,1)	18,1 (14,5-22,3)	42,8 (37,9-47,9)

***Debilidad en la cultura de seguridad**



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. ***Sala España 1+2***

ID 160

CULTURA DE SEGURIDAD DE UNA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Raquel Jareño Collado; S. Barba Aragón; H. Bermejo García; MP. Fraile Gamo; GA. Garrido Jerez; L. Poves Pastor; MR. Claudio Barahona; S. Arias Rivera
Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

INTRODUCCION: La cultura de seguridad se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un paradigma mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir. Conocer la cultura de seguridad de una organización es el paso previo para su mejora.

OBJETIVO: Realizar una aproximación a la cultura de seguridad de una UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal, descriptivo, realizado en una UCI de 24 camas, de un hospital de tercer nivel. Los integrantes del grupo de seguridad, del servicio, distribuyeron entre todo el personal los cuestionarios de cultura de seguridad de la Agency for Health care Research and Quality, de 61 items, en diciembre de 2021. Se realizó un análisis descriptivo con totales y porcentajes.

Resultados/Intervenciones

Participaron 91 profesionales (46,4% del total); 62,1% enfermeras, 22,1% TCAES, 7,4% celadores y 4,3% médicos. El 72% consideran que se aumenta el ritmo de trabajo, aunque se sacrifique la seguridad. El 51% creen que los medios de trabajo son buenos para prevenir errores. El 56,8% consideran que hay un aprendizaje de los errores. El 85,3% considera que el personal se apoya mutuamente. Un 54,7% de los encuestados creen que cuando se comente un error, eso queda en el expediente y un 44,2% que se busca al culpable antes que la causa del fallo. El 54,7% cree que la gerencia no facilita un buen clima laboral.

Conclusiones

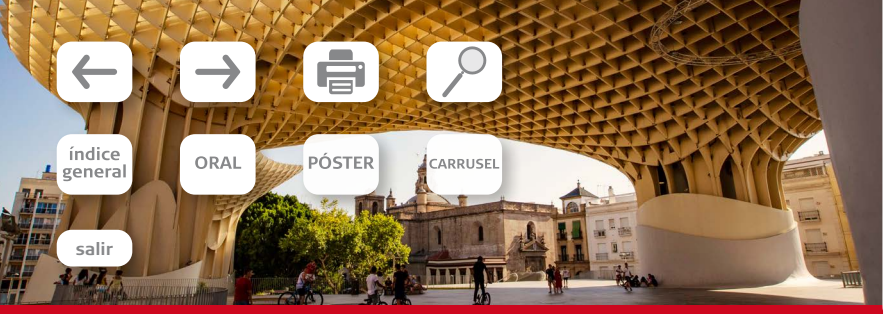
Según la muestra obtenida, consideramos que el nivel de seguridad de los pacientes de la UCI es mejorable. Se aprende de los errores y se trabaja en equipo, apoyándose mutuamente, pero no existe una cultura de seguridad consolidada, lo que nos plantean la necesidad de formación en este aspecto como objetivo a corto plazo para el grupo de seguridad.

Financiación

Este estudio no ha obtenido ninguna financiación

Palabras clave

seguridad del paciente • cultura de seguridad • cuestionario



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. *Sala España 1+2*

ID 161

DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DE LAS NOTIFICACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SISTEMA CISEM EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Raquel Jareño Collado; H. Bermejo García; S. Barba Aragón; MP. Fraile Gamo; L. Poves Pastor; GA Garrido Jerez; MR. Claudio Barahona; S. Arias Rivera
Hospital Universitario de Getafe

Objetivos/Introducción

INTRODUCCION: Los sistemas de notificación permiten informar de los incidentes relacionados con la atención sanitaria y obtener información útil sobre la secuencia de acontecimientos, facilitando oportunidades de aprendizaje. En nuestro hospital disponemos de la plataforma "Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación" (CISEM), de la Consejería de sanidad de la Comunidad Autónoma.

OBJETIVO: Describir la evolución de los incidentes notificados en CISEM en una UCI de 24 camas de un hospital de tercer nivel.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo y descriptivo, desde enero 2016 a diciembre 2021. Se ha incluido todas las notificaciones recogidas en CISEM durante el periodo de estudio. Variables: profesional que notifica, turno del evento y tipo de incidente. Análisis descriptivo con totales y porcentajes.

Resultados/Intervenciones

Durante los 6 años motivo de estudio, hemos obtenido 1065 notificaciones en el hospital, de las cuales 736 (69%) fueron considerados incidentes. En UCI, 303 notificaciones y 257 (85%) incidentes. El 74% de los incidentes han sido notificados por enfermeras, 13% por médicos. El 40% se producen por la tarde, 35% en la mañana. En cuanto al tipo de incidente, los relacionados con el equipamiento suponen el 30,3%, con continuidad asistencial el 23,7% y con gestión organizativa el 16,7%. Presentamos los resultados desglosados por años en la tabla.

Conclusiones

Las notificaciones de incidentes están descendiendo tanto en el hospital como en UCI, siendo más acusado en los últimos dos años, probablemente relacionado con la pandemia. Los incidentes notificados en UCI suponen un alto porcentaje del total de incidentes del hospital, posiblemente relacionado con ser un servicio pionero en la seguridad del paciente y disponer de un grupo de seguridad con 11 años de experiencia. Los incidentes son notificados principalmente por enfermeras y es en la tarde donde más incidentes se notifican.

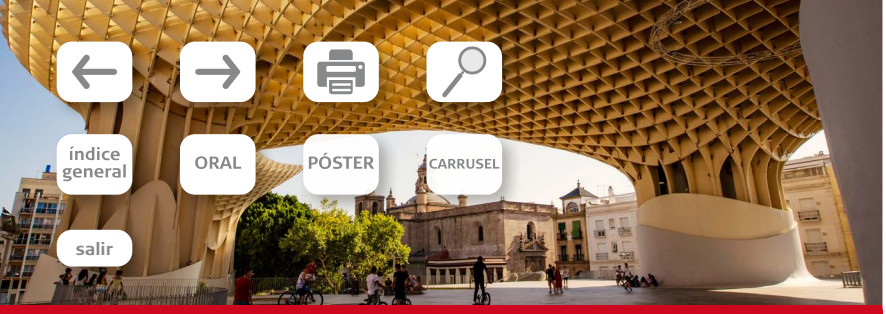
Financiación

Este estudio no ha obtenido ninguna financiación

Palabras clave

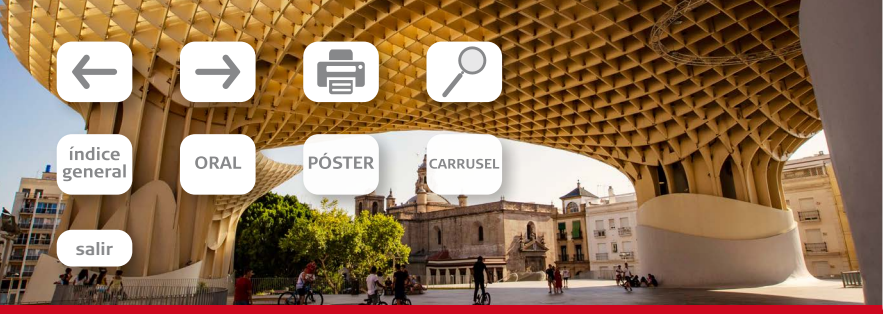
seguridad del paciente • sistema de notificación • cultura de seguridad

sigue –>



Comunicaciones orales

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hospital, n						
Notificaciones	94	284	216	220	118	133
incidentes	**68**	**179**	**135**	**168**	**84**	**102**
UCI, n						
Notificaciones	32	111	75	64	28	22
Incidentes	22	73	56	56	28	22
profesional notificante, n						
Enfermera	8	48	45	42	19	15
TCAE	10	5	4	4	-	1
Celador/a	-	2	-	4	-	-
Médico/a y MIR	-	8	4	7	9	4
Turno del incidente, n						
mañana	5	22	19	23	11	8
tarde	13	35	24	15	8	7
noche	3	16	13	17	9	6
Tipo de incidente, n						
Continuidad asistencial	1	17	13	16	9	5
Cuidados del paciente	2	4	3	2	4	4
Dispositivos	-	27	21	17	11	2
Gestión	13	19	8	2	-	1



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. *Sala España 1+2*

ID 295

INCIDENCIAS DE SEGURIDAD DECLARADAS EN UCI POR LOS PROFESIONALES: ANÁLISIS POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Janire Irigoein Aguirre; M. García Corres; M. Martín Martínez; C. Rodríguez Núñez; A. Iglesias Rodríguez; D. Muñoz Martín; A. Remon Moraza; N. Mingo Elguea; B. Fernández Rubio; MT. Ruiz Armentia
Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu)

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). Enero-octubre 2021. Variables: tipo de incidente, profesional que notifica, mes de notificación, evitabilidad, si produjo daño, gravedad y medidas correctoras. 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 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

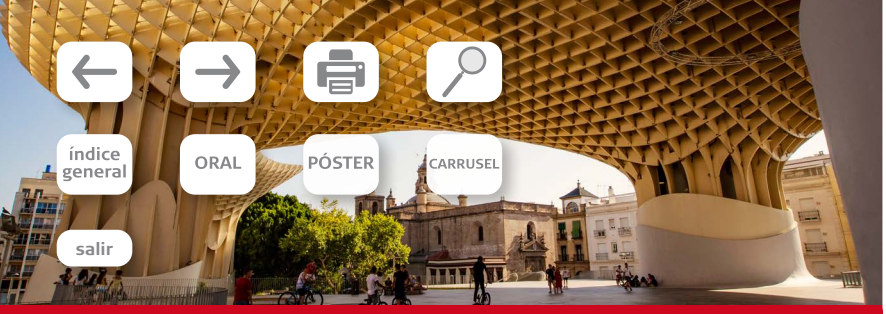
Se declararon 111 incidentes relacionados con dispositivos (22,92%); protocolos (21,87%); comunicación equipo (16,67%); formación (9,38%); RRHH (7,29%); fármacos (6,25%); emergencias (3,12%); otros (12,5%). En un 99.09% fueron evitables y en un 63,06% llegaron al paciente los incidentes, sin causar daño grave en un 97,29%. Según gravedad, fueron leves 43,24%, moderados 54,95% y graves 1,81%. La mayoría de incidentes fueron declarados por enfermeras (82,88%) y la época de menor declaración fue durante el período vacacional de verano.

Conclusiones

- Somos un colectivo implicado en la declaración de incidentes para mejorar la seguridad del paciente.
- Dispositivos, protocolos y comunicación con el equipo 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 • UCI



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. ***Sala España 4+5***

ID 15

EVOLUCIÓN ENCUESTAS SATISFACCIÓN 2016-21 H. U. VIRGEN MACARENA

Francisco J. Arroyo; J. Gómez Ramírez; MC. González Delgado; MD. González Caro; J. Garnacho Montero
H. U. Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

La hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se considera una situación de crisis para paciente/familia, de ahí el interés creciente en satisfacer sus necesidades. Los familiares suelen pasar un tiempo considerable en UCI y su evaluación sobre la calidad de la atención al paciente se correlaciona con las evaluaciones de los mismos. Es razonable utilizar información de la familia para evaluar la atención paciente/familia. Uno de los métodos utilizados son las encuestas de satisfacción. En los últimos años hemos implementado mejoras siguiendo el análisis de éstas, es momento de hacer balance.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo longitudinal. Utilizamos una encuesta validada que se entregó al alta al familiar de los pacientes con estancia superior a 24h. Se recopilan variables sociodemográficas, satisfacción relacionada con la identificación del profesional, información recibida, grado de confort del paciente, sala de espera y visitas. Se dejan preguntas abiertas para observaciones de mejora. Se entregan encuestas durante un mes cada año. Analizamos el período comprendido 2016-2021; 763 altas, recopilando un total de 385 encuestas.

Resultados/Intervenciones

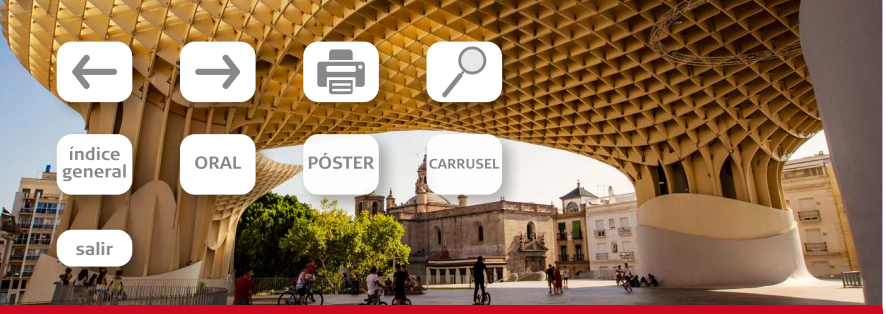
- Perfil del cuidador suele ser hija de 50 años trabajadora.
- Box del paciente se considera aceptable, sin embargo, como medida de disconfort destaca el ruido.
- Nombres de personal médico y enfermería es conocido en 57%/48% respectivamente.
- Relación con enfermería fluida 92%.
- Información médica recibida con claridad 94%, de los cuidados enfermería 85%; sobre aparatos y alarmas 52%.
- El horario ampliado se ha ofrecido en el 76% de los pacientes, siendo aceptado por el 84% de los familiares.
- La valoración global es de 8,97.

Conclusiones

La ampliación de las visitas es considerada como un aspecto positivo, ayuda al bienestar del paciente y minimiza la experiencia traumática de la enfermedad. Debemos completar la información proporcionada con aclaraciones sobre el aparataje y alarmas, facilitar el conocimiento de nuestros nombres y minimizar el ruido en la unidad.

Palabras clave

Satisfacción • Encuestas • Familiares • Pacientes • Cuidados • Intensivos



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. ***Sala España 4+5***

ID 17

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CRÍTICOS AL ALTA DEL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL RIBERA POVISA, SEGUIMIENTO POST-UCI

Raquel Broullón Dobarro
Hospital Ribera Povisa

Objetivos/Introducción

En la actualidad trabajamos optimizando los cuidados de nuestros pacientes en UCI para disminuir las secuelas inherentes a los tratamientos que la unidad comporta (Humanización, control del delirio, fisioterapia precoz, Bacteriemia zero, Neumonía Zero...)

El objetivo del programa de seguimiento activo post-alta UCI que queremos implantar en nuestra unidad, es que el proceso de continuidad asistencial se siga desarrollando tras el alta de UCI con el apoyo y el soporte que el paciente necesite para minimizar y detectar los problemas y secuelas relacionadas con esta estancia como es el PICS (Síndrome post cuidados intensivos) evitando los continuos reingresos de estos pacientes.La creación de este programa se enmarca dentro de una de las líneas estratégicas del proyecto HUCI según el cual la atención del paciente crítico va más allá del momento agudo.

Metodología/Observación clínica

El proyecto comienza en la UCI: Detectar a los pacientes que van a necesitar ese seguimiento a través de items establecidos (ventilación mecánica, estancia, sedación, sepsis...). Establecer la frecuencia del seguimiento comenzando con una entrevista en planta antes de su alta hospitalaria y consultas sucesivas según sus necesidades. Formar el equipo de profesionales. Establecer hoja de registro. Establecer tiempo de consulta. Dominios básicos a evaluar para detectar PICS, disfunciones físicas y/o cognitivas, a través de escalas aprobadas cientificamente. Se formaría un grupo de trabajo para unificar criterios

Resultados/Intervenciones

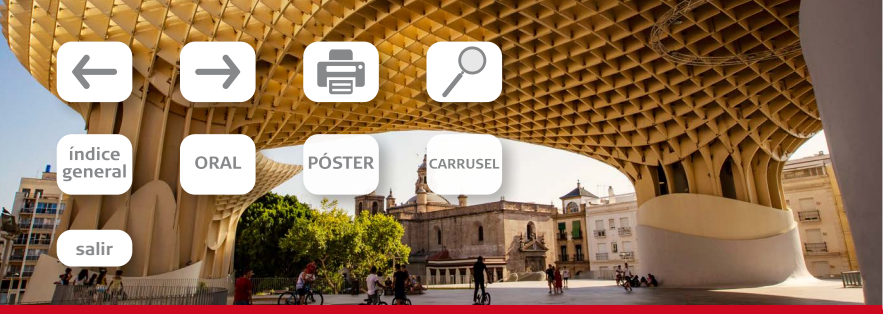
Los resultados los obtendremos con la puesta en marcha de nuestro programa. Analizando los resultados de escasos estudios hasta ahora, se detecta que con este proyecto: Aumenta el grado de satisfacción de pacientes y familiares. Disminuyen los reingresos. Se obtienen datos que nos ayudan a mejorar los protocolos UCI y actura de forma proactiva. Disminuye la morbilidad psiquiátrica (TEPT)

Conclusiones

El PICS no deriva de la patología de base que lleva al paciente a la UCI, por eso se crea la necesidad de un seguimiento post-Uci para abordar estos trastornos de forma pro y reactiva.

Palabras clave

PICS • humanización • calidad asistencial • seguimiento post-UCI • calidad de vida • prevenir y tratar



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala España 4+5*

ID 57

PRODUCCIÓN AUTOMÁTICA DE INDICADORES DE CALIDAD A PARTIR DE DATOS RECOGIDOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Xavier Teixidó Huertas; J. Gómez Alvarez; M. Bodi Saera; A. Rosas Ruiz; J. Esteve Ferran; D. Cuadrado Gómez
Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

Objetivos/Introducción

En los últimos años, los indicadores de calidad (QI) són cada vez más usados para medir i comparar procesos y resultados con el objetivo final de mejorar la atención. Por otra parte, la incorporación de los sistemas de información clínica (CIS) en las UCI ha permitido la introducción de datos, sustituyendo así la recogida de datos manual, más costosa e insatisfactòria. En nuestra UCI, hemos desarrollado una herramienta que puede extraer, automáticamente, datos a partir de unos formularios preconfigurados incluidos en el (CIS) y que son cumplimentados por los profesionales sanitarios, y así, generar algunos de los QI incluidos en los indicadores de calidad del enfermero crítico de la SEMICYUC, en este caso, aquellos en los que el papel de la enfermería es más relevante.

Metodología/Observación clínica

Se diseñó y automatizó un proceso de Extracción Transformación y Carga (ETL) usando Python 3.0 que se encarga de extraer los datos crudos de la base de datos del Sistema de Información Clínica (SIC) de nuestra UCI (Centricity Critical Care® de GE), agregarlos, y cargarlos en una nueva base de datos de tecnología Orcale del Institut Català de la Salut (ICS). Posteriormente, con la herramienta Information Desgin Tool® (IDT) de SAP, se especifican las relaciones de los datos que permitirán construir la capa front-end en SAP Bussiness Objects® (SAP-BO), dentro del entorno tecnológico corporativo del ICS. Finalmente se construye el informe dinámico que permite al clínico explorar los datos de forma autónoma e intuitiva.

Resultados/Intervenciones

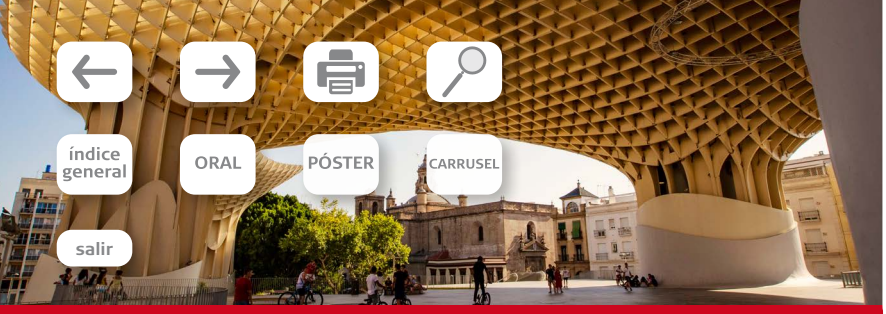
Los resultados conseguidos nos muestran que los QI analizados mediante la herramienta cumplen los estándares propuestos por nuestra sociedad científica nacional.

Conclusiones

Una herramienta que permite obtener automáticamente un conjunto de IQ, ahorra tiempo, garantiza la calidad de los datos y controla y mejora procesos, hecho que permite orientar las actividades de mejora mediante el control de resultados.

Palabras clave

Indicadores de calidad • Sistema de información clínica



Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. ***Sala España 4+5***

ID 220

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; A. Sánchez Martínez[2]; JM. Martínez Oliva[3]
1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. SMS. IMIB-Arrixaca; 2. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería. Campus Mare Nostrum. UMU, Servicio Murciano de Salud. Universidad de Murcia; 3. UCI HGU Reina Sofía. SMS. Facultad de Enfermería de la UMU

Objetivos/Introducción

Las urgencias vitales y la parada cardiorrespiratoria son situaciones inesperadas que se pueden presentar en cualquier lugar. La obtención de resultados favorables en estas ocasiones viene determinada por la rapidez en la prestación de cuidados y actuación eficaz. En esta cadena intervienen, entre otros factores, la existencia de los medios y recursos materiales necesarios (medicación, material fungible y aparataje). De aquí la importancia del perfecto estado del carro de parada.

OBJETIVO: determinar el nivel de cumplimiento del protocolo de revisión y control de los carros de parada ubicados en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo y longitudinal Lugar: UCI de un hospital general universitario de nivel II. Tiempo: 366 días del 2020. Desarrollo: se utilizaron las hojas de registro para la revisión diaria de dos carros de parada ubicados en la UCI. El análisis de datos se llevó a cabo mediante el software IBM Statistics SPSS v24.Se aplico media y DE para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para cualitativas. Chi2 en inferencia estadística aceptando significación estadística si $p<0,05$. Normas éticas: se han cumplido la protección de datos, y del derecho a la intimidad de las personas participantes según la normativa vigente.

Resultados/Intervenciones

Registros analizados 732. El nivel de cumplimiento del protocolo fue de un 60%. En referencia a las incidencias registradas, estas supusieron un 25,7%; de las cuales fueron repuestas un 6%. Hay significación comparando meses del año y revisiones realizadas, así como mes y firma, con $p<0,01$. No ha diferencias entre el carro A y B.

Conclusiones

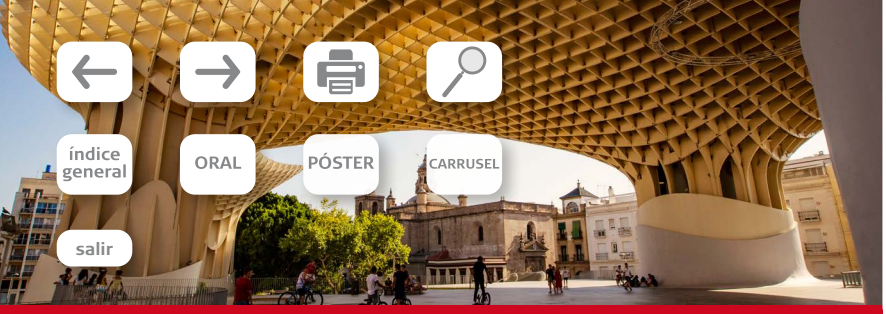
Al comparar los resultados obtenidos con un estudio realizado en el año 2015 en la misma unidad se ha comprobado que el grado de cumplimiento es similar, pero siguen siendo bajos, por lo que se propone el establecer un plan de mejora.

Financiación

No ha existido ningún tipo de financiación

Palabras clave

Reanimación cardiopulmonar • Paro cardiaco • Cuidados críticos • Kit de emergencia



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala España 4+5*

ID 27

ESTRATEGIAS PUESTAS EN MARCHA PARA EL ABORDAJE DE LA PANDEMIA DE SARS-COV2 EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE (SEVILLA)

María del Carmen Jiménez Estrada; A. Granados Godoy; ML. Quintero Solis; MP. Rodríguez Lara
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla

Objetivos/Introducción

- Evaluar la percepcion de las estrategias implementadas para el abordaje de la pandemia en el Servicio de Cuidados Criticos y Urgencias.
- Valorar grado de satisfaccion por la formacion recibida.
- Medir desgaste profesional con el uso de escala validada.
- Identificar debilidades y fortalezas.
- Establecer futuras líneas de trabajo.
- Promover cultura de seguridad e importancia de la evaluacion continua del este proceso.

Metodología/Observación clínica

Se instauran en nuestro servicio lineas de trabajo para abordar y minimizar el impacto de la pandemia en el area de Cuidados Criticos. Se llevan a cabo las siguientes iniciativas:

- Formacion en Cuidados Criticos.
- Formacion mediante talleres de colocacion de EPIs (Equipos de proteccion individual).
- Valoracion de competencias profesionales a los trabajadores del servicio.
- Mejorar canales de informacion, generando conocimiento, videos y protocolos.
- Encuesta de satisfaccion de medidas implementadas (41 preguntas en total, de las cuales 37 son cerradas y 4 abiertas).
- Valoracion del desgaste profesional mediante Cuestionario validado Maslach Burnout Inventory.

Resultados/Intervenciones

Se establecen las siguientes lineas de trabajo:

- Reuniones matinales de acto de decisiones compartidas.
- Reubicacion de profesionales segun competencias en areas criticas.
- Plan de formacion:
  - Autoevaluacion de competencias
  - Formacion en talleres niveles intermedio y avanzado: 63 profesionales.
  - Formacion talleres practicos presenciales en UCI: 32 profesionales.
  - Creacion de herramienta informatica en formato Blog para profesionales de enfermeria con el fin de aglutinar procedimientos, protocolos, guias, tutoriales, videos, etc. (201 entradas en el blog y 37 videos elaborados por profesionales). https://blogs.hsjda.es/profesionalesenfermeria/.
  - Canales de informacion (Whatsapp, email)
  - Asistencia por parte de la psicologa hospitalaria.

Conclusiones

La puesta en marcha de estrategias minimiza el impactone negativo ante una situacion desconocida y estresante. Valoracion positiva por parte de los profesionales de las estrategias implementadas previo y durante la primera fase de la pandemia, aumentando seguridad y calidad en la aplicacion de los cuidados.

Palabras clave

Pandemia • Estrategias • Cuidados Criticos

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Comunicaciones orales

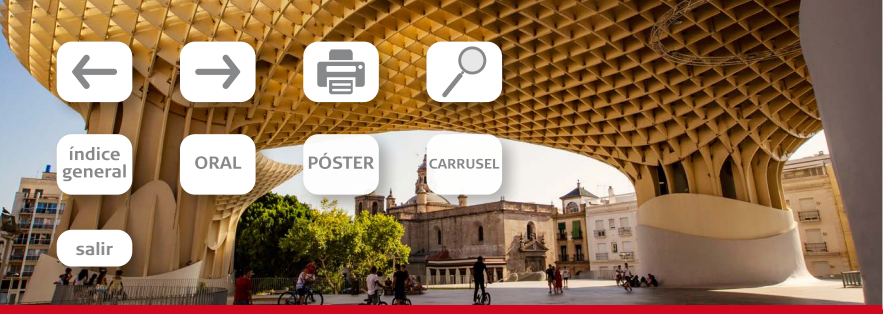
ANEXO RESULTADOS

Encuestados totales 128 profesionales = 64% del área de expansión

El 73% considera que las enseñanzas recibidas han sido útiles para aumentar y enriquecer su formación profesional.

El 67 % considera desenvolverse adecuadamente en el manejo de pacientes críticos tras haber recibido las actividades formativas puestas en marcha.

Las actividades formativas merecen una valoración global es excelente en un 59%.



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala España 4+5*

ID 146

DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE GESTIÓN EN UCI GUIADO POR INDICADORES ENFERMEROS DE CALIDAD

César Rodríguez Núñez[1]; I. Arce Gómez[2]; MJ. Rodríguez Borrajo[1]; D. Muñoz Martín[1]; A. Iglesias Rodríguez[1]; J. Irigoein Aguirre[1]; M. García Corres[1]; M. Martín Martínez[1]; R. Garrido García[1]; I. Beistegui Alejandre[1]
1. Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu); 2. Hospital Universitario Araba (Sede Santiago)

Objetivos/Introducción

Las enfermeras gestoras en UCI tienen una importante labor en la planificación, desarrollo y evaluación estándares de calidad. Un sistema de monitorización mide y evalúa, de forma periódica, aspectos relevantes de la calidad en gestión enfermera, mediante el uso de indicadores que constituyen la unidad básica de un sistema de motorización.

OBJETIVO: Describir aspectos conceptuales aplicados en el diseño y construcción de un modelo de gestión de indicadores de enfermería en UCI Evaluar dichos indicadores.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en la UCI Hospital Universitario Araba durante 2019-2020 Se diseña un plan de gestión con indicadores de calidad de forma secuencial, con uso e implementación de las medidas de desempeño y construcción de fórmulas. Se establecen aspectos del plan de evaluación de indicadores de calidad en gestión enfermera: definición, formula, fuente de información, valor de referencia estándar u objetivo a alcanzar, frecuencia y periodicidad de evaluación, responsable/es registro, responsable/es validación y evaluación, observaciones, dimensión MGA. Se realizó una parrilla de evaluación de indicadores como herramienta de retroalimentación para la supervisión UCI. Análisis estadístico descriptivo con SPSS versión23.0.

Resultados/Intervenciones

Se determinaron 19 indicadores de calidad enfermera en gestión. Se establecieron 61 acciones a seguir con 29 actividades prioritarias. Los responsables de la evaluación se establecieron 5 en pilares según áreas (grupos de trabajo, Supervisión UCI, Lideres BPSO, Referentes expertos de UCI y tutores de alumnos) El grado de cumplimiento global en el año 2020 fue del 73% frente al 27% de no cumplimiento.

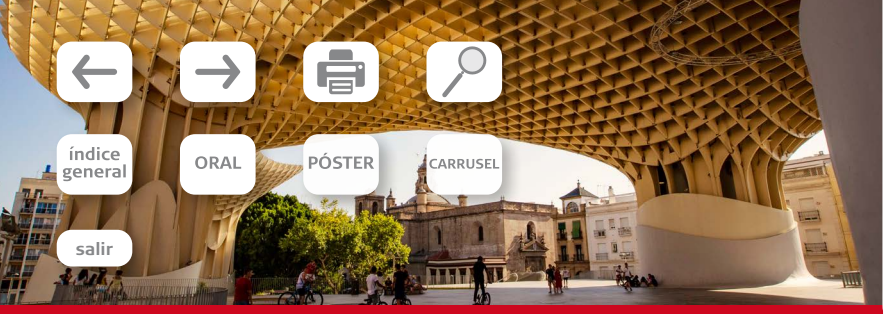
Conclusiones

Se observa un nivel global medio-alto de cumplimiento de los indicadores de calidad propuestos. Es posible, junto a otros factores que la pandemia ha limitado la consecución de los estándares propuestos inicialmente. Nos proponemos alcanzar el 90% de cumplimiento es los años siguientes. Un plan de gestión guiado por indicadores de enfermería mejora la calidad de los cuidados.

Palabras clave

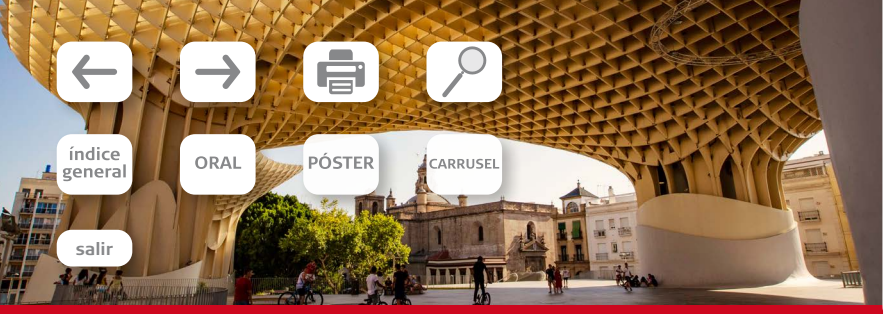
UCI|gestion • indicadores de calidad

sigue –>



Comunicaciones orales

Nº	AMBITO	ACCIÓN A SEGUIR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA
1	REUNIONES	Reuniones de equipo para presentación plan de gestión de la UGC.	Reunión presentación Reunión seguimiento. Reunión evaluación anual.	Supervisión UCIs	MARZO'20 SEPTIEMBRE'20 ENERO'21
2	INDICADOR UNIDAD	Plan de Humanización de la UCI.		GT-Humanización	ANUAL
		2.1.PACIENTES	Consulta de seguimiento post-UCI		
		2.2.FAMILIARES	ESCUELA FAMILIARES		
		2.3.PROFESIONALES	PROYECTO H-ICAIRD.		
3	METAVISIÓN/ICCA PHILIPS	3.1. Diseño de herramienta estandarizada para evaluación de historias clínicas	1 unificada	Supervisión UCIs	MARZO'20
		3.2.Evaluación de historias clínicas.	4 revisiones/sede/año	Referentes ICCA PHILIPS	ANUAL
		3.3 Elaboración y presentación de 1 caso clínico/sede	1/sede		
		3.4. reuniones de equipo para mejora del uso de la herramienta	1/sede		
4	PROYECTOS CORPORATIVOS	BPSO		Líder BPSO/sede	Anual
		SUEÑON		GT-Analgosedación	
		PROYECTOS ZERO		GT-Infecciosas	
5	MOVILIDAD A PIE DE CAMA: GRICODE	Mejora de la usabilidad de GRICODE por los profesionales		Referentes GRICODE	Anual
6	SEGURIDAD	Reuniones GT-Seguridad multidisciplinar		GT-Seguridad	Trimestral
		ACR			
		Plan de acción: boletines trimestrales			
7	GRIPE	Difusión campaña vacunación		Supervisión UCIs	OCT/NOV'20
8	HERIDAS CRÓNICAS	Formación actualización en prevención y tratamientos Heridas Crónicas en UC	1/sede	GT-Heridas Crónicas	
		SENSIBILIZACIÓN A LOS PROFESIONALES:difusión de tasas de incidencia.		Supervisión UCIs	Semestral
		Valoración registro diario de Riesgo de UPP: Escala Braden.		GT-Heridas crónicas.	Diaria
9	CAIDAS	Revisión incidencia caídas		Supervisión UCIs	Anual
		Diseño lista verificación rondas de seguridad.			MARZO'20
		Ronda seguridad de caídas			Semestral
		Informe de seguimiento			Anual
10	DOLOR	Detección del dolor al ingreso mediante ESCID/EVN.	Corte prevalencia durante el primer semestre	Supervisión UCIs	Trimestral
			Tasa de registro por al ingreso ESCID/EVN	Supervisión UCIs	Semestral
		Valoración diaria del dolor por 2 veces/turno mediante ESCID/EVN.			Semestral
		Valoración intensidad del dolor			



Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala España 4+5*

ID 73

PERFIL DEL PACIENTE CRÍTICO CON NECESIDAD DE GESTIÓN DE CASOS AL ALTA HOSPITALARIA

Gema Tenor Salas; G. Llanes Fernández de la Cueva; D. Bejarano Álvarez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

La planificación del alta hospitalaria es una de las intervenciones más frecuentes de las enfermeras gestoras de casos(EGC). Dependiendo de las características y necesidades de los pacientes críticos, podrían requerir de la atención de esta enfermera de práctica avanzada tanto para la transición de la Unidad de Cuidados Críticos(UCI) a planta de hospitalización, como para el alta al domicilio.

OBJETIVO: Describir el perfil de pacientes críticos que precisan planificación del alta hospitalaria

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo realizado en el servicio de Medicina intensiva del Hospital Juan Ramón Jiménez, de Enero 2021 a Enero 2022.

Resultados/Intervenciones

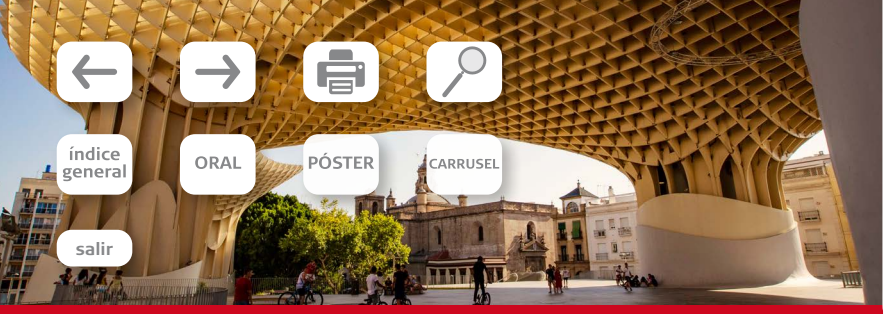
9 pacientes ingresados en la UCI han precisado de la EGC para la planificación del alta. 78% hombres con edad media de 52 años. El 56% de la especialidad de neurocirugía La estancia media de ingreso en UCI fue de 41.33 días y en planta de 39,6. El Barthel basal medio de los pacientes al alta de UCI fue de 10 frente al Barthel medio antes del ingreso de 100. El 78% de los casos tuvieron una complejidad elevada, según el índice de Brass, con una media de 21 puntos. El 89% de los pacientes tenía soporte familiar para los cuidados. En el 66.6% de los casos el destino al alta fue el domicilio, 22.2% a otros hospitales y 1 paciente falleció. Intervenciones más frecuentes de la EGC: Asesoramiento y planificación del alta(100%) Derivación a EGC de Atención Primaria(88%) Apoyo emocional y en la toma de decisiones(77%) Dispositivos al alta: 77.7%sonda vesical 55.5%traqueostomía al alta 55.5%PEG.

Conclusiones

El conocimiento del tipo de paciente crítico que puede precisar planificación del alta hospitalaria, favorece la derivación temprana a la EGC que además de poder empezar a trabajar con el paciente y la familia, conseguirá una transición del paciente a planta de hospitalización, coordinada y efectiva. Se hace necesaria más investigación para examinar los resultados de la intervención de las EGC con los pacientes críticos.

Palabras clave

Enfermera practica avanzada • gestores de casos



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala España 4+5*

ID 197

IMPLANTACIÓN DE UN EQUIPO DE ACCESO VASCULAR DESDE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA TODO EL HOSPITAL

Manuel Baeza; MC. Antolino Escribano; MR. Nuñez Cánovas; J. Azorín Rodriguez; R. Jiménez Alcaraz
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos/Introducción

Existe un crecimiento importante en el uso de Catéteres Centrales de Inserción Periférica puesto que cada vez hay mayor preocupación por aumentar la seguridad del paciente. Este aumento y la creciente preocupación del hospital por mejorar los estándares de calidad asistencial y seguridad del paciente, nos han llevado a la creación de un equipo de inserción y acceso vascular. Los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, hasta octubre de 2021 canalizaban las peticiones de acceso central del resto del hospital y sobre estos catéteres posteriormente no se realizaba ningún seguimiento, por ello en octubre de 2021 se creó un equipo de inserción y acceso vascular que estando adscrito a la unidad de cuidados intensivos únicamente se dedica a la inserción, cuidado y control de los mencionados dispositivos.

OBJETIVOS: Presentar la implantación del equipo de inserción y acceso vascular de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y sus resultados hasta el momento.

Metodología/Observación clínica

Se presenta una descripción de la trayectoria de implantación del equipo y sus resultados desde el 1 de octubre al 31 de diciembre de 2021.

Resultados/Intervenciones

El 1 de octubre de 2021 comenzó el funcionamiento del equipo compuesto por dos enfermeras de práctica avanzada y una técnico en cuidados auxiliares de enfermería, desde ese momento se han implantado 151 PICC (16 para hospitalización a domicilio) y 27 líneas medias.

Conclusiones

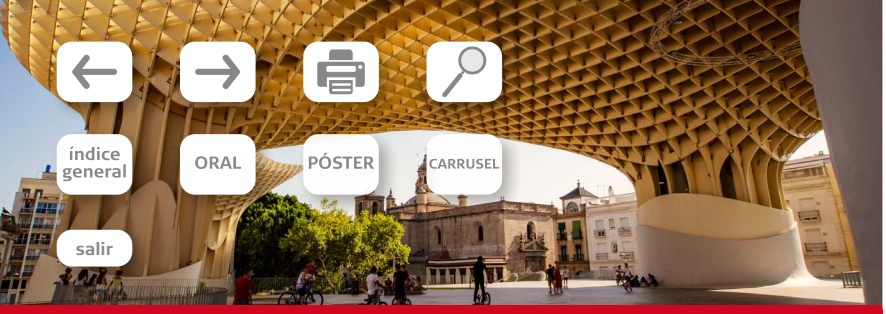
Se ha conseguido proporcionar una inserción de calidad y unos cuidados exquisitos en el uso de estos dispositivos aumentando la satisfacción de los pacientes y el personal. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de formar profesionales en la implantación y cuidado de estos dispositivos y la inclusión de los equipos de acceso vascular en las organizaciones.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Enfermera • Acceso venoso • UCI



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES X. *Sala Giralda*

ID 12

EFICACIA DE LOS ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS (AGHO) FRENTE A APÓSITOS HIDROCOLOIDES (AHC) EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES CRÍTICOS SOMETIDOS A DECÚBITO PRONO (DP): ESTUDIO PILOTO

Leire Maculet; M. Camós Ejarque; JJ. García Muñoz; P. Guerra-Librero de Hoyos; J. Buenavida Camarero; A. Izquierdo Alarcón; M. Bragado León; P. Ramos Ávila
Hospital Universitario Puerta de Hierro

Objetivos/Introducción

Evaluar la eficacia del uso de AGHO comparada con el uso de AHC en la prevención de aparición de UPP en pacientes críticos sometidos a DP.

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico controlado aleatorizado que compara Grupo AGHO frente Grupo AHC. Pacientes ingresados en UCI, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) (Madrid), a los que se les prescribe maniobra de decúbito prono (DP), que no presenten UPP previas, con consentimiento firmado. Aleatorización mediante listado de números pseudo-aleatorios (Epidat 3.1.). Reparto ciego (sobres sellados). Todos recibieron cuidados de higiene/hidratación (Protocolo Unidad) previo al DP. Posteriormente, se realizaron los cuidados específicos según Grupo AGHO/AHC (Protocolo Cuidados Prono). Cada paciente tenía a pie de cama una infografía con cuidados para asegurar la continuidad (AGHO/AHC). Los cuidados se replicaron en cada sesión de DP. Variable resultado principal: aparición UPP; localización, extensión, gravedad (GNEAUPP). Cuaderno Recogida Datos (CRD): variables perfil paciente, clínicas, tratamiento, cuidados, complicaciones por DP, eventos adversos relacionados con AGHO/AHC. Análisis descriptivo en estudio piloto. Se cuenta con aprobación CEIm HUPHM.

Resultados/Intervenciones

Se captaron, hasta el momento, 30 pacientes (2 no otorgaron consentimiento, 3 excluidos por falta datos). De 25 pacientes: 17 (68%) hombres, 8 (32%) mujeres. Edad media 59 (39-74). 21 (84%) tuvieron diagnóstico relacionado con complicaciones del SARS-COV-2. Media de DP de 2,9 (1-8). Grupo AGHO: 10; Grupo AHC: 15. Desarrollaron lesiones de distinta gravedad 15 pacientes: 9 (90%) AGHO, 6 (40%) AHC.

Conclusiones

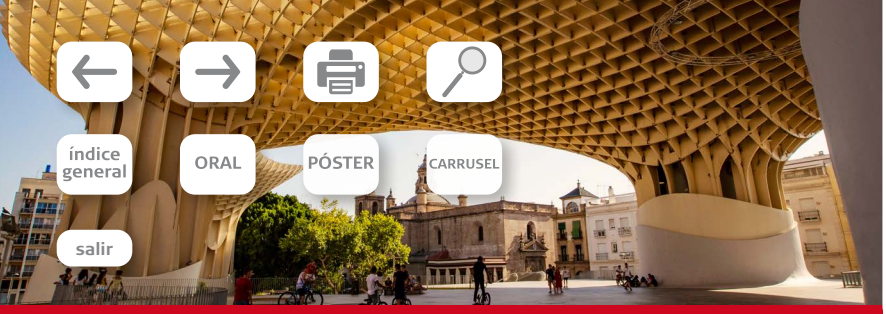
Hubo mayor incidencia de UPP en pacientes sometidos a DP del Grupo AGHO que del Grupo AHC. El estudio piloto permitió garantizar la calidad de los procedimientos: inclusión, aleatorización, aplicación cuidados en AGH/AHC, recogida datos en CRD, entrenamiento equipo.

Financiación

No se ha obtenido financiación hasta el momento.

Palabras clave

Posición prona - Prone Position • Cuidados de Enfermería - Nursing care • Úlcera por presión - Pressure ulcer • Ácidos grasos - Fatty acids • Prevención - Prevention • Cuidados críticos - Critical care



Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES X. ***Sala Giralda***

ID 113

LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA EN EL PACIENTE CRÍTICO PRONADO. ESTUDIO DE INCIDENCIA

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

Objetivos/Introducción

Determinar la incidencia de lesiones relacionadas con la dependencia (LRD) en pacientes en decúbito prono (DP) e identificar los factores predisponentes.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo-longitudinal (marzo-octubre 2021) en una UCI polivalente. Se incluyeron pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva y DP sin lesiones al ingreso. Se registraron los 3 tipos de LRD (úlceras por presión (UPP), lesiones por humedad (LH) y fricción), variables demográficas, diagnóstico, estancia, episodios en DP, cambios posturales, APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System), prealbúmina al ingreso, índice de masa corporal (IMC), diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, enfermedad vascular periférica (EVP), drogas vasoactivas, escala Braden y exitus. Análisis bivariante: prueba de X2, t-Student o U de Mann-Whitney. Multivariante: regresión logística.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 49 pacientes y se realizaron 170 DP. Aparecieron 41 lesiones en 22 pacientes(44,9%, IC95%:31,6-58,7). El 63,4% UPP (73,1% faciales;76,9% categoría II), el 12,2% LH (60%inguinales;60%categoría II) y el 24,4% fricción (50% torácicas;70% categoría III). La mediana de edad del grupo con lesiones(GCL) fue de 66,5[61,8-71,3] frente a 64[43-71] años del grupo sin lesiones(GSL), p=0,04. El 80% del GCL tenía EVP frente al 20% del GSL, p=0,03. La mediana de horas totales en DP del GCL fue 96,9[56,1-149,4] frente a 38,2[18,8-57] del GSL, p<0,001. El tiempo entre cambios posturales en el GCL tuvo una mediana de 6,9 [5,2-9,4]horas y el GSL de 5,6[4,9-6,5], p=0,01 (Tabla 1). El análisis multivariante seleccionó horas totales en DP(OR=1,03;IC95%:1,01-1,05) y la EVP(OR=8,9;IC95%:1,3-58,9) como factores predisponentes para desarrollar LRD.

Conclusiones

Existe una elevada incidencia de LRD en DP, aunque de baja severidad. Son mayoritariamente UPP, sin embargo también aparecen LRD de otras etiologías. Las horas acumuladas en DP y la EVP favorecen su desarrollo. El intervalo entre cambios posturales fue significativamente mayor en los pacientes que presentaron lesiones, disminuirlo podría ser una medida para bajar la incidencia.

Palabras clave

lesiones cutáneas • posición prona • incidencia • factores predisponentes • cuidados intensivos

sigue –>

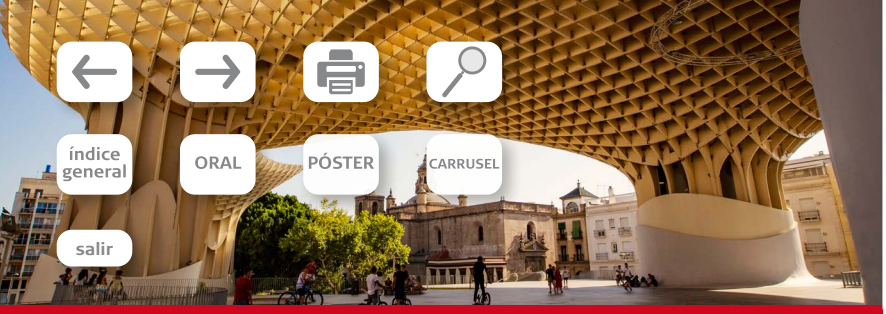
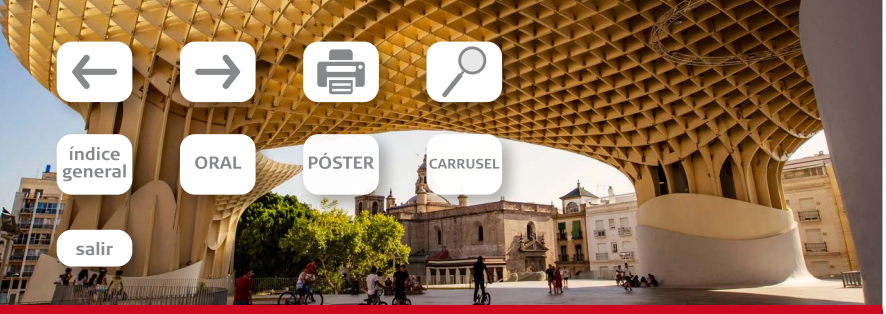


Tabla 1. Características de los pacientes estudiados

	Total N=49	Grupo sin lesiones n=27	Grupo lesiones n=22	Valor p
Edad (años) mediana [Q1-Q3]	66[54-71]	**64[43-71]**	**66,5[61,8-71,3]**	**0.04**
Hombres n(%)	31(63,3)	18 (58,1)	13 (41,9)	0,6
Estancia (días) mediana [Q1-Q3]	14[9,5-26,5]	14[7-25]	14[10,8-28]	0,4
Diagnóstico n(%)				
• COVID	37(75,5)	19 (51,4)	18(48,6)	
• Neumonía	8(16,3)	4(50)	4(50)	
• TEP	1(2,0)	1(100)	0	0,7
• Shock cardiogénico	1(2,0)	1(100)	0	
• Intox. quetiapina	1(2,0)	1(100)	0	
• Pancreatitis	1(2,0)	1(100)	0	
Apache (puntos) mediana [Q1-Q3]	14[9-16,5]	13[9-16]	14[10,8-17]	0,3
Diabetes n(%)	17(34,7)	7 (41,2)	10(58,8)	0,2
HTA n(%)	30(61,2)	14 (46,7)	16(53,3)	0,1
Enfermedad vascular periférica n(%)	10(20,4)	**2 (20)**	**8(80)**	**0,03**
Tabaquismo n(%)	16(32,7)	8(50)	8(50)	0,6
IMC media(DE)	30 (4,9)	31,2(4,5)	30,0 (5,3)	0,4
Obesidad n(%)	29(59,2)	17(58,6)	12(41,4)	0,6
Prealbúmina(mg/d) mediana [Q_1-Q_4]	13,5[8,2-23]	13,9[8,4-24,9]	12,6[7,8-20,9]	0,6
Prealbúmina <15 n(%)	27(55,1)	15(55,6)	12(44,4)	0,9
Exitus n(%)	19(38,8)	8(42,1)	11(57,9)	0,1
Tiempo total en prono(horas) mediana [Q_1-Q_4]	54,7[31,5-106,5]	**38,2[18,8-57]**	**96,9[56,1-149,4]**	**<0,001**
Tiempo en cada prono (horas) mediana [Q_1-Q_4]	20,6[17,4-25,8]	19,4[16,6-28,5]	21,4[18,6-24]	0,4
Intervalo cambios posturales (horas) mediana [Q_1-Q_4]	6[5,1-8,3]	**5,6[4,9-6,5]**	**6,9[5,2-9,4]**	**0,01**
Drogas vasoactivas n(%)	42 (85,7)	23(54,8)	19(45,2)	0,9
Braden(puntos) media (DE)	8,8(1,2)	8,5(1,3)	9,2(1,0)	0,03



Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES X. ***Sala Giralda***

ID 120

INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SECUNDARIAS AL DECÚBITO PRONO EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR SARS-COV-2

Eva Pérez Juan[1]; M. Maqueda Palau[2]; JM. Gómez Arroyo[3]; C. Feliu Roig[3]; D. Sáez Romero[4]; A. Ortiz Monjo[4]
1. Hospital de Manacor; 2. Hospital Universitari Son Espases; 3. Hospital Comarcal de Inca; 4. Hospital Son Llatzer

Objetivos/Introducción

La aparición de úlceras por presión (UPP) es una de las complicaciones frecuentes del decúbito prono, debido a la presión prolongada y las fuerzas de cizallamiento.

OBJETIVOS: Comparar la incidencia de úlceras por presión secundarias a la posición del decúbito prono y explorar su localización entre cuatro Unidades de Cuidados Intensivos de hospitales públicos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo multicéntrico. Población y muestra: pacientes ingresados en las 4 UCIs diagnosticados de SARS-CoV-2 entre febrero de 2020 y mayo 2021. Criterio de inclusión: que hayan estado DP. Variables: sociodemográficas, días de ingreso en UCI, número de DP por paciente, duración de cada episodio y horas totales en DP, prevención de UPP, localización, estadio, frecuencia de cambios posturales, nutrición y aporte de proteínas. La recogida de datos se realizó a través de la historia clínica de las diferentes bases de datos informatizadas de cada hospital. Se realizó análisis descriptivo y asociación entre las variables, utilizando el programa SPSS vs.20.0.

Resultados/Intervenciones

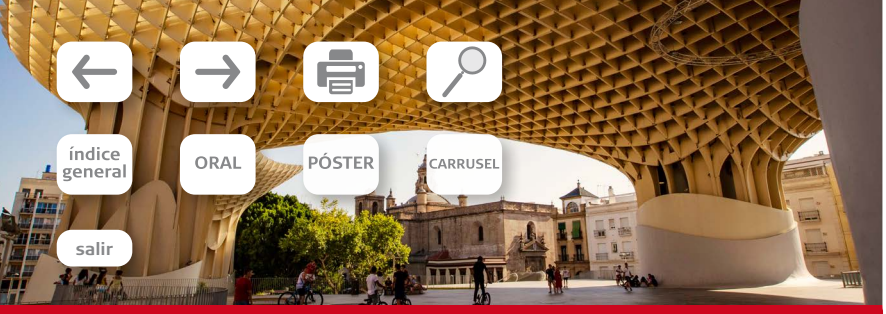
Ingresaron 574 pacientes, 43%(n=247) fueron pronados. El 69,6% fueron hombres. La edad media fue de 63,07 (±14,3). El IMC medio de 31,18 (±9,5). La estancia media en UCI fue de 33,66 días (±23,75), una mediana de 2 DP por paciente y un promedio de duración por episodio de 22,71 horas (±8,02). La incidencia de aparición de UPP fue del 56,3%. En el 76,2% apareció una UPP. La localización más frecuente fue la frente (74,9%). Existen diferencias significativas entre hospitales en cuanto a incidencia de UPP (p=0,002), localización (p=0,000) y duración media de horas por cada episodio de DP (p=0,001).

Conclusiones

La incidencia de UPP secundarias al DP fue muy elevada. Existe gran variabilidad en cuanto a incidencia de UPP entre hospitales, localización y duración media de horas por episodio de DP.

Palabras clave

Úlcera por presión • pronación • complicaciones • cuidados críticos



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES X. *Sala Giralda*

ID 221

LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DISMINUYE LA INICIDENCIA DE UPP EN PACIENTES CON SRAS-COV-2 TRATADOS CON ECMO

Laura Montes Jacobo; MT. Pérez Díez; N. Hernández; MA. García; M. Jiménez; R. Carrasco
Hospital Universitario del Vinalopo

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Existe escasa evidencia sobre la eficacia de la membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) en pacientes con síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SRAS-CoV-2). Resulta fundamental el trabajo de Enfermería en el éxito de la terapia pese a la escasez de guías de práctica clínica. La movilización precoz se ve limitada por su gravedad y el alto riesgo de complicaciones. La comorbilidad de los mismos se asocia a tasas de úlceras por presión (UPP) elevadas.

OBJETIVOS: Visibilizar la importancia de los Cuidados de Enfermería en el tratamiento y prevención de complicaciones derivadas del ECMO en SRAS-CoV-2.

Metodología/Observación clínica

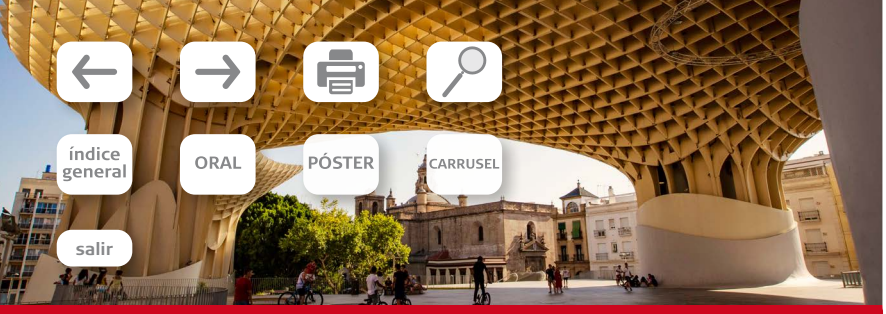
Método: Análisis descriptivo y retrospectivo de pacientes con SRAS-CoV-2 beneficiados de ECMO en la UCI del Hospital Vinalopó. Abarcó los meses comprendidos entre Marzo 2020 hasta Diciembre de 2021. Se realizó una búsqueda pormenorizada analizando variables: edad, sexo, antecedentes, días de ventilación mecánica (VM), canulación, complicaciones: paciente y ECMO, supervivencia, UPP y maniobra decúbito prono. Los datos se extrajeron de la base de datos de Enfermería de nuestra unidad.Tras el aumento SRAS-CoV-2 que precisaron ECMO, en Febrero 2021, se estandarizaron los cuidados de Enfermería mediante la elaboración de un protocolo. En él, se recogen actividades enfocadas a la prevención de UPP y movilización precoz.

Resultados/Intervenciones

Resultados: El total de pacientes con SRAS-CoV-2 ingresados fueron 132. Un 6,8% precisó implante de ECMO. El resultado de la escala APACHE medio fue de 33 (índice de gravedad alto). La supervivencia ECMO SRAS-CoV-2 fue del 44,4%.La incidencia previa de UPP en pacientes ECMO veno-venoso fue del 76,9%, y tras la instauración del protocolo, el cual enfatiza la movilización de dichos pacientes, la incidencia de UPP pasó a ser 0.

Conclusiones

- La experiencia del equipo y la estandarización de la técnica disminuye la incidencia de UPP.
- Resulta fundamental, la detección precoz y prevención de las complicaciones.



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES X. *Sala Giralda*

ID 119

ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL DECÚBITO PRONO DE LOS PROFESIONALES DE 4 UCIS DE HOSPITALES PÚBLICOS

Eva Pérez Juan[1]; M. Maqueda Palau[2]; JM. Gómez Arroyo[3]; C. Feliu Roig[3]; D. Sáez Romero[4]; A. Ortiz Monjo[4]
1. Hospital de Manacor; 2. Hospital Universitari Son Espases; 3. Hospital Comarcal de Inca; 4. Hospital Son Llatzer

Objetivos/Introducción

La colocación del paciente en decúbito prono (DP) es una técnica no invasiva que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de pacientes con COVID-19.

OBJETIVOS: Comparar los conocimientos de los profesionales de las UCIs de cuatro hospitales públicos sobre la maniobra del decúbito prono, cuidados de enfermería y eventos adversos.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo multicéntrico transversal. Población: enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores y médicos que trabajaban en las UCIs seleccionadas. Se elaboró un cuestionario ad hoc online con 22 preguntas de respuesta múltiple que exploraba variables sociodemográficas, técnica del DP, organización del equipo, cuidados de enfermería y eventos adversos durante la maniobra. La difusión se realizó de forma simultánea en los cuatro hospitales, entre mayo-junio 2021. Participación anónima y voluntaria. Se realizó un análisis descriptivo según naturaleza de las variables y comparación de grupos con el programa estadístico SPSS.vs 22.00.

Resultados/Intervenciones

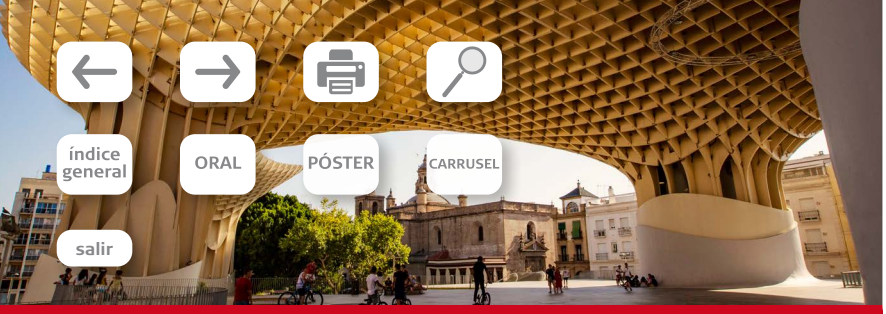
Respondieron 200 profesionales. Índice de respuesta global del 36,7%. El 72,5% fueron mujeres. El 53,3% eran enfermeras, 19,5% TCAE, 14,5% celadores y 12,5% médicos.El 91,5% respondieron que en el DP intervienen 5 profesionales, siendo el médico quien controla vía aérea (93,5%), la enfermera los accesos venosos (91,5%), TCAE 69% extremidades inferiores y la posición del celador era variable. Se observaron diferencias significativas en cuanto a la técnica utilizada, número de almohadas, acomodación y frecuencia de los cambios posturales de la cabeza, uso de apósitos para la prevención UPP ($p = 0.000$). Los eventos adversos mayormente presenciados fueron desaturación (84%) y arritmias (41%).

Conclusiones

El rol de los profesionales esta estandarizado en los cuatro hospitales. Existe variabilidad entre centros en cuanto a la técnica del DP, cuidados y prevención de UPP. Los eventos adversos más frecuentes se asocian al estado clínico del paciente y en menor proporción a la pérdida de dispositivos invasivos.

Palabras clave

úlcera por presión • pronación • conocimientos • complicaciones • cuidados críticos



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES X. *Sala Giralda*

ID 243

USABILIDAD DE UN DISPOSITIVO DE INNOVACIÓN EN T PARA POSICIONAR PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA EN PRONO

J. Pérez Sánchez[1]; I. Romera Peregrina[1]; B. Ruiz de Pablo[1]; M. Velasco Simón[1]; JA. Reñe Reyes[1]; A. Marcos Reverter; G. Via Clavero[2]

1. Hospital Universitario de Bellvitge; 2. Hospital Universitario de Bellvitge-GRIN-IDIBELL. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. Universitat de Barcelona

Objetivos/Introducción

Durante la pandemia COVID-19 se incrementó el número de pacientes con traqueostomía en prono. Para mejorar los cuidados enfermeros y reducir las complicaciones relacionadas con esta maniobra se diseñó un dispositivo en T adaptado a las camas multifunción de las unidades de críticos. El dispositivo se protegió como modelo de utilidad en España.

OBJETIVO: Evaluar la usabilidad de un nuevo dispositivo en T para colocar a pacientes con traqueostomía en prono.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo de validación funcional de un dispositivo de innovación desarrollado en 3 unidades de cuidados intensivos de un hospital universitario de noviembre a diciembre de 2021. Se incluyeron profesionales sanitarios que hubieran utilizado el dispositivo. Se utilizó la versión española adaptada y validada del "Cuestionario de Usabilidad para dispositivos de innovación sanitarios" (CUs-DIS). El cuestionario consta de 37 ítems con 7 opciones de respuesta distribuidos en 4 secciones (usabilidad, facilidad de uso, facilidad de aprendizaje y satisfacción e intención de uso) más un apartado de datos sociodemográficos y profesionales. Se realizó estadística descriptiva y de correlación.

Resultados/Intervenciones

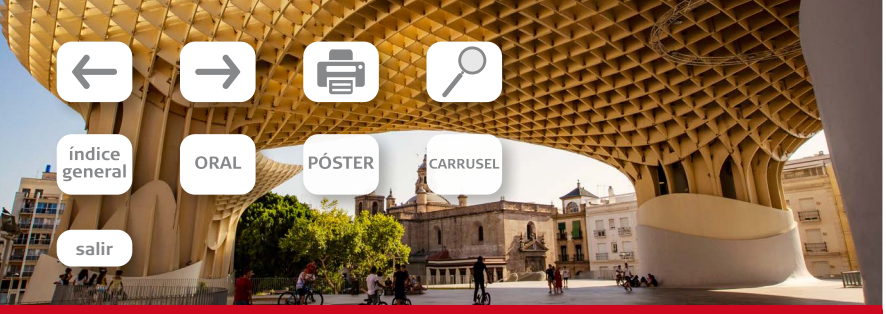
Respondieron 73 profesionales con una edad media de 34,3 (DE=9,23) años y 8,9 (DE=6,9) años de experiencia profesional. La mediana de uso del dispositivo en T fue de 3 (RIQ=3) ocasiones. La media de usabilidad global fue 5,54 (DE=0,79), con una media de satisfacción e intención de uso de 5,61 (DE=0,87). El 80% considera que es útil en su trabajo y un 5,8% cree que corre riesgos usándolo. El uso del dispositivo se correlacionó significativamente con la facilidad de aprendizaje r=0,32 (p=0,009).

Conclusiones

El CUs-DIS mostró un moderado grado de acuerdo de los profesionales de críticos sobre la usabilidad de un adaptador en T para posicionar pacientes con traqueostomía en prono. Futuros estudios deben dirigirse a evaluar su efectividad sobre la prevención de complicaciones en la práctica clínica.

Financiación

Sin financiación



Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES X. ***Sala Giralda***

ID 117

EFECTOS SOBRE LA VENTILACIÓN PULMONAR DURANTE LA TERAPIA POSTURAL EN UN PACIENTE CRÍTICO: INFORME DE UN CASO

María Dolores Rodríguez Huerta[1]; M. Martín Rodríguez[2]; MJ. Rodríguez Alonso[1]; M. Fernández Izquierdo[3]
1. HU La Princesa, Madrid; 2. Hospital Universitario de Getafe, Madrid; 3. HU Ramón y Cajal, Madrid

Objetivos/Introducción

La distribución de la ventilación y la perfusión pulmonar está muy influenciada por la gravedad (1) con disminución de la presión transpulmonar a lo largo del eje vertical de 0,25 cmH2O por cm (2), y en consecuencia por la posición del paciente. En los pacientes críticos el efecto se amplifica por la ventilación mecánica invasiva (VMI), la sedación y la inmovilidad prolongada (3).

OBJETIVO: descripción de un caso de colapso pulmonar durante la terapia posicional.

Metodología/Observación clínica

Varón, 76 años, 17 días de postoperatorio de sustitución valvular mitral con colapso parcial de pulmón izquierdo. Estable durante 24 horas, se inicia monitorización por impedancia eléctrica y terapia posicional con cama cinética, rotando +/- 30º.

Resultados/Intervenciones

Situación basal: decúbito supino: colapso subtotal del pulmón izquierdo, que recibe un 35% de 484 ml de volumen corriente. Decúbito lateral izquierdo: colapso inmediato total del pulmón izquierdo sin recuperación rotando al lado derecho, por lo que se coloca en supino consiguiendo ligero aumento de la aireación izquierda. Sin embargo, a pesar de maniobra de reclutamiento pulmonar, no se alcanzó el nivel de ventilación basal hasta la aspiración de las secreciones, que fue necesaria en tres ocasiones. Tras estas movilizaciones se observó una mejora de la mecánica respiratoria respecto a la situación inicial con menor colapso en el pulmón izquierdo y distribución más equilibrada en ambos pulmones (59%/41%), volumen tidal 6% mayor y complianza 15% mayor. No desestabilización hemodinámica en el proceso ni desaturación ni disminución del volumen tidal.

Conclusiones

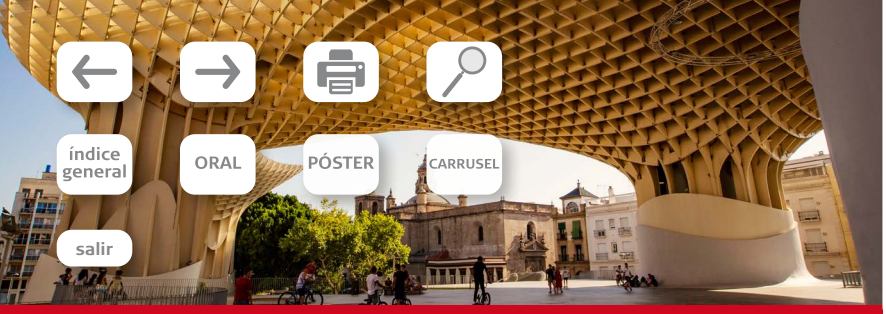
Los cambios posturales afectaron a la función pulmonar, sin que se observaran cambios significativos inmediatos en la monitorización rutinaria. La terapia postural es beneficiosa, en este caso eliminación de secrecciones, y estando indicada en determinadas situaciones, deben ser valoradas para realizarla con la mayor seguridad posible, sin olvidar que no realizarla por temor a eventos adversos también puede ser perjudicial para el paciente.

Financiación

No aplica

Palabras clave

Paciente crítico • ventilación • cambios posturales



Miércoles 15 de junio de 2022. 09:00 a 10:35 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES X. ***Sala Giralda***

ID 335

FISIOTERAPIA Y MOVILIZACIÓN PRECOZ: EFECTO EN EL PACIENTE CRÍTICO

David Moya Frances; I. Reynals Hidalgo; M. Magret Iglesias; S. Manrique Moreno; JL. Moreno González; J. Mariné Vidal; P. Mínguez Blasco; A. Arasa Muñoz; MT. Cabas Cuevas; D. Gil Castillejos
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Objetivos/Introducción

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI), la ventilación mecánica (VM), la sedación y la propia patología crítica favorecen un deterioro físico evidente y la aparición de debilidad adquirida en los pacientes. La movilización precoz (MP) es un conjunto de intervenciones y tratamientos planificados con una progresión determinada para mantener y restablecer la capacidad funcional y la autonomía del paciente crítico.

Nuestro objetivo es describir la evolución de la actividad realizada por los fisioterapeutas desde la implantación del protocolo de MP y valorar el impacto de éste en la recuperación física de los pacientes.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo (2017-2021) de las prácticas de MP en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos epidemiológicos, de actividad y de evolución. Datos expresados en frecuencias, porcentajes, índices de tendencia central y de dispersión según su distribución. SPSSv.21.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron un total de 1329 pacientes (65,8 % varones, edad media 60,4±14.65, 81,8 % con diagnóstico médico de ingreso, APACHE II 20,7±7,5). Los pacientes presentaron una estancia mediana de 13.9 (1; 193) días e iniciaron el protocolo de MP el día 6,34±4,9, recibiendo una media de 7,6±4,2 sesiones de fisioterapia durante el ingreso. Tan sólo en el 4,2% de las sesiones hubo eventos adversos. Al alta de UCI el 23,7 % de los pacientes alcanzaron el nivel de protocolo 4 y el 23,3 % el nivel 5, objetivándose un aumento significativo entre el primer y el último MRC ($p<0.001$). En el 42 % de los pacientes se encontró mínimo un registro de “Falta de personal”.

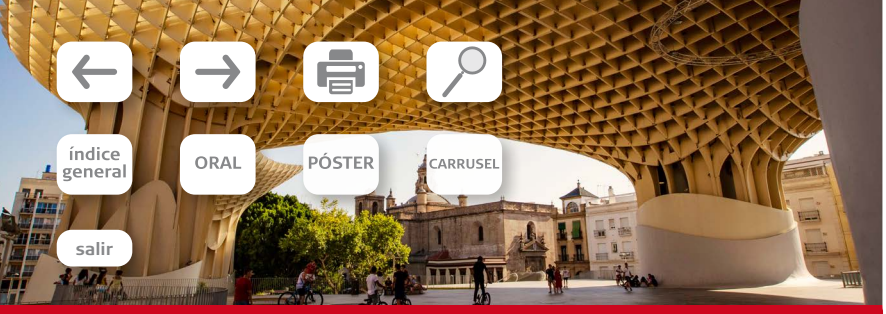
Conclusiones

Los pacientes críticos incluidos en el protocolo de MP que son dados de alta son capaces de ponerse en pie y/o deambular. La presencia de fisioterapeutas en UCI es crucial para una óptima recuperación física de los pacientes.

Palabras clave

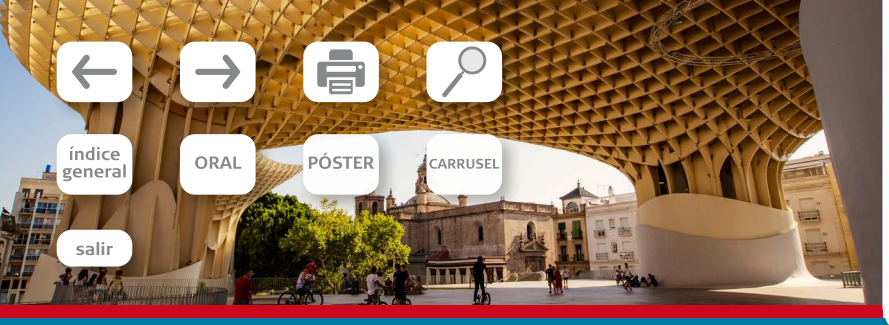
Movilización precoz • Fisioterapia • Paciente crítico • Ventilación mecánica • Debilidad muscular adquirida

sigue –>



Comunicaciones orales

NIVELL I	NIVELL II	NIVELL III	NIVELL IV	NIVELL V
Inconsciente	**Consciente**	**Consciente**	**Consciente**	**Consciente**
Movilizaciones pasivas de las extremidades Cambios posturales c/4h Sedestación en cama (posición silla, 70°) X2	Ejercicios activos-asistidos y activos de las extremidades Cambios posturales c/4h Sedestación en cama (posición silla, 70°) X2	Ejercicios activos-asistidos, activos y contra resistencia de las extremidades Cambios posturales asistidos por el enfermo c/4h Ejercicios de control del tronco Sedestación en el borde de la cama, X2	Ejercicios activos-asistidos, activos y contra resistencia de las extremidades Ejercicios de control del tronco Sedestación (transferencia pasiva/ activa), X2 Entrenamiento de la bipedestación	Ejercicios activos-asistidos, activos y contra resistencia de las extremidades Sedestación (transferencia pasiva/ activa), X2 Deambulación
Objetivo: - Estabilidad clínica - Retirada de sedación	Objetivo: - Movimentos activos contra gravedad de las extremidades superiores	Objetivo: - Aumentar la fuerza del tronco - Mover las extremidades inferiores contra gravedad	Objetivo: - Tolerancia del peso corporal - Sedestación en silla	Objetivo: - Deambulación



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 118

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS DE UCI EN RELACIÓN A LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE CRÍTICO

Elisabet Gallart[1]; M. Prats Arimon[2]; MC. Moreno Arroyo[3]; M. Eseverri Rovira[1]; J. Roldan Merino[4]; S. Francés Julian[1]; M. Puig Llobet[5]; Ana Martínez Alcazar[1]; M. Hidalgo Blanco[3]; MT. Lluch Canut[5]
1. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Hospital de Cerdanya; 3. Departament d'Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona; 4. Campus Docent Sant Joan de Déu; 5. Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Materno-Infantil. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona

Objetivos/Introducción

La comunicación efectiva es esencial para mejorar el cuidado del paciente crítico.

OBJETIVO: explorar el conocimiento y la percepción de los profesionales enfermeros que trabajan en las UCIs del Hospital Universitari Vall d'Hebron, en relación a la comunicación con el paciente crítico.

Metodología/Observación clínica

Diseño cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. La selección de la muestra se hizo mediante la bola de nieve, y la n fue de 90 enfermeras de UCI que cumplieron criterios de inclusión/exclusión. Se estudiaron las variables sociodemográficas y las relacionadas con el tipo de comunicación (verbal/no verbal), la frecuencia, la duración y la técnica utilizada en la interacción con el paciente a partir de un cuestionario ad hoc con escala Likert. En la estadística descriptiva se utilizó las frecuencias y porcentajes, y en la inferencial la prueba T-student con una significación de 0,005

Resultados/Intervenciones

El 70% de las enfermeras refirieron aplicar las técnicas de comunicación básica (TCB) en las curas enfermeras, aunque sólo un 45,5% admitió conocer-las. Un 84,4% no sabían lo que eran las Técnicas de comunicación asistida y alternativa (ACC). Mayoritariamente las enfermeras se comunican más de 5 veces al día, pero la duración de la interacción es de 3-5 min. El 78% de las enfermeras manifestaron frustración cuando la comunicación con el paciente no era efectiva, aunque el 99% afirma comunicarse efectivamente habitualmente.

Conclusiones

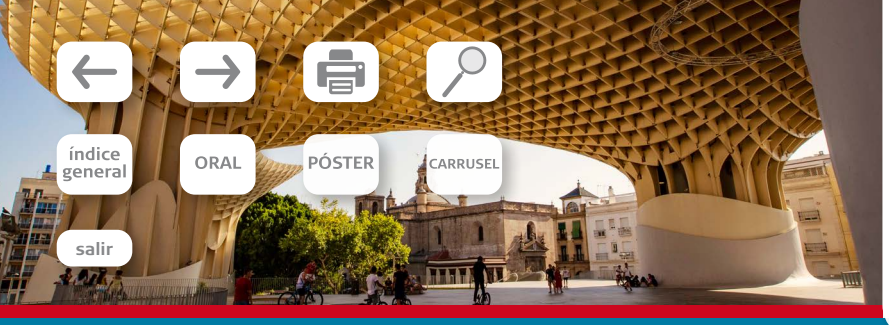
Las enfermeras de UCI perciben comunicarse de forma efectiva con el paciente, a pesar de no tener formación, realizar interacciones cortas y utilizar poco la comunicación no verbal.

Financiación

Beca "Fundació Infermeria i Societat" (COIB) (PR-384/2019)

Palabras clave

Paciente crítico • Comunicación



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 124

¿SON FIABLES LOS SIMULADORES DE BAJO COSTE PARA LA CANALIZACIÓN VASCULAR ECOGUIADA? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Débora Muñoz Muñoz; F. Paredes Garza; Al. Pérez García; E. Presa Vázquez
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

La canalización vascular ecoguiada es una técnica en auge. El uso de la ecografía facilita la búsqueda de accesos vasculares. Como procedimiento práctico, necesita curva de aprendizaje. La simulación permite aprender esta técnica, disminuyendo el estrés de realizarla directamente sobre el paciente. El alto coste de los simuladores comerciales ha llevado a la búsqueda de simuladores de bajo coste para desarrollar habilidades de canulación ecoguiada.

El objetivo será determinar la fiabilidad de los dispositivos de bajo coste para el entrenamiento de la punción vascular ecoguiada.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en inglés y español (2016-2022). Metodología Prisma. Bases de datos: Pubmed, CINAHL, Dialnet y Web of Science.Se establecen como criterios de inclusión que la punción vascular sea ecoguiada y el simulador de bajo coste.La estrategia de búsqueda es mixta con términos MeSH (“Simulation Training”, Catheterization, “Ultrasonography, Interventional”) y lenguaje libre (“training model”, “vessel puncture”, “ultrasound guided”) combinándolos con operadores booleanos AND y OR. Se encuentran 79 artículos. Tras una lectura crítica se seleccionan 8 artículos, eliminando los duplicados y los que no cumplen con criterios de inclusión.

Resultados/Intervenciones

Los modelos de bajo coste (gelatina, porción pectoral aviar o pieza de jamón cocido) proporcionan imágenes ecocardiográficas similares a las estructuras musculares y vasculares humanas, el vaso puede apreciarse en orientación transversal, longitudinal y a diferentes profundidades, visualizando el avance de la aguja a través de los tejidos. Los modelos son fácilmente reproducibles y económicamente asequibles. Presentan las limitaciones de ser modelos genéricos no adaptados a las referencias anatómicas de ningún acceso venoso concreto.

Conclusiones

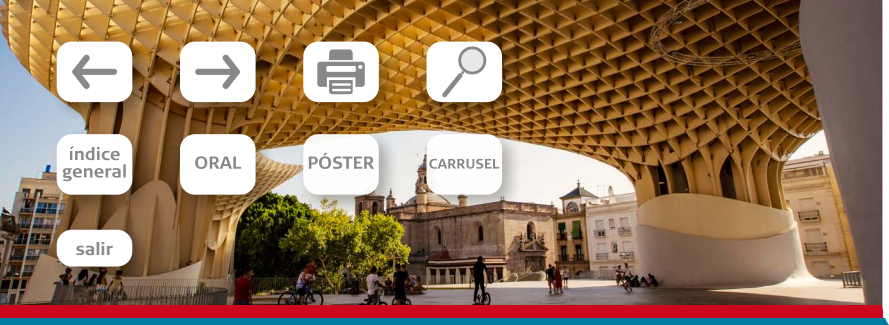
Los modelos de bajo coste son fiables para el entrenamiento de la punción ecoguiada, mejoran la destreza antes de su aplicación en el paciente real y aumentan la confianza del personal sanitario. Dado el escaso número de artículos encontrados, creemos que puede ser un buen campo para futuras investigaciones.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

simulation • catheterization • ultrasonography



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 136

PROCESO DE INTERVENCIÓN EN EL POLITRAUMATIZADO EN ENTORNO ACUÁTICO (PLAYA): ETAPAS

Diego Jiménez López[1]; JV. Carmona Simarro[2]; J. Ínat Carbonell[3]; S. Gómez González[4]; M. Solera Suárez; P. Bañuls Aparisi

1. Hospital Francisco de Borja (Gandía); 2. Universidad Europea de Valencia; 3. Hospital Clínico Universitario de Valencia; 4. Kliniek Nk Nhn (Olvendijk)

Objetivos/Introducción

Si ya de por sí, la atención al Politraumatizado grave en condiciones de normalidad es compleja, la intervención en el medio acuático (playa) representa una mayor dificultad al profesional de enfermería, debido fundamentalmente a dos características específicas: por una parte, estamos hablando de un medio físico inestable y cambiante, y por otra, supone una amenaza real e inminente de la vía aérea y por tanto un compromiso vital del sistema respiratorio. La identificación y el conocimiento exhaustivo de las etapas de la intervención inicial es el objetivo principal de este poster.

Metodología/Observación clínica

Durante la intervención y manipulación de la víctima, es básico la preservación de lo que podemos denominar “el eje de la vida y la probabilidad”.

Resultados/Intervenciones

Cada una de las etapas del proceso de intervención, nos marca los diferentes pasos y maniobras a realizar:

- Etapa de detección y aproximaciónAcceso lento y seguro sin alterar el entorno de la víctima. Acercamiento controlado para no provocar más oleaje.
- Etapa de rescate – volteoRescate de la víctima, realizando el volteo con estricto control cervical y salvaguardando la vía aérea.
- Etapa de control cervical y evaluación inicialTracción neutra, colocación del collarín cervical y primera evaluación del paciente.
- Etapa de preparación, colocación y fijación al tablero espinalVíctima y tablero espinal deben formar un solo bloque. Consiste en soltura y fijación de cinchas e inmovilizadores laterales de la cabeza.
- Etapa de protección ambiental y trasladoMantener neutra la temperatura de la víctima y evitar la agresión ambiental externa.

Conclusiones

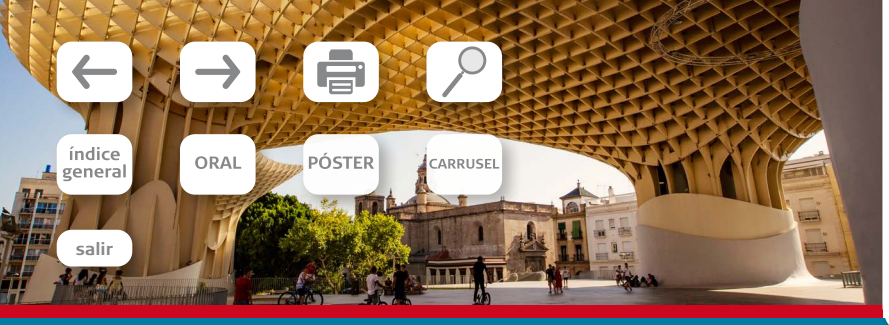
El conocimiento y el manejo de las diferentes etapas, fortalece y garantiza la adquisición de conductas correctas y permanentes al profesional de enfermería, garantizando la seguridad y aumentando la supervivencia de la víctima en el contexto peligroso del medio acuático.

Financiación

No ha sido necesario financiación.

Palabras clave

Politraumatizado, proceso, etapas, intervención • Conocimiento



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 143

RADIOGRAFÍA DEL NIVEL FORMATIVO EN RCP DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Mikel García Corres; C. Rodríguez Núñez; J. Irigoien Aguirre; M. Martín Martínez; D. Muñoz Martín; A. Iglesias Rodríguez; M. Gómez Pablos; L. Samaniego Boveda; L. Pascual Sánchez; B. Gaite García
Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu),

Objetivos/Introducción

Las recomendaciones generales en este ámbito nos indican la conveniencia de reciclar los conocimientos en RCP cada dos años.

OBJETIVO: Analizar el nivel formativo y de actualización de conocimientos en RCP en profesionales de enfermería de UCI. Determinar el número de profesionales interesados en formar parte de un grupo de formadores y su nivel formativo en título de instructor oficial

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo. Enero 2021. Se realizó una encuesta ad-hoc con las siguientes variables: profesionales, curso de RCP básica, curso de RCP inmediata y DESA, curso de RCP Avanzada, interés en formar parte de un grupo de formadores, título de instructor de SVB, título de instructor SVA. Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.0

Resultados/Intervenciones

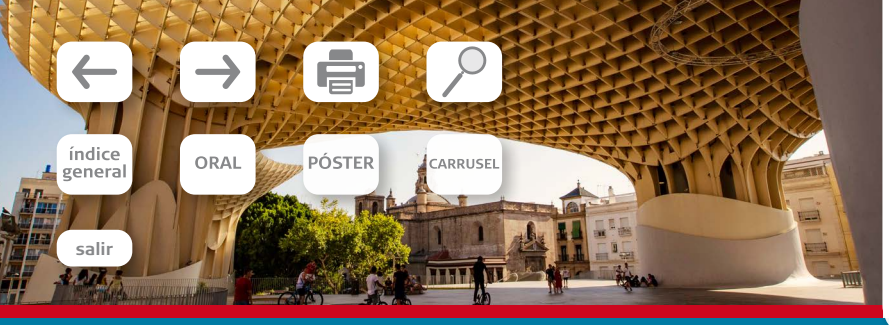
Participaron 93 integrantes del equipo de enfermería en UCI. De los cuales el 21.58% habían realizado un curso de RCP básica en los últimos 2 años; el 77,41% no. El 26.88% del equipo participante había realizado en los 2 años anteriores a la encuesta el curso de RCP inmediata y DESA, por su parte el 73,11% no. En cuanto a la RCP avanzada el 13,97% del personal tiene un curso acreditado en los dos últimos años, el 86% no. El 44,08% del equipo está interesado en formar parte de un grupo de formadores pero tan solo el 7.52% del personal puede acreditar ser instructor de RCP y DESA y el 3.22% de SVA.

Conclusiones

Siguiendo estándares de calidad de las sociedades científicas en RCPel nivel de reciclaje profesional en 2 últimos años de SVB, DESA, RCP INMEDIATA O SVA es muy bajo. Esto puede ser debido, entre otros factores a la situación de la pandemia COVID-19. Existe un interés elevado del equipo de ser integrantes de un equipo de formadores pero nivel muy bajo en el equipo puede acreditar ser formador. Nos proponemos mejorar el nivel formativo.

Palabras clave

RCP • Educacion • UCI



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 181

SIMULACIÓN IN SITU: ESTRATEGIA PARA RECUPERAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAS LA PANDEMIA SUFRIDA POR COVID-19

V. Gómez Pérez[1]; MA. Sánchez López[1]; R. Jiménez Moreno[1]; P. Marín Maicas[2]; AC. Cabellos García[2]; D. Escrivá Peiró[2]
1. Hospital Universitario y Politécnico La Fe; 2. Universidad Internacional de Valencia

Objetivos/Introducción

La seguridad del paciente está relacionada íntimamente con la simulación clínica ya que surge como una estrategia en el aprendizaje que permite al profesional sumergirse en un entorno real sin poner en peligro al paciente. El propósito es analizar la literatura científica con el objetivo de comprobar la eficacia del uso de la "simulación in situ" como método que permita aumentar la seguridad del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas Cochrane, PubMed y Web of Science durante los meses de Marzo-Junio 2021, hasta que se obtuvo una saturación de datos. Se extrajeron los términos de búsqueda "paciente", "seguridad" "simulacion in situ" y "UCI" y sus respectivos sinónimos empleando los descriptores Decs y Mesh combinándose con los booleanos "AND" y "OR" y empleando operadores de truncamiento. Mediante el diagrama de flujo PRISMA y las guías CASPe, se seleccionaron los artículos que fueron incluidos para la presente revisión.

Resultados/Intervenciones

Se identificaron 218 artículos, se excluyeron 68 por estar duplicados. De los 150 artículos restantes se seleccionaron 57 por lectura del título. Tras lectura del abstract se excluyeron 36 artículos, los cuales no cumplían los criterios de inclusión. De los 21 artículos potencialmente analizables, se realizó una lectura crítica completa y la aplicación de los criterios de inclusión. Finalmente se incluyeron 7 artículos.

Conclusiones

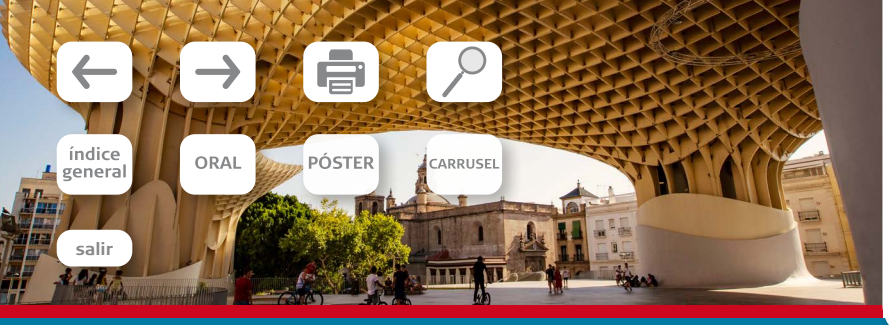
La adecuada implantación de la simulación in situ tras la pandemia por COVID-19 en los servicios de UCI, se muestra como una estrategia eficaz y efectiva para fomentar la mejora en las actitudes sobre cultura de seguridad y trabajo en equipo de los profesionales, así como un método para detectar posibles amenazas de seguridad latentes proactivas. Todo ello permitirá crear un sistema más fuerte de detección y prevención de posibles eventos adversos favoreciendo la adecuada seguridad del paciente.

Financiación

Financiación propia

Palabras clave

seguridad • pacientes • simulación in situ



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 196

EVALUACIÓN DE LA SONDA DE ECOGRAFÍA BUTTERFLY IQ+ PARA LA FORMACIÓN POSTGRADUADA DE ENFERMERAS EN ACCESO VASCULAR PERIFÉRICO DIFÍCIL ECOGUIADO

María Castán Baldellou; C. Cuenca González; N. Bea Rodríguez; E. Sánchez Delgado; PF. Calderón Herrera; N. Domínguez Cruz; A. Vázquez Guzmán; L. Rodríguez García; A. Villamor Ordozgoiti; EM. Guix Comellas
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

El acceso vascular periférico difícil ecoguiado (AVPDE) habitual en Cuidados Intensivos, requiere para su ejecución una formación enfermera específica. El entrenamiento mediante simuladores evita accesos poco seguros a pacientes y resulta muy satisfactorio para profesionales. Se evaluó la idoneidad del dispositivo de ultrasonidos Butterfly iQ+, para formación en AVPDE.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo transversal en taller de AVPDE de 4h (formación postgraduada). Todos los participantes realizaron durante 3h exploración ecográfica vascular transversal-longitudinal del miembro superior, medición de calibres, profundidades, y técnica de punción fuera de plano. Se utilizaron sondas ecográficas Butterfly iQ+, modo Exploración Vascular: Acceso, pantalla iPad Mini 5ª generación, aplicación Butterfly iQ. Tras ejercicio se entregó a participantes (Alumnos y Profesores) cuestionario ad-hoc de evaluación con 29 cuestiones sobre uso y aspectos técnicos en escala Likert 1-5, (1-Muy malo, 5-Muy bueno). Se consideró (95% de confianza, error 5%) significancia para $p<0,05$.

Resultados/Intervenciones

Fueron incluidos 23 alumnos y 8 profesores. El 71% de alumnos eran noveles en uso de ecógrafo, ninguno había recibido con anterioridad formación en AVPDE. Sin diferencias significativas ($p>0,05$) en la mayoría de variables, entre grupo experto (GE) y grupo novel (GN), resaltan valoraciones unánimes con máxima puntuación entre expertos sobre utilidad de los modos preconfigurados, accesibilidad del menú, calidad y acceso a imagen congelada. La nitidez de imagen resultó 4/5 para GE y GN con controles de ganancia >4,4/5. Las variables que mostraron diferencias significativas entre GE-GN fueron “Duración de Carga”, “Duración de Batería”, “Compatibilidad Limitada con Dispositivos de Imagen”, “Interconectividad con diferentes sistemas operativos” y “Peso de la sonda”, peor valoradas por expertas. “Condiciones de limpieza y desinfección” ($p<0,05$) fue unánimemente mejor valorada por expertas (5).

Conclusiones

La sonda Butterfly IQ+ resulta adecuada para la formación en punción vascular periférica difícil ecoguiada. Su coste la sitúa como una sonda eficiente con altas prestaciones.

Financiación

Ninguna. Las sondas fueron cedidas en una colaboración no condicionada por Butterfly NT. Se declara ausencia de conflicto de interés.

Palabras clave

Enfermeria de Cuidados Críticos • Cuidados Críticos • Ecografía • Acceso Vascular • Educación Continua

sigue –>

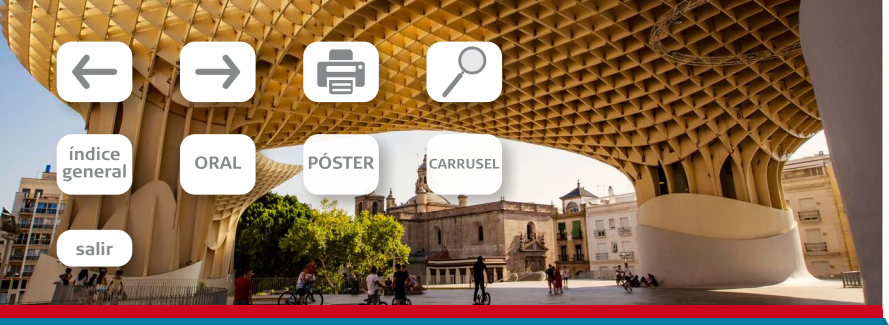
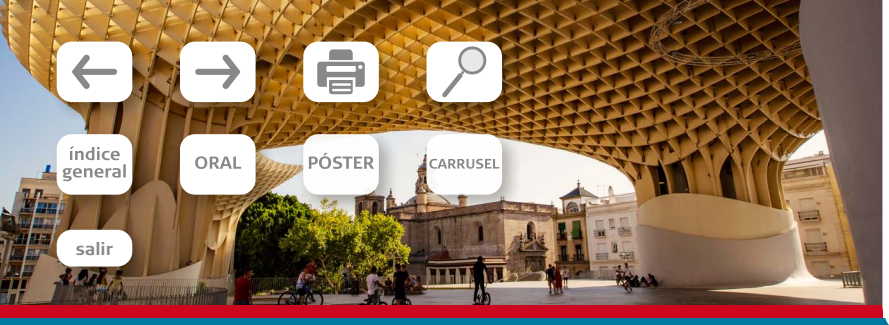


Tabla 1. Resultados de las variables evaluadas, diferenciadas entre grupo de usuarios expertos Significancia para p<0,05.

	Usuario Novel Media (Intervalo Confianza 95%)	Usuario Experto Media (Intervalo Confianza 95%)	Test de Wilcoxon, Valor p
Ergonomía	4,38 (4,11 4,65)	4,20 (3,71 4,69)	p= 0.4991
Manipulación de la sonda	4,32 (4,00 4,64)	3,97 (3,60 4,34)	p= 0.1283
Peso de la sonda	3,95 (3,61 4,29)	3,06 (2,62 3,51)	**p= 0.008524**
Longitud del cable	4,29 (3,96 4,61)	3,96 (3,18 4,74)	p= 0.6987
Peso del cable	4,41 (4,11 4,71)	4,86 (4,62 5,00)	p= 0.1619
Modos	4,67 (4,48 4,86)	5	p= 0.08664
Nitidez de la imagen	4,61 (4,38 4,85)	4,47 (4,10 4,84)	p= 0.4025
Formato de interfaz	4,48 (4,24 4,72)	3,66 (2,79 4,52)	p= 0.1995
Medición de la profundidad	4,65 (4,39 4,91)	4,31 (3,80 4,83)	p= 0.174
Manipulación de la profundidad	4,50 (4,20 4,80)	4,73 (4,41 5,00)	p= 0.6709
Manipulación de la ganancia	4,49 (4,29 4,70)	4,72 (4,41 5,00)	p= 0.2791
Accesibilidad al menú	4,76 (4,59 4,94)	5	p= 0.1672
Opción Biplano	4,75 (4,54 4,96)	4,73 (4,41 5,00)	p= 0.7177
Freeze	4,56 (4,31 4,80)	5	p= 0,0821
Viz (Resasltado de la aguja en color)	3,28 (2,72 3,84)	3,94 (3,41 4,46)	p= 0.6224
Medición del Área	4,46 (4,16 4,75)	4,60 (4,24 4,96)	p= 0.9361
Medición Lineal	4,43 (4,13 4,74)	4,73 (4,41 5,00)	p= 0.4806
Función doppler	4,08 (3,66 4,50)	4,47 (4,10 4,84)	p= 0.8554
Uso linea media	4,27 (3,88 4,67)	4,16 (3,55 4,78)	p= 0,4368
Uso Modo M	4,08 (3,65 4,51)	3,93 (3,36 4,49)	p= 0,2862
Limpieza y desinfección	4,41 (4,17 4,67)	5	**p= 0.01545**
Duración de la batería	4,21 (3,89 4,53)	3,17 (2,69 3,67)	**p= 0.006352**
Tiempo de carga	4,20 (3,85 4,54)	2,67 (2,18 3,16)	**p= 0.0007191**
Compatibilidad con pantalla	4,60 (4,34 4,87)	3,74 (3,05 4,43)	**p= 0.01788**
Compatibilidad con Sistemas Operativos	4,32 (3,92 4,71)	2,29 (1,55 3,04)	**p= 0.0002466**



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 203

RESULTADOS DE ACCESO VASCULAR PERIFÉRICO DIFÍCIL ECOGUIADO POR ENFERMERAS CON NUEVO MODELO DE FORMACIÓN

Alberto Villamor Ordozgoiti; L. Rodríguez García; S. Aguilar Malgrat; N. Bea Rodríguez; E. Sánchez Delgado; PF. Calderón Herrera; N. Domínguez Cruz; D. Esteve Casanovas; M. Castán Baldellou; A. Vázquez Guzmán
Hospital Clínico de Barcelona

Objetivos/Introducción

El Acceso Vascular Periférico Difícil Ecoguiado (AVPDE) proporciona eficacia, coste-efectividad y seguridad para pacientes. En UCI, los AVPDE permiten selección más adecuada del vaso, reducción de punciones fallidas, selección idónea del catéter y reducción del tiempo de acceso. Se exponen resultados para evaluar la eficacia de un Nuevo Modelo de Formación en AVPDE por enfermería.

Metodología/Observación clínica

Ensayo Clínico Semiexperimental en hospital de agudos de alta complejidad. Fueron incluidos pacientes con Acceso Vascular Periférico Difícil, con 2criterios de dificultad. Intervención: Entrenamiento a enfermeras en AVPDE mediante Nuevo Modelo de Formación basado en simuladores diseñado por equipo investigador. El grupo Control (GC) lo formaron pacientes sin éxito en intentos de canalización manual. A continuación, enfermeras entrenadas intentaba a mismo paciente acceso ecoguiado (GE). Se estudiaron 11 variables independientes, 6 sobre criterios de dificultad, y 12 dependientes del resultado de la punción. Recogida de datos por equipo investigador. Significancia con error 5%, confianza 95%, para p<0,05.

Resultados/Intervenciones

El estudio ofrece resultados preliminares de una investigación en curso. Fueron incluidos 110 casos en GC con acceso manual, y los mismos 110 casos en GE con acceso ecoguiado. Edad media de los pacientes 65,72 (IC95% 62,83 68,62). El número de punciones previas sin éxito en GC fué de media 2,65 (IC95% 2,39 2,90). Los criterios de dificultad fueron Percepción del Vaso Deficiente n=88 (80%) o Subóptima n=19(17,27%); Obesidad n=67(61,91%); Hematoma n=27(25,71%); Hipotensión TAS<90mmHg n=18(16,36%); Edema con fóvea+ n=45(42,06%). Se intentaron 99 accesos venosos y 11 arteriales, mayoritariamente en turnos de tarde n=20(19,23%) y noche n=80(76,92%). El GE consiguió n=106(97,2%) cateterizaciones exitosas (p<0,001) sobre 0% de GC: catéteres venosos periféricos n=64(62,75%), catéteres arteriales n=5(4,90%), Midline n=18(17,65%), PICC n=15(14,71%).

Conclusiones

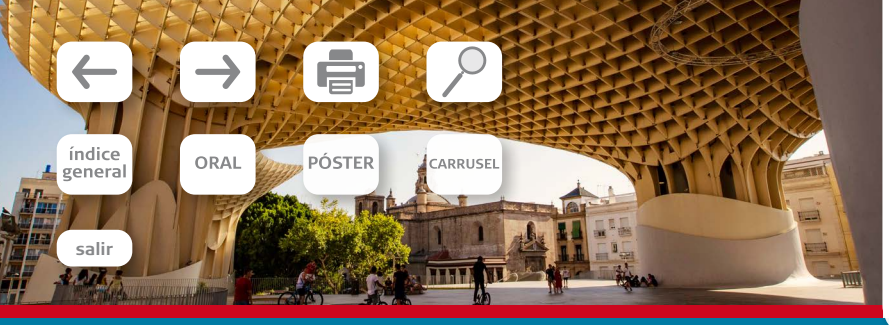
El AVPDE por enfermeras entrenadas mediante Nuevo Método de Formación obtiene éxito >95% de los abordajes, confirmando la eficiencia de la técnica y avalando el modelo de formación innovador.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Enfermería de Cuidados Críticos • Cuidados Críticos • Ecografía • Acceso Vascular • Educación Continua



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 302

VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y NECESIDADES FORMATIVAS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Elena Mora-Granados Martin; A. Carrillo Plazuelo; R. Martínez Fontecha; E. Suárez García
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Las Paradas Cardiorespiratorias (PCR) suponen una situación de urgencia vital frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por lo que un correcto entrenamiento del personal en el ámbito teórico-práctico se traduce en una mayor probabilidad de supervivencia del paciente y mejor manejo del estrés.

El objetivo del estudio consiste en analizar el nivel de conocimiento teórico-práctico sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP), necesidades de formación y actitud frente a la PCR en el personal de enfermería en una (UCI) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo transversal, realizado entre los meses diciembre 2021 y enero 2022. Se diseñó una encuesta de 18 ítems: 5 en formato multirrespuesta, 6 preguntas dicotómicas, 6 preguntas con respuesta tipo Lickert de 4 puntos y 1 pregunta abierta sobre sugerencias, comentarios y observaciones. Las variables analizadas fueron: datos socio-demográficos, nivel de conocimiento teórico-práctico, necesidades de formación y actitud frente a la PCR.

Resultados/Intervenciones

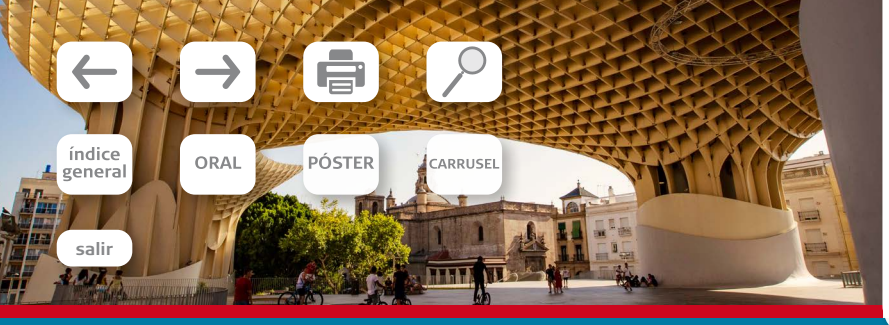
Respondieron 91 profesionales. 76% mujeres. Edad 25±8,3 años. Experiencia profesional 3,3±4,3 años. CONOCIMIENTOS: El 55% considera que posee conocimientos medios en RCP, obteniendo resultados similares (45.1%) a nivel práctico. El 43,6% no sabría utilizar adecuadamente un monitor-desfibrilador. **ACTITUDES:** En cuanto a la actuación ante un PCR, el 74,6% afirmó haber reaccionado adecuadamente. **FORMACIÓN:** El 70,2% considera que su formación era baja o muy baja. El 73,6% de los encuestados llevaba más de dos años sin recibir formación en RCP.

Conclusiones

Se aprecia un nivel medio de conocimientos y destreza en RCP y una alta demanda formativa, aunque la mayoría de los encuestados afirma haber reaccionado adecuadamente ante una PCR. Existe una falta de actualización de conocimientos en RCP.

Financiación

Sin financiación



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 192

ACTUACIÓN ENFERMERA EN SERVICIO DE URGENCIAS FRENTE A INTENTOS DE AUTOLISIS MEDICAMENTOSAS

Bonifacio Fajardo Plaza; MLL. Cozar López; MC. Raya Alfaro; C. Urbano Hohales; MJ. Corcoles Escribano; R. Rovira Layon; MR. Arroyo Verdejo; GP. Juárez Rodenas; C. Anderica Alejo; P. Jimeno Alejo
Complejo Hospitalario Albacete

Objetivos/Introducción

El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida. Es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir, como tomar una sobredosis de medicamentos o estrellar un automóvil a propósito. La mayoría de los suicidios en todo el mundo están relacionados con enfermedades psiquiátricas. La depresión, el uso de sustancias y la psicosis constituyen los factores de riesgo más relevantes. Se relacionan con la mayoría de los trastornos mentales graves, y en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior y el abordaje de la depresión tiene que ser multidisciplinar. En Europa 60.000 personas fallecen por suicidio consumado.

OBJETIVOS

1) Dar a conocer la actuación enfermera en situaciones de intento de autolisis por ingesta farmacológica en el servicio de urgencias del complejo hospitalario de Albacete.
2) Facilitar recursos y herramientas para detectar, anticipar y minimizar los daños producidos.

Metodología/Observación clínica

El pasado 25 de Febrero de 2021 en turno nocturno, llega al servicio de urgencias, un paciente de 61 años, con triaje III y motivo de consulta: ingesta fármacos con idea autolítica. A su llegada la paciente se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Relata con claridad lo ocurrido. Antecedentes de Distimia depresiva desde hace años con mala respuesta al tratamiento. No episodios previos similares. Ubicación en área de observación y realización de varios procedimientos para su estabilización vital. Control de constantes vitales. Tras su estabilización y mejoría clínica, se deriva a urgencias psiquiatricas para completar valoración especializada.

Resultados/Intervenciones

RESULTADOS/PLAN DE CUIDADOS

- Ansiedad (00146)
- Control emocional inestable (00251)
- Riesgo de suicidio (00150)
- Riesgo de intoxicaión (00037)

INTERVENCIONES

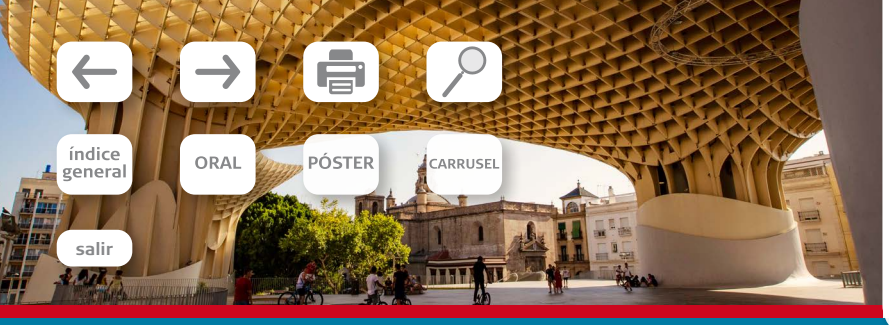
- Apoyo emocional (5270)
- Control del estado de ánimo (5330)
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas (4510)

Conclusiones

1) En España se suicida una persona cada 2 horas.
2) El suicidio requiere una detección precoz y tratamiento eficaz elaborando una estrategia de prevención.

Palabras clave

Suicidio • Urgencias • Cuidados de Enfermería



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 202

EL IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO DE PRIMERA LÍNEA

L. García López; A. Liso Andrino; R. Ribón Liberal
HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Vivimos en una era en la que todavía no se presta la atención que requiere la salud mental; esta sigue siendo un tema tabú/olvidado a pesar de que empiece a haber atisbos de que estamos en el camino de darle el valor que corresponde. Por ello, creemos que es de vital importancia dar visibilidad a los efectos psicológicos que la actual pandemia de coronavirus (CoVID19) está teniendo en los profesionales del ámbito sanitario; mayor si cabe según numerosos estudios entre el personal sanitario de primera línea como es nuestro caso.

Metodología/Observación clínica

La revision bibliográfica se realizó en las bases de datos electrónicas Scielo, Elsevier y Pubmed.

Resultados/Intervenciones

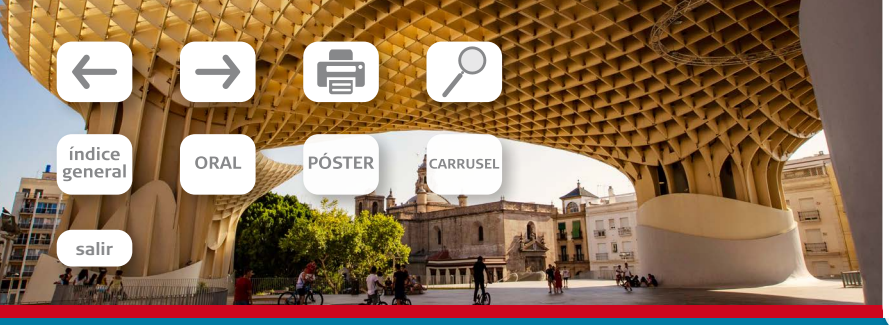
En España, mas de 100000 profesionales sanitarios se han contagiado con el CoVID19; al riesgo de contagio que tiene este perfil se suma la mayor carga de trabajo que se ha sufrido en los dos últimos años, el cambio de unidades para reforzar unidades COVID, el aumento del número de pacientes, la falta de información, previsión, protocolos y material en las primeras olas, así como el aislamiento. Todo ello ha venido en detrimento de la salud mental del personal sanitario, y que se ha visto reflejado en diferente sintomatología como la ansiedad, el estrés, depresión, trastornos del sueño e incluso trastornos por estrés postraumático o traumatización vicaria. Resulta por tanto lógico pensar que hay que diseñar intervenciones que reduzcan o eliminen los factores estresantes presentes en las organizaciones, ayudando a aumentar la satisfacción y el bienestar psicológico, así como amortiguar el impacto psicológico que ha provocado la pandemia.

Conclusiones

Una cultura de apoyo en el trabajo es la clave para mantener la resilencia entre los profesionales sanitarios. Además, la lucha contra el CoVID-19 no se puede ganar sin ellos, por lo que no solo aseguraremos su salud mental sino también el adecuado cuidado de nuestros pacientes.

Palabras clave

Personal sanitario • CoVID19 • efectos psicologicos • salud mental • emociones



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. *Sala España 3*

ID 184

FACTORES DE ANSIEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Irina Hernández López; A. Baena Ruiz
Hospital Sant Joan Despi, Moisses-Broggi

Objetivos/Introducción

Durante la pandemia en la UCI del Hospital Moises Broggi sufrió diversos cambios estructurales, de ubicación y triplico el numero de camas (18 inicialmente). Se añadió, además, un cambio de horario (jornadas de 12h). Durante estos años se han abierto y cerrado 3 ubicaciones nuevas, más 2 UCIs satélites de la inicial

OBJETIVO: conocer factores que provocaron más ansiedad al personal sanitario durante la pandemia en la UCI, tanto del equipo habitual como del equipo de apoyo de otras áreas del centro y cuales ayudaron a aliviarla.Realizamos una comparativa de cómo estos factores influyeron en la primera ola y en la actualidad.

Metodología/Observación clínica

Realizamos una encuesta de 13 preguntas, con respuesta de 1 a 10 valorando el nivel de ansiedad (de 1-4 nivelo bajo; 5-7 nivel medio; 8-10 nivel alto). Con una muestra de 59 sanitarios de la unidad y de otras. Se incluyó a todo el personal con antigüedad mayor a 3 meses y se excluyó aquel que no estuvo en la primera ola Las variables sociodemográficas utilizadas fueron: edad, sexo y las profesionales: categoría profesional, unidad de trabajo, años en la profesión, antigüedad en UCI.

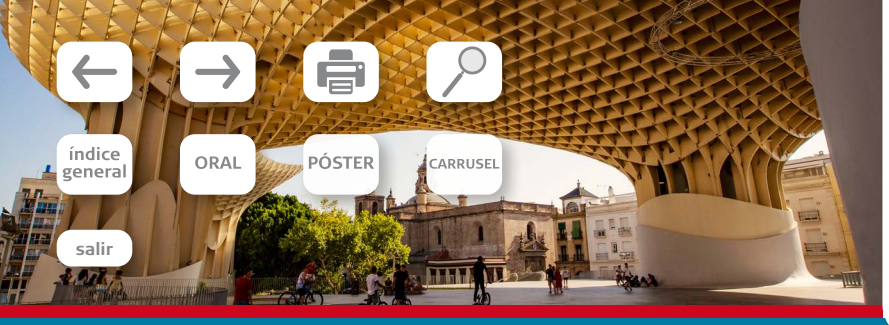
Resultados/Intervenciones

En la primera ola: la falta de Epis, desconocimiento patología y miedo a contagio causó niveles elevados de ansiedad entre el 70 y 100% de los sanitarios. La falta de descanso y el no poder dar cuidados de calidad fue del 70-90% en la primera ola y entre un 40-50% en la actualidad. Ayudó a mejorar el nivel de ansiedad el buen liderazgo (75-80% en medicina y enfermería) y el trabajo en equipo (90-100%).

Conclusiones

Cohesión de equipo y liderazgo fomentaron estabilidad del personal. Tras 2 años de pandemia, falta de descanso y percepción de no ofrecer cuidados de calidad previos a la pandemia sigue generando niveles elevados de ansiedad en diferentes estamentos.

NIVEL DE ANSIEDAD	Enfermería		Medicina		TCAE	
	1ª Ola	2ª Ola	1ª Ola	2ª Ola	1ª Ola	2ª Ola
Desconocimiento paciente Covid19	75% nivel alto	46% nivel bajo	70% nivel alto	80% nivel bajo	50% nivel medio	58% nivel bajo
Falta de EPIS	91% nivel alto	46% nivel bajo	100% nivel alto	70% nivel bajo	75% nivel alto	88% nivel bajo
Miedo a contagiarse	81% nivel alto	40% nivel bajo	70% nivel alto	80% nivel bajo	80% nivel medio-alto	50% nivel bajo
Rados muy elevados sanitario/paciente	85% nivel alto	44% nivel alto	90% nivel alto	60% nivel medio	83% nivel alto	50% nivel alto
Falta de descanso	70% nivel alto	41% nivel alto	70% nivel alto	50% nivel medio	67% nivel alto	41% nivel alto
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Trabajar en UCIs improvisadas	67% nivel alto	40% nivel bajo	70% nivel alto	70% nivel bajo	67% nivel alto	67% nivel bajo
Trabajar con personal no especializado en UCI	95% nivel alto	45% nivel medio	90% nivel alto	40% nivel medio-bajo	58% nivel alto	60% nivel bajo
FACTORES QUE AYUDARON A MEJORAR NIVEL ANSIEDAD						
Un buen liderazgo	74% nivel alto ayuda		80% nivel alto ayuda		42% nivel moderado ayuda	
El equipo profesional	89% nivel alto ayuda		100% nivel alto ayuda		75% nivel alto ayuda	
Crear UCIs lo más parecido a la original	48% nivel alto ayuda		70% nivel alto ayuda		42% nivel alto ayuda	
Cesación protocolos escritos/ integrados	41% nivel alto ayuda		40% nivel alto ayuda		47% nivel moderado ayuda	



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 312

DISTRÉS MORAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Briones Roc; E. Puente Mora; C. Sanz Mellado; J. Pérez Sánchez
Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos/Introducción

El distrés moral es un proceso de dolor o angustia que ocurre cuando los profesionales de la salud conocen la acción éticamente correcta que deben realizar, pero existen limitaciones reales o percibidas que lo impiden. Conocer el grado de distrés moral, ansiedad y depresión en profesionales de unidades de cuidados intensivos (UCI) durante la pandemia COVID-19.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal realizado en 3 UCIs de un hospital universitario de enero a febrero del 2022. Se incluyeron profesionales de todas las categorías y turnos que participaron voluntariamente. Se recogieron variables sociodemográficas y profesionales. Se utilizaron 3 instrumentos: la versión española del cuestionario Measure of Moral Distress-Healthcare Professionals Questionnaire (MMD-HP-SPA), la escala de ansiedad y depresión (HAD) y un cuestionario “ad-hoc”

Resultados/Intervenciones

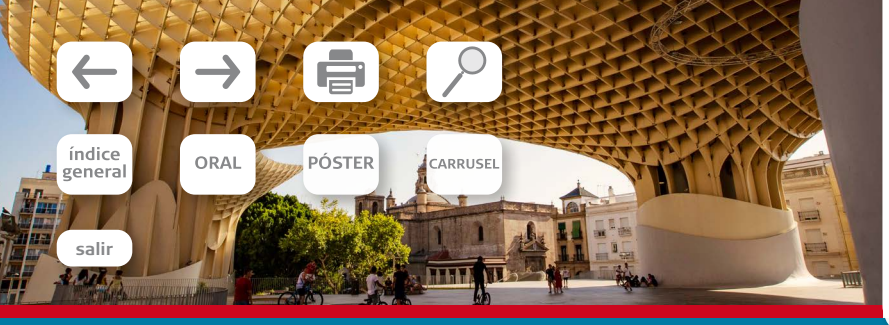
Respondieron 113 de 312 participantes. El 76,11% (n=85) eran enfermeras, 13,27% (n=15) Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, 7,1% (n=8) médicos y 3,54% (n=4) fisioterapeutas. La media de años de experiencia fue de 7,99 ± 5,93. Casi la mitad de los profesionales reportan niveles de distrés moral leves-moderados con una media de 142,89 ± 71,32 y altos niveles de ansiedad 2.08 ± 0.88 mientras que casi dos tercios de la muestra manifiestan bajos niveles de depresión 1,48 ± 0,71. Se correlacionaron las variables distres moral y ansiedad mediante Test de Anova obteniendo una p=0,007. La restricción de visitas de familiares así como su ausencia en situaciones de final de vida genera desasosiego moral elevado en un 66,3% (n=75) y un 54,9% (n=62).

Conclusiones

Los profesionales de UCI presentan niveles elevados de ansiedad y en menor grado distrés moral y depresión. Brindar estrategias de afrontamiento funcional ayudaría a aliviar el disconfort emocional.

Palabras clave

distrés moral • ansiedad • depresión



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 194

EVALUACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS MEDIANTE ESTRATEGIA DE EMPODERAMIENTO

Eva Calderón Montalbán; N. Vela Alonso; M. Casado Peña; L. López Álvarez; Y. Duarte Santamaría; R. Casal Corazon de Jesús; I. Carmona Delgado; AI. López García; A. Villamor Ordozgoiti; L. Villanueva Blanco
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

Los pacientes de cirugía cardiaca y sus familias están sometidos a elevados niveles de ansiedad y pueden también sufrir depresión durante el proceso quirúrgico y hospitalización en cuidados críticos, donde juega un importante papel el empoderamiento mediante la información.

OBJETIVO: evaluar la eficacia de una intervención informativa para reducir la ansiedad y depresión de los pacientes sometidos a Cirugía Cardiaca.

Metodología/Observación clínica

Ensayo Clínico Semi-experimental en pacientes hospitalizados en unidad convencional y Cuidados Intensivos pre-intervención de cirugía cardiaca (población anual n=550) en hospital de Agudos Alta Tecnología. Se realiza muestreo no probabilístico (95% confianza, 5% error) de 227 individuos, mayores de 18 años, GCS 15, capacidad comunicativa, lectora-escritora. Asignación aleatoria Grupo Experimental(GE)-Grupo Control(GC). Mediante test de Hads se evaluó Ansiedad-Depresión (0-7 normal, 8-10 dudoso, 11 problema clínico), y se registraron 10 variables independientes (Género, Apoyo-Familiar, Apoyo-Social, Estado-Civil, Nº-Hijos, Nivel-Estudios, Mayores a Cargo, Turno-Trabajo, Tipo-Trabajo) previo a la cirugía. La Intervención en GE consistió en entrevista enfermera pre-quirúrgica con información sobre cirugía, cuidados, evolución posterior, entregando tríptico informativo para paciente y familiares, y consulta permanente al equipo enfermero. En GC se realizó información habitual.

Resultados/Intervenciones

Participaron n= 228 pacientes (129 GE, 99 GC). Los resultados del test de Ansiedad-Depresión ofreció una media de 6,39 con distribución por Cuartiles Min: 0; Q1:2; Mediana: 4,5; Q3:10; Max: 31. RI:8 (IC95% 5,58 7,20). La distribución por género, (Mujeres n=73; 32,02%) mostró en valores globales diferencias significativas ($p<0,01$) en los niveles de ansiedad-depresión entre hombres (media=5,51) y mujeres (media=8,26). El Género ofreció diferencias significativas ($p<0,01$) sobre la evaluación de Ansiedad-Depresión en GE frente a GC, mostrando disminución en mujeres (GC=9,46; GC=7,51) sin diferencia entre grupos en hombres. El nivel de estudios mostró diferencias significativas entre categorías ($p<0,05$) pero sin diferencias entre GC y GE.

Conclusiones

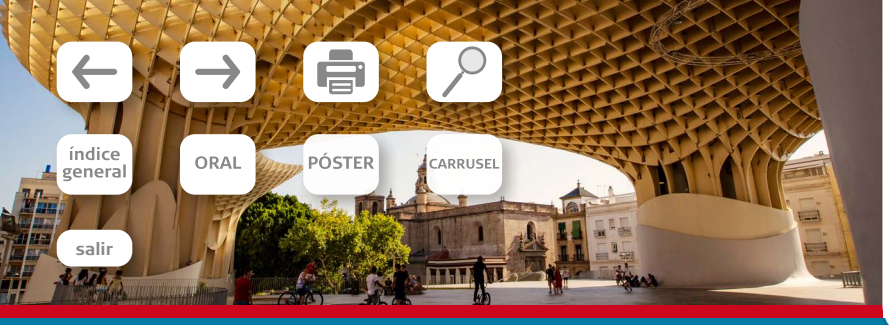
Una intervención informativa enfermera previa a cirugía cardiaca reduce la ansiedad-depresión entre pacientes mujeres.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Cuidados Críticos • Cirugía Cardiaca • Enfermeria de Cuidados Críticos • Ansiedad • Folleto Informativo para Pacientes • Educación en Salud • Empoderamiento para la Salud



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. *Sala España 3*

ID 204

CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE CORAZÓN ARTIFICIAL TOTAL TEMPORAL SYNCARDIA COMO ALTERNATIVA/PUENTE AL TRANSPLANTE CARDÍACO: CASO CLÍNICO

Ángeles Vílchez Mitadiez; C. Sánchez Meraver; R. Adsuar Olaya; E. Molina Ramírez; A. Larrad Blasco; ML. Cagigas Marín; X. Martín Cerezo; B. Luis Caldera; C. Santos Molina; P. Selvi Labró
Hospital de Bellvitge

Objetivos/Introducción

El objetivo es describir los principales cuidados del paciente portador de corazón artificial total temporal Syncardia en un paciente con insuficiencia cardíaca avanzada (con fallo biventricular e hipertensión pulmonar irreversible) ingresado en una unidad de cuidados intensivos coronarios

Metodología/Observación clínica

Presentación caso clínico: Hombre de 30 años de edad que ingresa en nuestro centro (Hospital universitario de Bellvitge) procedente de Mallorca para estudio pre-transplante cardiaco y opciones terapéuticas avanzadas (implante Asistencia ventricular).

Resultados/Intervenciones

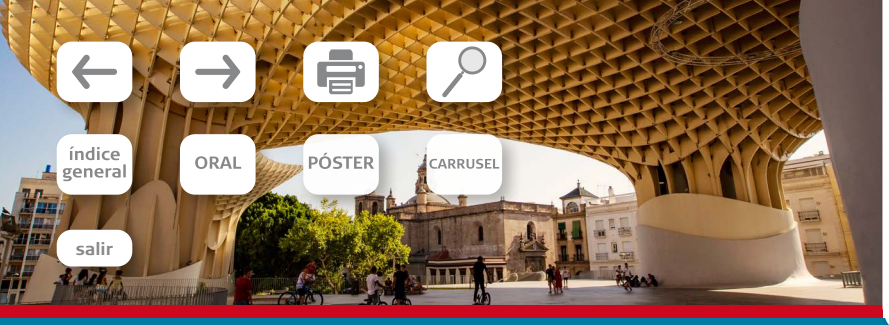
Discusión e implicaciones para la práctica: El análisis del caso se estructura según las categorías que se identifican en la revisión de la literatura científica: prevención de riesgos y complicaciones, manejo del dispositivo y educación para la salud.

Conclusiones

Este trabajo evidencia la importancia de instaurar un plan de cuidados protocolizado para los pacientes portadores de TAH en la UCIC lo que evitaría complicaciones en el post operatorio inmediato, mejorando la calidad de la atención prestada, teniendo en cuenta la humanización en la atención enfermera al tratar al paciente desde un punto de vista holístico y por ultimo mejorar la satisfacción profesional en el personal asistencial.

Palabras clave

Syncardia Corazon artificial total temporal • Primer paciente (segundo caso en España) • Cuidados intensivos coronarios • Plan de cuidados



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 213

MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA MÍNIMAMENTE INVASIVA MEDIANTE EL SISTEMA PROAQT COMO MONITORAJE PRECOZ DEL PACIENTE EN SHOCK

Juan José de Haro Amaro; MT. Peig Martí; X. Teixidó Huertas; D. Gil Castillejos; CE. Villavicencio Lujan; L. Sánchez Vidal; L. Belda Sanfrancisco; C. Gil Padial; A. Navarro García; J. Brunet Cruz
Hospital Universitario Joan XXIII

Objetivos/Introducción

La complejidad del manejo del paciente crítico en shock, implica la necesidad de una adecuada utilización e interpretación de técnicas de monitoreo continuo mínimamente invasivo como el sistema proAQT de Getinge a pie de cama. En este sentido, es el personal de enfermería quien está de forma continua evaluando a los pacientes. Por lo tanto, es prioritario realizar una formación teórico/práctica sólida, que permita un control más adecuado del estado cardiovascular de los pacientes así como la adopción de un rol más activo en el diagnóstico y la toma de decisiones diarias.

OBJETIVOS:

- Realizar formación al equipo de enfermería.
- Aumentar los conocimientos en monitorización hemodinámica.
- Unificar criterios de actuación.
- Crear un poster.

Metodología/Observación clínica

1. Reuniones del grupo de trabajo: grupo interdisciplinario formado por medicina, enfermería y técnicos auxiliares de enfermería.
2. Creación de un algoritmo/protocolo para la unidad.
3. Formación continuada: formación presencial y online.

Resultados/Intervenciones

Creación de un algoritmo para la toma de decisiones.

Conclusiones

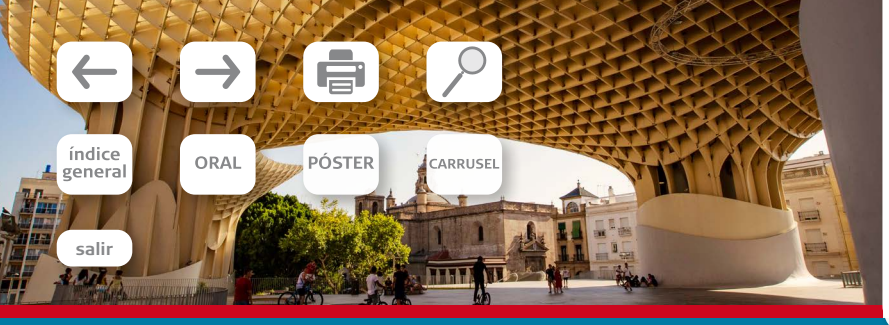
El algoritmo es una herramienta fácilmente accesible para todo el personal de la unidad que permite identificar la situación del paciente crítico, valorar las necesidades de este y actuar de forma conjunta unificando criterios en la toma de decisiones para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente, para prevenir y evitar posibles efectos adversos.

Financiación

No disponemos de financiación

Palabras clave

Monitorización hemodinámica • ProAQT • Gasto cardíaco



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 185

MANEJO SHOCK CARDIOGÉNICO EN CONTEXTO DE MIOCARDITIS POR COVID

Eva Molina Ramírez; ML. Marín Cagigas; A. Larrad Blasco; L. Álvarez Vivas; C. Sánchez Maraver; X. Martín Cerezo; A. Vílchez Mitadiez; I. Tinoco Amorós; B. Lluis Cladera; A. Chacón Aparicio
Hospital de Bellvitge

Objetivos/Introducción

Varón de 43 años sin alergias ni antecedentes. COVID +. Ingresa en nuestro servicio de Coronárias, intubado y en situación de Shock cardiogénico, FEVI del 10-15% con severa hipertrofia biventricular y derrame pericárdico. Se decide implantar ECMO V-A y pericardiocentesis

OBJETIVO: Describir cuidados enfermeros en el manejo del shock cardiogénico por miocarditis por COVID-19.

Metodología/Observación clínica

El plan de cuidados se centró inicialmente en los problemas relacionados con el control de signos y síntomas de alarma, monitorización y colocación de dispositivos de acceso venoso. A continuación iniciamos todo el tratamiento antiviral, corticoides a elevadas dosis y antibiótico de manera empírica. Control y manejo del drenaje pericárdico. El diagnóstico de enfermería prioritario es el control de la extremidad inferior donde está colocada la ECMO VA ya que muestra según el Invos una isquemia severa, tiene una apariencia blanquecina además de mostrar una temperatura más baja respecto a la otra extremidad y un pulso pedio muy débil.

Resultados/Intervenciones

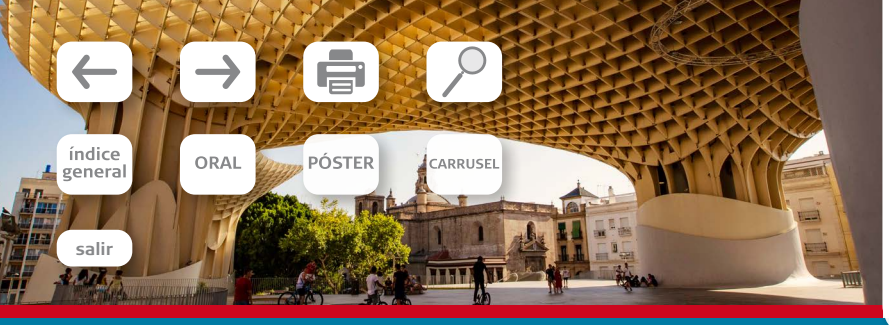
Las intervenciones relacionadas con la prevención de complicaciones se basan en el control y manejo correcto de la asistencia ventricular tipo ECMO, detectando signos de sangrado, fenómenos de succión, curas del punto de inserción y detección de posibles complicaciones. Relacionado con la detección de la isquémia en la extremidad inferior se avisa al equipo médico y procedemos a calentar la extremidad con aire caliente, no directo, bajamos la extremidad dentro lo posible y controlamos pulsos pedios de manera horaria.

Conclusiones

Nuestra unidad es elevada en utilización de asistencias ventriculares y con ellas, numerosos dispositivos de monitorización y control de complicaciones. Hemos perfeccionado el uso de los mismos gracias a la formación de nuestro equipo y a la estandarización de los cuidados enfermeros. Aún así el paciente no está exento de complicaciones y nuestro esfuerzo se centra en la identificación precoz de las misma para evitar daños mayores.

Palabras clave

Miocarditis por Covid • ECMO • Invos • Isquemia



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 176

LA HIPEC, UNA NUEVA TÉCNICA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO

Nuria Pérez Santamaria; M. Poza Puras; L. Andrés Pérez; A. Revilla Camara; L. Hernández Ruiz; M. Gutiérrez González; AI. Angulo de la Peña; R. Monja Ruiz-Capillas
Hospital Universitario de Burgos

Objetivos/Introducción

Ampliar los conocimientos sobre la técnica de la HIPEC mejorando así los cuidados de enfermería en UCI. Y a su vez detectar precozmente las complicaciones derivadas de la cirugia. Carcinomatosis peritoneal (CP): diseminación dentro de la cavidad peritoneal de neoplasias primarias asentadas sobre órganos abdominales o extraabdominales. El tratamiento más utilizado hoy en día es la técnica HIPEC que consiste en la combinación de una citorreducción quirúrgica máxima (CRS) y la administración de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica usando las palabras clave “Carcinomatosis Peritoneal”, “Quimioterapia intraoperatoria hipertérmica”, “Cuidados intensivos” y “Cuidados de enfermería” en las bases de datos: “Google académico” “Clinical Key” “Cochrane” “Cinahl”. Se encontraron 25 artículos reducidos a 14 tras una lectura crítica con el programa CASPe.

Resultados/Intervenciones

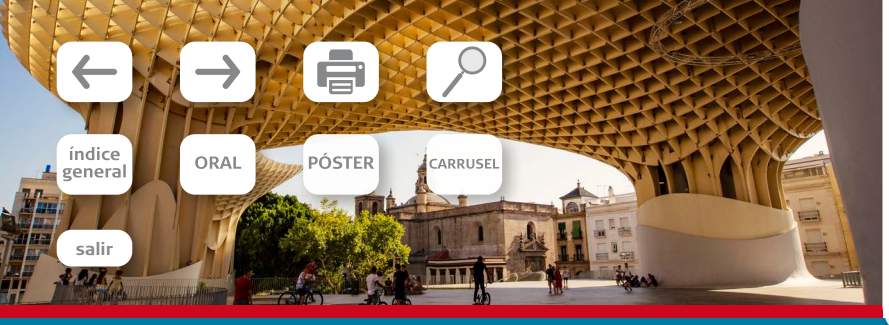
Todos los artículos describen el procedimiento quirúrgico y sus complicaciones, siendo la técnica Sugarbaker la más utilizada, que consta de 3 fases. No existen estudios comparativos que permitan determinar si la utilización de HIPEC aumenta la incidencia de complicaciones respecto a la cirugía sola. Al ser una cirugía mayor y someter al paciente a los efectos de la quimioterapia hipertérmica, aumenta la posibilidad de presentar múltiples complicaciones en el postoperatorio; por ello es de gran importancia el papel de la enfermería. La vigilancia hemodinámica, el control de dolor, los cuidados respiratorios, la vigilancia de drenajes y de la integridad cutánea, la valoración de la herida quirúrgica, movilización precoz y el aislamiento estricto del paciente.

Conclusiones

El procedimiento de CCR+HIPEC supone un tratamiento curativo y de prolongación de la supervivencia en la CP. No hay consenso sobre la indicación, el procedimiento, el fármaco ni la selección del paciente. Tampoco hay criterios unificados de valoración que permitan una comparación de resultados. Las publicaciones sobre la técnica son abundantes, pero no lo son las que hacen referencia a los cuidados de enfermería. Es preciso protocolizar y estadarizar estos cuidados.

Palabras clave

Carcinomatosis peritoneal • Quimioterapia intraoperatoriahipertérmica • Cuidados intensuvos • Cuidados de enfermería



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 208

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL PROTOCOLO ERAS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

Alberto Luis Alba Nieto; AJ. Montes Aguilera; A. Honrubia López; C. Martorell Campins
Hospital Universitario Son Espases

Objetivos/Introducción

El proyecto ERAS, es un plan multimodal trazado para minimizar la disfunción de órganos en el post operatorio y reintegrar al enfermo a la normalidad lo más pronto posible. Actualmente, diversos estudios científicos han manifestado que determinados métodos tradicionales para el manejo perioperatorio de los pacientes, tales como, el ayuno preoperatorio, la preparación intestinal, el uso de sondas naso-gástricas, la colocación de drenajes intraabdominales, el ayuno en el postoperatorio etc., no son necesarios e incluso en ocasiones contraproducentes.

OBJETIVO: El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es revisar y actualizar para determinar si la aplicación del protocolo ERAS produce mejor recuperación en pacientes tratados con esta terapia multimodal en comparación con el manejo tradicional, prestando especial enfoque a los cuidados de enfermería para mejorar así la efectividad y evitar posibles complicaciones asociadas.

Metodología/Observación clínica

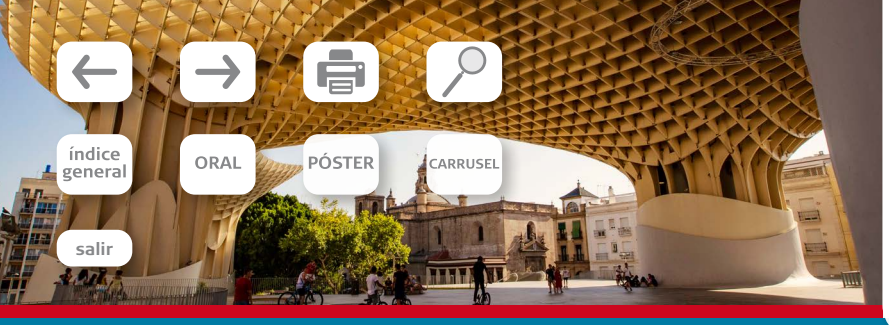
Se realizó una investigación secundaria basada en una revisión bibliográfica. Se consultaron las bases de datos MEDLINE, SCOPUS, LILACS e IBECS, con límites: idiomas ingleses y castellano y publicación 2010-2022. Se localizaron 89 documentos, siendo seleccionados y revisados 14 artículos científicos.

Resultados/Intervenciones

Según los artículos científicos revisados, la estancia media hospitalaria para los pacientes que se llevó a cabo con la aplicación del protocolo ERAS fue de 1 a 3 días mientras que para los pacientes que no se aplicó el protocolo estuvo una media de 5 días. En cuanto a las complicaciones post-operatorias según los estudios el 92.5% no presentan complicaciones frente al 7,5% que sí dentro de la aplicación del protocolo ERAS. El 35% de los pacientes presentaron complicaciones tipo infección de sitio quirúrgico (17.5%), fístula enterocutánea (7.5%) y vómitos (10%).

Conclusiones

Por tanto, podemos concluir que la aplicación del protocolo ERAS es posible dentro de las realidades de nuestros hospitales y es una excelente herramienta para lograr una recuperación más temprana en el post operatorio.



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. *Sala España 3*

ID 201

REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DEL PROCEDIMIENTO DE GIRO EN POSICIÓN DE DECÚBITO PRONO DE PACIENTES CRÍTICOS PARA EL PERSONAL SANITARIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA

Ivan Sabate Cordero; J. Mondéjar Fontanet; R. Pascual Climent; E. Salazar Castellanos; E. Taules Navarro; L. Roca Portolés; S. Bertran Pericon; D. Curià Sales
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

Elaborar un protocolo para la estandarización del procedimiento de giro en posición de decúbito prono de pacientes críticos para el personal sanitario de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica desde julio hasta noviembre de 2021 en las bases de datos Pubmed, Cinhal, Cochrane Library y Cuiden. Criterios de inclusión han sido: artículos publicados en los últimos 5 años y texto de libre acceso.

Resultados/Intervenciones

Curas previas:

- Aspirar contenido gástrico por sonda nasogástrica (SNG) y declive.
- Comprobar fijación de dispositivos SNG, tubo endotraqueal, traqueostomía, catéteres venosos, arteriales...) y cambio apósitos.
- Sonda vesical entre extremidades inferiores.
- Aspirar secreciones bucales/traqueales. Comprobar presión neumotaponamiento pre/post ejecución.
- Fijar catéteres mediante esparadrapo.
- Palo equipo catéter arterial en los pies
- Liberar tubuladuras respirador y FiO2 100%.
- Comprobar longitud de tubuladuras, equipos, drenajes, etc.

Proceso:

- Presión máxima colchón, 0º y posición horizontal.
- Desplazar paciente al lado opuesto a la trayectoria del giro, acercar al cabezal.
- Retirar electrodos y monitorización ECG, asegurar pulsioxímetro en la mano del lado opuesto al giro.
- Sabana nueva dejando 1/3 fuera de la cama, empapador en pelvis, paciente en posición lateral.
- Finalizar giro dejando el enfermo sobre sabana/empapador nuevos. Tirar de la sabana para centrar paciente en la cama.
- Brazo en postura de nadador; el otro, paralelo al cuerpo con palma mirando al techo

Curas posteriores:

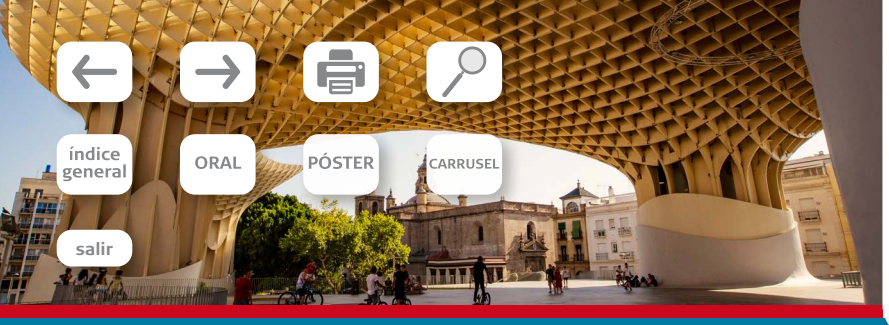
- Comprobar colocación sonda nasogástrica y reiniciar nutrición.
- Cojines en extremidades para evitar la presión directa de barandillas subidas.
- Cama en posición antitrendelemburg (10-15º)
- Movilización cabeza y extremidades cada 3h.
- Comprobación neumotaponamiento en cada giro de cabeza

Conclusiones

Se ha realizado un protocolo para la estandarización del procedimiento de giro en posición de decúbito prono de pacientes críticos para el personal sanitario de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Palabras clave

prone position • protocol • covid



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 206

SISTEMA DE ASPIRACIÓN CERRADA DE SECRECIONES

Marta Gutiérrez González; Al. Ángulo de la Peña; N. Pérez Santamaría; L. Hernández Ruiz; N. del Olmo Dueña
Hospital Universitario de Burgos

Objetivos/Introducción

El sistema de aspiración cerrada de secreciones (SACS), es un procedimiento por el cual se introduce un catéter en la vía aérea traqueal para aspirar las secreciones sin necesidad de desconectar la ventilación mecánica (VM).El SACS mantiene el volumen de aire corriente, la fracción inspiratoria de oxígeno y la presión positiva al final de la espiración (PEEP) durante la aspiración y además protege a la enfermera de la exposición de secreciones.

OBJETIVO: Establecer un protocolo para la utilización de SACS de forma adecuada y evitar posibles complicaciones durante la aspiración de pacientes con VM dirigido a profesionales de enfermería.

Metodología/Observación clínica

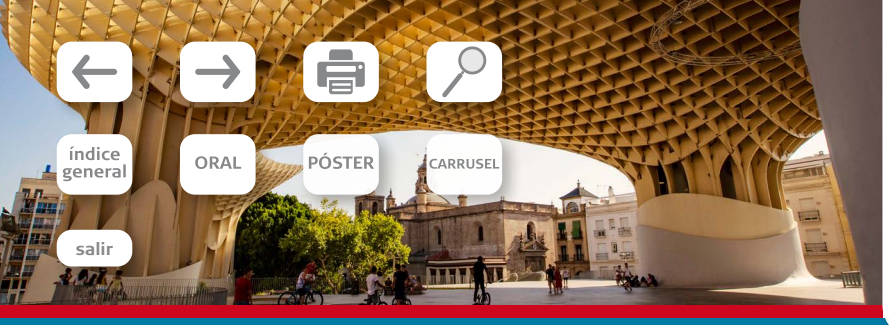
Se realizó una búsqueda en Google académico y en base de datos MEDLINE, COCHRANE LIBRARY PLUS, CUIDEN, ELSEVIER usando los siguientes descriptores MESH: aspiración, secreciones, cerrada, ventilación mecánica.

Resultados/Intervenciones

- Higiene de manos con solución alcohólica.
- Preoxigenar al paciente.
- Emplear la mano no dominante para estabilizar la sección en T.
- Introducir la sonda de aspiración (SA) suavemente cubierta por la funda hasta el interior de la vía aérea.
- Comprimir con la mano dominante la válvula de aspiración intermitentemente, mientras se retira la SA realizando un movimiento en línea recta durante 10-15 segundos.
- Asegurarse la retirada de la SA hasta la marca del sistema.
- Realizar limpieza del SAC con suero fisiológico.
- Higiene de manos y registro.

Conclusiones

El personal de enfermería debe actualizar sus conocimientos para conseguir un correcto uso del SACS en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo con PEEP elevadas y/o en maniobras de reclutamiento y en aislamiento respiratorio (COVID, infección viral..).



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. *Sala España 3*

ID 131

PASO A PASO EN TERÁPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR) CON ANTICOAGULANTE CITRATO-CALCIO (CI-CA) CON EL MONITOR FRESENIUS MULTIFILTRATE

Ascensión López Gil; M. Ortuño Argentó; MªT. Peig Martí; ZMª. Ramos Rodríguez; AMª. Piquer Sanz
Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

Objetivos/Introducción

Introducción Las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) son técnicas complejas en constante evolución tecnológica. La implantación de nuevas terapias y monitores específicos para la realización de dichas técnicas requiere de una formación adecuada y continuada de los profesionales que trabajan en las UCI. En tiempos de pandemia por Covid19, debido al elevado número de ingresos de pacientes en UCI que precisaban de dichas técnicas, junto con la carencia de personal médico, de enfermería y TCAIs entrenado en estas técnicas, el grupo de trabajo de las TCRR nos vimos obligados a tomar medidas urgentes para optimizar el funcionamiento de las TCRR en la unidad, favorecer en todo momento la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la prevención de los eventos adversos.

OBJETIVOS: Unificar criterios de actuación en las diferentes terapias continuas de reemplazo renal con el monitor Fresenius Multifiltrate. Crear una guía de consulta rápida sobre las indicaciones, material, montaje y cuidados a realizar durante la utilización de estas técnicas.

Metodología/Observación clínica

Revisión de la ficha técnica del monitor Fresenius Multifiltrate. Revisión de los protocolos sobre las TCRR en la UCI de Joan XXIII.

Resultados/Intervenciones

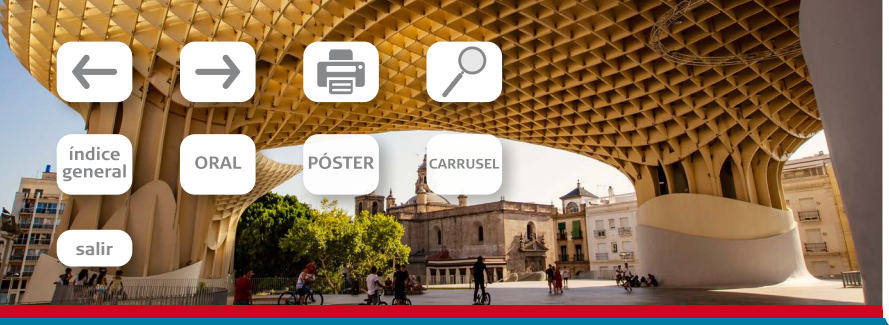
La creación de una herramienta de consulta rápida y de fácil acceso en formato póster para facilitar la práctica diaria

Conclusiones

El póster es una herramienta fácilmente accesible para todo el personal de la unidad, que permite trabajar de forma organizada, unificada y segura, sobre todo en aquellas situaciones de estrés y elevada presión asistencial tan frecuentes en las UCI.

Palabras clave

Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) • anticoagulación Ci- Ca • Póster



Comunicaciones póster

Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 244

ESTIMACIÓN DEL VOLUMEN VESICAL MEDIANTE ULTRASONIDOS. PROPUESTA DE UN NUEVO MÉTODO

Patricia Fanny Calderón Herrera; L. Rodríguez García; E. Sánchez Delgado; S. Aguilar Malgrat; N. Bea Rodríguez; M. Castán Baldellou; N. Domínguez Cruz; A. Vázquez Guzmán; A. Villamor Ordozgoiti; A. Sala Gracia
Hospital Clínic, Barcelona

Objetivos/Introducción

La estimación ecográfica del volumen vesical es un método de medición no invasivo fácil de utilizar, barato e inocuo. Los modelos de medición más utilizados son imprecisos con un error sobre el volumen vesical real entre 21-30%. Se propone un nuevo método en la medición del volumen vesical mediante ultrasonidos y se compara con otros métodos publicados.

Metodología/Observación clínica

Estudio Observacional Descriptivo en población de colaboradores sanos, con muestra intencionada de 4 hombres y 16 mujeres, a los que se realizaron 40 exploraciones ecográficas en plenitud vesical. En cada exploración se practicaron 3 mediciones: tomando ejes Transversal (T), Antero-posterior (AP) y Longitudina (L), método Poston (TxAPxLx0,7), método Hakenberg (TxAPxLx0,6) y Método HCB propuesto por equipo Investigador. El Método HCB sustituye eje L por Longitudinal Estimado (LE) (figura1) sin factor de corrección (TxAPxLE). Se compararon los resultados con Volumen Real (micción+volumen residual vesical).

Resultados/Intervenciones

Se expresan los volúmenes en ml. De las 40 evaluaciones vesicales, el volumen medio de micción fue de 507ml (IC95% 426,24 589,01), con un volumen residual medio de 20,9ml (IC95% 14,87 26,94). Sobre el total real de volumen, el método Hakenberg obtuvo una diferencia media de -158,97ml (IC95% -199 -118), -32% del total; el método Poston una diferencia media de -104,81ml (IC95% -141,40 -68,22), -20,67% del total; el Método HCB obtuvo una diferencia media de 26,77ml (IC95% -3,35 56,90), un 3,93% del total con la mejor correlación de los tres (p<0,001 cor 0,966). Las variaciones respecto al volumen real del Nuevo Modelo mostraron diferencias significativas con el método Hakenberg (p<0,001) y con el método Poston (p<0,001), con una precisión entre 5 y 8 veces mayor.

Conclusiones

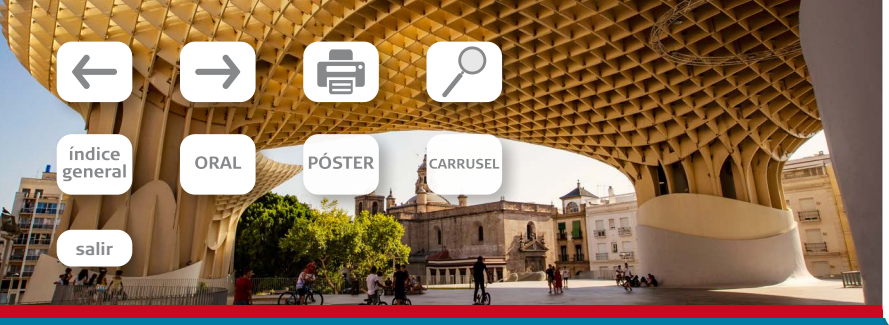
A diferencia de los métodos clásicos de medición ecográfica de volumen vesical (error 20-30%) el Método HCB ofrece mayor aproximación al volumen vesical real con diferencias significativas y un error medio <4%.

Financiación

Sin Financiación

Palabras clave

Vejiga Urinaria • Enfermería de Cuidados Críticos • Ecografía • Cuidados Críticos



Lunes 13 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES I. ***Sala España 3***

ID 227

RESULTADOS TRAS REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR POR EQUIPO DE PAROS INTRAHOSPITALARIO

Nuvia Domínguez Cruz; PF. Calderón Herrera; E. Sánchez Delgado; S. Aguilar Malgrat; L. Rodríguez García; A. Sala Gracia; N. Bea Rodríguez; M. Castán Baldellou; A. Vázquez Guzmán; D. Esteve Casanovas
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

Desde las Recomendaciones ILCOR 2015, y ratificadas por las recomendaciones 2021, se insta a que los Hospitales dispongan de un Equipo de Reanimación Cardiopulmonar Intrahospitalaria (ERCPI) para atender de forma emergente a los pacientes en Parada Cardiorrespiratoria (PCR) mediante maniobras de Soporte Vital Avanzado (SVA) precoces. Las enfermeras miembros de estos equipos como expertas en Cuidados Críticos y Reanimación Cardiopulmonar garantizan una respuesta óptima. Se muestran resultados de ERCPI tras 1 año de actividad pre-COVID.

Metodología/Observación clínica

Estudio Descriptivo Observacional Retrospectivo. Desarrollado en Hospital de Agudos de Alta Complejidad. Población, pacientes ingresados en Hospital en Unidades de Hospitalización Convencional y sufren efecto adverso inesperado que precisa respuesta de ERCPI. En la muestra fueron incluidos el 100% de la población durante 2019. Se analizaron 27 variables, 9 independientes relacionadas con datos sociodemográficos y 18 dependientes relacionadas con el tipo de alerta, PCR y SVA. Se realizó estudio uni-bivariable mediante chi2, t-Student para grupos independientes.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 83 avisos a ERCPI de los cuales fueron PCR n=29 (34,78%), pacientes en riesgo de PCR n=29 (34,78%), Paros Respiratorios n=1 (1,45%), Otras Emergencias n=14 (17,39%) y Falsas alarmas n=10 (11,59%). Del total, n=24 (28,92%) finalizaron exitus vitae. La Edad media=68,91 (IC95% 65,11 72,71) aunque el 77% de los avisos afectó a >70años. El tiempo de llegada media=120sg (IC95% 99sg 140sg). Entre los pacientes en PCR (mayoritariamente presenciada), el tiempo de demora a inicio Soporte Vital Básico y activación llamada ERCPI fué 30sg (IC95% 20sg 85sg). Ninguna de las variables estudiadas se relacionó significativamente (p>0,05) con la supervivencia (33%) tras PCR.

Conclusiones

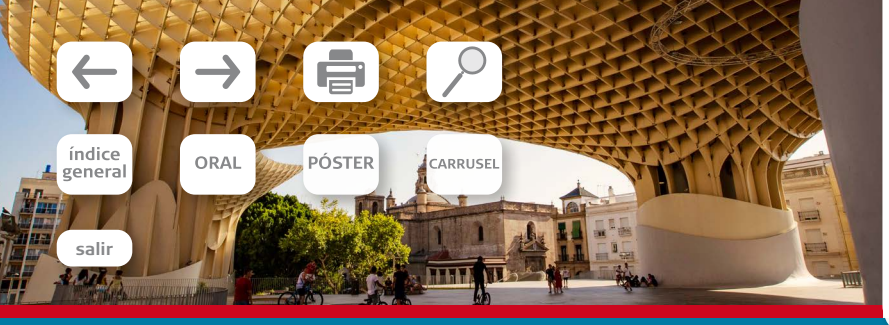
La respuesta de un sistema hospitalario con ERCPI ofrece a los pacientes en PCR una respuesta óptima a la emergencia, con buenos índices de supervivencia. Sin embargo, Sistemas de Detección Precoz de Eventos Adversos como Equipos de Respuesta Rápida podrían mejorar los resultados.

Financiación

Sin Financiación.

Palabras clave

Parada Cardiorrespiratoria • Reanimación Cardiopulmonar • Enfermería de Cuidados Críticos



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 64

CARACTERIZACIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME POST UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES COVID-19

Gemma Gomà[1]; G. Navarra Ventura[1]; C. de Haro López[1]; J. López Aguilar[1]; M. Godoy González[2]; L. Oliveras Furriols[2]; M. Jodar Vicente[3]; A. Ochagavía Calvo[1]; L. Blanch Torra[1]; S. Fernández Gonzalo[3]
1. Hospital Universitari Parc Taulí, UAB, Institut d´Investigació i Innovació (I3PT) CiBERES; 2. Hospital Universitari Parc Taulí, UAB, Institut d´Investigació i Innovació (I3PT); 3. Hospital Universitari Parc Taulí, UAB, Institut d´Investigació i Innovació (I3PT) CiBERSAM

Objetivos/Introducción

El síndrome post-cuidados intensivos (PICS) engloba un conjunto de secuelas físicas, cognitivas y emocionales que aparecen en un 40-60% de los supervivientes de UCI y puede afectar al estado emocional y cognitivo de sus familiares (PICS-F). El colapso del sistema sanitario, el aislamiento y la restricción de visitas en UCI durante la primera ola COVID-19 pudo incrementar el PICS-F.

OBJETIVO: caracterizar las alteraciones cognitivas/emocionales del PICS-F de pacientes COVID-19 y ofrecer pautas para favorecer la resolución de las secuelas PICS-F.

Metodología/Observación clínica

Estudio unicéntrico, transversal en familiares de pacientes críticos ingresados en el Hospital Parc Taulí por COVID-19 (abril-octubre 2020). Se realizó seguimiento durante 12 meses tras alta de UCI. Telefónicamente se administraron cuestionarios para valorar: sintomatología depresiva (QIDS-SR), ansiosa (STAI), trastorno de estrés post-traumático (TEPT-Davidson scale), percepción de déficit cognitivo (PDQ20) y calidad de vida (SF-12). Se facilitó horario de consulta con enfermería para resolver dudas en los familiares sobre el ingreso de pacientes y para describir su situación personal. En caso de sintomatología grave se derivó al especialista.

Resultados/Intervenciones

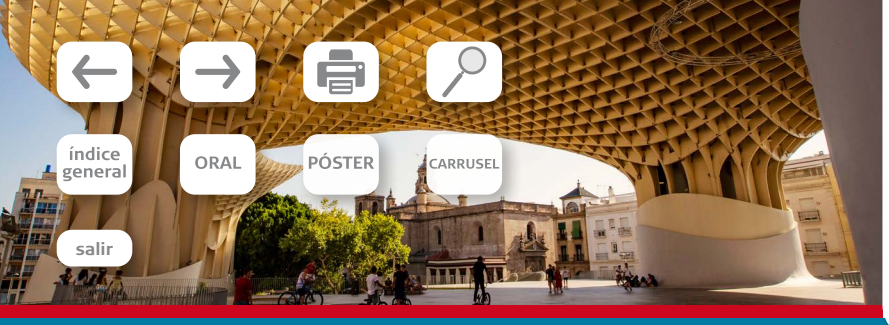
60 familiares de 52 pacientes críticos COVID-19: pareja (58,3%), hijo/a (28,3%), yerno/nuera (5%), hermano/a (1,7%), nieto/a (1,7%), madre/padre/tutor (1,6%) y otros (3,3%). El 69,2% de pacientes necesitó VM, la mortalidad en UCI fue del 25% y la estancia media UCI de 10,4 días. 76,67% de los familiares presentaron sintomatología depresiva leve-severa, 15% ansiosa, 46,67% TEPT y 23,33% déficit cognitivo. Un 6,67% manifestó reducción de su calidad de vida relacionada con la salud física y un 25% con la salud mental. Los familiares de pacientes fallecidos en UCI presentaron mayor sintomatología depresiva-ansiosa, pero no se observaron diferencias significativas.

Conclusiones

La PICS-F en esta cohorte evidencia la existencia de alteraciones emocionales, percepción de déficit cognitivo y reducción de calidad de vida relacionada con la salud mental con predominio de sintomatología depresiva y TEPT, sin diferencias significativas en relación a la mortalidad.

Palabras clave

covid • PICS-F



Comunicaciones póster

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 75

LA ENFERMERA Y LA FAMILIA PARA PREVENIR EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO DEL PACIENTE CRÍTICO

Gema Tenor Salas; G. Llanes Fernández de la Cueva; D. Bejarano Álvarez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

El Síndrome Confusional Agudo(SCA) es un trastorno que se da con una elevada prevalencia en las Unidades de Cuidados Intensivos(UCI). Tiene multitud de factores de riesgo, además de posibles complicaciones. Para el abordaje del SCA la mejor opción es la prevención.

OBJETIVOS

- Describir los mecanismos que enfermería puede poner en marcha para prevenir el SCA del paciente crítico
- Conocer el papel de la familia en la prevención del SCA

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en bases de datos: PubMEd, Cuiden, Cinahl, WOS y Scopus. Criterios de inclusión: 10 años, en español o inglés. Palabras clave: Delirium Critical Care Nursing Primary Prevention Family

Resultados/Intervenciones

Son 10 los artículos incluidos en esta revisión.
Las enfermeras, a parte de aplicar el tratamiento farmacológico prescrito puede actuar controlando los factores de riesgo:

Ambientales:

- Ambiente seguro, evitar caídas.
- Espacios con iluminación natural.
- Ambiente tranquilo y sin ruidos.
- Proveer de calendario y reloj (de fácil lectura).
- Evitar restricción mecánica.
- No interrumpir el sueño nocturno.

Clínicos:

- Revisar medicación diariamente, retirando aquella no necesaria.
- Sustituir, disminuir o suspender medicamentos anticolinérgicos.
- Estimular deambulación, o sedestación al decúbito.
- Estimular la ingesta de líquidos.
- Evaluar hipoxia, optimizando la saturación de oxígeno.
- Controlar el dolor.

Cognitivos:

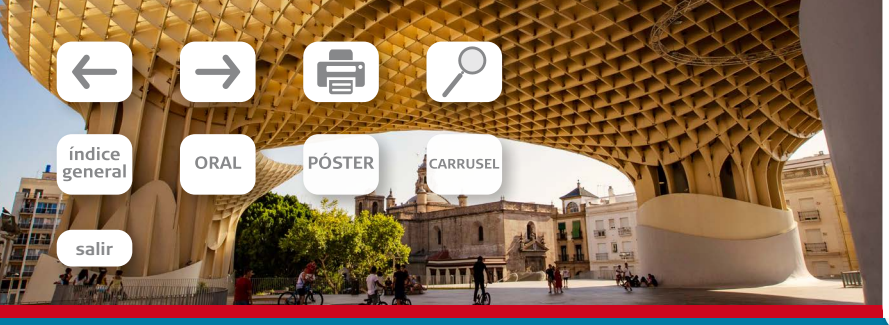
- Orientar
- Explicar de manera sencilla todo lo que se haga.
- Estimular cognitivamente.
- Permitir acompañamiento por la familia y amigos.
- Dentro del control de los factores de riesgo cognitivo podría incluirse a la familia para:
  - Estimulación sensorial del paciente
  - Favorecer la orientación en espacio, tiempo y persona

Conclusiones

El SCA puede llegar a prevenirse en las Unidades de Cuidados intensivos con intervenciones no farmacológicas que pueden ser llevadas a cabo por el personal de enfermería y por la propia familia del paciente. La formación y sensibilización sobre este tema puede ser crucial para disminuir la prevalencia de SCA en las UCIS.

Palabras clave

Delirium • Cuidados críticos • Enfermería • Familia



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 141

RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA INFORMACIÓN A FAMILIARES DE UCI

Ana Sanz Sánchez; L. Medina Sánchez; L. Real Villena; M. Vicente Pérez; P. Martín-Rubio García-Alcalá; R. Martínez Serna; M. Ortíz Jiménez; L. Cuenca Ropero; A. Luzón Sánchez; D. Valderas Castilla
Hospital del Tajo

Objetivos/Introducción

El ingreso de un paciente en cuidados intensivos genera estrés e incertidumbre en sus familiares. Diversos estudios reflejan que dichos familiares demandan información clara, cercana y completa. Mejorar esta información, humanizando el trato a familiares y pacientes es un indicador de calidad fundamental en el paciente crítico, según la Sociedad Española de Medicina Intensiva.Al realizar, en 2018, un estudio en nuestra unidad, comprobamos que, tras haber sido informado el familiar, ni el diagnóstico ni el nivel de gravedad referido por éste coincidían con el que el facultativo había querido transmitir. Nos propusimos llevar a cabo una intervención que corrigiera estos errores en la transmisión de información, mejorando la calidad de la información dispensada.

Metodología/Observación clínica

Se diseñó un estudio cuasiexperimental(antes-después). Para ello, el equipo creó una entrevista semiestructurada que el médico aplicó (junto al profesional de enfermería) a familiares de pacientes recién ingresados. Una vez informados, se les invitaba a completar la misma encuesta que se utilizó en el estudio de 2018 (preintervención). Se recogieron 28 encuestas; el diagnóstico referido se comparó con el reflejado en la historia y el nivel de gravedad con el Simplified Acute Physiologic Score III (SAPS3). El análisis de los datos se realizó con SPSS 22.0 mediante cálculo de frecuencias para preguntas cerradas, y chi cuadrado para comparación entre estudios.

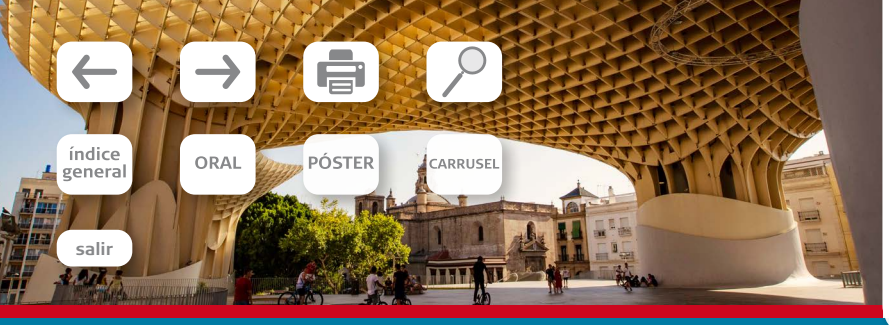
Resultados/Intervenciones

La mayoría de los encuestados refirió que el lenguaje fue entendible, percibió un trato cercano y consideraron que la información fue útil y suficiente (ver tabla adjunta). La concordancia entre el diagnóstico entendido por el familiar y el real mejoró del 60% (preintervención) al 92,9% (postintervención) (p=0,005), y la concordancia del nivel de gravedad mejoró, aunque sin significación, no descartamos nuevas intervenciones.

Conclusiones

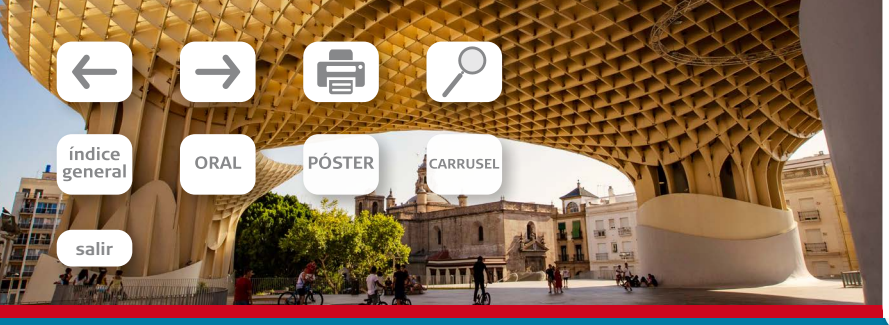
Informar a los familiares mediante una entrevista semiestructurada mejora la comprensión del diagnóstico y resulta entendible, cercano, útil y suficiente según refleja nuestro estudio.

sigue –>



Comunicaciones póster

Tabla comparativa estudio previo 2018 vs actual 2019 (postintervención)		
PREGUNTA	SI Estudio 2018 (preintervención)	SI Estudio 2019 (postintervención)
¿Concuerda el diagnostico real con el entendido?	60%	92,9%
¿Concuerda el nivel de gravedad entendido con el SAPS3 calculado?	53.3%	60,7%
¿El lenguaje suministrado fue demasiado técnico y poco entendible?	6.7%	7,1%
¿Ha recibido un trato cercano, humano y accesible?	100%	96.4%
¿Considera la información fue útil y que ayuda a reducir su nivel de ansiedad?	100%	92,9%
¿Considera que la información ha sido suficiente?	70%	92.9 %
	N=30.	N=28



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 162

IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE BAJO TERAPIA DE SOPORTE ECMO

Pilar Guillermo García; E. Morant García; L. López Aguilera; A. Nieto Fernández; J. Oreja Fernández; M. Remesal Oliva; ID. Gómez Salvá; L. Pastor Cabanillas; C. Jiménez Marco
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de la formación específica en el soporte de eliminación extracorpórea por membrana de oxigenación (ECMO) en las Unidades de Cuidados Intensivos. Actualmente, se ha incrementado su uso en UCI a nivel nacional. En concreto, la modalidad ECMO VV (venovenosa), durante la pandemia, se ha posicionado como un pilar clave en el soporte de la insuficiencia respiratoria grave en el paciente crítico con infección SARS-CoV2. Resulta fundamental que la Enfermería realice los cuidados basándose en evidencia científica de impacto para poder ejercer un liderazgo competente que se traduzca en un aumento de la seguridad de estos pacientes.

El objetivo fundamental es conocer la importancia de obtener una formación específica en ECMO por parte de Enfermería para el manejo del paciente crítico con esta terapia de soporte.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Elsevier y Chrochane. Criterios de inclusión: adultos, últimos diez años, artículos en inglés y español.

Resultados/Intervenciones

La ELSO subraya la importancia de formar mediante distintas técnicas de aprendizaje basadas en la evidencia al personal responsable de ECMO en su práctica diaria. La formación en ECMO no finaliza después de un curso inicial, sino que está conformada por un continuo de sesiones a lo largo de la práctica asistencial que deben reeditarse a medida que aumenten la investigación y las actualizaciones y técnicas relacionadas. No solo es necesario la formación teórica, son igual de importantes las prácticas clínicas, sesiones de simulación y las evaluaciones cognitivas.

Conclusiones

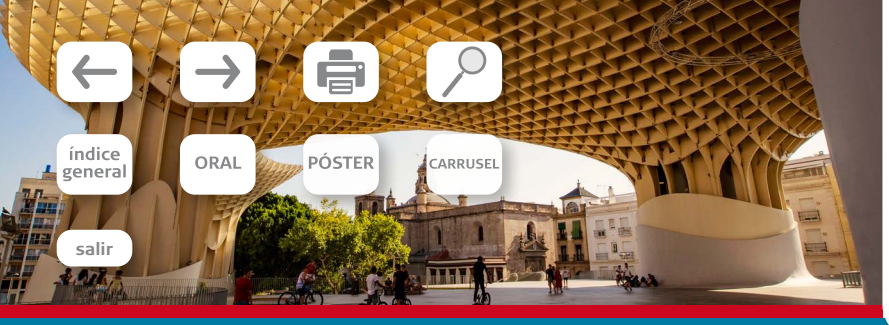
Es necesaria una formación específica del personal sanitario dentro de la UCI sobre esta terapia ECMO, para conseguir mejores resultados y una mayor seguridad del paciente. La promoción de la formación de Enfermería sobre esta terapia, entre otras, tanto teórico como basado en simulación, incrementaría el conocimiento, la habilidad y la confianza entre los profesionales de UCI.

Financiación

Este proyecto no ha recibido ningún tipo de financiación.

Palabras clave

ECMO • Formación • UCI • Enfermería • Seguridad



Comunicaciones póster

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 179

IMPLEMENTACIÓN DEL ACCESO VASCULAR ECOGUIADO POR ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Lara Navas Guerrero; G. Gaudó Rigol
Hospital HM Nou Delfos

Objetivos/Introducción

La mayoría de pacientes hospitalizados requieren la colocación de un dispositivo de acceso vascular (DAV) para la administración de algún tipo de terapia intravenosa. Las guías de práctica clínica apuestan por la individualización en la elección del DAV. La evaluación y colocación de forma ecoguiada permite la elección del dispositivo vascular adecuado, minimizando las complicaciones y mejorando la tasa de éxito.

El objetivo de este estudio es la evaluación de la evolución de un proyecto de punción ecoguiada tras un año de su implementación.

Metodología/Observación clínica

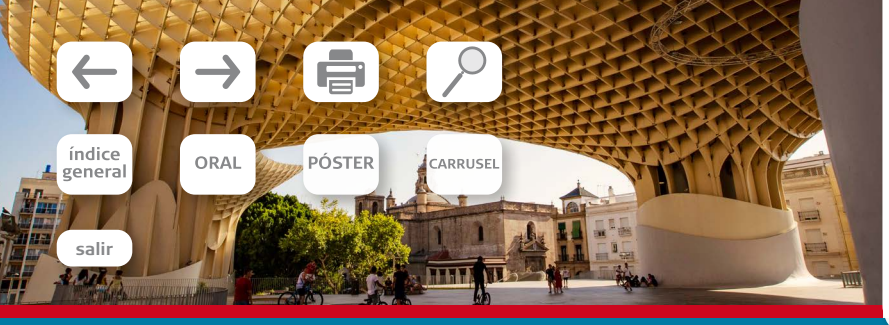
El diseño del estudio es observacional, descriptivo y transversal. Se recogieron datos codificados de forma retrospectiva en el periodo de 2020-2021. Se trata de un estudio unicéntrico (Hospital HM Nou Delfos) donde se incluyeron aquellos casos hospitalarios que precisaron un DAV ecoguiado. Todos los dispositivos fueron colocados por personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

Resultados/Intervenciones

Se han analizado 154 catéteres implantados de forma ecoguiada, de tipo PICC (Catéter Central de Inserción Periférica) y Midline. De éstos, 105 se retiraron de forma exitosa tras finalizar el tratamiento. El resto, se retiraron precozmente por complicaciones: mal funcionamiento (15), autoextracción accidental (8), infección (8), trombosis (6)... La mayoría de dispositivos colocados fueron midlines (87) y el motivo de colocación principal fue para terapia endovenosa de duración >6 días. El 60% de los dispositivos fueron colocados en el primer intento. La vena de elección fue basílica seguido de braquial. El diámetro medio de la vena fue de 0,5mm.

Conclusiones

Tras la implantación del programa de colocación de accesos vasculares ecoguiados por enfermería, se consiguieron colocar de forma exitosa un gran número de catéteres. Sin embargo, el 30% de éstos se retiraron de forma precoz, por encima de lo descrito en la literatura lo que sugiere la necesidad de una intervención educativa para mejorar en la tasa de éxito.



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 115

MOVILIZACIÓN PRECOZ EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Bárbara Martínez Pindado; C. Guerrero Rodelas; I. Jiménez Ramos; C. Aguilar Domingo
Hospital Universitario Ramon y Cajal

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos están diseñadas para la atención de aquellos pacientes graves con posibilidad de recuperarse. Los pacientes críticos están sometidos a un grado importante de inmovilización, el cual conlleva al riesgo del síndrome de desuso. La movilización progresiva son movimientos planeados de manera secuencial con el objetivo de minimizar los efectos derivados del reposo prolongado en cama.

El objetivo es responder a la pregunta clínica: ¿Influyen los programas de movilización precoz en la prevención de los efectos asociados al riesgo del síndrome de desuso en los pacientes de una unidad de cuidados intensivos?

Metodología/Observación clínica

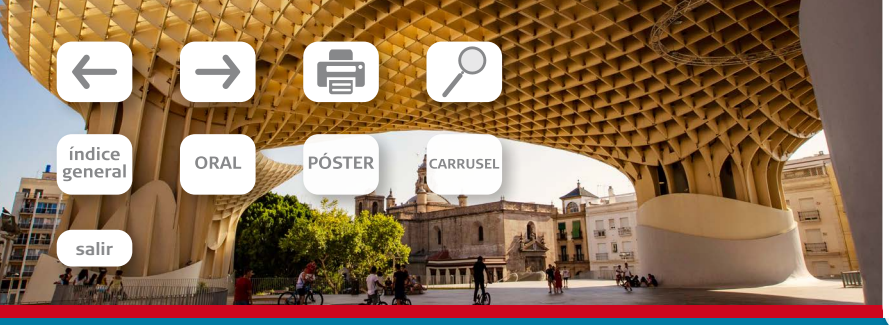
Se realizó una búsqueda de los términos MeSh, DeCs y Cinahl Headings que mejor se adecuaban para responder a la pregunta planteada para combinarlos en las bases de datos: PUBMED, COCHRANE Y CINAHL. Los criterios de inclusión de la búsqueda bibliográfica fueron: ensayo clínico aleatorizado y antigüedad menor de 10 años.

Resultados/Intervenciones

La mayoría de los estudios muestran una menor incidencia de atelectasias, neumonía, un aumento de la fuerza muscular y una mejoría de la capacidad funcional tras el establecimiento de alguna intervención de un protocolo de movilización precoz. No hay diferencia significativa en la aparición de úlceras por decúbito y del delirium. No hay ningún ensayo aleatorio encontrado en el que se aplique ejercicios de movilidad progresiva para evaluar si disminuye el riesgo de padecer complicaciones cardiovasculares.

Conclusiones

Un protocolo de movilización precoz implantado en una UCI es eficaz y factible. Además, es necesario llevar a cabo más ensayos clínicos aleatorizados que contemplen estas intervenciones, así como promover la formación al personal de enfermería de los efectos derivados del síndrome de desuso.



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 153

IMPACTO DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE MOVILIZACIÓN PRECOZ EN LA MIASTENIA GRAVIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

David Moya Frances[1]; I. Reynals Hidalgo[1]; JL. Moreno González[1]; M. Magret Iglesias[1]; D. Gil Castillejos[1]; S. Manrique Moreno[1]; A. Arasa Muñoz[1]; MT. Cabas Cuevas; P. Mínguez Blasco[1]; J. Marine Vidal[1]
1. Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona

Objetivos/Introducción

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune que afecta a músculos faciales y proximales. Los síntomas principales son fatiga y debilidad muscular. Su diagnóstico se basa en el cuadro clínico, pruebas analíticas y test neurofisiológicos. La crisis miasténica afecta toda la musculatura, incluyendo diafragma y músculos intercostales lo que puede provocar una insuficiencia respiratoria grave y tratamiento urgente. Su pronóstico depende de un rápido diagnóstico y tratamiento.

El objetivo fue prevenir las secuelas derivadas de la inmovilidad en la UCI añadidas a su patología de base.

Metodología/Observación clínica

Caso clínico: mujer, 78 años, fumadora, enolismo ocasional y antecedente de ICTUS sin secuelas. Consulta por diplopía que progresa a disfagia, ptosis palpebral y dificultad respiratoria. Ante la disminución de la capacidad vital forzada se inicia tratamiento dirigido para miastenia e ingresa en UCI para control evolutivo.

Resultados/Intervenciones

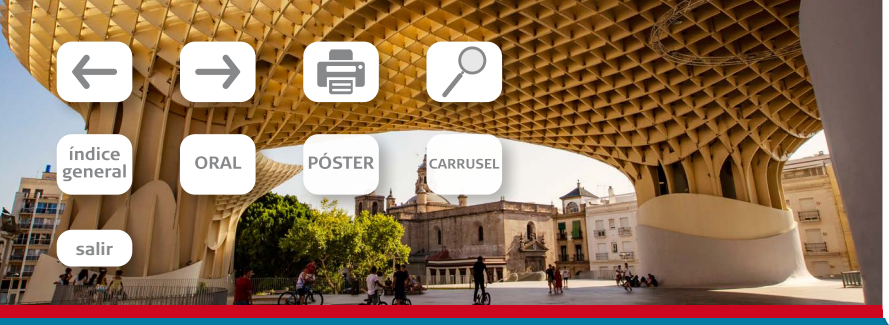
Mala evolución con aumento de disnea a mínimos esfuerzos. Se procede a IOT+VM+analgosedación para RASS objetivo -2. A las 48h tolera VM sin analgosedación iniciando protocolo de movilización precoz (MP) en nivel II al tercer día en UCI. Al 4ºdía de ingreso sedestación en sillón y deambulación con VM (10 metros con arnés y grúa). Aumenta la distancia recorrida progresivamente (84m con arnés y grúa) hasta conseguir mayor autonomía en la movilización (168m sin ayudas técnicas). Durante los 10 días de ingreso en UCI precisa 6 días de VM. Tras su estancia en UCI precisa 3 días más de ingreso hospitalario siendo alta directamente a domicilio.

Conclusiones

La sedación colaborativa y los protocolos multidisciplinares de MP pueden evitar la progresión de la debilidad muscular adquirida, disminuyen días de VM y de estancia hospitalaria. Las patologías de riesgo que pueden progresar rápidamente a debilidad muscular son las que más se pueden beneficiar de la presencia de fisioterapeutas y del protocolo de MP en las UCI.

Palabras clave

Paciente Crítico • Ventilación Mecánica • Debilidad muscular adquirida • Miastenia gravis • Movilización precoz



Comunicaciones póster

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 46

USO DE LISTADOS DE VERIFICACIÓN (*CHECK-LIST*) DE ACCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Mª del Carmen Martín Gigorro; J. Escobar Lavela; MªP. González Pascual; JM. Rodríguez Rodríguez
Hospital Universitario del Sureste

Objetivos/Introducción

La utilización del *check-list* permite:

- Revisar todos los apartados que deben ser recogidos en la transmisión de la información del paciente en el cambio de turno.
- Recordar todos los aspectos relevantes que deben ser realizados antes de terminar el turno.
- Usarlos como herramienta de trabajo.

En nuestro Servicio, Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital del Sureste en Arganda del Rey (Madrid), el *check-list* es considerado una herramienta de trabajo para velar por la seguridad del paciente en dos momentos:

- El cambio de turno para la transmisión de información entre los profesionales y asegurar la continuidad de los cuidados.
- El final de la jornada: para la revisión de aquellos puntos relevantes que deben quedar realizados antes de acabar el turno.

Metodología/Observación clínica

Se elaboró un *check-list* que recoge por apartados la información que se estima relevante y necesaria trasmitir en el cambio de turno para una correcta continuidad de cuidados en el paciente. Posteriormente se creó otro *check-list* que aparece de forma automática dos horas antes de la finalización del turno, con todos aquellos aspectos y acciones que tienen que ser realizadas antes de acabar el turno. Ambos listados aparecen de forma automática y programada como una alerta que precisa abrir el documento y aceptar después de su revisión para que desaparezca la alarma.

Resultados/Intervenciones

La creación de los listados de verificación que se adjuntan como imagen.

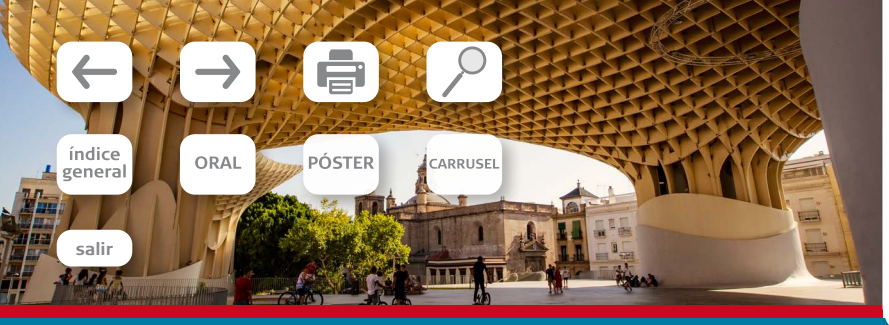
Conclusiones

El uso de ambos *check-list*:

- Aumenta la seguridad del paciente. Familiariza al personal con herramientas de seguridad del paciente.
- Permite utilizar una metodología unificada para la transmisión de información en los pases de guardia.
- Asegura la realización de las tareas y registros más relevantes de los cuidados y aspectos de la atención al paciente.
- Potencia la cultura de seguridad del paciente en los profesionales.

Palabras clave

check-list • monitorización • seguridad del paciente



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 158

AUDITORÍA DE CUIDADOS EN BASE A LOS "PROYETOS ZERO" PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana Cristina Sánchez Pacheco; MA. Murillo Pérez; M. Antón Mancera; LM. Sánchez Fernández; AB. Calero Pizarro; R. Carbone Carreras; M. García Iglesias
Hospital Universitario12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La situación actual de pandemia SARS-CoV2 ha supuesto un impacto negativo sobre las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

El objetivo de este estudio ha sido contabilizar la cumplimentación y realización de los cuidados de enfermería para la prevención de las IRAS en una UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo. Se realizaron auditorías de los cuidados de los proyectos zero por el equipo investigador de manera aleatoria. Estas se realizaron "a pie de cama" con la enfermera responsable del paciente en los diferentes turnos y durante el mes de enero de 2022. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con ventilación mecánica y/o catéter venosos central. Se diseñó de un registro para la recogida de las variables: demográficas, relacionadas con la patología de ingreso, cuidados de prevención de bacteriemia y de neumonía y experiencia en la unidad. Análisis descriptivo de variables.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 61 auditorías en pacientes con patología médica (60,7%) y enfermedad traumática grave (39,4%). La experiencia media de las enfermeras en la UCI fue de 10,4()años. Cuidados para la prevención de la neumonía: el 100% de los pacientes tenía el cabecero elevado, la higiene de boca se realizó a un 85,2% y 3,3% con recuerdo, la administración de profilaxis orofaríngea/digestiva fue del 88,5% y con recuerdo 8%. Por último la presión del neumotaponamiento fue del 92%. Cuidados para la prevención de la bacteriemia: cumplimentación del check-list en un 93,4%, el apósito de clorhexidina se observó en el 93,4%, la medicación identificada 90%. Cambio sistemas de perfusión 98%, 2% con recuerdo y puertos mínimos de inyección 97%, 3% con recuerdo.

Conclusiones

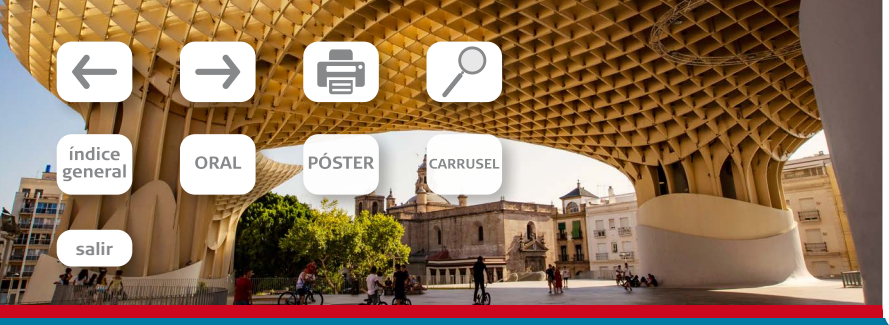
La cumplimentación de las medidas de prevención de IRAS supera el 85% en todos los ítems. Las auditorias son un buen método para la revisión sistemática de los "Proyectos Zero".

Financiación

No

Palabras clave

Cuidados enfermería • Unidad de Cuidados intensivos • Prevención de infecciones • Seguridad del paciente



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. ***Sala España 3***

ID 198

MANEJO DE LA INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTES SEDADOS EN DECÚBITO PRONO

Gema Martín Corrochano; MC. Fernández García; L. Rodríguez Martín; MC. Iglesias García
Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina

Objetivos/Introducción

El decúbito prono (DP) actualmente se utiliza en el tratamiento del deterioro ventilatorio en complicaciones generadas por el virus SARS CoV-2. A pesar de que se ha demostrado que esta terapia de soporte mejora la oxigenación del paciente, la higiene del paciente sedado en DP es complicada y dificultosa. Agravado con la diarrea que provoca la nutrición enteral, relajantes musculares y otros fármacos. El sistema de control de la incontinencia fecal Flexi-Seal® produce una reducción del problema y su efectividad está basada en diferentes estudios recientes que así lo demuestran.

- Protocolizar el uso de Flexi-Seal® en pacientes en DP si no presentan alguna de las contraindicaciones para el uso del dispositivo.
- Disminuir las inmovilizaciones al mínimo para evitar complicaciones respiratorias.
- Evitar problemas cutáneos de la zona perianal y glútea.

Metodología/Observación clínica

Revisión de historias clínicas desde marzo de 2020 a diciembre de 2021 con diagnóstico de neumonía por SARS CoV-2 que usaron Flexi-Seal®.

Resultados/Intervenciones

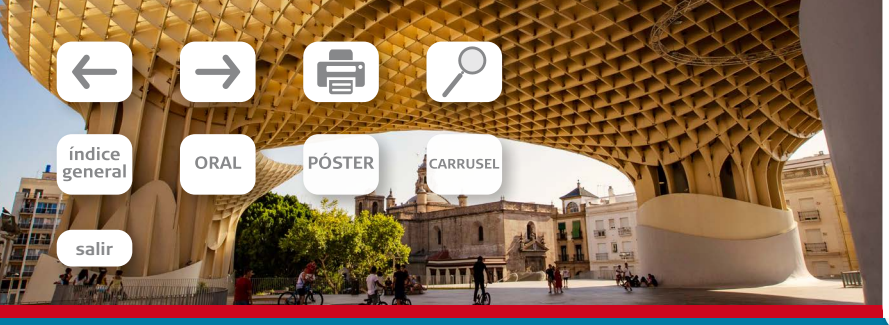
De los 246 pacientes ingresados por neumonía por SARS CoV-2, 192 estuvieron con ventilación mecánica invasiva y 48 usaron el dispositivo Flexi-Seal®. El uso de estos dispositivos de incontinencia fecal previo a pandemia era de 3-4 anuales.

Conclusiones

El uso de Fexi-Seal® minimiza el número de aseos y movilizaciones innecesarias, debido a la continencia fecal que realiza, manteniendo al paciente limpio. Se reducen los cambios posturales, minimizando así los riesgos que derivan de ellos, como son: la inestabilidad hemodinámica y desaturación asociadas a movimientos de fluidos y cambios de presión intratorácica, sumada a los riesgos de extracción accidental de los diferentes dispositivos, ya sea de soporte ventilatorio y/o hemodinámico. Sumado al cumplimiento de las recomendaciones de la extensa bibliografía que apunta al mantenimiento en posición de DP de al menos 48h.

Palabras clave

DP • Continencia fecal • Flexi-Seal • SARS COV-2



Comunicaciones póster

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 284

CHECK-LIST PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Soledad Segurola Barrera; MP. Ruiz Gutiérrez
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

La seguridad del paciente y los daños producidos en la atención sanitaria, se ha convertido en un reto y una prioridad para los distintos paises. La SEMYCIUC ha promovido diferentes iniciativas para elevar la seguridad de la asistencia sanitaria, destacando los protyectos Zero, que han logrado reducir de forma significativa las infecciones relacionadas con el uso de dispositivos. El enfermo critico es especialmente vulnerable para sufrir eventos adversos, siendo muchos los factores que aumentan el riesgo.

Como objetivos nos planteamos:

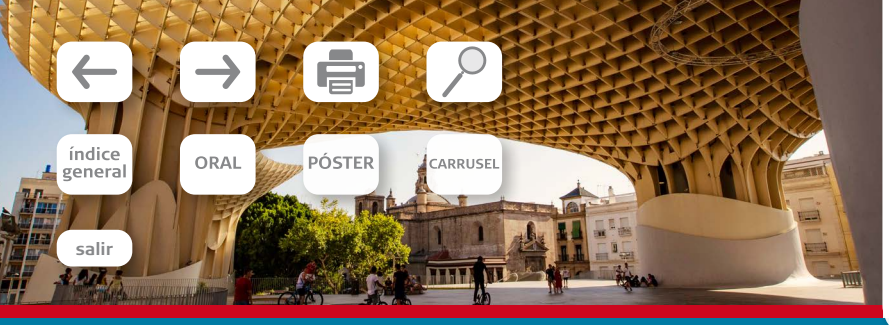
- Garantizar la seguridad del paciente en la practica asistencial.
- Identificación de los eventos que pongan en riesgo la sistencia sanitaria.
- Evitar la aparición y el impacto de eventos adversos (ecoómicos, emocionales,..)

Metodología/Observación clínica

Se ha eleborado un cuestionario que recoge diferentes items que son analizados en la ronda de seguridad llevada a cabo en la unidad, y que han sido identificados según la evidencia cientifica como elementos esenciales para evitar la aparición de eventos adversos en el paciente crítico. Dichos items deben ser revisados por el personal de enfermería al comienzo de cada turno indicando si cumple o no o por el contrario no precisa ser evaluado. Se realiza de forma anónima indicando sólo unidad y box del paciente. Realizaremos un estudio comparativo entre los resultados de la ronda de seguridad previa a la implantación del *ckecklist* y posterior a la implantacion del mismo. La implantación de un *ckecklist* de vrificación nos ayuda a mejorar los registros de los items tenidos en cuenta en la ronda de seguridad y por tanto aumentar la seguridad del pacietne, evitando la aparicón de eventos adversos, las consecuencias de los mismos y diusminuyendo de esta forma la morbimortalidad de los paciente sen cuidados críticos.

Palabras clave

ckecklist • seguridad • efectos adversos



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 331

REDUCCIÓN DE DOSIS DE OPIACIOS EN PACIENTES CRÍTICOS CON EL USO DEL DISPOSTIVO TIPO NOL® PARA VALORAR DOLOR

Mª Carmen Martínez Iglesias; MD. González Caro; C. Acuña Zambrano
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Evaluar si el uso de un dispositivo multiparamétrico tipo NOL en pacientes críticos intubados con sedacion profunda (escala RASS -4 o -5) logra reducir la dosis de opiáceos empleados.

Metodología/Observación clínica

Se realiza valoración del dolor en pacientes con sedación profunda mediante dispositivo multiparamétrico NOL, la escala varia de 0 a 100, dónde 0 es la falta absoluta de dolor, se han considerado adecuados valores por debajo de 25. Se estudian datos epidemiológicos y clínicos, antecedentes de consumo de benzodiacepinas, analgésicos, consumo de tóxicos y diagnóstico de enfermedad mental, además de los valores NOL y el consumo de opiaceos a las 24 y 48 horas, y al 4º dia.Los datos se expresan en porcentajes, media, mediana, percentil 25 y 75. Para la comparacion de los datos se emplea el test de Wilcoxon.

Resultados/Intervenciones

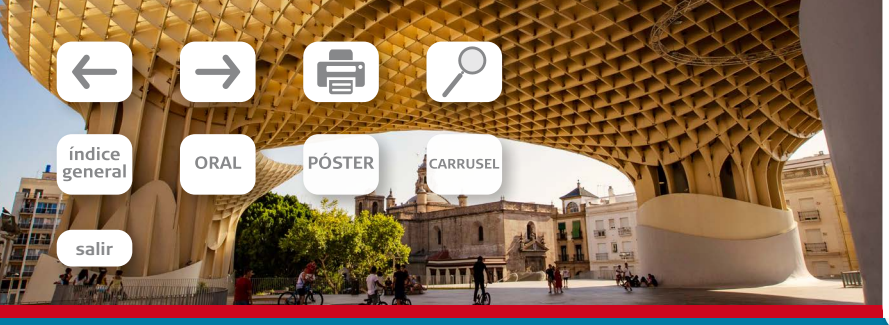
Estudiados 20 pacientes (16 varones), edad media 54,5 años, la mitad fueron pacientes COVID. Destacan en antecedentes HTA y DM en 40%., toma de benzodiacepinas en 25% y de analgésicos no opiaceos el 35%, enfermedad mental el 15 %. El 35% tuvieron ECMO, el 20% terapia continua de reemplazo renal y otro 20% sedacion inhalatoria, uno balon de contrapulsacion junto a ECMO. El registro NOL a las 48 y 96 h fue significativamente inferior que los valores iniciales 7(4-15) vs 5 (2-20) $p<0,001$ y 7(4-15) vs 4(1-7) $p<0.001$, respectivamente.Las dosis medias de opiaceos empleadas en el dia 1 fueron significativamente superiores a las administradas las 48 y 96 h 1(1-1,5)vs 0,5(0,5-1) $p<0,001$ y 1(1-1,5) vs 0,5(0,5-0,7) $p<0,001$ respectivamente. Al alta de UCI el EVA era menor de 3.

Conclusiones

1. El uso de dispositivos NOL en pacientes críticos con sedacion profunda permite una reducción significativa de opiaceos manteniendo un nivel adecuado de analgesia según los valores observados.
2. La señal del dispositivo se mantuvo estable en distintas circunstancias clínicas.

Financiación

No financiado



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 301

PERFIL DE LOS PACIENTES CON ADECUACIÓN DEL SOPORTE VITAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Estefanía Puente Mora; C. Sanz Mellado; M. Briones Roc; J. Pérez Sánchez
Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos/Introducción

La Adecuación del Soporte Vital (ASV) es una actuación terapéutica proactiva que requiere una toma de decisiones consensuada con el paciente y la familia sobre el no-ingreso, no aplicación o retirada de medidas terapéuticas al considerar que su situación clínica es irreversible.

OBJETIVO: Describir el perfil de pacientes con ASV en unidades de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes fallecidos durante el año 2020 con ASV. 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 de la historia clínica y la gráfica enfermera. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados/Intervenciones

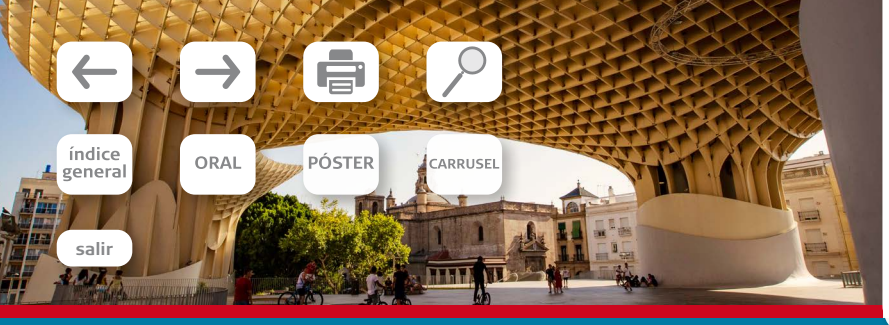
Se evaluó a 79 pacientes con edad media de 63±11,82 años. La principal causa de ASV fue el fracaso multiorgánico con 46,83%(n=37). El 88,9% estaban intubados. Se disminuyó FiO2, PEEP y volumen corriente en 48,10% (n=38), 16,45% (n=13) y 6,33% (n=5) respectivamente. El 79,5% (n=63) llevaban perfusión de sedación y el 97,4% (n=77) analgesia. Se monitorizó el grado de sedación/agitación y dolor con una escala en el 70.8% (n=56) y 37,9% (n=30). En un 68,3% (n=57) se mantuvieron las perfusiones de drogas vasoactivas y en un 63,3% (n=48) la nutrición. En el 66,6% (n=48) se registró el acompañamiento familiar y el ASV en el 82,2 % (n=65) en la historia clínica y en el 79,4% (n=62) en la gráfica enfermera.

Conclusiones

Es necesario mejorar el registro de la valoración del dolor, el acompañamiento familiar y los cuidados emocionales del paciente y familia. Se debería establecer un protocolo de ASV para homogeneizar la práctica clínica y ofrecer cuidados de calidad al final de la vida.

Palabras clave

ASV • UCI • Paciente Crítico • Enfermería



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 116

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS QUE RECIBEN OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Esther Martínez Jiménez; A. Valeiras Valero
Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi

Objetivos/Introducción

Describir las características epidemiológicas de los pacientes críticos a los cuales se les aplica oxigenoterapia hiperbárica (OHB). La OHB es una modalidad terapéutica basada en la obtención de presiones elevadas de oxígeno mediante la utilización de una cámara hiperbárica. Se trata de una terapéutica farmacológica, cuyo margen de aplicación está determinado por la presión máxima alcanzada, la duración de la inhalación, la frecuencia y el número total de exposiciones. Las indicaciones preferentes son todas aquellas enfermedades en la que la OHB constituye un tratamiento eficaz junto con otras intervenciones terapéuticas. Estas son el embolismo gaseoso, la enfermedad por descompresión, el síndrome de hiperpresión intratorácica, la intoxicación por monóxido de carbono (ICO) y/o por cianhídrico y la gangrena gaseosa. (1, 2)

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional y descriptivo, con seguimiento retrospectivo. Unicéntrico. Incluidos todos los pacientes que precisaron OHB durante su ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) desde febrero de 2010 hasta diciembre de 2021. Variables recogidas: Socio-demográficas. Relacionadas con ingreso en UCI. Relacionadas con OHB. Las variables cualitativas presentadas como distribución de frecuencias o proporciones y las cuantitativas con media o desviación estándar.

Resultados/Intervenciones

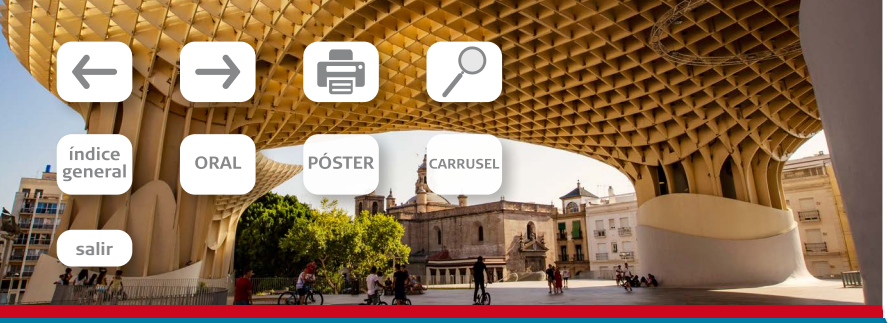
El total de pacientes ingresados en UCI que requirieron tratamiento OHB fueron 34, de los cuales 29 ingresaron por ICO, 2 por embolia gaseosa, 2 por accidente disbárico y 1 por celulitis. Siendo el 67% hombres y el 32% mujeres. Los ingresados por ICO estuvieron mayoritariamente 2,5 días en UCI con un ingreso total de 12 días. El 90% precisó ventilación mecánica invasiva durante una media de 2 días. 9 pacientes sufrieron alteraciones electrocardiográficas, 14 presentaron troponinas elevadas y 22 acidosis siendo el 72,7% acidosis metabólica. 24 pacientes no presentaron secuelas neurológicas.

Conclusiones

Los resultados fueron los esperados, siendo la ICO el diagnóstico más frecuente con un alto porcentaje de recuperación. Los tiempos de exposición y las presiones aplicadas fueron las establecidas por el protocolo.

Palabras clave

cámara hiperbárica • oxigenoterapia hiperbárica • intoxicación monóxido carbono • accidente disbárico • gangrena gaseosa • embolismo gaseoso



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 190

CANALIZACIÓN DE ACCESOS VENOSOS ECO-GUIADOS POR ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Anselmo José Montes Aguilera[1]; C. Martorell Campins[2]; AL. Alba Nieto[2]; Á. Honrubia López[2]
1. Hospital Universitario Regional de Málaga; 2. Hospital Universitario Son Espases

Objetivos/Introducción

La canalización de un catéter periférico o central de acceso periférico es una técnica que desde siempre la enfermera ha realizado mediante palpación o visualización. La complejidad y fragilidad de los pacientes hace que se requieran de nuevas herramientas y estratégicas para la buena canalización de los accesos venosos. Cada vez es mas común que las enfermeras estemos entrenadas en técnicas ecoguiadas para la inserción de vías de manera que aumenten las tasas de éxito minimizando el numero de punciones y complicaciones potenciales y aumentando la satisfacción de nuestros pacientes.

OBJETIVO: Conocer la ultima evidencia científica en la canalización de accesos venosos utilizando técnica eco guiada por las enfermeras

Metodología/Observación clínica

Revisión de la literatura en Pubmed y Cochrane Library. Las palabras claves a través de Descriptores en Ciencias de la Salud: enfermería, catéter, ecografía, catéter venoso central, catéter periférico. En pubmed se utilizaron los siguientes Medical Subject Headings (MeSH): nursing, catheter, ultrasonography, catheterization central venous, catheterization peripheral. Se utilizó el operador booleano: “AND”. Los criterios de inclusión tuvieron en cuenta artículos durante los años 2010 a 2020 en ingles y español. Se seleccionaron y revisaron 10 artículos

Resultados/Intervenciones

En la mayoría de los artículos analizados queda demostrada la efectividad de la técnica eco guiada en la cateterización venosa en pacientes complejos y con difícil acceso venoso. Se minimizan las complicaciones derivadas del exceso de punciones y aumenta la seguridad y calidad del cuidado. En los artículos que la técnica eco guiada no fue lo suficientemente efectiva sale a la luz la falta de formación de las enfermeras para llevar a cabo dicha técnica.

Conclusiones

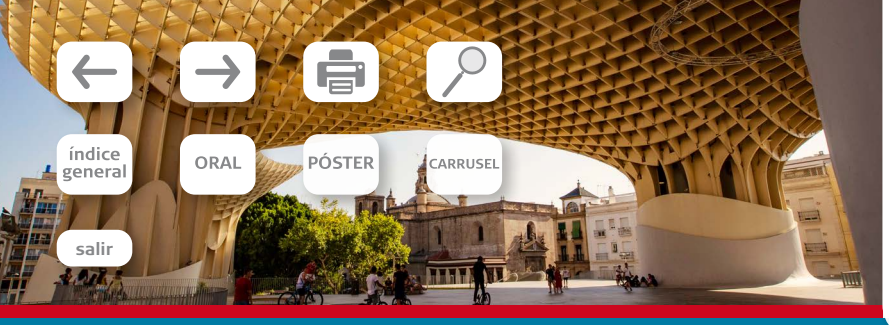
El empleo de la técnica de punción eco guiada mejora las tasas de éxito, disminuye el número de punciones y complicaciones e incrementa la satisfacción. Es necesaria la formación en este campo y seguir haciendo estudios sobre resultados.

Financiación

Sin financión

Palabras clave

Enfermería • catéter • ecografía • catéter periferico



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 293

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA VISUAL GRÁFICO ORIENTADO AL CONTROL Y DISMINUCIÓN DE ERRORES EN PACIENTES DE SEMI CRÍTICOS/URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL B

Sonia Godayol Arias, D. de Mendoza Asensi; C. Beltran Luque; A. Biosca Flores; S. Masip Bonastre
Hospital Universitari Sagrat Cor

Objetivos/Introducción

Objetivo general: Evaluar la implementación del sistema de registro.

Objetivos específicos: Evaluar la satisfacción de los profesionales con el uso de elementos visuales. Analizar errores relacionados con la seguridad del paciente tras la implementación del sistema. Introducción: La seguridad del paciente es un pilar de la calidad asistencial de las organizaciones[(1)]. Los errores de identificación en los servicios de urgencias se multiplican debido a la ubicación y los desplazamientos de los pacientes dentro de un mismo espacio y en ocasiones, en un mismo momento[(2)]. Los sistemas de comunicación audiovisual ofrecen la oportunidad de optimizar los flujos y la práctica en los servicios de alta complejidad[(3)] y reducir errores de registro manual[(4)].

Metodología/Observación clínica

Metodología: Estudio observacional descriptivo a partir de una encuesta diseñada adhoc dirigida a los profesionales para evaluar el uso de elementos visuales en el servicio de semicríticos/urgencias. La recogida de datos se realizó en Enero de 2022 en el Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona.

Resultados/Intervenciones

Resultados: Participaron 105 profesionales. El sistema visual para flujo de pacientes fue utilizado por un 86,7% de ellos. Un 89,4% lo consideraron útil, percibiendo haber evitado errores de identificación en un 92,3%, y de utilidad en un 73%. La mejora en el control de pertenencias fue de un 2,9% y la evitación de duplicidades un 1,9%, siendo los apartados de mayor margen de mejora. El ahorro de papel se cuantificó en un 90,4%. Intervenciones: Pantalla digital con la situación real/actual de los pacientes. Pizarra magnética con el mapa de ubicación, procesos y pruebas

Conclusiones

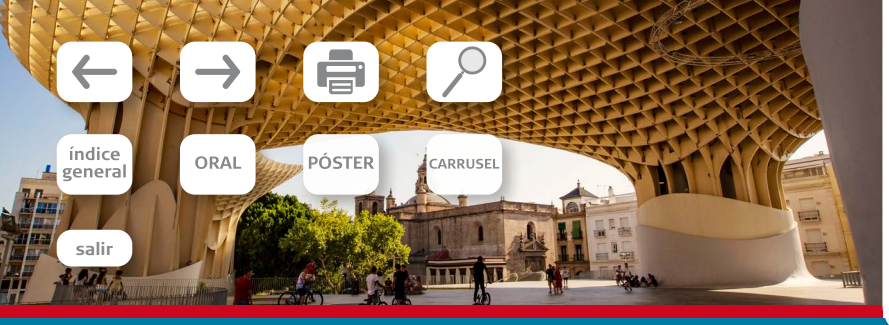
La práctica totalidad de los participantes perciben cómo efectivo para la gestión diaria, el sistema visual gráfico orientado al control, ubicación, disminución de errores y de sus consecuencias asociadas.

Financiación

Este estudio no consta de financiación

Palabras clave

Identificadores únicos de pacientes • Elementos audiovisuales • Seguridad del paciente • Gestión de atención al paciente



Comunicaciones póster

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 121

PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CUIDADOS CON TERAPIA ECMO. IMPLANTACIÓN DE UN *CHECK-LIST*

María del Camino Sirera Balanza[1]; C. Díaz Carabaño[1]; Inat Carbonell[2]; A. Martínez Sabater[2]; J. Esteller Abelló[1]; R. Ballester Alcaraz[1]; M. Pérez Ibáñez[1]
1. Hospital Clínic Universitari València; 2. Hospital Clínico Universitario Valencia. Departament d'Infermeria. Universitat de València

Objetivos/Introducción

La terapia ECMO es un dispositivo de soporte vital que se utiliza en las UCIS, para proporcionar soporte hemodinámico y respiratorio al paciente. Existen dos tipos: veno-arterial y veno-venoso, que es en el que nos centraremos. Dada la importancia de la planificación de cuidados para favorecer la seguridad del paciente, nos planteamos elaborar un protocolo y una lista de verificación para mejorar la atención y los procedimientos a los pacientes con este dispositivo.

Metodología/Observación clínica

En enero de 2021, tras el inicio de la pandemia, empezamos a instaurar en nuestra UCI el dispositivo ECMO V-V como parte del tratamiento de las neumonías por COVID. Se consideró necesario implantar un *check-list* para la seguridad del paciente y verificar el correcto manejo de este dispositivo, tras la formación teórico-práctica reglado impartido por el equipo de perfusionistas del centro.

Resultados/Intervenciones

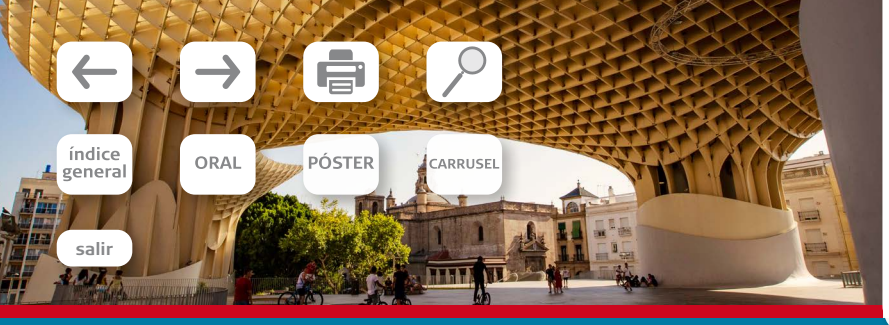
Se realiza una revisión bibliográfica sobre los cuidados con ésta terapia, revisando sus indicaciones lo adaptamos a nuestra Unidad. Y que incluyó, entre otros: Cuidados de enfermería. Se incluyeron aspectos como el correcto funcionamiento de la consola (alarmas, presiones de succión,venosa,arterial y DeltaP). Verificación del funcionamiento del módulo de temperatura y oxigenador (fibrinas, etc.). Valoración fijación cánulas y presencia de acodaduras, comprobar bomba manual, etc. Valoración hemodinámica y neurológica, gasométrica y coagulación. Medidas de control de seguridad general en los cuidados (UPP, Precauciones en la higiene, movilizaciones, Bacteriemias, etc.) y así como información a la familia. Registro de las actividades realizadas.

Conclusiones

La utilización de un *Check-list* se ha demostrado como una medida eficaz para mejorar los cuidados de los pacientes críticos y mejorar la seguridad del paciente. En situaciones de puesta en marcha de nuevas técnicas supone una apoyo para el personal enfermero.

Palabras clave

ECMO • enfermería • UCI • *check-list* • paciente crítico



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. ***Sala España 3***

ID 135

PROYECCIÓN TEMPORAL DEL PERFIL DE LA TÉCNICA DEL ACCESO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (ACIP) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Diego Jiménez López[1]; J. Ínat Carbonell[2]; S. Gómez González[1]; JV. Carmona Simarro[3]; M. Solera Suárez[1]; P. Bañuls Aparisi
1. Hospital Francisco de Borja (Gandía); 2. Hospital Clínico Universitario de Valencia; 3. Universidad Europea de Valencia; 4. Kliniek NK NHN (Olvendiijk)

Objetivos/Introducción

Un aspecto que define al enfermero/a que desarrolla su actividad laboral en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es su alto grado de tecnificación (conocimiento, preparación, desarrollo, ejecución, complicaciones y seguimiento de las diferentes técnicas. En toda técnica, se necesita temporalmente, establecer un periodo de revisión, análisis y control de su perfil.

El objetivo de este estudio es conocer el perfil de la técnica de acceso central de inserción periférica (ACIP) en la etapa de localización y acceso al sistema venoso.

Metodología/Observación clínica

Ámbito de EstudioLa UCI del Hospital Francisco de Borja, es una unidad polivalente ubicada en la ciudad de Gandía.Diseño del EstudioEstudio descriptivo, transversal prospectivo, de la población de pacientes ingresados en UCI a los que se les realizo la técnica ACIP durante tres meses (1/11/2021 al 31/1/2022).Población y muestraSe ha incluido a una población total de 30 pacientes.Variables del EstudioPara la recogida de datos se utilizó un cuestionario rellenado por los enfermeros/as tras la realización de la técnica, con las variables de mayor relevancia relacionadas con la localización y acceso al sistema venoso.

Resultados/Intervenciones

El perfil mostraba un patrón venoso “TIPO I” según la propuesta de del Sol et al. (1988,2007). La técnica de Seldinger modificada más empleada, ha sido con el abbocath nº 18 (56,7%), mediante el modo a ciegas (visión-palpación) (70%) y utilizando preferentemente el miembro superior derecho (53,3%). La vena más utilizada fue la basílica (60%) en la fosa antecubital (43,3%). Se midió la distancia en el 53,3% de las veces, utilizando el propio catéter (36,7%) como dispositivo de medición. El purgado del catéter se realizó en el (73.3%). Mostrando la punta del catéter, la posición correcta (73,3%) tras el control radiológico.

Conclusiones

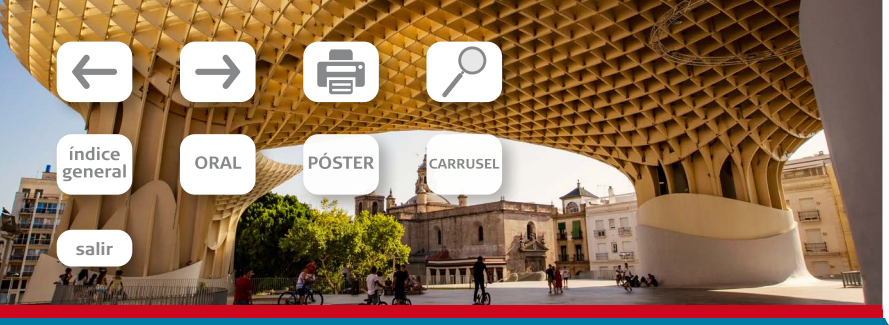
Se han cumplido los estándares de calidad y seguridad de la técnica, pero será necesario, discutir, corregir y formar en función de los resultados obtenidos.

Financiación

No ha sido necesario financiación.

Palabras clave

Tecnificación • perfil • Seldinger • Basilica



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 140

EXPOSICIÓN A GASES ANESTÉSICOS DURANTE LA ADMINISTRACIÓN POR MEDIO DEL SISTEMA ANACONDA®

Gemma Marín; S. Contreras Medina; O. Vallès Fructuoso; P. Girón Espot; MJ. Jiménez Alcalá; E. Gallart Vivé
Hospital Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: El uso de los sedantes inhalatorios puede realizarse en la UCI gracias al desarrollo de filtros intercambiadores de calor y humedad modificados adaptados al ventilador, que permiten la administración del agente halogenado mediante una cámara vaporizadora como el sistema AnaConDa® (Anaesthetic Conserving Device). La extracción de gases durante el uso de este tratamiento en la UCI se hace a través de un sistema de absorción pasivo. Aunque el sistema no es completamente hermético y el mantenimiento del paciente requiere desconexiones y cambios de filtro.

OBJETIVO: Describir el grado de exposición a los gases anestésicos durante el uso del sistema AnaConDa® simulando en una jornada de trabajo diversas conexiones y procedimientos habituales.

Metodología/Observación clínica

METODOLOGIA: Se realizaron mediciones simulando una jornada de trabajo de 12 horas de un turno de enfermería utilizando un box de la unidad, realizando las conexiones y procedimientos de la práctica habitual: cambio de filtro anaconda, cambio y llenado de jeringa, realización de fibrobroncoscopia y mantenimiento. Se utilizaron captadores pasivos y se seleccionaron 4 puntos de medición:

1) Zona respiratoria del paciente.
2) Ordenador de registro y consulta de datos.
3) Punto de salida de gas del analizador de gases.
4) Enfermera a cargo del paciente durante el turno.

Resultados/Intervenciones

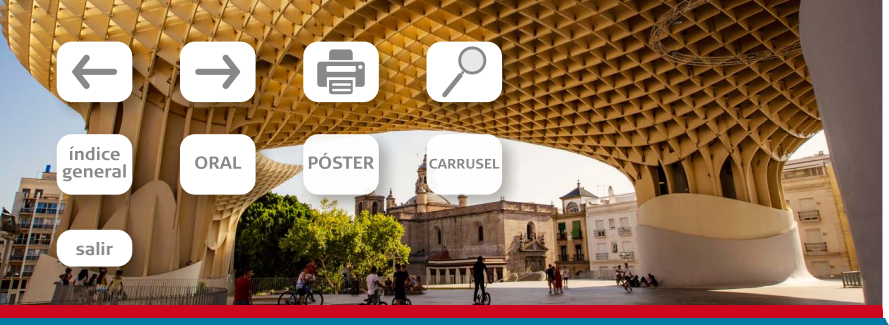
Los resultados de exposición se cuantificaron siguiendo los criterios establecidos en los "Limites Exposición Profesional Para Agentes Químicos en España 2019". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. El limite establecido para una jornada de 8 horas es de 50ppm. Los valores obtenidos fueron entre 0,13 ppm en la zona más alejada del paciente a 0,93ppm zona más cercana al paciente.

Conclusiones

El uso del sistema AnaConDa® para la administración de sedación inhalada es seguro y su sistema de filtración es eficaz para disminuir la exposición del gas. Los valores obtenidos se encuentran muy por debajo del valor máximo recomendado.

Palabras clave

Sedación Inhalada • AnaConDa® • exposición profesion



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 154

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL EQUIPO DE ELIMINACIÓN EXTRACORPÓREA DE CO_2 (PROLUNG®) EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Elena Morant García
Hospital Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

Se ha elaborado un protocolo de enfermería sobre el dispositivo de eliminación extracorpórea de CO2 PROLUNG® para poner en conocimiento del personal de cuidados intensivos los aspectos más importantes sobre el mismo, para qué sirve, cómo utilizarlo y los requerimientos de cuidados diarios que precisa. La razón recae en la mayor utilización de este dispositivo ECCO2R como soporte y terapia coadyuvante en la estrategia de ventilación mecánica (VM) protectora en UCI. Durante la infección por SARS-CoV2 su uso ha aumentado a causa de los diferentes cuadros de SDRA y la clínica de hipercapnia persistente en estos pacientes con VM. Se está optando cada vez más por la estrategia de combinar la ventilación protectora con el uso de la ECCO2R, puesto que facilita dicha VM. Se posiciona como una terapia de soporte más en el manejo de SDRA grave, siendo capaz de suplir más del 50% la necesidad ventilatoria y reducir la hipercapnia y la acidosis en el paciente.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica de la literatura científica en distintas bases de datos, fundamentalmente Pubmed. Se han utilizado los siguientes criterios de búsqueda: Población >18 años ingresada en UCI, texto completo, español-inglés, entre 2017-2022.

Resultados/Intervenciones

El protocolo se ha centrado en describir los cuidados necesarios en distintos momentos de la terapia: la preparación e inicio del soporte, durante el periodo que esté activa y, por último, la finalización de la misma. Resaltar las intervenciones relacionadas con posibles alarmas de seguridad y problemas a resolver.

Conclusiones

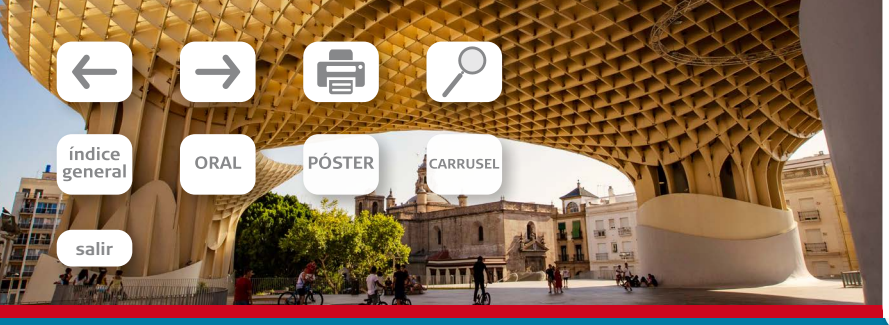
La necesidad de potenciar una mayor seguridad es primordial a la hora de realizar técnicas enfermeras o en el manejo de dispositivos tales como el que atañe este trabajo. Y es a través de la estandarización y la protocolización de las actuaciones de enfermería como se puede llegar a conseguir este objetivo.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Palabras clave

ECCO2R • ECMO • Extracorpórea • Eliminación CO2 • Prolung



Comunicaciones póster

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 191

INFOGRAFÍA: CANALIZACIÓN DE PICC Y MIDLINE CON ECOGRAFÍA PARA PRINCIPIANTES

Laia Orellana Muñoz; I. Montero Núñez; L. Gallego
Hospital Univeristàri Sant Joan de Reus

Objetivos/Introducción

El papel de enfermería tanto en la inserción como en el mantenimiento de los catéter PICC es fundamental para prevenir complicaciones; algunas de estas complicaciones pueden ser minimizadas si se insertan con control ecográfico en tiempo real, por ello, se está apostando por la formación al personal de enfermería para el aprendizaje de la colocación de este tipo de catéteres mediante técnica eco-guiada.

OBJETIVO: ayduar a las nuevas incorporaciones con la colocación de PICC y Midline con técnica eco-guida en la UCI del Hospital Univeristàri Sant Joan de Reus

Metodología/Observación clínica

Los PICC y Midline cada vez tienen más relevancia en las unidades de cuidados intensivos gracias a las demostradas ventajas que ofrecen frente a otros catéteres centrales.Comentar que actualmente Pittiruti et al., basados en la evidencia médica, resaltan los beneficios potenciales del uso de PICC en las unidades de cuidados intensivos en pacientes con COVID-19, puesto que no implican complicaciones pleuro-pulmonares (neumotórax o hemotórax), que podrían ser letales en pacientes con neumonía y su inserción resulta más segura que un CVC.

Resultados/Intervenciones

La asociación Española de Equipos de Terapia Intravenosa propone el uso de PICC para pacientes con necesidad de terapias intravenosas en UCI. También recomienda que su implantación se haga por enfermeras entrenadas y mediante la técnica de Microseldinger guiada por ecografía.Hacer una infografía práctiva y visual con tips para que al personal de nueva incorporación en nuestra unidad pierdan el miedo a estas tecnologías, desconocidas para ellos.

Conclusiones

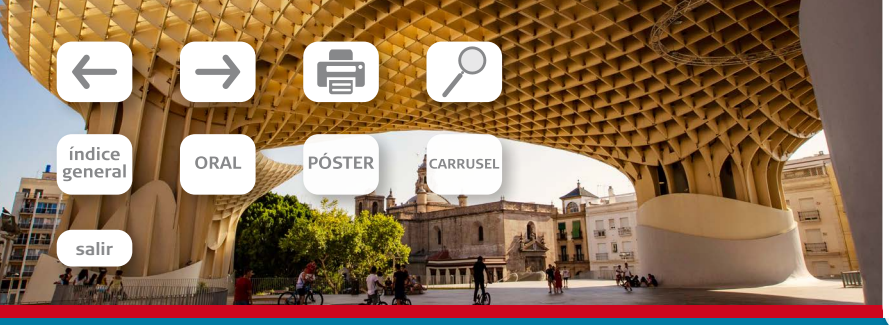
La evidencia reciente dicta que los PICC son un tipo de vía central seguro, confiable y apropiado que necesitan de entrenamiento y destreza.Ayudar al personal de nueva incorporación con una infogragía para que les sea más acesible la ecografía y así perder el miedo al uso de estas tecnologías en beneficio del paciente.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

PICC • Técnica eco-guiada • Enfermería



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 193

FIBROBRONCOSCOPIA EN PACIENTE COVID-19 EN DECÚBITO PRONO. CASO CLÍNICO

Ingrit Vázquez; R. Barroso Ruiz; M. Torrent Pelegrí; I. Alcalá Jiménez; S. Rojas Nieto; S. Vilaró Miranda; P. Girón Espot; E. Gallart Vivé
Hospital Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

Los pacientes críticos con neumonía por COVID-19 pueden precisar la realización de fibrobroncoscopias (FB) para la eliminación de secreciones, obtención de muestras para estudio microbiológico, atelectasias o colapso pulmonar. En algunos casos esta técnica debe realizarse en posición de decúbito prono lo que comporta mayor dificultad y riesgos.

OBJETIVO: Describir las intervenciones enfermeras durante la realización de FB en pacientes COVID-19 en prono.

Metodología/Observación clínica

Paciente de 60 años con neumonía por COVID-19. Sedoanalgesiado y miorelajado. Posición de decúbito prono. Ventilación mecánica en CMV FIO2 de 0,45 y PEEP 12. Precisa de la realización de FB por acúmulo de secreciones en ambas bases pulmonares. Ante la mala tolerancia al decúbito supino se decide la realización de la FB en prono.

Resultados/Intervenciones

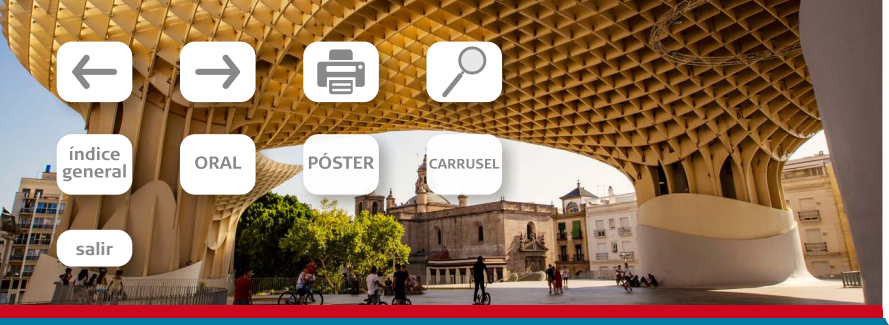
- Se asegura la presión negativa de la habitación.
- Realización del briefing de la actividad.
- Preparación del material y medicación acordados.
- Designación del equipo para soporte emergente (supino), vestidos con equipo de protección individual (EPI) fuera del box.
- Colocación del paciente con la cabeza girada hacia el fibroscopista y en ligera posición de Trendelenburg.
- Se asegura el tubo orotraqueal (TOT) con doble fijación.
- Retirada de la sonda de aspiración cerrada, previa pausa en la ventilación y clampaje del TOT, y colocación del codo giratorio ajustable al fibroscopio.
- Preoxigenación del paciente y adecuación de los parámetros ventilatorios.
- Realización de la FB con retirada abundante de secreciones y recogida de muestras.
- No se presentaron complicaciones ni fue necesario supinar al paciente de forma urgente.

Conclusiones

La FB en prono es factible si se toman medidas para asegurar la vía aérea y se cuenta con un equipo preparado que permita una intervención urgente en caso de que se presenten complicaciones.

Palabras clave

Decúbito prono • Fibrobroncoscopia • Covid 19



Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 173

EXPERIENCIA EN DONACIÓN EN UN HOSPITAL NO TRASPLANTADOR DURANTE LA PANDEMIA

María Jesús Rodríguez Alonso; MD. Rodríguez Huerta; N. García Vázquez; A. Hitado Cifuentes; M. Alonso González
HU La Princesa

Objetivos/Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha provocado una disminución de la actividad a nivel mundial del 18% respecto a 2019, con un descenso de donantes fallecidos del 13%[1]. La ocupación de las unidades de cuidados intensivos exclusivamente por pacientes graves con COVID-19[2] ha tenido un gran impacto en el potencial de donación (3). En el año 2020, España registra un descenso del 22,8% en donación y un 18,8% en trasplantes[3].

OBJETIVO: evaluar los cambios en donación en nuestro hospital y analizar factores relacionados.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo trasversal sobre la actividad de donación y trasplante en el HULP durante la pandemia por COVID-19. Variables principales: donantes eficaces, potencial de donación y negativas familiares.

Resultados/Intervenciones

En 2020 ingresaron 80 pacientes neurocríticos, identificándose 25 donantes potenciales,16 por muerte encefálica y 9 por limitación del esfuerzo terapéutico. 14 fueron donantes reales: 10 en ME y 4 en asistolia controlada. Se produjeron 3 negativas a la donación, ninguna relacionada con el trato asistencial o la situación de aislamiento.

Conclusiones

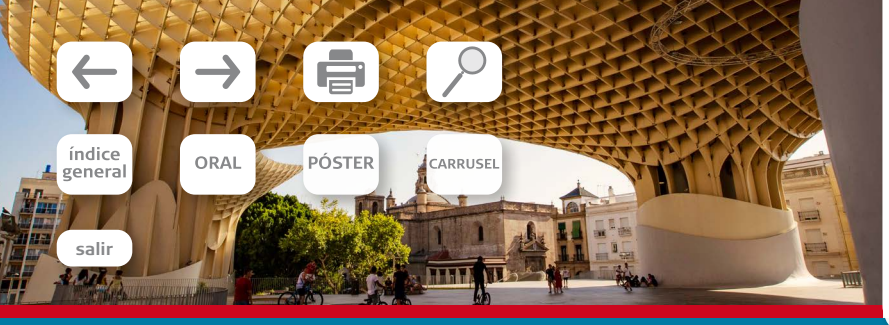
La actividad de donación en el HULP durante el año 2020 respecto al 2019 decreció un12%, un descenso menor que a nivel nacional con un 22,8% menos de donación de fallecido (-25,8% en ME y -17% en asistolia)[4].El trasplante de córnea en el HULP decreció un 28%, principalmente motivado por el rechazo de los pacientes a ser intervenidos durante la pandemia. En cuanto al número y causas de negativa familiar tampoco se observa ninguna relación con las circunstancias, ya que en 2020 hubo menos negativas y ninguna relacionada con la situación.

Financiación

No aplica

Palabras clave

donación • pandemia



Comunicaciones póster

Martes 14 de junio de 2022. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERS ORALES II. *Sala España 3*

ID 224

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA EN LA ACOGIDA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS QUIRÚRGICOS

Miriam León Benito; S. González Carretero; M. Tamayo González; M. Sierra Fernández; C. Prieto González; MJ. Nájera Vidales; A. Hurtado Mena; A. Moro Blázquez; C. Pascual Pascual; L. Pastor Cabanillas
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

Actualmente el porcentaje de trasplante de órganos en España ha aumentado un 8% respecto a los años anteriores, siendo un 4% correspondiente al trasplante hepático. Cuando las diferentes opciones terapéuticas, frente a la enfermedad hepatobiliar grave, dejan de ser eficaces, el trasplante hepático se convierte en el tratamiento quirúrgico de elección, permitiendo mejorar la supervivencia y calidad de vida del paciente. Es importante conocer y actualizar los protocolos de acogida y cuidados al paciente en el postoperatorio inmediato en las unidades de cuidados intensivos postquirúrgicos.

El objetivo de este póster es realizar un plan de cuidados estandarizado de acogida y cuidados postquirúrgicos en el paciente trasplantado hepático en la unidad de críticos quirúrgicos, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Teniendo en cuenta las nuevas técnicas, avances en cirugía y novedades de monitorización.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de artículos científicos en las siguientes bases de datos: Science direct, Pubmed, Dialnet, Scielo y CINAHL. Además de guías de práctica clínica.

Resultados/Intervenciones

Elaborar un plan de cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato tras la cirugía de trasplante hepático que incluya diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería al paciente trasplantado durante su estancia en la unidad de críticos quirúrgicos. Introducir nuevos diagnósticos, objetivos e intervenciones en este tipo de pacientes durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Conclusiones

El aumento del número de pacientes trasplantados en los últimos años, junto con la modernización de las técnicas quirúrgicas y del material de monitorización, crea la necesidad de aplicar el proceso de atención enfermero, adaptándolo a las necesidades de cuidado del paciente trasplantado hepático, favoreciendo así una atención estandarizada que garantice una atención segura y de calidad.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Liver trasplant • Nursing • Intensive care unit

ID 3

LOS DIARIOS DE UCI COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DEL SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Rafael Jesús Fernández Castillo[1]; MI. Aguilar Fernández[2]; A. García Asuero[3]; MD. González Caro[1]

1. Unidad Clínica de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen Macarena; 2. Hospital Universitario Virgen Macarena; 3. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla

Objetivos/Introducción

Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos son susceptibles, así como sus familiares, de verse afectados por el síndrome Postcuidados Intensivos (PICS). Con el objetivo de prevenir o disminuir los efectos de este síndrome y, por ende, aumentar la calidad de vida de los pacientes, encontramos una intervención enfermera conocida como "Diarios de UCI". Estos documentos, escritos por el personal sanitario, los pacientes o sus familiares, con el fin de llenar los vacíos de memoria cuando se recuperen de la enfermedad, pueden ayudarles a entender mejor la situación por la que han pasado para promover una mejor recuperación y rehabilitación.

El objetivo de la revisión es analizar los diarios de UCI como intervención de enfermería dirigida a prevenir la aparición del Síndrome Post-Cuidados Intensivos en los pacientes que han tenido ingreso en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión de la literatura científica en diferentes bases de dados (Pubmed, Dialnet, Scopus y Cinahl), durante los últimos 8 años. Los artículos seleccionados fueron en inglés y español a texto completo.

Resultados/Intervenciones

Se seleccionaron un total de 27 artículos, los cuales se agruparon en tres categorías temáticas distintas. Por un lado, los beneficios de los diarios de UCI en los pacientes como intervención enfermera enfocada a la prevención del PICS, la segunda categoría la agrupamos con la temática de beneficios de los diarios de UCI en familiares de pacientes con PICS y, por último, experiencias de las enfermeras de UCI que han implementado los diarios como herramienta para la prevención del síndrome.

Conclusiones

Hay evidencia suficiente que demuestra la eficacia de implementar la estrategia de los Diarios de UCI para la prevención de los problemas de salud asociados al PICS que aparecen tras largas estancias en UCI. Además, se ha demostrado su eficacia tanto en los pacientes como en sus familiares.

Financiación

El estudio no contó con financiación alguna.

Palabras clave

Síndrome Postcuidados Intensivos • Cuidados de Enfermería • Enfermería Intensiva • Diarios de UCI • Revisión bibliográfica

ID 4

CONTROL DE LA FIEBRE EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL AGUDA CON SISTEMA INVASIVO THERMOGARD XP ZOLL

Eva María Fernández-Pinilla Sánchez; S. Saboya Sánchez; E. Camarero Jorge; C. Álvarez López
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos/Introducción

El aumento mantenido de la presión intracraneal (PIC) por encima de 20 mmHg durante al menos 10 minutos[1,2], causa lesión neuronal. Entre las medidas generales para el tratamiento de la hipertensión intracraneal (HIC) aguda se incluye la corrección de la fiebre[2]. Cuando no es posible controlar la fiebre con antitérmicos y medidas físicas, se puede recurrir a un sistema invasivo de control de temperatura para lograrlo.

Metodología/Observación clínica

Varón de 18 años ingresado en UCI Médica por politraumatismo (atropello) con traumatismo craneoencefálico (TCE) grave e HIC, además de traumatismos torácico, abdominal y ortopédico. Se monitorizó la PIC mediante sensor intraparenquimatoso derecho. El paciente presentó fiebre -con repercusión en el control de la PIC- refractaria a administración de antitérmicos y medidas físicas. Tras 8 días de ingreso se instauró control de temperatura invasivo con sistema Thermogard® XP ZOLL®.

Resultados/Intervenciones

Se inició control de temperatura invasivo con inserción de catéter venoso central (CVC) de 3 balones por vena femoral izquierda y sonda vesical específica para monitorización continua de la temperatura intravesical. La temperatura objetivo se fijó en 35 ºC, logrando temperatura central (TC) del paciente en torno a 35,5 ºC. A las 96 horas se realizó un intento de retirada del dispositivo que resultó fallido (TC del paciente 37,7 ºC y PIC mantenida en torno a 20 mmHg), por lo que se reinició el sistema para un target de temperatura 35,5 ºC. Este tratamiento finalizó a los 9 días de su inicio con buen control de PIC. Se abordan los diagnósticos, intervenciones enfermeras y criterios de resultados en este paciente: Nanda 00007 Hipertermia, Nanda 00049 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, Nanda 00201 Riesgo de perfusión cerebral ineficaz.

Conclusiones

El sistema de control de temperatura invasivo Thermogard® XP ZOLL® permite controlar la fiebre en pacientes con HIC aguda refractaria a antitérmicos y medidas físicas.

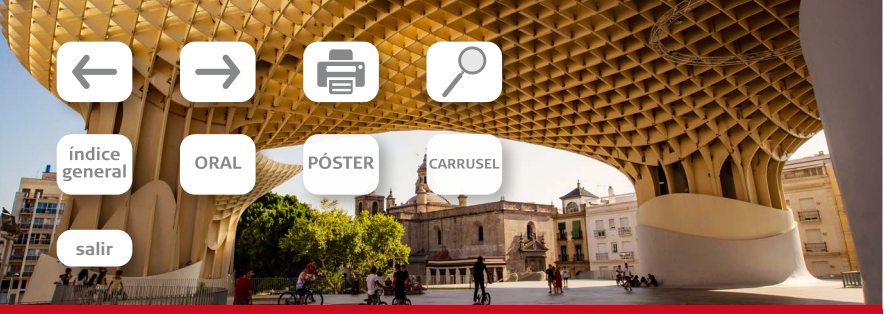
Financiación

Financiación propia.

Palabras clave

Hipertensión intracraneal aguda • Fiebre • Control invasivo de temperatura • Enfermería de Cuidados Críticos • Cuidados al paciente neurocrítico

sigue –>



Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

Diagnósticos enfermeros NANDA	**Resultados** NOC	**Intervenciones** NIC
NANDA 00007 **Hipertermia**	**NOC 0800** Termorregulación	**NIC 3740** Tratamiento de la fiebre **NIC 2314** Administración de medicación: intravenosa. (I.V.) **NIC 2315** Administración de medicación: rectal. **NIC 1380** Administración de calor o frío.
NANDA 00049 **Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal**	**NOC 0909** Estado neurológico **NOC 0406** Perfusión tisular: cerebral	**NIC 2550** Mejora de la perfusión cerebral **NIC 2590** Monitorización de la PIC **NIC 2620** Monitorización neurológica **NIC 2540** Tratamiento del edema cerebral
NANDA 00201 **Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz**	**NOC 0802** Signos vitales **NOC 0909** Estado neurológico **NOC 0406** Perfusión tisular: cerebral	**NIC 6680** Monitorización de los signos vitales **NIC 2550** Mejora de la perfusión cerebral **NIC 2590** Monitorización de la PIC **NIC 2620** Monitorización neurológica **NIC 2550** Mejora de la perfusión cerebral

ID 5

ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA Y FRACASO RENAL AGUDO POR CONSUMO DE DIÓXIDO DE CLORO: CASO CLÍNICO

Eva María Fernández-Pinilla Sánchez; S. Saboya Sánchez; EM. Camarero Jorge; JJ. García Muñoz; MM. Martínez López
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda

Objetivos/Introducción

El dióxido de cloro es un potente agente oxidante que se ha publicitado como terapia para distintas enfermedades -entre ellas COVID 19 - a pesar de que su consumo puede producir efectos tóxicos graves y no existe ninguna evidencia científica que avale su uso[1]. Entre las reacciones adversas graves que puede provocar se ha descrito la afectación renal en forma de fracaso renal agudo[2].

Metodología/Observación clínica

Presentamos el caso clínico de un varón de 43 años ingresado en UCI Médica por acidosis metabólica con anión gap elevado y fracaso renal agudo anúrico secundario a consumo de dióxido de cloro (vs. posible rechazo crónico; biopsia no realizada). Destacan antecedentes personales de tetraplejia C4-c5 secundaria a traumatismo cervical (2005) y trasplante renal (2016) por nefropatía secundaria a reflujo vesicoureteral. Situación COVID-19: no vacunado.

- PCR de COVID en exudado faríngeo (ingreso): positivo con Ct de 17.
- Gasometría arterial (ingreso): pH 7.07, bicarbonato 5.9 mmol/L, PaCO2 19.7 mmHg.
- Bioquímica de sangre (ingreso): urea 248 mg/dl, creatinina 6.34 mg/dl, sodio 118 mmol/L, potasio 5.8 mmol/L, cloruro 92 mmol/L.
- Exploración física (ingreso): tendencia a la somnolencia, sin compromiso hemodinámico ni respiratorio.

Se iniciaron: sueroterapia, corrección de diselectrolitemias y terapia de reemplazo renal continuo. A las 12 horas de ingreso el paciente presentó insuficiencia respiratoria grave que requirió intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica invasiva y maniobra de prono. Tras 35 días de ingreso en UCI el paciente falleció por hipoxia multifactorial refractaria a tratamiento.

Resultados/Intervenciones

Se aplicó el proceso enfermero y plan de cuidados personalizado en paciente con grave compromiso vital centrado en tres diagnósticos principales: (00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico, (00025) Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos y (00030) Deterioro del intercambio de gases Se aplicaron NIC y NOC relacionados.

Conclusiones

El consumo de dióxido de cloro supone un grave riesgo para la salud.

Financiación

No se ha recibido financiación pública ni privada.

Palabras clave

Acidosis metabólica severa • Fracaso renal agudo por dióxido de cloro • Terapia de reemplazo renal continuo • Acidosis metabólica con anion gap elevado

ID 6

CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO Y PREVENCIÓN DE LAS LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA DURANTE LA POSICIÓN EN DECÚBITO PRONO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA

Judit Mondéjar Fontanet; T. Pérez González
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

Actualmente las lesiones relacionadas con la dependencia en pacientes pronados suponen un problema prevenible y de elevada incidencia en nuestra unidad de críticos. Debido a las consecuencias que genera sobre la salud y en la calidad de vida, a su impacto epidemiológico, costos económicos y humanos que representan, se cree necesaria la creación de un protocolo para unificar los cuidados y reducir la incidencia de estas lesiones.

Crear un protocolo de cuidados de enfermería para el manejo y prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia durante la posición en decúbito prono en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV).

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica durante el mes de agosto de 2021 en las bases de datos Pubmed, Cinhal, Cochrane Library y Cuiden. Criterios de inclusión han sido: artículos publicados en los últimos 10 años, texto en español e inglés y texto de libre acceso. El protocolo se aplicará en la unidad de críticos del HUAV.

Resultados/Intervenciones

En el protocolo se establecen las siguientes pautas:

- Ácidos grasos hiperoxigenados (AGH) en zonas susceptibles (4,5) en cada cambio postural.
- 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 (2, 6).
- 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

Se ha creado el protocolo para unificar los cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del HUAV para el manejo y prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia durante la posición en decúbito prono. Se ha realizado una formación al personal sanitario y ha habido una gran aceptación por parte de este.

Palabras clave

pressure ulcer • prone position • prevention • protocol

ID 7

DEPURACIÓN SANGUÍNEA MEDIANTE COLUMNA DE ADSORCIÓN INSERTADA EN CIRCUITO DE DEPURACIÓN RENAL

Aritz Baez de Paul; A. Oregui Apraiz; E. Alonso Domínguez; G. Aldana Flores
Hospital Universitario de Cruces

Objetivos/Introducción

En los últimos años, el uso de columnas de adsorción para el tratamiento de la tormenta de citoquinas y/o situaciones de hiperinflamación ha pasado de ser una técnica anecdótica a usarse de manera más habitual. Al utilizar esta terapia la enfermería de UCI adquiere un papel fundamental en el procedimiento. La finalidad es dotar al personal de enfermería de una herramienta de consulta rápida que facilite el montaje y puesta en marcha de la terapia, insertando el dispositivo en un circuito de depuración renal.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Medline, Pubmed, Cynahl. Elaboración de póster a modo de guía. Formación específica de la técnica, comprendida en el curso “Cuidados de enfermería en paciente con terapia de oxigenación extracorpórea” impartido por el grupo de enfermería ECMO de nuestro centro hospitalario.

Resultados/Intervenciones

La guía propicia unos cuidados integrales y de calidad minimizando los posibles eventos adversos. Incluye: Descripción de la terapia. Ventajas e inconvenientes. Material. Purgado del set. Inserción en circuito de depuración renal. Fin de tratamiento y retirada.

Conclusiones

Con esta herramienta se unifican los criterios de actuación por parte del personal de enfermería intensiva, optimizando así el desempeño profesional.

Palabras clave

Columna adsorción • Cytosorb • Cytokine storm • Terapia de depuración renal • Hemoadsortion

ID 8

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL: UNA TÉCNICA ENFERMERA

Irene López Martín[1]; ML. Bravo Arcas[2]; I. Porres Revuelta[3]
1. Hospital Universitario Clínico San Carlos; 2. Dispositivo de Apoyo Costa Del Sol. SUAP; 3. Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

Describir la técnica de medición intravesical de presión intraabdominal (PIA). Conocer las repercusiones sistémicas de hipertensión intraabdominal (HIA).

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en CUIDEN y PubMed en 2020. DeCS “intraabdominal pressure” AND “nursing” y “intraabdominal pressure” AND “intravesical measurement”. Incluye 8 artículos, 1 metaanalisis, 1 guía de práctica clínica y 1 protocolo.

Resultados/Intervenciones

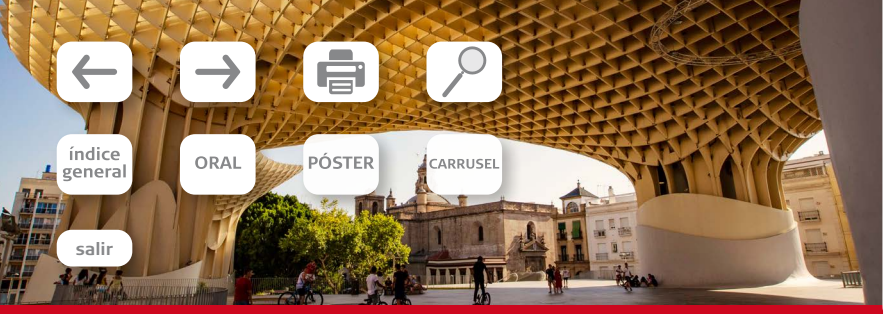
La HIA en órganos abdominales: oliguria PIA 15-20mmHg, 30mmHg anuria, favorece translocación bacteriana. Disminuye retorno venoso, bajo gasto cardíaco, aumenta postcarga. En tórax mas 16mmHg comprime parénquima, reduce flujo capilar y volumen corriente, la elasticidad pulmonar, altera la relación ventilación/perfusión, favorece atelectasias. La medición transvesical de PIA, usa la pared de la vejiga como membrana transductora pasiva, un sistema de 50 cm graduado en mmHg con filtro antimicrobiano se conecta por un extremo a Sonda Vesical(SV) por otro al urinómetro. Técnica estéril. Contraindicada: hematoma retroperitoneal o pélvico, vejiga neurogénica, sutura vesical reciente. Paciente en horizontal y decúbito supino, el “0” entre línea media axilar y línea media de sínfisis del pubis. Si no, a la altura de la vejiga coincidiendo con el trocánter mayor del fémur (elevación cabecero aumenta valor) Pinzar SV. Abrir clamp del sistema en vertical perpendicular a paciente. Purgar con 20/25 ml suero salino la primera vez o si oliguria. Medir tras 30-60 seg. (relajación músculo detrusor). El valor será a la altura que el líquido oscile. Pinzar clamp, bajar sistema, despinzar SV. Si no baja descartar obstrucción y sustituir sistema, el filtro húmedo pierde funcionalidad. Complicaciones: infección tracto urinario(ITU) o dañarlo. La reinstilación de orina recién producida como medio de transmisión aumentó preocupaciones sobre riesgo de ITU. Midieron tasas concluyen que es una técnica segura. Diagnósticos Enfermería: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. Retención urinaria r/c obstrucción m/p ausencia de diuresis.

Conclusiones

La PIA debe monitorizarse si riesgo de HIA. La medición intravesical es el método más seguro.

Palabras clave

Presión Intraabdominal • Enfermería • Medición Intravesical



ID 9

TÉCNICA PUSH-STOP-PUSH Y CIERRE CON PRESIÓN POSITIVA EN EL CUIDADO DE CATÉTERES PICC

Irene López Martín[1]; ML. Bravo Arcas[2]; I. Porres Revuelta[3]
1. Hospital Universitario Clínico San Carlos; 2. Dispositivo de Apoyo Costa Del Sol. SUAP; 3. Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

Analizar evidencia científica sobre la eficacia de técnicas PUSH-STOP-PUSH y cierre con Presión Positiva reduciendo riesgo de oclusión de catéteres centrales de inserción periférica (PICC).

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica realizada en 2021. Utilizando DeCS “peripherally inserted central catheter” AND “catheter care” AND “complication”; AND “obstructive”. Revisándose 40 artículos, se incluyen 7.

Resultados/Intervenciones

Uso PICC más extendido. Ocluyéndose en 13,6% de pacientes. Complicaciones: infección torrente sanguíneo, trombosis venosa y rotura. Se forma una envoltura fibrínica con depósito de plaquetas, plasma y proteínas tisulares. Actúa como válvula unidireccional, se inyecta líquido pero no aspira sangre. La obstrucción por trombosis hasta un 66%, completa por trombo intraluminal 5-25% de ellas, 20% requieren la extracción del PICC. Recomendación IB lavar lúmenes con solución salina fisiológica antes y después de toma de muestras sanguíneas y administración de soluciones. Recomendación IA lavar con técnica push-stop-push: inyecta 2-3ml/pausa/inyecta, crea turbulencia dentro de la luz arrastrando depósitos acumulados. RecomendaciónIIB: el volumen debe ser superior al doble de la capacidad del catéter, duplicarlo después de soluciones viscosas y propensas a precipitar. Guías recomiendan 5-10ml para lavados habituales, 10-20ml en segundo caso. Guiffant et al descubrieron que 10 bolos de 1ml con intervalo de 0,4seg. más eficaces. Usar jeringas de 10ml o diseñadas para generar menor presión de inyección, una presión excesiva puede dañarlo. Shearer utilizó la técnica de presión positiva: retirar jeringa del lugar de inyección o pinzar luz mientras ejercía presión sobre el émbolo inyectando los últimos ml. Recomendación IA pinzar PICC utilizando la secuencia de sujeción correcta previene reflujo sanguíneo: Conector de desplazamiento negativo antes de retirar jeringa; positivo sujeción después y neutral no requiere secuencia específica. Volumen sellado 1,5ml (volumen mínimo PICC+20% de salida+volumen extra en jeringa para realización de la técnica).

Conclusiones

Recomendaciones IA lavado PICC con técnica push-stop-push y sellado catéter con técnica de presión positiva, previene obstrucción. Cuidado adecuado importante para reducir complicaciones.

Palabras clave

Catéter central de inserción periférica • Cuidados catéteres • Obstrucción • Complicaciones

ID 16

DEPURACIÓN SANGUÍNEA MEDIANTE COLUMNA DE ADSORCIÓN INSERTADA EN CIRCUITO ECMO

Elisabeth Alonso Domínguez; G. Aldana Flores; A. Oregui Apraiz; A. Baez de Paul
Hospital Universitario Cruces

Objetivos/Introducción

En los últimos años, el uso de columnas de adsorción para tratamiento de la tormenta de citoquinas y/o situaciones de hiperinflamación ha pasado de ser una técnica anecdótica a usarse de forma más habitual. Al utilizar esta terapia la enfermería de UCI adquiere un papel fundamental en el procedimiento. La finalidad es dotar al personal de enfermería de una herramienta de consulta rápida que facilite el montaje y puesta en marcha de la terapia, insertando el dispositivo en un circuito de membrana de oxigenación extracorpórea.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Medline, Pubmed, Cynahl. Elaboración de póster a modo de guía. Formación específica de la técnica, comprendida en el curso "Cuidados de enfermería en pacientes con terapia de oxigenación extracorpórea" impartido por el grupo de enfermería ECMO de nuestro centro hospitalario.

Resultados/Intervenciones

La guía propicia unos cuidados integrales y de calidad minimizando los posibles eventos adversos. Incluye: Descripción de la terapia. Ventajas e inconvenientes. Material. Purgado del set. Inserción en circuito ECMO. Fin de tratamiento y retirada.

Conclusiones

Con esta herramienta se unifican los criterios de actuación por parte del personal de enfermería intensiva, optimizando así el desempeño profesional.

Palabras clave

Columna adsorción • Cytosorb • Cytokine storm • ECMO • Hemoadsortion

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

ID 19

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL A TRAVÉS DEL PICC, ¿UNA ALTERNATIVA FIABLE?

Jesús García Montalvo[1]; ML. Buelga Suárez[1]; J. Revuelta Castedo[1]; L. Piña Astete[1]; GL. Alonso Salinas[2]
1. Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2. Hospital Universitario de Navarra

Objetivos/Introducción

La medición de la presión venosa central (PVC) refleja de forma directa la presión en la aurícula derecha y de manera indirecta, la presión telediastólica del ventrículo derecho. Las cavidades "derechas" cardiacas nos orientan sobre la precargara pudiendo orientar la toma de decisiones sobre el manejo de volumen de líquidos en el paciente crítico. En los últimos años, se ha producido un incremento de inserción de catéteres venosos de acceso periférico (PICC), por presentar una serie de ventajas frente a los catéteres venosos centrales convencionales. Este incremento, plantea la fiabilidad de la medición de la medición de PVC a través del PICC, frente a la medición a través de un catéter venoso central convencional (CVC)

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio observacional prospectivo de casos clínicos para la medición simultánea "in vivo" de la PVC en un paciente con la presencia de CVC y PICC. Tras la canalización del PICC comprobando mediante radiología la localización de la punta, previo a la retirada de la CVC, se realiza una medición simultánea de la PVC a través de los dos catéteres, teniendo en cuenta el resultado numérico obtenido así como la concordancia entre las dos curvas de presión. Se realizan 4 cortes aleatorios durante la monitorización para el registro de la PVC.

Resultados/Intervenciones

Se presentan dos casos clínicos en los que se realizó mediciones simultáneas de PVC a través de PICC. En los dos pacientes, el valor de la PVC era el mismo, con una variabilidad +/- 1 mmHg. Las curvas de presión eran muy similares, pudiendo superponer ambas curvas con una concordancia muy alta entre las mismas.

Conclusiones

Siendo necesario profundizar más en la necesidad de estudio entre las dos opciones de medición de PVC, los resultados aportados nos hacen intuir que los catéteres PICCs, pueden presentarse como alternativa fiable cuando sea necesaria la medición de PVC.

Financiación

Propia

Palabras clave

Monitorización hemodinámica • PICC • Catéter venoso central • Presión venosa central

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Variables y mediciones de la PVC. PICC vs CVC

		MATERIAL	CALIBRE	LONGITUD CATÉTER	LOCALIZACIÓN PUNTA	ACCESO
MUESTRA 1	CVC	Poliuretano	7Fr	20cm	Vena cava superior tercio distal	Vena yugular interna derecha
	PICC	Poliuretano	5Fr	35cm	Vena cava superior tercio distal	Vena basílica derecha
MUESTRA 2	CVC	Poliuretano	7Fr	20cm	Aurícula derecha	Vena yugular interna derecha
	PICC	Poliuretano	5Fr	40cm	Vena cava superior unión cavoatrial	Vena basílica derecha

MEDICIONES		
Corte 1	CVC	9mmHg
	PICC	9mmHg
Corte 2	CVC	9mmHg
	PICC	9mmHg
Corte 3	CVC	9mmHg
	PICC	9mmHg
Corte 4	CVC	9mmHg
	PICC	9mmHg
Corte 1	CVC	4mmHg
	PICC	3mmHg
Corte 2	CVC	3mmHg
	PICC	3mmHg
Corte 3	CVC	4mmHg
	PICC	4mmHg
Corte 4	CVC	4mmHg
	PICC	4mmHg

ID 20

IMPACTO EN LOS PROFESIONALES DE LA ACTUALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO DE TÉCNICA DE INSERCIÓN ECOGUIADA PICC

RL. Escobedo[1]; B. Lorente[2]; M. Echamendi[2]; M. Marraco[2]
1. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. Hospital Universitario de Navarra

Objetivos/Introducción

Hace un año conocimos las percepciones ante la técnica de inserción ecoguiada del catéter central de inserción periférica(PICC) en nuestra UCI. A principios de 2021 se actualizó el protocolo y se realizó difusión del mismo para insistir en los puntos más importantes para mejorar la técnica y disminuir las complicaciones del PICC.

El objetivo de este estudio es conocer las percepciones de los profesionales de enfermería ante la técnica, un año después.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Participantes: 46 enfermeras de la UCI-A del Hospital Universitario de Navarra Recogida y tratamiento de los datos: “google forms” y SPSS

Resultados/Intervenciones

Los resultados más relevantes de la encuesta, comparándolos con los de hace un año han sido:

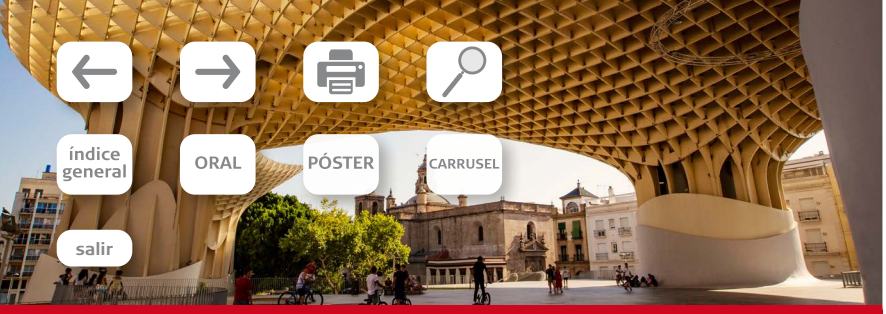
- Un 54,3% de los participantes declaran tener un 7 o más sobre 10 de práctica con la técnica ecoguiada, frente al 30% del año anterior.
- El 76% afirman estar “Nada de acuerdo” con “Siento que el ecógrafo me dificulta la inserción” frente al 55% del año anterior. El 2% afirman estar “Muy de acuerdo” frente al 18% del año anterior.
- Ante la afirmación “Utilizo el ecógrafo como primera opción”: El 78,2% indican “Siempre o Casi Siempre” frente al 30,5% del año anterior. El 6% indican “Nunca o Casi Nunca” frente al 33,33% del año anterior.
- Ante “Mido el diámetro de la vena que voy a canalizar”: El 67,4% indican “Siempre o Casi Siempre” frente al 19% del año anterior. En la encuesta del 2021 un 65,7% habían recibido formación en la técnica y en la de 2022 un 91,3%. Un 80,4% de los participantes afirman haberse leído el protocolo actualizado a lo largo del 2021.

Conclusiones

La actualización y difusión del protocolo ha tenido una clara repercusión en la práctica de inserción ecoguiada del PICC, lo cual repercute en la calidad de los cuidados y disminuye el riesgo de complicaciones del PICC.

Palabras clave

ecografía • catéter central de acceso periférico



ID 21

ADHERENCIA A LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN EN EL AISLAMIENTO DE CONTACTO

José Miguel Yánez Ramírez[1]; MD. Bernat[2]; L. Santana[1]; YC. Zerpa[1]; EE. Álvarez[1]; R. Ramírez[1]; O. Perera[1]; OD. Valiente[1]; MD. Nuez[1]; JM. Suárez[1]
1. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantill de Gran Canaria; 2. Universitat Jaume I

Objetivos/Introducción

Determinar la adherencia a las medidas de precaución en el aislamiento de contacto y retroalimentar al trabajador sanitario para modificar su cambio de conducta en caso necesario

Metodología/Observación clínica

Inicialmente se realiza una formación e-learning a los profesionales de una UCI de tercer nivel (enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería) sobre las medidas de precaución en el aislamiento de contacto (vestimenta, señalización o procedimiento). En segundo lugar, mediante una herramienta, creada ad hoc, se audita a los trabajadores (celadores, enfermeras, médicos y técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería y fisioterapeutas) mediante el método basado en el modelo de Telford et.al modificado, con el cual, se realiza corrección inmediata si el proceso se realiza de manera deficitaria (Periodo que abarca desde el 15 hasta el 26 de noviembre de 2021)

Resultados/Intervenciones

Durante el periodo se recogen 115 mediciones. Cabe destacar que se realiza Higiene de Manos (HM) antes de entrar en un 57,4% y un 96,5% después de la retirada del EPP (Equipo de Protección Personal). Un 17,4% no se coloca bata para entrar a box, un 8,7% no se coloca la bata correctamente y un 11,3% se retira la bata con riesgo de autocontaminación. En relación con los guantes, un 19.1% no se coloca guantes antes de entrar y otro 14,8% no se los quita de manera adecuada.

Conclusiones

La falta de material no es una razón de incumplimiento de las medidas de precaución en el aislamiento de contacto. Existe mayor adherencia en la HM tras la retirada del EPP que en el momento antes de la colocación del EPP. Tanto en la retirada de la bata como de los guantes, existe un riesgo de autocontaminación por parte del trabajador sanitario al no realizar la técnica correctamente. La retroalimentación inmediata ha permitido corregir en el procedimiento cuando éste ha sido deficitario o incorrecto

Financiación

No

Palabras clave

Aislamiento contacto • Auditoría • Cumplimiento medidas de precaución

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

ID 23

¿CÓMO HUMANIZAR EN ÉPOCA DE PANDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE?

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

Objetivos/Introducción

El objetivo es mostrar como se ha podido mantener la humanización en situación de pandemia. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste, en Arganda del Rey (Madrid), estaba compuesta antes de la pandemia por 6 camas y dada la situación, nos vimos obligados a habilitar otra zona del hospital como UCI No Covid y la habitual como UCI Covid. Esto nos llevó a distribuir las salas de espera de los familiares para que no confluyeran a la vez las personas autorizadas a visitar a nuestros pacientes y establecer un horario de visitas.

Metodología/Observación clínica

Para ello se llevaron a cabo las siguientes medidas:

- Información a todo el personal de la Unidad y a la dirección del hospital de las medidas adoptadas.
- Información a los familiares del modo de proceder cuando ingresa en la UCI.
- Elaboración de un tríptico informativo adaptado a la situación.

Resultados/Intervenciones

La información se hace de forma presencial al ingreso del paciente y mediante entrega del tríptico siendo:

- Solo 2 familiares por visita durante aproximadamente 30 minutos, que son los que reciben la información médica, salvo situaciones especiales como al final de la vida que se adapta visita.
- Todas las visitas deben estar vacunadas, no ser personas de riesgo (inmunodeprimidos).
- A la entrada les daremos: Mascarilla quirúrgica nueva si van a URPA, FPP2 si van a UCI, guantes y bata (bata impermeable o buzo para los que vayan a UCI). Bolsa para meter sus pertenencias y que no se contaminen.

Conclusiones

Ha permitido que se mantenga la visita a nuestros pacientes: Siendo no más de 2 familias distintas a la vez y no más de 2 familiares por paciente en cada una de las 2 UCIS, según distribución horaria por ubicación (adjuntada en tríptico). Establecer la distribución evita el riesgo en la transmisión de la enfermedad.

Palabras clave

Humanización • Visita • Información

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

HORARIO DE VISITAS E INFORMACIÓN

HORARIO DE VISITAS E INFORMACIÓN

Hospital Universitario del Sureste

Servicio de Medicina Intensiva

INFORMACIÓN para pacientes, familiares y acompañantes

EL INGRESO EN LA UCI

¿COMO PUEDO COLABORAR?

ID 24

PROTOCOLO DE INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTE CRÍTICO CON DISPOSITICO FLEXI-SEALR

Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; M. Herrera del Campo; MP. Rubio Serrano; S. García-Velasco Sánchez-Morago; A. Puebla Martín; JC. Muñoz Camargo; MP. Núñez Jiménez; A. Muñoz-Torrero Peña; MA. Puebla Martín; L. Díaz del Campo Aparicio
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

La incontinencia fecal en pacientes críticos tiene causas multifactoriales. Produce una serie de complicaciones graves asociadas, como son: alteraciones de la barrera protectora de la piel, aumento de su fragilidad, maceración, excoriación y úlceras por humedad. Se ha demostrado que la presencia de un ambiente húmedo multiplica por cinco el riesgo de desarrollar Úlceras por Presión (UPP).

Los objetivos planteados son:

- Disponer de un protocolo que proporcionen a los profesionales de enfermería los conocimientos necesarios del procedimiento del sondaje rectal con el dispositivo Flexi-sealR.
- Reducir la densidad de incidencia de las complicaciones asociadas a la incontinencia fecal.

Metodología/Observación clínica

- Procedimiento: Sondaje rectal con dispositivo Flexi-sealR
- Personal que interviene: Enfermera, Técnico en Cuidados de Enfermería y Celador.
- Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos cuiden, pubmed, scielo y google académico de los artículos publicados con las palabras claves:
  - Incontinencia fecal paciente crítico.
  - (Critical patient) and (fecal incontinence).
  - Sondaje rectal paciente crítico.
  - (Critical patient) and (rectal catheterization)

Resultados/Intervenciones

- Intervenciones específicas enfermería: Tabla adjunta.
- Problemas más importantes:
  - Retirada accidental del dispositivo.
  - Heces sólidas que no se pueden evacuar.
  - Inadecuada tolerancia del paciente.
  - Aparición de lesiones en la zona anal o perianal.
- Indicadores de evaluación: Reducir las complicaciones asociadas a la incontinencia fecal en el paciente crítico.
- 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 inserción del sondaje rectal con el dispositivo Flexi-sealR, para proporcionar a los pacientes críticos los cuidados basados en la evidencia científica en el manejo adecuado de la incontinencia fecal y sus complicaciones asociadas.

Financiación

Propia

Palabras clave

Protocolo Clínico • Incontinencia Fecal • Sonda • Cuidados Críticos • Enfermería

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

I. ***Valorar*** que esté ***indicado el procedimiento*** y que el paciente no disponga de ***ninguna contraindicación*** para el mismo.

II. ***Preparar*** el ***material*** necesario.

III. ***Lavado de manos*** y colocación de ***guantes***.

IV. ***Informar al paciente*** si está consciente, del procedimiento que se va a realizar y pedir su colaboración.

V. ***Valorar*** la realización de un ***tacto rectal***.

VI. ***Colocar*** al paciente en ***decúbito lateral izquierdo*** si es posible, o en decúbito supino con las rodillas flexionadas.

VII. ***Desplegar*** el dispositivo a lo largo de la cama. Comprobar la integridad del globo. Llenar la jeringa con 45 ml de agua bidestilada y comprobar que el globo está íntegro. Retirar el volumen y dejarlo conectado al dispositivo.

VIII. ***Lubricar el globo*** de retención y el dedo índice, colocando este en la hendidura adyacente al globo señalada en azul.

IX. ***Introducir la sonda*** hasta la ampolla rectal. Comprobar que la marca negra circular queda a la altura del ano. Retirar el dedo cuidadosamente para que no salga la sonda.

X. ***Inflar el balón*** de retención con 45 ml de agua. Comprobar el indicador de expansión del balón. Introducir el agua solo hasta que sobresalga la burbuja indicadora de llenado y nunca más de 45 ml, ya que el inflado adecuado del balón minimiza el riesgo de fuga.

XI. ***Tirar suavemente de la sonda*** para comprobar su anclaje. ***Verificar*** que la línea negra, indicadora de posición, continúa a la altura del ano.

XII. ***Colocar la sonda*** a lo largo y entre las piernas del paciente para evitar acodamientos y obstrucciones así como salidas accidentales.

XIII. ***Sujetar la bolsa*** colectora con ayuda de la cinta de sujeción en una posición más baja que la salida de la sonda para facilitar el drenado

ID 25

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CRÍTICO PLURIPATOLÓGICO PORTADOR DE FLEXI-SEALR

Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; JC. Muñoz Camargo; A. Puebla Martín; MP. Rubio Serrano; M. del Campo Herrera; L. Díaz del Campo Aparicio; S. García-Velasco Sánchez-Morago; A. Muñoz-Torrero Peña; MP. Núñez Jiménez; MG. García Fernández
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) suelen presentar diarrea e incontinencia fecal transitoria. La aparición de la diarrea es multifactorial y puede ocasionar consecuencias graves para el paciente complicando con patologías previas y alterando la barrera protectora de la piel aumentando su fragilidad, maceración y excoriación. Flexi-Seal es un dispositivo de contención y manejo temporal fecal, indicado para pacientes con incontinencia, encamados con heces líquidas o semi-líquidas.

El objetivo planteado con este trabajo es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica necesarios en un paciente portador del dispositivo Flexi-SealR sometido a Técnicas Continuas de Reemplazo Renal positivo en SARS-CoV-2 con úlcera por presión de grado IV cavitada.

Metodología/Observación clínica

Hombre de 73 años ingresa en una UCI de un Hospital de Segundo Nivel por Insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía por SARS-Cov2. Durante su ingreso en UCI requiere iniciar TCRR para corregir la Insuficiencia Renal Aguda surgida durante su proceso de enfermedad y comienza con una UPP en sacro que evoluciona a IV grado y cavitación y la presencia de incontinencia fecal prolongada.

Resultados/Intervenciones

Se abordan las principales necesidades, diagnósticos, intervenciones, resultados y actividades enfermeras del paciente crítico pluripatológico portador de Flexi-SealR:

Necesidad 1: Oxigenación. NANDA 00032 Patrón respiratorio ineficaz. Necesidad 3: Eliminación. NANDA 00013 Diarrea. NANDA 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. NANDA 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico. Necesidad 8: Higiene/Integridad de piel y mucosas. NANDA 00046 Deterioro de la integridad cutánea. NANDA 00091 Deterioro de la movilidad cama. NANDA 00249 Riesgo de UPP. Necesidad 10. Confort. NANDA 00132 Dolor agudo.

Conclusiones

La enfermería debe proporcionar los cuidados basados en la evidencia científica que requieren un paciente crítico pluripatológico para conseguir minimizar los riesgos asociados a la incontinencia fecal utilizando dispositivos como Flexi-SealR

Financiación

Propia

Palabras clave

Incontinencia Fecal • Úlcera por Presión • Infecciones por Coronavirus • Terapia de Reemplazo Renal • Enfermería de Cuidados Críticos

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

ID 26

BURNOUT EN ENFERMERIA DE UCI EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Gema Martín Corrochano; L. Rodríguez Martin; MC. García Fernández; MC. Iglesias Garcia
Hospital Nuestra Señora del Prado

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Desde Marzo del 2020 los hospitales han sufrido la pandemia del COVID 19, en especial los servicios de Medicina Intensiva, lo que ha generado presión asistencial, así como cansancio, miedo y ansiedad. Todo esto ha repercutido de manera llamativa en la plantilla, afectando esta situación a la salud mental y al cansancio físico de los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital regional de tamaño medio.

OBJETIVOS: Mostrar cómo la pandemia ha aumentado considerablemente la participación del personal fijo de la unidad en los procesos de movilidad de la gerencia, provocando la salida un alto porcentaje de la plantilla habitual. Identificar número de profesionales que precisaron intervención psicológica.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional de la plantilla desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad.

Resultados/Intervenciones

Cuantitativamente, la plantilla de enfermería formada por un total de 21 profesionales habituales, de los cuales 18 eran profesionales con plaza fija y 3 eventuales en Marzo del 2020. En la actualidad quedan 8 profesionales fijos.En la primera ola de la pandemia contamos durante un período limitado de tiempo con la presencia a tiempo parcial de un profesional de psicología, con el fin de apoyar al personal en ese momento, un total de 10 profesionales precisaron de su intervención.

Conclusiones

Ante los resultados obtenidos, podemos afirmar que la pandemia por COVID 19 ha afectado de manera negativa a la plantilla habitual de la unidad de Medicina Intensiva, provocando un recambio del 70% del personal, lo que lleva a la pérdida de profesionales formados, con una larga trayectoria de trabajo en estas unidades y con mucha experiencia, que no hubieran finalizado su servicio si no hubiera sido por esta circunstancia. Lo que deja esta unidad con profesionales con poca experiencia, con las consecuencias que conlleva.

Palabras clave

Burnout • Medicina Intensiva • Covid 19

ID 28

ANÁLISIS COMPARATIVO DE UNA POSICIÓN ALTERNATIVA PARA EL SENSOR DEL MONITOR BIS

Olga Diana Valiente Medina; L. Hernández Rodríguez; JM. Yánez Ramírez
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Objetivos/Introducción

La sedación constituye una práctica habitual en los pacientes críticos de cuidados intensivos para proporcionarles bienestar y seguridad pero su uso no está exento de efectos adversos, en su mayoría, por infra o sobresedación. El sistema más utilizado para medir dicha práctica es el Índice Biespectral (BIS) que convierte el patrón de ondas cerebrales en valores numéricos a través de cuatro parámetros: BIS, Electromiograma (EMG), Índice de Calidad de la Señal (IC) y Tasa de Supresión (TS).

El objetivo de este trabajo es verificar la concordancia de los valores de BIS en sedación de mantenimiento según la posición recomendada del sensor (frontal) y la parte lateral de la cara para proponerla como alternativa.

Metodología/Observación clínica

Estudio de concordancia de métodos en variables cuantitativas a través de un muestreo no probabilístico intencional en una unidad de cuidados intensivos de adultos.

Resultados/Intervenciones

Para comprobar la concordancia entre ambos métodos se empleó el Coeficiente de Correlación de Concordancia de Lin (CCC), dando un valor de 0.8874 con un IC (0.8306-0.926) en las dos posiciones, determinando que el grado de concordancia según el valor de coeficiente de Lin fue pobre (<0.90). En la recta de Regresión los datos se encuentran dentro del IC por lo que se puede asumir que ambos métodos son intercambiables. En el gráfico de Bland-Altman los datos que se encuentran fuera de los límites de concordancia (± 2 SD) son escasos.

Conclusiones

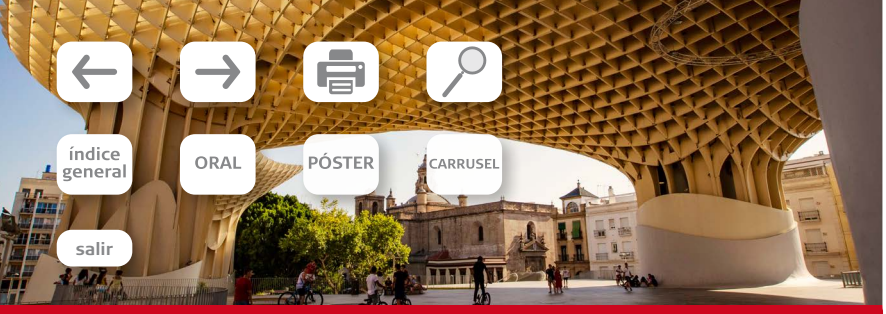
La posición lateral del sensor BIS es pobremente intercambiable a la posición recomendada por el fabricante debido a que no aporta los mismo valores sobre el nivel de sedación de los pacientes. Podría ser una alternativa para los casos en los que el uso de sensor frontal no sea posible si se tiene en cuenta las diferencias entre ambos.

Financiación

Financiación para la compra de los sensores de BIS utilizados de la empresa ACJ, distribuidora canaria de una línea de Medtronic.

Palabras clave

Sensor BIS • Índice Biespectral • nivel de sedación



XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

ID 30

VALORACIÓN DE LA RATIO ENFERMERA MEDIANTE *THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM*

Gema Tenor Salas; G. Llanes Fernández de la Cueva; M. García Vázquez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28) es una de las escalas utilizadas en los Servicios de Medicina Intensiva(SMI) para cuantificar las intervenciones terapéuticas de enfermería realizadas en pacientes en relación con la severidad de su enfermedad sirviendo a la vez para vigilar la carga de trabajo y determinar la relación enfermera-paciente. Las ratios recomendadas se agrupan en: Pacientes hasta 19 puntos. Ratio 1:4 Entre 20-39 puntos. Ratio 1:2 40 o más puntos. Ratio 1:1 ó 2:1. Nuestro SMI está compuesto por tres unidades (UCI-C, UCI-P y UCI-INT) que atiende a pacientes con diferentes patologías y con una ratio diferente.

OBJETIVOS: Determinar el perfil de los pacientes ingresados en nuestro SMI mediante el TISS-28. Establecer cuál es la ratio enfermera adecuada

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional realizado en SMI del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva(26 camas). El periodo de estudio se divide en dos: Pre pandemia covid (enero 2019 a febrero 2020) y pandemia (marzo 2020 a junio 2021). Recogida de datos: formulario TISS-28

Resultados/Intervenciones

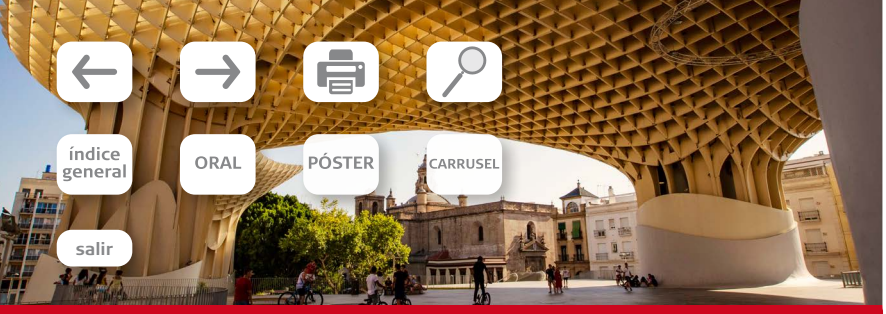
Se realizan un total de 5660 valoraciones (prepandemia) y de 958 (pandemia). TISS medio por Unidades y periodo: Pre-pandemia: UCI-C : 27,88 UCI-P: 31.73 UCI-INT: 19,94. Pandemia: UCI-C: 26,12 UCI-P: 32,47 UCI-INT: 27,3

Conclusiones

Observamos que en el periodo prepandemia para el perfil de pacientes ingresados la ratio adecuada de enfermería en UCIC y UCIP es de 1:2 y de 1:4 para UCI-INT, ratio que coincide con la asignación disponible pero tras los cambios de reestructuración por las necesidades pandémicas y el cambio en el perfil de los pacientes la ratio debe ser la misma par todo el SMI de 1:2

Palabras clave

Nursing Activities Score • Enfermera • Cargas de trabajo • Cuidados Intensivos



ID 31

EFECTOS DE UN PROGRAMA DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL TIEMPO DE DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA

Eva Para Barbero[1]; JD. Martí Romeu[2]; LM. Pasalodos Heras[1]; V. Rodríguez García[1]; E. Niso Lorenzo[3]; Y. Criado Gutiérrez[4]; S. Olivé Rodríguez[5]; G. Usano García[6]; H. Galdón Rodríguez[7]; L. Nafarrete Ruiz[3]

1. HUA Txagorritxu; 2. Clínic Barcelona; 3. HUA; 4. HULP; 5. Hospital Universitario Clínico San Carlos; 6. HU 12 de Octubre; 7. HU Príncipe de Asturias

Objetivos/Introducción

La ventilación mecánica invasiva (VMI) es una estrategia terapéutica que se aplica en lasUnidades de Cuidados Intensivos (UCI) de manera habitual, pero su duración se asocia conmayor número de complicaciones. Por ello, el destete es el objetivo primordial desde suimplantación. El uso de protocolos, entre otras actuaciones, evidencia una menor duración deltiempo de destete. La fisioterapia respiratoria podría asociarse a menores complicacionesrespiratorias y motoras. Este estudio pretende evaluar el uso de un programa de fisioterapiarespiratoria, basado en la auscultación y realizado por especialistas, en la disminución deltiempo de destete de la ventilación mecánica y estancia en UCI en el Hospital Universitario deÁlava.

Metodología/Observación clínica

El diseño estudio es un ensayo clínico longitudinal, aleatorizado y prospectivo llevado a cabo enla UCI del Hospital Universitario de Álava durante un año en el reclutamiento de pacientes quecumplan los criterios de inclusión y exclusión y consientan participar en el mismo. Secompararán dos grupos: control, con cuidados habituales de enfermería y protocolo de destetede la Unidad, y experimental, al que se añade el programa de fisioterapia respiratoria cinco díasa la semana. La variable principal será el tiempo de destete de la ventilación mecánica ysecundaria el tiempo de ingreso en la UCI. Los datos se recogerán diariamente con hojas derecogida propias e historia clínica, salvaguardando confidencialidad.La muestra se calcula en 182 pacientes, considerando 24 horas como diferencia relevante parael tiempo de destete y posibles pérdidas. El proyecto se enviará al Comité de Ética del Hospital para su evaluación. Se establecenevaluaciones mensuales para no generar handicap en el grupo control.Se realizarán los análisis estadísticos pertinentes con la t de Student o la U de Mann-Whitneypara las variables principales y regresión lineal para ver la influencia de otras variables.

Palabras clave

respiratory • physical therapy • weaning

ID 32

PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA

Luis Miguel Pasalodos Heras[1]; E. Para Barbero[1]; G. Guinea Pardo[1]; L. Nafarrete Ruiz[1]; A. Iglesias Rodríguez[1]; L. Aparicio Cilla[1]; M. Martín Rogado[1]; Z. Fernández Fernández de Leceta[1]; C. Rodríguez Núñez[1]; MG. Arano Garitagoitia[2]
1. HUA Txagorritxu; 2. HUA Santiago

Objetivos/Introducción

La supervivencia en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha mejorado sustancialmente, aunque el Síndrome Post Cuidaos Intensivos (DAUCI) que se presenta en un 30-50% de casos, representa un peor pronostico y calidad de vida. la Movilización Precoz (MP) busca minimizar el efecto DAUCI.El diseño de este protocolo de MP busca mejorar su eficiencia incluyendo la participación multidisciplinar y familiar.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en Pubmed y consulta de protocolos de MP instaurados en otras UCIs, que indican los beneficios y seguridad de MP en paciente critico. Nuestro protocolo establece la intervención multidisciplinar en las distintas fases del mismo y su indicación.

Resultados/Intervenciones

Se realiza evaluación diaria de los pacientes para su inclusión en protocolo, según criterios de indicación-contraindicación de la MP.Las pautas del tratamiento dependerán de la fase en la que se encuentre el paciente.Se definen las intervenciones de cada profesional del equipo en cada fase.Se forma a la familia que desee implicarse voluntariamente en el proceso de MP.

Conclusiones

En nuestro protocolo de MP se incluye algoritmo de actuación multidisciplinar.Los indicadores de evaluación se incluyen en la historia clínica del paciente: MRC, nivel alcanzado en el protocolo, Rass..... Se realiza evaluación diaria.

Palabras clave

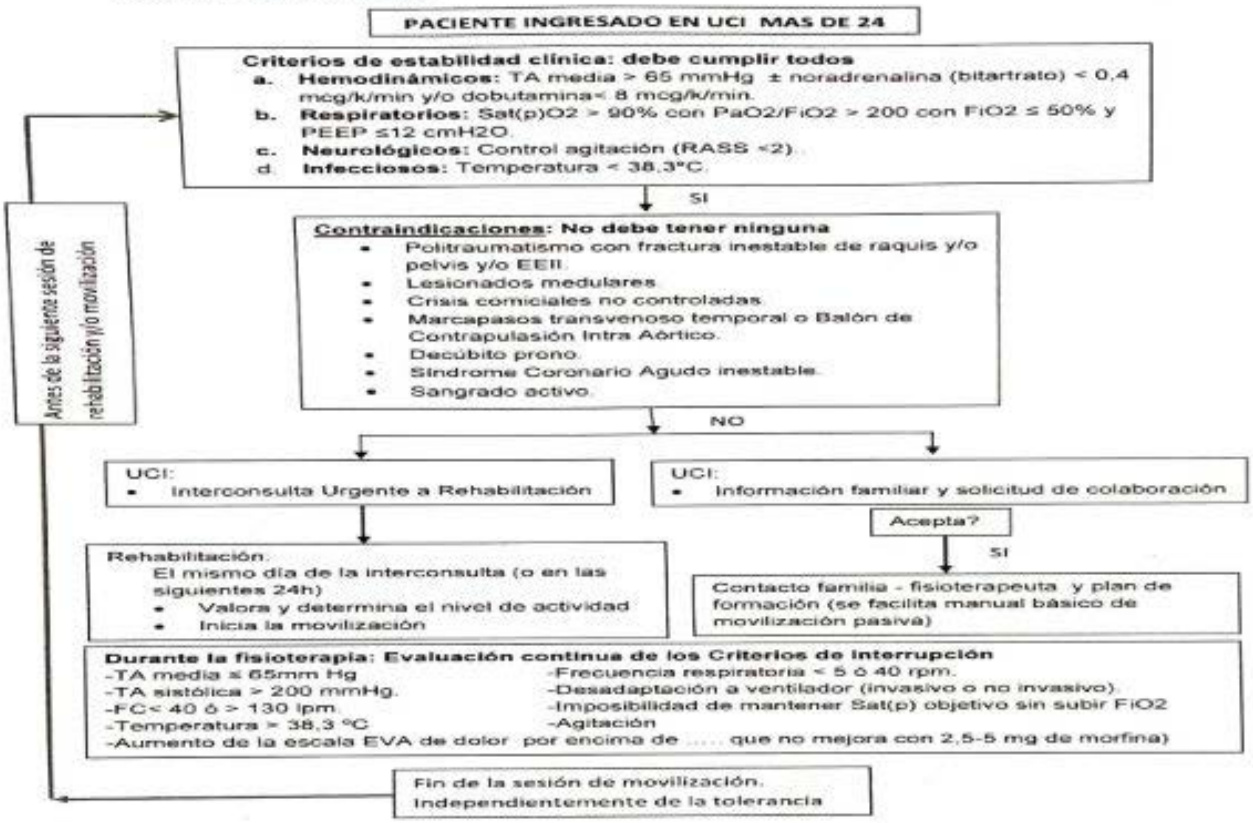
Movilización Precoz • Síndrome Post Cuidados Intensivos

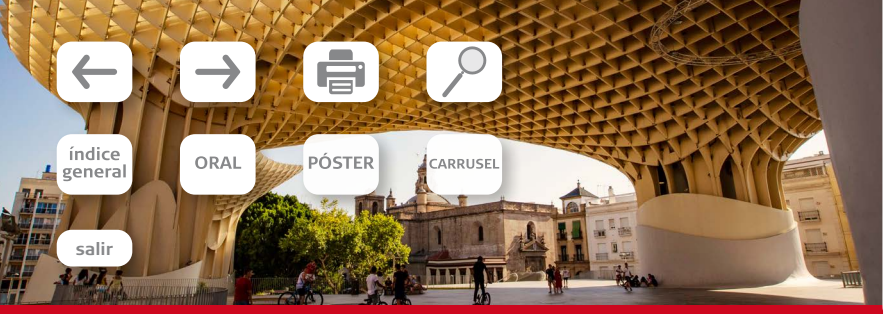
sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

Anexo IV. Diagrama de flujo





ID 33

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE AÓRTA TORÁCICA: A PROPÓSITO DE UN PACIENTE EN UCI CON ÚLCERA PENETRANTE

Francisco Javier Vega Vázquez; J. Robles Carrión; JA. Pérez Merino
Hospital Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

La úlcera penetrante aórtica es aquella que invade la capa media después de haber roto la lámina elástica interna en una aorta con placas ateroscleróticas previas, siendo la localización más frecuente la aorta descendente. Exponer y analizar la evolución de un paciente en UCI, tras realización de reparación endovascular de aórta torácica (TEVAR), por Úlcera Aórtica Penetrante.

Describir la Úlcera Aórtica Penetrante. Resumir Plan de Cuidados de Enfermería en el paciente crítico tras realización de TEVAR por Úlcera Aórtica Penetrante.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de un paciente tras realización de TEVAR, de Úlcera Penetrante, ingresado en la UCI del Hospital Regional Virgen Macarena. (Sevilla). El paciente, varón de 72 años, acude a Urgencias del Hospital Virgen Macarena, por dolor opresivo Con antecedentes de obesidad, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus, HTA, aneurisma de aorta abdominal intervenido 4 años antes. Se realiza AngioTC y se procede a realizar TEVAR.

Resultados/Intervenciones

Dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos se realizan los Cuidados del paciente crítico con SAA vigilando la aparición de complicaciones 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, Intervenciones(NIC) para alcanzar los Resultados(NOC).

Conclusiones

La UPA es una entidad poco frecuente que se asocia principalmente a enfermedad aterosclerótica, HTA y dilatación de aorta descendente. El tratamiento endovascular de la patología de la aorta torácica (TEVAR) representa una alternativa poco invasiva frente a la cirugía convencional, puesto que presenta un porcentaje muy bajo de complicaciones. La estabilización del paciente, reduciendo la presión arterial, controlando la frecuencia cardíaca, 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 y la afectación neurológica, mediante un Plan de Cuidados, utilizando un lenguaje propio enfermero.

Financiación

NO FINANCIACIÓN

Palabras clave

Síndrome Aórtico Agudo • Ulcera Aórtica Penetrante • UCI

ID 34

HIPOTERMIA INDUCIDA TRAS PCR: ENFRIAMIENTO DE SUPERFICIE VS ENFRIAMIENTO INTRAVASCULAR

Lorena Piña Astete[1]; J. García Montalvo[1]; ML. Buelga Suárez[1]; J. Revuelta Castedo[1]; GL. Alonso Salinas[2]
1. Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2. Hospital Universitario de Navarra

Objetivos/Introducción

En los cuidados post resucitación intrahospitalarios, la hipotermia terapéutica inducida trata de disminuir el daño neurológico y la mortalidad asociada de estos pacientes. Entre los métodos de hipotermia inducida encontramos sistemas de enfriamiento de superficie y los sistemas de enfriamiento intravascular.

El objetivo de este trabajo es comparar si existen diferencias, respecto a efectos adversos no deseados derivados de la técnica, entre ambos sistemas de enfriamiento.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos PUBMED y CINHAL, con los descriptores en lenguaje controlado, “post-cardiac arrest syndrome”, “heart arrest”, “death, sudden cardiac”, “hypothermia, induced”. Así como los términos en lenguaje libre “therapeutic hipotermia”, “intravascular cooling catheter”, “endovascular cooling”, “surface cooling”, “conventional hypotermia”. Relacionando los términos entre sí con los operadores booleanos AND y OR. Los resultados se limitaron a estudios académicos posteriores a 2018 y a paciente adulto. Se seleccionaron 4 artículos tras lectura crítica.

Resultados/Intervenciones

Los estudios compararon los dos dispositivos sin diferencias clínicamente reseñables a largo plazo, en cuanto a mortalidad y déficit neurológico, aunque se observó que el dispositivo intravascular obtiene una temperatura destino más rápida y con menos fluctuaciones durante la terapia. Se observaron diversos efectos adversos a corto plazo, sin plantearse como objetivo principal del estudio, destacando arritmias e hipopotasemia por medios intravasculares, frente a hipernatremia con enfriamiento de superficie. Un autor registró un dato contrario a este estudio. Otros autores mencionaron diferencias respecto a fiebre, convulsiones o infecciones.

Conclusiones

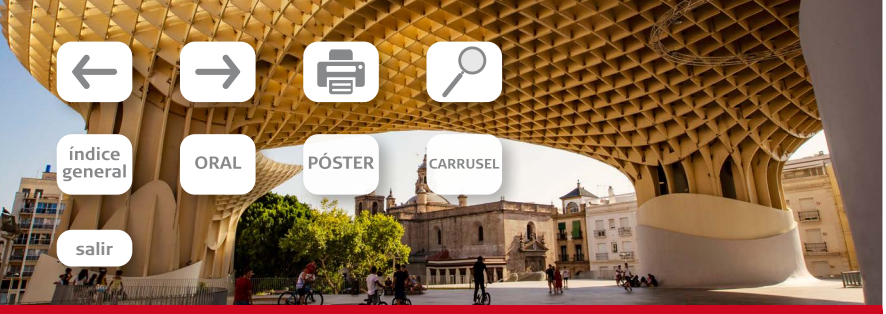
Existen efectos adversos no deseados a tener en cuenta, y es necesario realizar investigación, dada la variabilidad y falta de estudios con ese objetivo, para mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a hipotermia. No existen diferencias significativas estableciendo como objetivo el buen pronóstico neurológico y mortalidad, entre sistemas de enfriamiento inducido tras una parada cardiorrespiratoria. Aunque el enfriamiento intravascular es más rápido y se mantiene estable.

Financiación

Propia

Palabras clave

Hipotermia inducida • Cuidados post-resucitación • Dispositivo de enfriamiento intravascular • Dispositivo de enfriamiento de superficie



XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

ID 35

OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPOREA EN PACIENTE CON NEUMONÍA GRAVE. CASO CLÍNICO

Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; A. Puebla Martín; JC. Muñoz Camargo; S. García-Velasco Sánchez-Morago; R. Moreno-Chocano Aragonés; VM. López Fernández; MP. Rubio Serrano; AB. Aguirre Romero
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

ECMO-respiratorio (ECMO-r) emplea un sistema veno-venoso de flujo tidal, con cánula en la aurícula derecha desde la vena yugular interna derecha, y otra en vena femoral derecha. La indicación del ECMO-r es la insuficiencia respiratoria grave con falta de respuesta al tratamiento convencional.

El objetivo planteado es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia necesarios en un paciente con Neumonía grave pendiente de valorar para trasplante pulmonar que se le implanta la oxigenación por membrana extracorpórea respiratoria por inestabilidad hemodinámica.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 28 años que ingresa el 14 de enero del 2022 en una Unidad de Cuidados Intensivos por Neumonía grave Como antecedentes de interés: no alergias conocidas, exfumadora desde 2019. Obesidad con IMC 39. Neumonitis por hipersensibilidad tipo alveolitis alérgica extrínseca por criobiopsia, en seguimiento por Neumología. Derivada a consulta de Trasplante Pulmonar. Síndrome ansioso-depresivo. Síndrome de ovario poliquístico. Acné y Síndrome de Cushing secundarios a tratamiento corticoide. Se realizaron las medidas de soporte ventilatorio y hemodinámico necesarias; y se colocó a la paciente en decúbito prono, dado el empeoramiento progresivo, se contactó con el Equipo multidisciplinar localizado para implantación de ECMO portátil. Se realizó una conexión a asistencia respiratoria veno-venoso con canulación percutánea yugular y femoral derechas y se instauró un flujo de 4 litros por minuto y 6500 revoluciones. Una vez estabilizada la paciente, se derivó al Hospital de referencia.

Resultados/Intervenciones

Los principales diagnósticos enfermeros del paciente con ECMO-r son: 00004 Riesgo de infección relacionado con procesos invasivos. 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. 00030 Deterioro del intercambio de gases. 00032 Patrón respiratorio ineficaz. 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Conclusiones

La terapia con ECMO-r aumenta la supervivencia y mejora el patrón respiratorio del paciente crítico. Enfermería es quien proporciona los cuidados basados en la evidencia científica que requiere el paciente, las cánulas y la terapia.

Financiación

Propia

Palabras clave

ECMO/Oxigenación por Membrana Extracorpórea • Neumonía • Dióxido de Carbono • Enfermería de Cuidados Críticos • Unidades de Cuidados Intensivos

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

ID 38

UNIFICANDO CRITERIOS: PROTOCOLARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE LAS DUODENOPANCREATECTOMÍAS EN UCI

Patricia Piñas Viñambres; C. Moreno Cerrada; T. Carro Sánchez Bermejo; M. López Pazos; C. Calcerrada Baeza; A. Sánchez Peláez; M. Mando Nevado; B. Fernández Gómez
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

Los pacientes intervenidos de duodenopancreatectomías son ingresados en su postoperatorio inmediato en UCI con el objetivo de realizar una vigilancia estricta en sus primeras horas tras la intervención. Con el objetivo de estandarizar los cuidados de enfermería, unificar criterios de actuación con el departamento de cirugía general y digestivo y dar conocer al personal de UCI el correcto manejo de estos pacientes, hemos elaborado una guía práctica.

Metodología/Observación clínica

Se procedió a una búsqueda bibliográfica en la literatura ya existente en conjunto con cirugía general y digestivo de nuestro centro para la elaboración de un protocolo de cuidados unificado y continuo que se pueda llevar a cabo previamente y posteriormente al ingreso en UCI.

Resultados/Intervenciones

Se elaboró una guía clínica donde se incluía una plantilla de cuidados de enfermería a realizar en dichos pacientes que debe ser rellenada por enfermería en todos los casos. Nuestro protocolo consta de los siguientes apartados: cuidados básicos de UCI, extubación precoz en las primeras horas y comenzar con ventilación mecánica no invasiva tipo CPAP o BPAP según criterio médico, oxigenoterapia, fisioterapia respiratoria, levantar al sillón, control glucémico y analítico según protocolo habitual, retirar sonda nasogástrica si débito menor de 300cc en las primeras 24 horas, dieta absoluta, mantener dispositivos de compresión progresiva y medias elásticas además de administrar dosis de heparina subcutánea profiláctica, manejo del dolor con analgesia convencional y catéter epidural.

Conclusiones

La unificación de criterios en una guía nos permitió conocer los riesgos y las ventajas de los cuidados mejorando la calidad asistencial. Se puso en marcha un estudio para la evaluación de las mejoras obtenidas y la disminución de los riesgos y complicaciones tras la implantación de la guía clínica. La enfermera es un eslabón fundamental en el manejo inmediato de este tipo de pacientes. Se realizó un control estricto del cumplimiento y aplicación de la guía clínica.

ID 40

MONITORIZACIÓN DE RELAJANTES MUSCULARES EN UCI

Francisco Domínguez Moreno; P. Nuevo Ortega; C. de La Torre Ruiz; JM. Fernández Añon; A. Ramírez Zaragoza; MJ. Molero Pardo
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

La monitorización de los efectos de los bloqueadores neuromusculares (BNM) es una practica poco común en unidades de cuidados intensivos (UCI). Esto se debe que hasta ahora era difícil encontrar patologías que requieran una perfusión de relajantes musculares durante largos periodos de tiempo.

El objetivo de monitorizar los relajantes musculares es una practica basada en la evidencia que se debe impartir como el monitorizar cualquier otro fármaco, para la efectividad: administrar la mínima dosis efectiva y seguridad: evitar las posibles complicaciones.

OBJETIVOS:

- Actualizar conocimientos sobre la monitorización de relajantes musculares
- Informar de la correcta utilización del TOF

Metodología/Observación clínica

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, Sar-Cov-2, relajantes musculares, TOF.

Resultados/Intervenciones

Los estudios revisados muestran como un control adecuado de los BNM mediante la monitorización neuromuscular (MNM) consiguen beneficios importantes, reducen el tiempo de ventilación mecánica invasiva en el paciente crítico, consigue evitar el efecto tóxico que se produce sobre la unión neuromuscular al interactuar los BNM con otros fármacos, reduce el tiempo de ingreso en UCI, además de un evidente ahorro económico.

Conclusiones

Una adecuada formación de enfermería en el adiestramiento de la monitorización de los relajantes supones beneficios tanto para el paciente reduciendo posibles complicaciones relacionadas en el uso de estos fármacos y para el hospital reduciendo el coste de estos pacientes reduciendo el día de hospitalización y el coste de los fármacos.

Palabras clave

UCI • relajantes musculares • tof • cuidados de enfermeria

ID 44

MONITORIZACIÓN DE LA SEDACIÓN MEDIANTE ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)

Francisco Domínguez Moreno; P. Nuevo Ortega; R. Aguilar Muñoz; C. de La Torre Ruiz; JM. Fernández Añón
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

Una de las practicas habituales en unidades de cuidados intensivos (UCI) es la ventilación mecánica, para ello supone administrar fármacos analgésicos y sedantes. Es fundamental conseguir una adecuada analgesia y sedación para minimizar riesgos. Actualmente tenemos a nuestro alcance sistemas que nos ayudan a monitorizar la sedación profunda de una manera mas objetiva como puede ser la utilización de la monitorización del índice biespectral (BIS)

OBJETIVOS: Conocer las aplicaciones del BIS

Metodología/Observación clínica

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 9. Se utilizaron como descriptores: pacientes críticos, cuidados de enfermería, índice biespectral, BIS, sedación.

Resultados/Intervenciones

Tras realizar búsqueda sistemática sobre la utilización adecuada del BIS podemos decir que hay dos aspectos fundamentalmente, una es la sedación por defecto, que se asociarse con agitación, una adaptación inadecuada a la ventilación mecánica, lo que supone presiones pico elevada, episodios de desaturación, y posibilidad de auto extubación. Por otro lado, esta la sedación por exceso, que supone aumentar los días de hospitalización en UCI por retraso en el despertar, prolongación del tiempo de ventilación mecánica aumentando así la posibilidad de neumonía nosocomial. Todo esto supone aumentar la morbimortalidad de estos tipos de paciente, aumentando así los costos para el hospital de los mismo

Conclusiones

Adiestramiento adecuado del personal de enfermería que trabaja en estas unidades sobre la adecuada utilización de los monitores BIS, puede ayudar a disminuir la estancia en días de los pacientes de uci sometidos a ventilación mecánica, aumentar la adaptación de los pacientes a la ventilación mecánica y disminuir los costos al hospital.

Palabras clave

UCI • cuidados de enfermería • Índice biespectral • BIS

ID 45

PROTOCOLO CANALIZACIÓN CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO

Francisco Domínguez Moreno; P. Nuevo Ortega; R. Zamanillo Díaz
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

El acceso venoso y la canalización del mismo es imprescindible en la práctica diaria en multitud de servicios hospitalarios. Con el avance de la medicina, los tratamientos son cada vez más prolongados y agresivos por lo que manejarse con una vía periférica convencional supone al paciente multitud de pinchazos a lo largo de su ingreso, lo que hace que la estancia de estos pacientes sea muy traumática.

- Conocer el método más correcto de canalización de catéter venosos central de acceso periférico (CVCAC).
- Describir y prevenir los riesgos de la implantación de este tipo de acceso vascular.

Metodología/Observación clínica

Este estudio realizó una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas incluidas en Cochrane Library, JBI, PubMed, Elsevier, CINAHL, en los últimos 5 años. Las palabras claves fueron, Catéter venoso central de acceso periférico (CVCAP), catéter central de inserción periférica (CCIP), Unidad de cuidados intensivos (UCI), enfermería, acceso venoso. Se utilizaron los operadores booleanos and, or y not para ajustar las busquedas

Resultados/Intervenciones

Criterios que se deben tener en cuenta para la colocación de PICC.

1. Necesidad de acceso venoso > 6 días.
2. Tratamiento que requiere acceso central por sus características (pH, osmolaridad, irritante/vesicante).
3. Previsto tratamiento de quimioterapia periférica intermitente de duración > de 3 meses.
4. Precisar monitorización central durante más de 15 días.
5. Precisar extracciones c/8 h durante más de 6 días.
6. Capital venoso deteriorado.
7. Tratamiento IV en paciente en cuidados críticos.

Conclusiones

Las estructuras venosas se conservan evitando múltiples pinchazos y manipulaciones mediante el reemplazo de líneas IV. La inserción del PICC no presenta riesgo de neumotórax y reduce considerablemente el riesgo de hemorragia. El PICC puede ser el catéter de elección en los tratamientos prolongados, con medicación especial y pacientes con capital venoso deteriorado. El cuidado de enfermería en el mantenimiento de estos es esencial para evitarlas.

ID 48

NECESIDAD DE MATERIAL DE APOYO Y ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fernanda Gil Almagro[1]; B. Barranco García[1]; A. Romero Moreno[1]; M. Martínez Lareo[1]; FJ. García Hedrera[1]; R. Alameda Varela[1]; JC. Sánchez García[1]; R. Domínguez Rincón[1]; FJ. Carmona Monge[2]; C. del Hoyo Sánchez[3]
1. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 2. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela; 3. Samur - Protección Civil

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.

OBJETIVOS: Dada la masiva incorporación de personal de enfermería a las Unidades de Cuidados Intensivos durante esta pandemia, se hace necesario la introducción de formación y material de apoyo específico que avale el cuidado de los pacientes frente a técnicas complejas o utilización de instrumentalización avanzada.

Metodología/Observación clínica

Tras la realización de un plan de formación específico de la unidad, se realiza como instrumento de apoyo un Manual de Cuidados Intensivos para nuestra unidad en el cual se incluyen protocolos y videos representativos sobre el manejo de la diferente aparatología específica de la unidad. Además las sesiones formativas quedaron grabadas y registradas dentro del manual mediante código QR para que todas las nuevas incorporaciones pudiesen ser formadas de forma rápida y segura Tras la colocación del manual al acceso del personal de enfermería, se realiza una encuesta para el personal de con la finalidad de evaluar el proyecto.

Resultados/Intervenciones

Los entrevistados reconocen como indispensable el uso de material de apoyo en este tipo de unidades además de constatar que tener este tipo de material les transmite una seguridad en la aplicación adecuada de técnicas y manejo de aparatología específica. Reconocen que este tipo de documento mejora la calidad de asistencia, así como, la seguridad de la enfermera ante el manejo de terapias complejas; reduciendo posibles complicaciones y mejorando la seguridad del paciente/cliente.

Conclusiones

Resulta imprescindible que exista material de apoyo para el equipo de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos. Este manual mantiene a la enfermera formada y reciclada, permitiendo una mejora en su calidad asistencial y en la seguridad del paciente.

Palabras clave

Especialización • Cuidados Intensivos • Formación • Material de apoyo

ID 49

ESTRATEGIA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES EN TIEMPOS DE PANDEMIA. SATISFACCIÓN ENFERMERA

Gema Tenor Salas; G. Llanes Fernández de la Cueva; MJ. Alvarez Martín; M. Lechuga Vilas; MJ. González Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto la necesidad de aumentar los profesionales de enfermería en las unidades de cuidados intensivos(UCI). Ha puesto en evidencia la falta de personal capacitado en la atención de pacientes críticos, que precisan cuidados de alta complejidad. La formación y capacitación de estos profesionales ha sido una prioridad y ha precisado sustituir los métodos tradicionales preseciales por una enseñanza virtual y precoz en el tiempo. En nuestra UCI se implementa una estrategia de acogida a estos profesionales consistente en un curso de formación virtual basado fundamentalmente en videotutoriales que favorezca la adquisición de competencias y de una herramienta que facilite la consulta in situ durante su actividad asistencial

OBJETIVO: Conocer el grado de satisfacción de los nuevos profesionales en relación a la estrategia de formación y consulta.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional realizado durante en septiembre de 2021 en el hospital Juan Ramón Jiménez. Población:enfermeras y Tecnico de cuidados auxiliares de enfermería(TCAE) sin experiencia en UCI. Instrumento: cuestionario tipo likerts con valores “1 nada satisfecho” y “5 muy satisfecho”. Voluntario y anónimo.

Resultados/Intervenciones

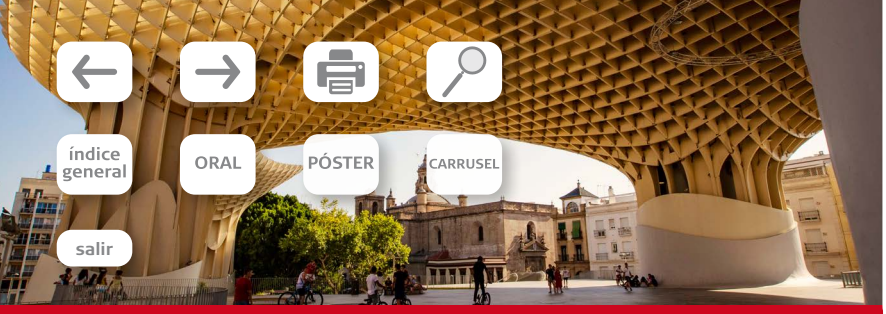
Se obtienen 67 respuestas. El 51,5% enfermeras y el 77,3% mujeres. El 63,6% edad entre 30-40 años. El 87,9% sin experiencia en el cuidado del paciente crítico. Los resultados se expresan en medias: Ayuda en funcionamiento y organización (4,62). Adquisición de competencias en el cuidado del paciente critico (4,7). Grado de satisfacción global acción formativa (4,65). Grado satisfacción del acceso a su consulta (4,61). Satisfacion de herramienta basada en videotutoriales (4,84). Ayuda en la actividad asistencial (4,73).

Conclusiones

La estrategia de acogida a los nuevos profesionales ha sido valorada de forma muy satisfactoria, les ha facilitado la adqusición de competencias, sirviendo como herramienta útil de consulta en la realización de su actividad profesional, lo que ha podido contribuir a disminuir su inseguridad y mejorar la seguridad de los pacientes.

Palabras clave

Formación • Enfermería • Pandemia • Unidad de Cuidados Intensivos



ID 51

ACTUALIZAR Y UNIFICAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DEL SÍNDROME POST-UCI

Mónica Yáñez Cerón; A. Aguilar Rojo; C. Navarro Pardo; MI. Ruiz Pérez; RM. Paños Melgoso; L. Martínez Mira; A. Anaya Cuevas
Hospital General Universitario de Elda

Objetivos/Introducción

La comisión hospitalaria MhUAC (Mejora de la Humanización en la Atención a Críticos) del HGUE (Hospital General Universitario de Elda) está trabajando en la mejora de la continuidad de los cuidados enfermeros a pacientes que han desarrollado, o están en riesgo de hacerlo, el Síndrome post -UCI. En la Comisión están implicados profesionales de diferentes categorías y unidades asistenciales. La sesión formativa permite dar las herramientas necesarias para realizar unos cuidados unificados en este tipo de pacientes (sea cual sea la unidad asistencial receptora post-UCI) y actualizar de este modo las ultimas recomendaciones en las técnicas que de forma habitual precisan.

- Actualizar los conocimientos enfermeros relacionados con el cuidado de aquellos pacientes que su paso por UCI ha supuesto un incremento en la necesidad de cuidados específicos
- Unificar la actuación enfermera en la transición entre servicios, mejorando la continuidad de cuidados
- Revisar las ultimas recomendaciones en cuanto al cuidado respiratorio, nutricional, movilización precoz, eliminación de estos pacientes, así como hacer participes a sus familias.
- Formar al personal de nueva incorporación para darles las herramientas necesarias en la atención a este tipo de pacientes.

Metodología/Observación clínica

Se han impartido sesiones grupales, dirigidas al personal de enfermería del HGUE dividida en 4 módulos: cuidados respiratorios, movilización precoz, cuidados nutricionales y cuidados en la eliminación.

Resultados/Intervenciones

- El interés por las sesiones formativas ha sido elevado.
- Se ha fomentado la participación activa y la resolución de dudas

Conclusiones

- Los profesionales de enfermería desempeñan una labor primordial en la prevención, detección y seguimiento del síndrome post-UCI
- Es necesario desarrollar estrategias que unifiquen los cuidados enfermeros, basados en la última evidencia y recomendaciones
- Favorecer la implicación de las familias en pacientes que, debido a este síndrome, necesitaran de cuidados y recursos diversos durante un largo periodo de tiempo mejora el pronostico del síndrome post-uci

Financiación

Ninguna

ID 53

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A FAMILIARES EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

Estel Salomó Jornet; G. Via Clavero; B. Ruiz de Pablo; C. González López; S. Gallego Cabezas; MA. Pérez Matas; R. Justel García
Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos/Introducción

La integración de la figura del psicólogo/a en los equipos multidisciplinares de las unidades de críticos es una recomendación para mejorar el cuidado a los familiares. En nuestro hospital desde marzo de 2021 se ha incorporado esta profesional.

OBJETIVO: Describir el perfil de familiares atendidos y las intervenciones realizadas por la psicóloga integrada en el equipo multidisciplinar de las unidades de críticos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo llevado a cabo de marzo a diciembre de 2021 en 5 unidades de críticos (2 polivalentes, 1 reanimación, 2 quirúrgicas) de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los familiares atendidos por la psicóloga tanto presencialmente como telemáticamente durante el periodo de estudio. Se recogieron variables sociodemográficas, relación de parentesco, nº y tipo de intervenciones realizadas en un cuaderno de recogida de datos "ad-hoc". Se realizó estadística descriptiva.

Resultados/Intervenciones

En total se realizaron n=1622 intervenciones a familiares de 225 pacientes, n=943 (58,1%) presenciales y n=679 (41,9%) telemáticas. El 74% fueron mujeres. Por relación de parentesco, el 36,3% fueron hijos/as, el 29,2% parejas, 14,6% ascendientes y el resto familia extensa. Por grado de parentesco, en un 65,56% las intervenciones se realizaron con la familia propia del enfermo, siendo un 36,34% descendientes y un 29,22% parejas. La mitad de las intervenciones n=863 (53,2%) fueron visitas de seguimiento durante el ingreso, seguidas de primeras visitas n=282 (17,4%). Del total de intervenciones, un 51% se centraron en acompañamiento a final de vida, comunicación e información de malas noticias, y un 9% fueron visitas post-UCI.

Conclusiones

El perfil de los familiares atendidos por la psicóloga durante este período, fue mujer, con un grado de parentesco de hija o pareja, y las intervenciones realizadas mayoritariamente fueron de seguimiento durante el ingreso, con el acompañamiento a final de vida a los familiares.

Palabras clave

intervención psicológica • familia • UCI • cuidados al final de la vida

ID 54

DIFERENTES TÉCNICAS DE PRONAR. SITUACIONES DE EMERGENCIA

Jessica Timon Guerra; M. Plasencia Gómez; MJ. Rodríguez Moreno
1. Hospital Universitario de Toledo; 2. UCI Hospital Universitario de Toledo

Objetivos/Introducción

Tras dos años de pandemia el Decúbito Prono ha adquirido un puesto en lo más alto de los tratamientos no farmacológicos de patologías de índole respiratoria como coadyuvante. En ocasiones es una maniobra programada y meditada, en otras es una maniobra desesperada. Para todos los casos existe una manera idónea de realizar la maniobra. Esta comunicación tiene como objetivo, en primer lugar recoger todas las técnicas habituales para realizar la maniobra de Decúbito Prono con sus diferentes ventajas y dificultades, y en segundo lugar establecer un criterio para dicha maniobra.

OBJETIVOS: Estandarizar y establecer una serie de criterios basados en la evidencia y en la experiencia a la hora de realizar esta maniobra, que sea seguro para el paciente, para los profesionales que la realicen y evitar las complicaciones habituales; haciendo especial hincapié en situaciones especiales tales como: Prono con ECMO doble y triple cánula, Prono en neurocríticos, Prono en lesiones maxilofaciales, PCR en Prono, etc.

Metodología/Observación clínica

Busqueda bibliografica en principales bases científicas con descriptores: Prone Position,Cristical Care, ECMO, Critical Nursing Care, Hypoxia / physiopathology, Pulmonary Gas Exchange, Respiration, Artificial, Respiratory Distress Syndrome, Ventilation-Perfusion Ratio.

Resultados/Intervenciones

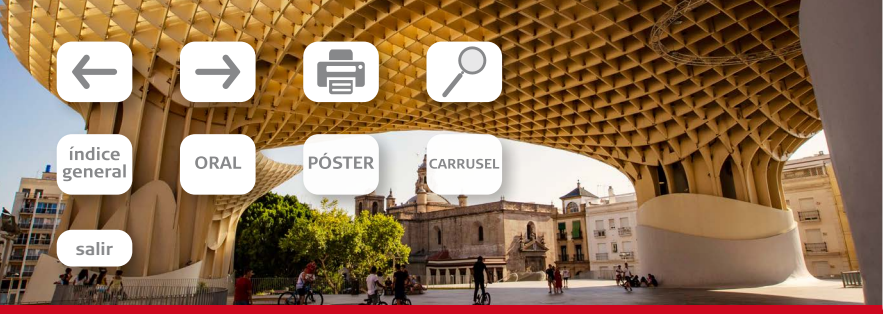
No todos los pacientes deben ser pronados con la misma maniobra, ya que las complicaciones, riesgos y recursos no son las mismos en todas las situaciones.

Conclusiones

Los pacientes ingresados en cuidados críticos tienen una idiosincrasia que dificulta una estandarización de maniobras, pero sí podemos establecer unos criterios que nos permitan decidir la técnicas más segura en función de cada situación.

Palabras clave

Prone Position • Cristical Care • ECMO



ID 55

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA. ECMO V-V

María Plasencia Gómez; J. Timon Guerra
UCI Hospital Universitario de Toledo

Objetivos/Introducción

La enfermería es el pilar fundamental en cuanto a cuidados se refiere, y en el caso del paciente portador de ECMO cobra aún más importancia. Debido a la gran complejidad de esto pacientes, su patología respiratorios de base y las posibles complicaciones respiratorias que puedan coexistir, es de vital importancia protocolizar los cuidados respiratorios en paciente portador de ECMO VV.

Metodología/Observación clínica

Busqueda bibliográfica en PUBMED, GOOGLE ACADEMICO.

Resultados/Intervenciones

Se realizará un análisis de los cuidados de enfermería que los pacientes portadores de ECMO VV precisan, con el fin de estandarizarlos y capacitar al personal de enfermería para poder cuidar, prevenir y localizar posibles complicaciones respiratorias y tratar a éste tipo de pacientes con todas sus complejidades.

Conclusiones

La enfermería es la base del cuidado de paciente crítico, y en especial del paciente portador de ECMO VV, como encargada de control exhaustivo de constantes vitales, parámetro ventilatorios, controles gasométricos, prevención neumonías y otros cuidos de enfermería vitales para el éxito del tratamiento.

Palabras clave

ECMO • critical care nursing

ID 56

VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO (SISNOT): PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Rut Garrido Pascual; C. Vergara; JM. Gutiérrez; ML. Sancho; A. Diego; MC. García
Complejo Asistencial Universitario Palencia

Objetivos/Introducción

La importancia de la seguridad del paciente en el ámbito sanitario es una realidad constatada a día de hoy. En 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo recomendó usar sistemas de notificación de eventos adversos. En 2009 la Gerencia Regional de Salud Castilla y León (SACYL) creó su propio sistema, SISNOT. Como grupo trabajo dedicado a promover cultura de seguridad planteamos el objetivo de conocer la valoración del personal de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) gestionadas por Medicina Intensiva de Castilla y León sobre el SISNOT, identificar las dificultades a la hora de notificar y detectar medidas que mejoren la participación e implicación.

Metodología/Observación clínica

Estudio multicéntrico utilizando una encuesta anónima de evaluación descriptiva, analítica, longitudinal, prospectiva de respuestas cerradas y abiertas, ofrecida al personal de todas las UCIs de SACYL de octubre 2019 a marzo 2020. Población de estudio: todo personal en activo; enfermera, médico, TCAE, administrativo y celador. Criterios exclusión: negativa participar, menos 12 meses de servicio y gestores SISNOT. Cuestionario mixto, elaborado ad-hoc, autoadministrado. Variables dicotómicas, nominalesordinales y preguntas abiertas: categoría profesional, conocimiento SISNOT, valoración utilidad de SISNOT, realización de notificaciones, causa no notificación, conocimiento mejoras, utilidad mejoras, propuestas mejora. Se generará una base de datos y se realizará un análisis descriptivo general y posteriormente un análisis comparativo entre las respuestas de enfermeras frente al resto de profesionales mediante test de Fisher y t de Student. Así mismo, se realizará un análisis comparativo relacionando el número de notificaciones en los últimos años de cada UCI participante con las variables recogidas. Estudio aceptado por CEIM área de Salud de Palencia y Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Junta Castilla y Léon.

Financiación

NO

Palabras clave

SISNOT • Notificación • cuestionario

ID 58

ESTUDIO DE LA COMPATIBILIDAD FÍSICA DE FÁRMACOS ADMINISTRADOS EN Y EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS

Laura Doménech; N. Bartrolí Bergadà; I. Jiménez Lozano; E. Gallart Vivé; P. Giron Espot; MP. Modamio Charles; MQ. Gorgas Torner
1. Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2. Universitat de Barcelona

Objetivos/Introducción

La incompatibilidad entre dos fármacos ocurre cuando se producen entre ellos reacciones físicas y/o químicas que pueden afectar a la seguridad y/o efectividad en la terapia. Dicha incompatibilidad provoca una parte de los errores de administración de fármacos por vía IV.

El objetivo del presente trabajo fue determinar las compatibilidades en Y de las preparaciones de fármacos habitualmente utilizadas en una Unidad de Cuidados Críticos Adultos de un Hospital Terciario y su posterior difusión en una tabla para su uso en la práctica diaria.

Metodología/Observación clínica

Se seleccionaron los principales medicamentos utilizados en la Unidad, sus concentraciones y diluyentes habituales. Se realizó una búsqueda de información sobre la compatibilidad en Y para cada pareja de fármacos en la base de datos Micromedex®. Se consideraron los resultados de los estudios donde la concentración y disolvente ensayados coincidieron con los de nuestra Unidad o si la concentración estaba dentro de un intervalo ensayado. Como resultados "no recomendables" aquellos que provenían de ensayos con concentraciones y/o disolventes diferentes.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron un total de 28 fármacos y se revisaron 378 combinaciones posibles. Se encontraron 124 (38,1%) combinaciones no estudiadas y 173 (45,8%) combinaciones no recomendadas, de éstas 162 (42,72%) por un cambio en la concentración y 11 (2,91%) en el diluyente; 38 combinaciones resultaron compatibles y 43 no compatibles. Tras elaborar la tabla se consideró que furosemida, heparina sódica, insulina, pantoprazol y las aminas vasoactivas debían administrarse por luz única como norma general para evitar incompatibilidades y otros problemas relacionados con la medicación.

Conclusiones

Se requieren estudios de compatibilidad para la mayoría de los fármacos a las concentraciones utilizadas en la práctica clínica habitual de nuestra unidad. La tabla de compatibilidad es una herramienta muy útil para el personal de enfermería, especialmente en los casos donde se tiene que actuar con urgencia.

Financiación

este estudio no ha sido financiado

Palabras clave

Fármaco • Administración • Compatibilidad • Seguridad

ID 59

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LA UCI (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE SOBRE SU PAPEL COMO FORMADORES DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN EL SERVICIO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

María del Pilar González Pascual; MC. Martín Gigorro; J. Escobar Lavela
Hospital Universitario del Sureste

Objetivos/Introducción

Desde marzo de 2020 el personal de UCI del Hospital Universitario del Sureste ha formado a nuevo personal. Muchos profesionales de otros servicios han trabajado en UCI por primera vez, así como nuevo personal contratado. Es un estudio fenomenológico que pretende conocer cómo se ha sentido el personal de UCI en esta situación en la que han formado a tanto personal en poco tiempo. Si esto ha contribuido a su agotamiento.

Metodología/Observación clínica

La muestra que se ha tomado son los Técnicos Medios Sanitarios en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TMSCAE) y los enfermeros que están trabajando actualmente en la UCI del Hospital Universitario del Sureste. En total son 69 personas: 33 TMSCAEs y 33 enfermeros. En cuanto a la técnica de recogida de datos, se ha utilizado la entrevista estructurada en forma de cuestionario. Así, se les ha enviado un cuestionario mixto (con preguntas abiertas y cerradas) a través del correo corporativo. Los investigadores forman parte de la plantilla. Éstos detallan a los participantes que el único fin del formulario es la realización del presente estudio. Éste por su naturaleza no presenta ningún conflicto ético.

Resultados/Intervenciones

Ha sido cumplimentado por 24 profesionales. La experiencia solo ha sido satisfactoria para uno de los encuestados. Los factores que han influido son: carga asistencial, agotamiento, falta de organización y otros. Todos consideran que el cambio continuo de profesionales en estas unidades disminuye la posibilidad de aprendizaje y aumenta la fatiga en los formadores.

Conclusiones

Para la mayoría esta situación les ha afectado de manera negativa. Todos sienten que su carga asistencial ha aumentado de forma notable. Para evitar esto y su agotamiento sería recomendable minimizar la rotación del personal y buscar su estabilidad en la unidad. No hay consenso respecto al tiempo mínimo necesario para una formación suficiente. Ser formador influye de forma directa en el agotamiento de los profesionales durante la pandemia.

Palabras clave

Formadores • Pandemia • Agotamiento • Rotación

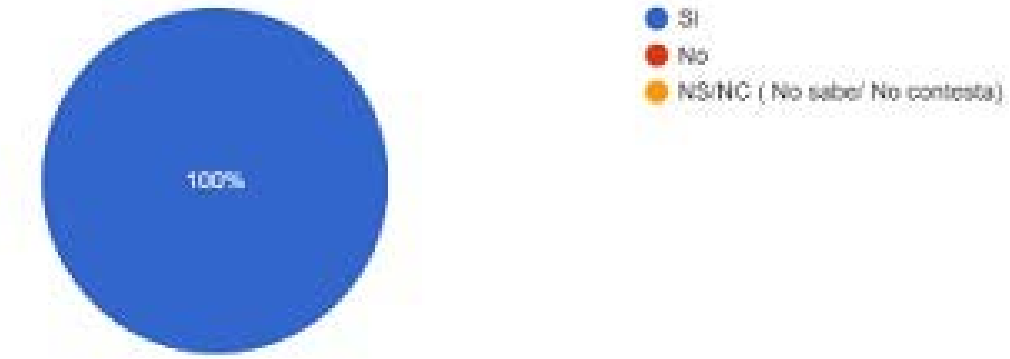
sigue –>

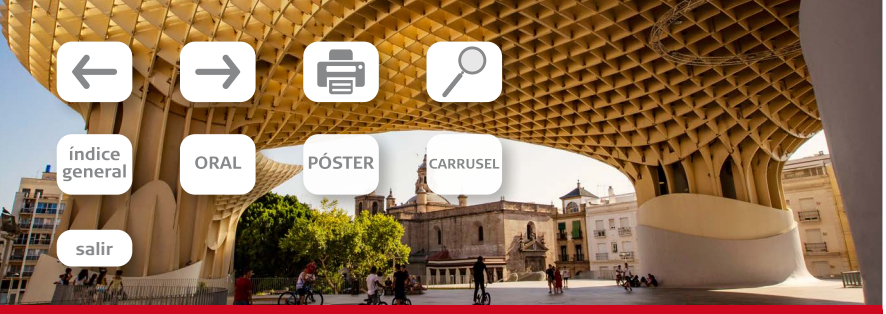
XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

¿Consideras que el cambio continuo de profesionales en las unidades UCI disminuye la posibilidad de aprendizaje y aumenta la fatiga en los formadores?

24 respuestas





ID 60

COVID 19 EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UCI. GESTIÓN DE CASOS POR SOSPECHA O CONTACTO

Rafael Muriana Jiménez; F. Martín Molina; C. Martín Castaño; MI. González Méndez; P. Bazan Báez
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivos/Introducción

Realizar seguimiento de los casos y contactos estrechos entre los profesionales de enfermería de UCI, que atienden a pacientes COVID y no COVID. Monitorizar su seguimiento para disminuir la transmisión entre los profesionales y los pacientes.

Metodología/Observación clínica

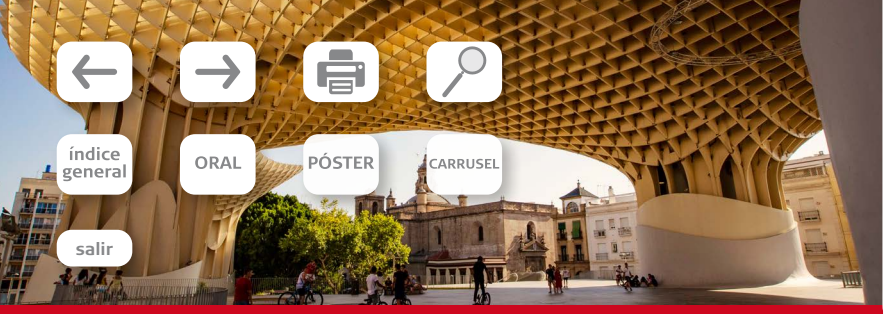
Estudio Observacional, descriptivo y transversal. Se elaboro un registro donde se incluyo a todos los profesionales de Enfermería con sospecha y contacto estrecho con COVID 19.

Resultados/Intervenciones

Fueron enviados al Servicio de Medicina Preventiva, en el periodo de seguimiento, 273 profesionales de un total de 258 que conforman la plantilla de la unidad de UCI. El 67% fueron enviados por contacto estrecho y el 30% por síntomas, el 28% de los profesionales fueron PCR positiva. El 17% fueron contacto estrecho con pacientes. El 0,73% fue en área COVID y el 17% en área no COVID. El 21% fueron contactos estrechos con compañeros. Del total de contactos el 13% tuvieron un resultado positivo en PCR. Del total de compañeros enviados por síntomas el 17% tuvieron un resultado positivo en PCR. El origen laboral de la infección fue del 0,53% de los casos

Conclusiones

Las actividades de formación y correcta utilización de los EPIS frente a la infección por el SARS-CoV 2 han hecho que el número de profesionales contagiado sea mínimo y hayamos alcanzado un buen nivel de protección, no obstante el número de profesionales en cuarentena y con infección por SARS-CoV 2 ha sido de una magnitud importante para el correcto funcionamiento del servicio teniendo relación directa con las olas de pandemia.



ID 61

LA FORMACIÓN Y LA PROTECCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE UCI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19

Rafael Muriana Jiménez; F. Martín Molina; C. Martín Castaño; MI. González Méndez; P. Bazan Báez
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivos/Introducción

El objetivo fue, establecer un programa de formación no solo para adquirir los conocimientos para la atención de los pacientes COVID, sino también para evitar el contagio de los profesionales. La pandemia supuso un reto en la formación de los profesionales de Enfermería que desempeña su labor en UCI, se vieron obligados adquirir conocimientos rápida y eficazmente, para planificar, ejecutar y tomar decisiones sobre los cuidados de los pacientes COVID, así como protegerse a sí mismos.

Metodología/Observación clínica

Desde el inicio de la pandemia, se elaboró un cronograma de formación de talleres prácticos, para realizarlos de manera diaria, con grupos de 10 profesionales y una duración de 1 hora cada taller.

Resultados/Intervenciones

En la Unidad de Cuidados Intensivos se realizaron 70 talleres de Equipos de Protección Individual, 51 talleres sobre Manejo de Ventilación Mecánica, Filtros Antibacterianos y Sistemas de Alto Flujo, 21 talleres de Planificación y Ejecución de la Maniobra de Decúbito Prono y 4 sobre Terapia de Soporte Respiratorio con Membrana de Oxigenación Extracorpórea (ECMO) en COVID 19, en los que se formaron 1450 profesionales de diferentes servicios.

Conclusiones

El origen laboral de la infección por COVID en los profesionales se ha demostrado en un porcentaje inferior al 1%, por lo que se puede interpretar que hemos alcanzado un buen nivel de protección gracias a la formación adquirida por los profesionales de Enfermería durante la pandemia.

ID 63

PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA EN LA HEMORRAGIA CRÍTICA

Rafael Muriana Jiménez; F. Martín Molina; C. Martín Castaño; MI. González Méndez; P. Bazan Báez
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivos/Introducción

La hemorragia crítica es una situación frecuente de etiología diversa que se suele asociar a una elevada morbimortalidad, en función de cómo se actúe ante ella. Muchos de los pacientes con hemorragia crítica requieren de transfusión masiva. Ésta se define como la necesidad de transfusión de más de 10 unidades de concentrados de hematíes en 12 horas.

El objetivo; restauración del volumen circulante y activación del protocolo de transfusión masiva.

Metodología/Observación clínica

Contactar con el banco de sangre para la activación del protocolo de transfusión masiva, una vez que el facultativo responsable del paciente haya activado el protocolo.

- Enviar muestra de sangre pretransfusional al banco de sangre (tubo de EDTA para pruebas cruzadas muy urgente).
- Colocar la pulsera o brazalete de transfusión, en la muñeca del paciente, rellenándola con el nombre y apellidos de dicho paciente, un identificador inequívoco del paciente: (nº historia clínica, nº de la seguridad social o documento de identidad) y la fecha de extracción.
- Enviar simultáneamente al laboratorio de urgencias petición de hemograma y estudio de coagulación, perfil bioquímico, gasometría y tromboelastometría rotacional (ROTEM) con muestras sanguíneas en sus tubos correspondientes.
- Repetir hemograma y estudio de coagulación cada 60 minutos.

Resultados/Intervenciones

Garantizar la correcta identificación de todas las muestras. Una vez recibida la bolsa, se debe verificar la compatibilidad de grupo ABO y Rh de bolsa con los datos del paciente. Iniciar el procedimiento pasando simultáneamente:

- Cuatro concentrados de hematíes (usar dispositivos de infusión rápida y calentadores de fluidos).
- Dos unidades de plasma.
- Un pool de plaquetas. Administrar otro pack de hemoderivados de cuatro concentrados de hematíes y dos unidades de plasma si aún no se tienen los resultados de laboratorio y persiste el sangrado. Se administrará un nuevo pool de plaquetas por cada dos packs transfundidos.

Conclusiones

En el manejo multidisciplinar de la hemorragia crítica, donde enfermería juega un importante papel, es necesario aplicar un protocolo que sirva como pauta en la prevención, diagnóstico, evaluación y aplicación de las medidas terapéuticas oportunas para su control.

ID 66

EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN DISPOSITIVO PARA ELIMINACIÓN EXTRACORPÓREA DE CO_2 (PRISMALUNG+)

Antonio Cano Moreno[1]; E. Bernat[1]; J. González[2]; RM. Jorge[1]; S. Serrano[3]; VV. Vila[1]; E. Martínez[1]; MM. Solera[1]

1. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia; 2. Universitat de Valencia. Departamento de Enfermería; 3. Supervisora de la Unidad de Críticos del Consorcio Hospital General de Valencia y Profesora asociada asistencial del Departamento de Enfermería de la Universidad de Valencia

Objetivos/Introducción

La eliminación extracorporea de CO2 (ECCO2R) es una terápia empleada en la ayuda al tratamiento de la hipercapnia grave y la acidosis respiratoria asociada a SDRA. La hipercapnia grave se asocia con un aumento de la mortalidad en la UCI

Metodología/Observación clínica

Paciente de 18 años que ingresa por precipitación de 4º piso con múltiples fracturas y con cuadro de distrés respiratorio asociado a condensaciones alveolares bilaterales que afectan a todos los lóbulos pulmonares, además de derrames pleurales en ambos pulmones y hemotorax derecho e izquierdo, complicado con broncoaspiración de contenido alimentario.

Resultados/Intervenciones

Los diagnósticos enfermeros implicados serian:
00004 Riesgo de infección relacionado con procesos invasivos
00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
00030 Deterioro del intercambio de gases
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
00032 Patrón respiratorio ineficaz
00034 Respuesta disfuncional al destete del respirador
00044 Deterioro de la integridad tisular

Conclusiones

Tras realización maniobras de reclutamiento en paciente de difícil sedación que requiere AnaConDa además de fármacos sedantes, relajantes y realización de pronos, ha sido precisa la introducción de este dispositivo (Prismalung+) que ha conseguido la mejora de manera notable y ha permitido la retirada de sedación y posterior decanulación, permitiendo su supervivencia con buena calidad de vida tras alta.

Financiación

Propia

Palabras clave

Dióxido de carbono • Hipercapnia • UCI

ID 67

LA PROFESIÓN ENFERMERA ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: CUESTIONES BIOÉTICAS

Elena Arranz Molinero; M. del Valle Porras; J. Benito Martín; MÁ. de Pedro Sánchez
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos/Introducción

La pandemia de covid-19 trajo consigo un flujo sin precedentes de ingresos de pacientes en las unidades de cuidados intensivos que acarrearon dilemas éticos por la toma de decisiones relacionadas, no solo con el triaje o la retirada de soporte vital, sino también con el régimen de visitas y los cuidados paliativos. Las enfermeras han tenido que enfrentarse a problemas y desafíos éticos que, en muchas ocasiones, les han provocado secuelas físicas además de daño moral. La estampa ha sido muy parecida en todas UCI a nivel mundial, y los conflictos y dilemas éticos fueron muy similares.

Metodología/Observación clínica

Además de la experiencia personal y de los testimonios de compañeros del hospital, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las experiencias de las enfermeras en general y de las que trabajan en unidades de críticos en particular con respecto a los problemas relacionados con su trabajo en la primera ola de la pandemia.

Resultados/Intervenciones

Para intentar ordenar y resumir los problemas éticos que se han encontrado las enfermeras en su trabajo en el contexto de la pandemia, estos se han englobado en tres cuestiones éticas generales que crean un sinfín de preocupaciones y que, probablemente, afectarán a las enfermeras en todo el mundo de forma única. Estas cuestiones son:
1) la seguridad de las enfermeras, los pacientes, los compañeros y las familias;
2) la asignación de recursos escasos; y 3) el respeto a la dignidad y los derechos de los pacientes.

Conclusiones

Los problemas éticos afrontados por las enfermeras son complejos y requieren un abordaje interdisciplinar y políticas y estrategias que orienten la práctica y la formación futuras. Se han de revisar o construir marcos éticos que amparen las difíciles decisiones que han de tomar los profesionales sanitarios y asegurar entornos que protejan la salud mental y física de los trabajadores.

Palabras clave

COVID-19 • ética • daño moral • utilitarismo • cuidados intensivos • pandemia

ID 68

DETECCIÓN PRECOZ DE HEMÓLISIS EN PACIENTES CON TERAPIA ECMO V-V: UNA VISIÓN DE ENFERMERÍA

Amaya Meléndez Moreno; M. Sánchez Villarejo
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

La Terapia de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) es un sistema de asistencia mecánica extracorpórea capaz de proporcionar soporte cardiaco y pulmonar, durante un periodo de días o semanas, en aquellos casos de insuficiencia cardiaca grave y/o respiratoria refractaria al tratamiento convencional. El paciente sometido a terapia ECMO, como la propia terapia ECMO, reviste una gran complejidad por los numerosos parámetros que deben ser vigilados para garantizar la efectividad de la terapia y la seguridad del paciente. El correcto control de estos parámetros requiere pruebas analíticas, de forma seriada, siendo más numerosas en los 2-3 primeros días de inicio de terapia. Es por esto que, el papel de los profesionales de enfermería, tiene vital importancia ya que, además de conocer los parámetros que debe vigilar y registrar, debe conocer en qué momento se debe realizar cada técnica.

OBJETIVOS:

- Describir la necesidad de la implicación del personal de enfermería para la detección precoz y la prevención de la hemólisis.
- Determinar los cuidados necesarios de enfermería para prevenir la hemólisis en paciente con terapia ECMO Veno-Venoso (ECMO V-V).

Metodología/Observación clínica

Se realiza revisión bibliográfica en bases de datos de Ciencias de la Salud.

Resultados/Intervenciones

En base a parámetros para detección precoz de hemólisis en pacientes con terapia ECMO, se debería prestar atención a parámetros como Haptoglobina, Reticulocitosis, HDL, Bilirrubina, Hemoglobina e Índice Hemolítico.

Conclusiones

Además, el personal de enfermería se debe de encontrar formado para poder prever, de manera precoz, el riesgo de hemólisis en base a la presencia de coágulos en la membrana y/o circuito ECMO, la variación de presiones durante la terapia, la alteración de los parámetros analíticos.

ID 69

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE DELIRIO EN UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO DE VALENCIA

Ana Isabel Clement Pérez; C. Pastor Martínez; E. Climent Martínez; R. Ferrer Dauder; F. Adrián Fuentes; MA. Sánchez Cuesta
Hospital Clínico Valencia

Objetivos/Introducción

El alto grado de especialización médica y la gran cantidad de procedimientos invasivos que se realizan a los pacientes en UCI, hacen que esta unidad sea considerada como un área generadora de estrés, lo que se ha relacionado con la aparición de delirio en los pacientes críticos junto con otros factores de riesgo. La realización de este estudio está justificado por varios motivos. El delirio es una alteración mental infradiagnosticada e infratratada. Y existen muchas diferencias en cuanto a su incidencia en las UCI encontradas en la literatura. Por lo que consideramos la necesidad de establecer una rutina de valoración diaria del delirio en nuestra UCI.

- Calcular la incidencia de delirio en los pacientes ingresados en UCI durante 3 meses.
- Identificar los factores de riesgo predisponentes de delirio en nuestra población estudio.
- Analizar los perfiles metabolómicos obtenidos en muestras de sangre.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo observacional analítico de tres meses. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que ingresan en UCI. Criterios de exclusión: Patología del SNC, psiquiátrica y/o estancia inferior a 24h. Variables a recoger: demográficas, hipertensión, fragilidad, alcoholismo, motivo de ingreso, días en UCI y hospital, éxitus. PreDeliric. APACHE II, ventilación mecánica. Box de ingreso. Análisis delirio con escala CAM-ICU. Análisis de los datos (SPSS) según tipo de variable y normalidad. Comparación entre delirio/no delirio y factores de riesgo (Chi cuadrado/T student:$p < 0.05$).

Resultados/Intervenciones

58 pacientes, 63,8% hombres con mediana de edad de 68 años. Factores de riesgo relacionados con delirio: hipertensión, alcoholismo y tabaco. Existen tres boxes con mayor incidencia.

Conclusiones

La incidencia de delirio en nuestra UCI no es elevada comparada con la descrita en la literatura. Se relaciona con mayor estancia hospitalaria y con haber precisado transfusiones sanguíneas durante el ingreso, así como la ubicación del paciente en un box concreto.

Financiación

No hay financiación.

Palabras clave

Delirio • Paciente crítico • Procedimientos invasivos

ID 70

PROTOCOLO DE SEDACIÓN INHALATORIA EN UCI CON DISPOSITIVO ANACONDA

Javier Inat Carbonell; A. Díaz Belinchón; G. Martínez Catalá; G. Palau Iranzo; S. Pérez Fernández; A. Aparisi Asensi; M. Gimeno Vivó
UCI Hospital Clínico Valencia

Objetivos/Introducción

La sedación del paciente crítico, representa una herramienta fundamental en el manejo de este, con el objetivo de reducir el estrés que provoca la ventilación mecánica, la deprivación del sueño y aliviar la ansiedad que genera su estancia en UCI. La sedación inhalatoria con el dispositivo Ana-Con-Da (Anaesthetic Conserving Device), se presenta como alternativa a la sedación farmacológica con benzodiacepinas u otros hipnóticos (Propofol) vía IV, ofreciendo una serie de ventajas como: disminución de días de ventilación mecanica, menor incidencia del delirium, efecto broncodilatador, efecto cardioprotector, ausencia de depresión respiratoria, no disminución de la motilidad intestinal y su fácil monitorización y dosificación.

OBJETIVO: El presente protocolo tiene como objetivo garantizar la seguridad en los procedimientos de sedación inhalatoria con sevoflurano o isoflurano mediante el dispositivo AnaConDa en pacientes ingresados en la UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica para la confección del protocolo, en el que se incluyen los siguientes apartados: definición, indicaciones, contraindicaciones, materiales necesarios, instrucciones de montaje, manejo y retirada del dispositivo, monitorización del gas espirado mediante la FEt (Fracción End tidal), nivel de sedación mediante la escala RASS o mediante índice biespectral (BIS), monitorización de pCO2, hoja de consentimiento informado, por no estar incluido en su ficha técnica, su uso como sedación en UCI

Resultados/Intervenciones

En la confección del protocolo ha colaborado el personal médico y de enfermeria de la Unidad, acompañandolo de un video, en el que se explica paso a paso, el montaje del dispositivo Ana-Con-Da. Esta intervención ha demostrado ser de gran utilidad al personal, sobre todo al de reciente incorporación

Conclusiones

Con este protocolo los profesionales de enfermeria de la Unidad, tendrán una referencia para el montaje y manejo del dispositivo y las consideraciones necesarias de monitorización y cuidados de Enfermeria a tener en cuenta en la utilización de la sedación inhalatoria con Ana-Con-Da de forma segura.

Financiación

No existe financiación alguna

Palabras clave

Sedación • inhalatoria • enfermeria

ID 71

PERFIL DE LAS NOTIFICACIONES DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS?

Itziar Arce Gómez; AI. Asarta Castellanos; A. Rivera Hernando; B. San Martín Garaluce; A. Sarralde San Roman; S. Vara Martínez; MI. Vega Moreno; LE. Herrero Prieto
Hospital Unversitario de Álava

Objetivos/Introducción

Evaluar los factores principales (FP) relacionados con los incidentes de seguridad (IS) y sus cambios.

Metodología/Observación clínica

Análisis retrospectivo de IS notificados del 1/1/2016 al 31/12/2021 en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un Hospital terciario dotado con 13 camas de críticos polivalentes y 4 de semicríticos.La notificación es voluntaria, anónima y prospectiva mediante el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente del Sistema Vasco de Salud, e incluye: fecha del IS,grupo profesional notificador,FP relacionados, si evitable, si llega al paciente, si produce daño y texto libre explicativo.Revisión y análisis de los IS y propuestas de mejora por el grupo de trabajo de seguridad clínica del SMI, que los atribuye a un único FP.Se compararon los porcentajes y el promedio de los últimos 6 años mediante el test de X2 con umbral de significación > 0,05.Se registraron los aspectos sociosanitarios y de gestión del SMI más relevantes en cada periodo: compra de humidificadores (2017), cambio de bombas de infusión (2018), inicio de la pandemia y de la historia clínica informatizada (2020), y variante omicron (2021).

Resultados/Intervenciones

Se notificaron 748 incidentes (124.7 al año); 70,6% por enfermería, 22% por médicos, 6,2% celadores, y resto, otros. El factor principal mas relacionado fueron los dispositivos.La tabla 1 describe el factor principal en los últimos 6 años y las diferencias con el promedio.

Conclusiones

Durante el año 2017 se aumentaron los humidificadores para la ventilación mecánica;en 2018 se sustituyeron las bombas de infusión de medicamentos con una disminución significativa de las notificaciones relacionadas con dispositivos;en marzo del 2020 se inició el tratamiento de pacientes con COVID 19 con un aumento significativo de los incidentes relacionados con protocolos y un descenso de los relacionados con dispositivos.24 notificaciones estaban relacionadas con recursos humanos, 12 se hicieron durante diciembre,coincidiendo con.la ola provocada por la variante omicron del SARS CoV2.

Palabras clave

Incidente de seguridad • Factor relacionado

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

ID 72

EFECTO DE LA PANDEMIA SARS-CoV2 EN RELACIÓN AL PREDOMINIO DE MICROORGANISMOS EN NEUMONÍAS NOSOCOMIALES: UNA VISIÓN DE ENFERMERÍA

Amaya Meléndez Moreno; A. Seco Martínez
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

La Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) es la complicación nosocomial infecciosa con mayor incidencia entre los pacientes hospitalizados con Insuficiencia Respiratoria Aguda. Se encuentra asociada a un aumento de los costes hospitalarios y un aumento de la morbi-mortalidad. El aumento de la incidencia de la NAVM es causada principalmente por microorganismos multirresistentes. Se deben emplear, de manera rutinaria, estrategias de prevención y manejo para reducir diferentes factores de riesgo relacionados con estas infecciones. Los pacientes con neumonía SARS-CoV2 sometidos a VM son pacientes predominantemente inmunodeprimidos, sometidos a tratamientos antibióticos, ingresos prolongados, y a numerosas técnicas invasivas.

- Conocer los microorganismos con mayor incidencia de NAVM dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario La Paz (UCIs-HULP).
- Determinar estrategias de prevención de NAVM dirigidas a profesionales de Enfermería en UCI.

Metodología/Observación clínica

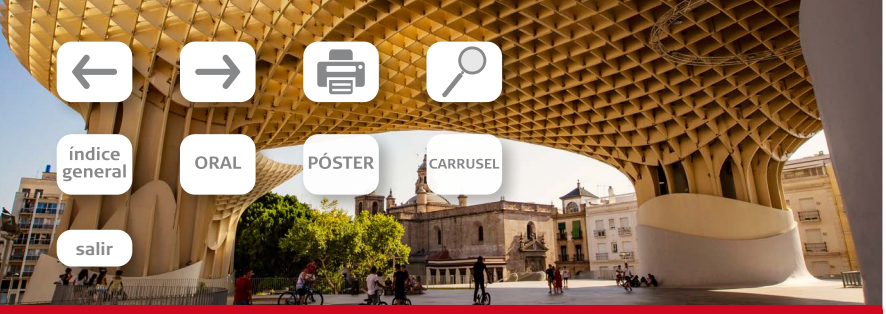
Estudio descriptivo retrospectivo para realizar una comparativa entre el tipo de microorganismo predominante en la NAVM en la UCIs-HULP en un período entre 01/01/2019- 31/12/2019 y 01/01/2020-30/06/2021. Datos extraídos del estudio ENVIN-UCI.

Resultados/Intervenciones

En el año 2019, de un total de pacientes ingresados en las UCIs-HULP N=751, hubo un total de 16 NAVM, de las cuales los microorganismos predisponentes son el Staphylococcus Aureus (33,33%), Klebsiella Pneumoniae (20,00%) y Pseudomonas Aeruginosa (20,00%). En el año 2020 en las UCIs-HULP, N= 477, con un total de 87 NAVM. Los microorganismos predisponentes son Pseudomona Aeruginosa (32,63%), Klebsiella Pneumoniae (17,89%) y Staphylococcus Aureus (13,68%). Durante los 6 primeros meses del año 2021 en las UCIs-HULP, N =277, con un total de 56 NAVM. Los microorganismos predisponentes son: Pseudomonas Aeruginosa (31,67%), Klebsiella Pneumoniae (11,67%) y Straphylococcus Aureus (8,33%).

Conclusiones

Durante los periodos de mayor incidencia de NAV se identifica un predominio de Pseudomona Aeruginosa. Para prevenir su aparición y disminuir la incidencia se han desarrollado diferentes estrategias: registros específicos, medidas de higiene y cumplimiento estricto de normativa Neumonía Zero.



ID 74

LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE POR COVID-19 DE PACIENTES CRÍTICOS

Gema Tenor Salas; G. Llanes Fernández de la Cueva; D. Bejarano Álvarez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez

Objetivos/Introducción

En el inicio de la pandemia las enfermeras han experimentado estrés y ansiedad durante el cuidado y la muerte del paciente crítico afectado por COVID-19. Además ha habido que dar respuesta a una nueva situación de comprender la muerte caracterizada por la soledad de los pacientes al morir.

OBJETIVO: Conocer el afrontamiento de las enfermeras ante la muerte de pacientes críticos afectados por el virus. Presentar herramientas para minimizar los efectos en la salud

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de la literatura científica publicada durante los primeros meses de la pandemia (Diciembre 2019-Junio 2020). Se localizan los artículos de interés en las bases de datos: PubMed, Embase, WOS, Cinahl, Cuiden y Cochrane. Se construyó la ecuación de búsqueda con los descriptores MeSH: nursing, death, loneliness, adaptation, psychological, patient, isolation hospitals, Critical Care Nursing, Critical Care La valoración de la calidad de los estudios se realizó mediante la herramienta CASPe de lectura crítica de la literatura científica.

Resultados/Intervenciones

Se incluyen 17 artículos en la revisión: 11 revisiones (bibliográficas o sistemáticas), 2 cualitativos, 2 descriptivos y 2 informes. Manifestaciones de las enfermeras ante la muerte de pacientes COVID:

Físicas:
- Insomnio
- Fatiga
- Hiperexcitación
- Hipervigilancia
- Amenaza a su seguridad física

Psicológicas:
- Ansiedad
- Temor/miedo
- Depresión
- Estrés y estrés postraumático
- Irritabilidad emocional
- Angustia moral

Herramientas:
- Seguridad: espacios y equipos adecuados
- Satisfacción de necesidades básicas: descansos, turnos, espacios físicos...
- Apoyo emocional, acompañamiento
- Adquisición de competencias en el abordaje del proceso de final de la vida
- Comunicación con el paciente/familia
- Afrontamiento colectivo
- Resiliencia
- Apoyo psicológico

Conclusiones

Visibilizar la muerte en una atmósfera pandémica debilita la salud tanto física como mental de las enfermeras dedicadas al cuidado del paciente crítico. Se deben conocer las manifestaciones de las mismas ante la muerte y las herramientas necesarias para minimizar los efectos.

Palabras clave

Enfermeria • Afrontamiento • Pandemia • Muerte

ID 76

NEUMOTÓRAX DURANTE EL RECAMBIO, POR OBSTRUCCIÓN, DE SONDA NASOGÁSTRICA EN PACIENTE CON NEUMONÍA COVID

Elvira Joven Casaucau; M. Royo Martínez; P. García Mangas; MC. Jiménez Gálvez; MJ. Ruiz Fuentes
Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso en el que se produjo un neumotórax durante el recambio, por obstrucción, de sonda nasogástrica (SNG) en un paciente ingresado por neumonía COVID con indicación de nutrición enteral (NE)

OBJETIVOS:

- Conocer los riesgos asociados a la técnica de sondaje nasogástrico.
- Comprender la importancia del mantenimiento y vigilancia de las SNG.
- Proporcionar Seguridad Clínica a los pacientes portadores de SNG.

Metodología/Observación clínica

Descripción de caso clínico. Paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos por neumonía COVID en noviembre 2021, portador de SNG por indicación de NE. Sondaje dificultoso. A los 2 días, obstrucción de la SNG requiriendo insertar una nueva. En varios intentos, la sonda aparenta pasar a vía respiratoria. Finalmente se consigue introducirla en vía digestiva. Se comprueba mediante auscultación en cámara gástrica, sin obtención de muestra de contenido gástrico. Se realiza una radiografía de control, previa al inicio de la NE, observando neumotórax iatrogénico en el pulmón derecho. Se procede a colocar un drenaje pleural. Factores relacionados con el evento adverso: -En relación con la obstrucción de la sonda: paciente en box de aislamiento, con puerta cerrada y alejado del control de enfermería. Limitación de entradas a dicho box por miedo a la exposición a paciente Covid positivo. Alarma de la bomba de infusión de NE activa sin ser escuchada durante más de 30 minutos.

- En relación la dificultad en el sondaje: anatomía del paciente.
- En relación al neumotórax: pulmón afectado por neumonía COVID.

Resultados/Intervenciones

0035 Riesgo de lesión r/c inserción de dispositivo. NOC: Control del riesgo. NIC: Identificación de riesgos. 0039 Riesgo de aspiración r/c alimentación por sonda nasogástrica. NOC: Prevención de la aspiración. NIC: Vigilancia.

Conclusiones

El sondaje nasogástrico es una técnica que conlleva riesgos asociados especialmente en los pacientes Covid 19. El mantenimiento de las SNG es fundamental para limitar estos riesgos. Se debe prestar atención a cualquier alarma activa y actuar en consecuencia.

Palabras clave

Neumotórax • Sonda Nasogástrica • Evento Adverso • Covid

ID 77

ENFERMERÍA DE UCI Y LOS NUEVOS EQUIPOS MÉDICOS

Herminia Galán Zapater; J. Inat Carbonell; MJ. Martínez Rodríguez; MA. Ibáñez Muñoz
Hospital Clínico Universitario

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, la implantación de nuevos equipos médicos en nuestra UCI, ha llevado a enfermería a tener que adquirir los conocimientos necesarios en su colocación, manejo, interpretación de parámetros y cuidados. Todo esto para el diagnóstico, prevención, control y tratamiento de la enfermedad.

OBJETIVOS: Mostrar las indicaciones terapéuticas y el manejo de algunos de los equipos médicos que en los últimos años se han ido implantando en nuestra unidad y que enfermería debe conocer y en su caso saber manejar.

Metodología/Observación clínica

Definición de algunos de los equipos y los cuidados de enfermería siguiendo las guias de cada uno y protocolos ya aprobados en otros hospitales. Clasificación de cada uno de ellos según su función:

1. Equipos de diagnóstico
2. Equipos terapéuticos
3. Equipos biomédicos

Monitorización hemodinámica, PICCO,Monitorización neurológica, MASSIMO, CAMINO, NEUROPTICS, IMPELLA, ECMO, AIRVO, HEMOFILTRO, ANACONDA, ÓXIDO NÍTRICO

Resultados/Intervenciones

Nombraremos en cada equipo su función terapéutica, parámetros normales y cuidados propios.Realizaremos una breve guía de cada aparato que sirva de orientación a otros profesionales de enfermería en su manejo.

Conclusiones

Cada vez son más los equipos médicos que se implantan en las UCI generando la necesidad de formación del personal de enfermería para una asistencia segura y de calidad.Los enfermeros que prestan cuidados en UCI deben conocer los equipos médicos con los que trabajan.Son necesarios los cursos de formación y talleres de simulación para poder conocer los equipos antes de implantarlos en las UCI.Sería necesaria la especialidad de enfermería en cuidados críticos para prestar la asistencia de calidad que estos pacientes requieren.

Financiación

ninguna.

Palabras clave

Nuevos equipos médicos

ID 79

RESULTADOS DE ENCUESTA SOBRE NUTRICIÓN AL PERSONAL DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Núria Pérez Santamaría; L. Hernández Ruiz; BM. Marcos Martínez; M. Gero Escapa; SA. Ossa Echeverri; JA. Fernández Ratero; AM. Martín Rica; MJ. Barcena Felipe; M. Gutiérrez González; AI. Angulo de la Peña
Hospital Universitario de Burgos

Objetivos/Introducción

Valorar los conocimientos sobre nutrición en el paciente crítico del personal sanitario de nuestra UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) previos a la difusión y actualización de protocolos.

Metodología/Observación clínica

Desde el Grupo de Trabajo de Nutrición intraUCI formado por tres médicos, tres enfermeras y dos auxiliares, se pensó en la necesidad de estudiar los conocimientos de los distintos profesionales sobre aspectos del soporte nutricional en el paciente crítico. Se diseñó una encuesta anónima basada en 23 preguntas: 21 de ellas la respuesta era SI/NO y 2 se contestaban con un valor numérico de 1 (en absoluto) a 5 (mucho).

Resultados/Intervenciones

Se recogieron 122 encuestas de las cuales 25 fueron contestadas por médicos, 58 enfermeras, 36 auxiliares. De las 23 preguntas seleccionamos las más relevantes para la enfermería. Las dos primeras preguntas revelaban que para un 89,65% de las enfermeras la nutrición era muy importante, pero en el trabajo diario esa importancia se reduce a un 40%. Los resultados indican que el 86,2% de la enfermería conoce los problemas de la desnutrición en el paciente crítico y el 98,27% creen que la nutricional enteral y parenteral deben iniciarse precozmente. En cambio, en conocimientos más específicos: solo un 48,27% considera necesario hacer una radiografía tras colocar una sonda nasogástrica, el 29,3% desconoce la cantidad a partir de la cual se consideran restos, el 50% ignora cuales son los criterios de diagnóstico de diarrea y solo un 5% conoce los tipos de nutrición enteral. El 96,5% de las consideran insuficiente su formación en nutrición.

Conclusiones

El análisis de las respuestas de la encuesta nos ha mostrado que el personal de enfermería necesita adquirir conocimientos para mejorar el tratamiento nutricional, por lo que sería necesario promover la formación. Desde nuestro grupo de trabajo multidisciplinar se fomentará la difusión de conocimientos a todo el personal, la actualización y creación de protocolos.

Palabras clave

Encuesta • Nutricion • Cuidados Intensivos

ID 81

"VICTIMAS COLATERALES" EN PRIMERA LÍNEA DE LA PANDEMIA POR COVID 19 EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE LA UCI-CAUPA

Rut Garrido Pascual; C. Vergara Pérez; A. Diego Escudero
CAUPA

Objetivos/Introducción

La actual pandemia COVID 19 supone al equipo multidisciplinar de UCI, un gran desafío sin precedentes.

El objetivo del estudio es conocer impacto psicológico entre personal de primera línea, ante la emergencia sanitaria asistencial por pandemia COVID 19 durante las consecutivas olas y hasta el 31/12/2021

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo/trasversal utilizando como instrumento, encuesta electrónica, basada en Cuestionario Goldberg, modificaciones propias y respuestas Escala Likert/ 4 niveles. Criterios inclusión: trabajadores relacionados con asistencia en primera línea UCI -CAUPA. Muestra: 105 encuestas obtenidas de 161 enviadas a personal distintas categorías profesionales y relacionadas con la asistencia diaria en UCI-CAUPA.

Resultados/Intervenciones

Un 63% de profesionales respondieron la encuesta.Un 92,4% sintieron bastante/mucho miedo y/o preocupación a contagiarse o contagiar a familiares y un 86,7% angustia, tristeza, stress, ansiedad y sintiéndose deprimidos. Un 74,3% reflejaron bastante /mucho, desesperación, impotencia, llanto y a pesar de ello el 72,4% afrontaron adecuadamente problemas cotidianos. Un 73,3% sufrieron bastante/mucho, enfado, angustia, irritabilidad, ira, un 63,8% dificultades para conciliar sueño, descansar o insomnio y un 65,7% cambios de carácter, sintiéndose emocionalmente agotados laboralmente, con 59% perdida de ilusión/ ganas de trabajar, un 65,4 % no desconectó del trabajo y no sintiéndose apoyados por el CAUPA un 88,2%. Sintiéndose bastante/mucho valorados por la población un 53,4%. Un 54,3% han sentido la necesidad de pedir ayuda psicológica y un 21,2% la ha solicitado, lo que supone que 33,1% de profesionales han sido conscientes de la necesidad de pedir ayuda psicológica pero no lo hicieron.

Conclusiones

Al estar en primera línea frente COVID 19, desarrollaron sintomatología psicológica, alteraciones emocionales diversas y necesidad de pedir ayuda psicología y NO llegaron a solicitarla. Importancia de ofrecer apoyo/ayuda psicológica, disminuyendo efectos adversos provocados por la pandemia y asegurar estabilidad mental del personal de primera línea y por ente mejor asistencia sanitaria a los pacientes.

Financiación

No

Palabras clave

Impacto emocional • apoyo psicológico • pandemia • Covid 19

ID 82

LA SEDACIÓN INHALATORIA Y SU INCORPORACIÓN EN LA UCI

L. García López; I. Álvarez Carrascal; C. Herrera Alonso
HGU Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

La sedación es necesaria para proporcionar un adecuado bienestar y seguridad a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI), disminuyendo la ansiedad, la agitación,el dolor, así como facilitando la ventilación mecánica. Esta sedación se puede llevar a cabo mediante fármacos vía endovenosa o inhalatoria. El uso de los agentes inhalatorios es mayoritario en el ámbito de la anestesia en quirófano, y en los últimos años se está incorporando a los Cuidados Intensivos; este año pasado concretamente se ha incorporado en nuestra UCI ya que se ha demostrado que por sus beneficios puede llegar a acortar el tiempo de ingreso.

Metodología/Observación clínica

Protocolo de sedación inhalatoria en UCI de la SEMICYUC. Protocolo para la sedación inhalatoria a través del dispositivo AnaConDa de la SEDAR. Cuiden. Pubmed.

Resultados/Intervenciones

Usamos el dispositivo AnaConDa (Sedana Medical Suecia), que comenzó a comercializarse en 2005 permitiendo así la administración de isoflurano y sevofluorano con ventiladores estándar, y el cual está diseñado para la administración de los agentes inhalatorios. Básicamente es un filtro intercambiador de calor y humedad modificado que, intercalado en el circuito de ventilación del paciente, permite administrar el agente halogenado por medio de una cámara de vaporización conectada a una jeringa con anestésico líquido. Nosotros como personal enfermero nos encargaremos de la monitorización del paciente, preparar el dispositivo para su uso, cargar el sevofluorano líquido y administrarlo según la velocidad de infusión indicada por el médico. Además, vigilaremos las constantes y el estado de sedación del paciente durante el procedimiento.

Conclusiones

Existe evidencia en la utilización segura y en la existencia de ciertas ventajas de la sedación inhalatoria frente a la sedación convencional, por ello creemos que se debe progresar en el uso de dichos gases como sedantes en nuestros pacientes de UCI ya que esto supone un avance más en la terapéutica ofrecida al paciente.

Palabras clave

Unidad de cuidados intensivos • sevofluorano • sedación inhalatoria

ID 84

TRATAMIENTO DE ÚLCERA POR HUMEDAD PERIYEYUNOSTOMÍA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Montserrat Sánchez
Clínica Universidad de Navarra

Objetivos/Introducción

Varón de 81 años que ingresa en UCI diagnosticado de Neumonía en paciente inmunodeprimido por quimioterapia con shock séptico. Diagnóstico secundario: desnutrición importante. Se inicia nutrición enteral por yeyunostomía reciente por imposibilidad de alimentación oral. El paciente se quejaba de quemazón continua. Refería ansiedad al pensar en la cura y ánimo decaído al no ver fin a todo su proceso agravado por nuevas complicaciones.

Metodología/Observación clínica

Realización de valoración del paciente e identificación de carencia importante en la necesidad de mantener la integridad de la piel. A los dos días de inicio de la nutrición enteral, se observa una dermatitis periestomal relacionada. Se comprobó que el orificio de la yeyunostomía era más amplio que el espacio que ocupaba la sonda por lo que esa fuga originó una úlcera por humedad que debía ser tratada.

Resultados/Intervenciones

Deterioro de la integridad cutánea r/c fuga de nutrición enteral a través de yeyunostomía m/p alteración de la integridad de la piel. NOC Integridad tisular: piel y membranas mucosas. NIC Cuidados de las úlceras por humedad Describir las características de la úlcera incluyendo tamaño, exudación, presencia o no de eritema y signos de infección. Manejo de incontinencia con sellaje alrededor del orificio de la sonda evitando el contacto del agente irritante con la piel del paciente. Aplicar un régimen estructurado para el cuidado y protección de la piel. Administración de esteroides tópicos que restauraron la función barrera de la piel.

Conclusiones

Se diseñó un plan de cuidados con resultados muy satisfactorios consiguiéndose la curación total de la lesión. Llevamos a cabo un protocolo de prevención de úlceras por humedad. Las úlceras por humedad merman la calidad de vida debido a la percepción de humedad constante, el sentimiento de angustia y el dolor físico. Es importante hacer una prevención precoz y formar al personal para poder identificarlas y manejarlas correctamente.

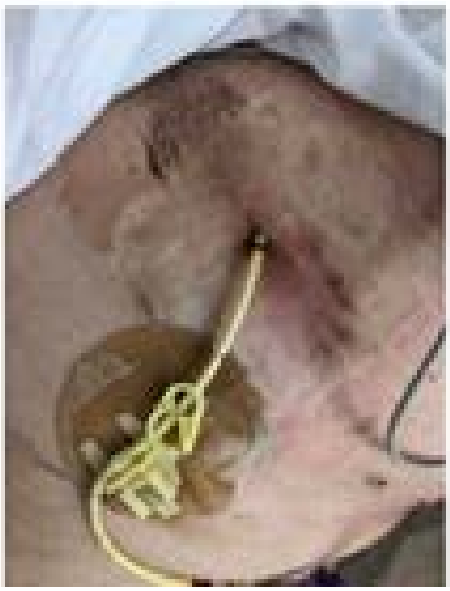
Palabras clave

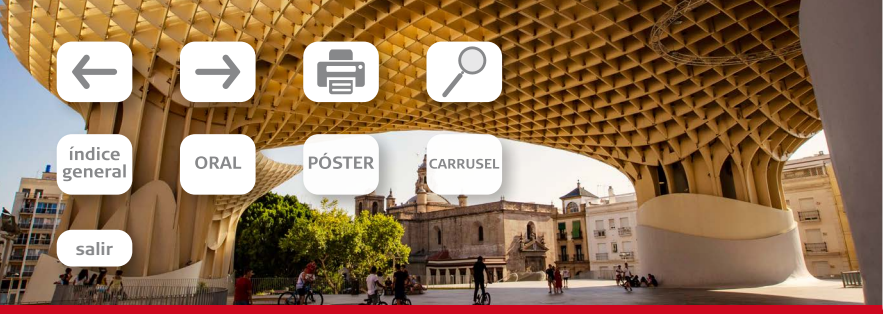
Úlcera • Humedad • Prevención • Enfermería

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*





ID 85

CUIDADOS Y MANEJO DE LA VIA AÉREA EN UCI. CASO CLÍNICO: DECANULACIÓN ACCIDENTAL DE PACIENTE INGRESADA POR COVID 19

Laura García Asensio
Hospital Miguel Servet

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: En las unidades de cuidados intensivos es frecuente encontrarnos ante pacientes traqueotomizados. La falta de conocimiento sobre su manejo y cuidados pueden dar a lugar a complicaciones potencialmente mortales como la decanulación, expulsión total o parcial del tubo de traquotomia de la tráquea. La movilización de los pacientes como parte rutinaria del cuidado diario es un factor de riesgo asociado a una decanulacion accidental.

OBJETIVO: Dar a conocer un caso de de decanulación accidental en una paciente portadora de traqueotomía quirúrgica ingresada en unidad de cuidados intensivos por COVID 19.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 68 años ingresada en UCI Cirugía Cardiaca del Hospital Miguel Servet de Zaragoza el 01/01/2022 por neumonía COVID 19. A los 18 días de ingreso, se realiza tráqueotomía quirúrgica por especialista de otorrinolaringología que coloca una cánula Portex nº8. El día 21/01/2022, durante el aseo y coincidiendo con la lateralización de la paciente se observa caída del volúmen espiratorio en el respirador hasta 0 ml y posterior caída de la saturación de oxígeno. La paciente está decanulada.

Resultados/Intervenciones

NANDA: Riesgo de lesión (0035) NOC:Control del riesgo. NIC:Vigilancia: seguridad. Identificación de riesgos. NANDA: Riesgo de asfixia (00036) NOC: Estado respiratorio: ventilación. NIC: Monitorización respiratoria. Manejo de las vías aéreas. Manejo de las vías aéreas

Conclusiones

El conocimiento y la experiencia en el manejo de la vía aérea por parte del personal de las unidades de cuidados intensivos es crucial para evitar complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente.Los factores de riesgo añadidos deben ser identificados.La actuación rápida y coordinada entre los profesionales (enfermería, intensivistas, otorrinos) ayuda a solventar estas situaciones con éxito.

Palabras clave

traqueotomía • decanulación

ID 87

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POST-IAM: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Javier Vega Vázquez; J. Robles Carrión
Hospital Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Las complicaciones mecánicas del IAM suponen la segunda causa de mortalidad en el IAMCEST, por detrás del shock cardiogénico. La ruptura del septum ventricular (RSV) es un evento poco común y ha disminuido con los procedimientos de revascularización precoz del IAM pero la mortalidad intrahospitalaria se mantiene alta.

Como objetivo principal pretendemos describir la evolución de un paciente ingresado en Cuidados Intensivos en el post-operatorio inmediato tras corrección de la comunicación interventricular post- IAM.

Como objetivo específico, dar a conocer la ruptura del septum interventricular como complicación mecánica del IAM.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo, analizando la evolución de un paciente ingresado en Cuidados Intensivos en el post-operatorio inmediato tras corrección de la comunicación interventricular post- IAM, en la UCI del Hospital Regional Virgen Macarena (Sevilla), realizando una revisión bibliográfica y una actualización de la ruptura del septum ventricular post-infarto agudo de miocardio, en las principales bases de datos.

Resultados/Intervenciones

Paciente, varón de 47 años de edad, en el post-operatorio inmediato en UCI, tras cirugía emergente, corrección de CIV en zona inferior medio apical, tras sufrir IAMCEST inferior. Conectado a VM y sedoanalgesiado. Con drogas vasoactivas. Siendo el tiempo de CEC 85 minutos y el de Isquemia 60 minutos. Se comprueba ausencia de shunt izquierda- derecha por ETE.Presenta shock cardiogénico con fracaso multiorgánico asociado, iniciándose Terapia Continua de Reemplazo Renal y colocación de BCIAo.

Conclusiones

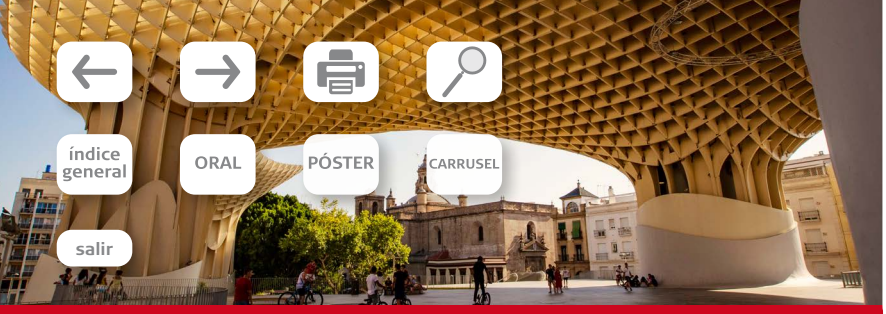
La ruptura del septum interventricular (CIV) es una complicación grave del infarto agudo de miocardio y tiene un alto índice de mortalidad. El diagnóstico rápido, medidas adecuadas como el manejo del balón de contrapulsación intraaórtico, la corrección quirúrgica precoz, la prescripción médica junto con los Cuidados de Enfermería, son algunos de los esfuerzos que se han realizado para mejorar la supervivencia del paciente crítico.

Financiación

Ninguna financiación

Palabras clave

Ruptura • IAM • Cirugía • UCI



ID 88

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN EL PERSONAL DE UCI SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA

Teresa Olivas Asensio; MJ. Lanillos de la Cruz; MI. Jiménez López-Peláez; C. Pereo Yagüe; L. Torres Fernández; N. Serrano Sánchez; A. García Rodrigo
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

Desde la UCI del Hospital Universitario de Guadalajara, venimos observando en estos dos años de pandemia, cómo ha aumentado de manera exponencial nuestro número de pacientes y de profesionales de nueva incorporación. Es de vital importancia que unifiquemos criterios en el abordaje de las lesiones cutáneas por dependencia. Aumentando las nociones del personal, se podrán registrar, tratar y prevenir lesiones cutáneas que hasta ahora habían quedado fuera de nuestros protocolos.

OBJETIVOS:

- Análisis estadístico de los conocimientos del personal.
- Detectar carencias sobre las que incidir en futuras formaciones.
- Recopilar datos con los que diseñar formaciones específicas.

Metodología/Observación clínica

Tras realizar revisión bibliográfica, se realiza y difunde a través de docs.google.com un cuestionario voluntario. Se trata de una encuesta de preguntas cerradas dicotómicas y nominales-politómicas cuya formulación está basada en la clasificación de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia aprobada por la GNEAUPP. Con los datos obtenidos, se desarrolla una programación de formación reglada para todo el personal de enfermería.

Resultados/Intervenciones

Con una muestra de 27 personas, se observa que: Un 44,4% no ha recibido formación específica sobre lesiones cutáneas en los últimos dos años. El 29,6% no conoce la clasificación de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Un 29,6% cree erróneamente que dicha clasificación consta de grados y no de categorías. Un 73,1% afirma erróneamente que una lesión puede pasar de un estadio III a II. El 44,4% no sabe que los tipos de lesiones cutáneas son: fricción, presión-cizalla, humedad y desgarros. Hay una creencia errónea en el 57,7% de que ante un desgarro hay que retirar el colgajo de piel para una buena cicatrización.

Conclusiones

Se constata la necesidad de realizar formaciones específicas incidiendo en las diferentes categorías de las lesiones cutáneas para dirigir mejor la prevención y los cuidados. Hay que unificar criterios y simplificar protocolos, consiguiendo un mayor calado en el trabajador y mejorando en consecuencia la calidad asistencial.

Palabras clave

Lesiones cutáneas • Dependencia • Cuestionario • Formación • Tratamiento • Prevención

ID 89

TÉCNICA DE LAVADO BRONCOALVEOLAR EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

Laura Zorrero Rabadán; A. Nieto Fernández; N. Broncano González; J. Márquez Coto; I. Morales Davila; L. López Aguilera; A. Prieto Benítez
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

El lavado broncoalveolar es el tratamiento de elección en la proteinosis alveolar, una enfermedad pulmonar rara, que conlleva la incapacidad progresiva del paciente, siendo la disnea su característica más frecuente. El lavado broncoalveolar, consiste en la introducción y vaciado de líquido en los pulmones, que permite la salida del material fosfolipídico presente en los alveolos, proporcionando al paciente una notable mejoría en un corto espacio de tiempo. Para ello la persona, precisa de ingreso en UCI e intubación orotraqueal, ya que para la realización de la técnica se ha de conectar a ventilación mecánica. El objetivo de nuestro trabajo es describir la técnica utilizada para el lavado, basándonos en el protocolo actual de nuestro hospital.

Metodología/Observación clínica

La metodología será la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para realizar una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, y la elaboración de un documento con la descripción detallada de la técnica.

Resultados/Intervenciones

Por lo tanto, nuestra intervención, consistirá en la elaboración de un protocolo, en el que se describa con detalle, cómo llevamos a cabo el procedimiento.

Conclusiones

Podemos concluir, que la elaboración de este tipo de documentos, a la par que da a conocer técnicas más específicas entre los profesionales, mejora la atención de nuestros pacientes, ya que consigue establecer cuidados consensuados y estandarizados, disminuyendo así los efectos adversos.

Palabras clave

Lavado broncoalveolar • Proteinosis alveolar • Intubación selectiva • Decúbito prono

ID 90

UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN DE GLOBO VESICAL ENMARCADO EN EL PROYECTO ITU-ZERO

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; A. Puebla Martín[1]; P. Rubio Serrano[1]; I. Vázquez Rodríguez Barbero[1]; A. Gómez Sobrino[2]; M. Herrera del Campo[1]; A. Villafranca Casanoves[1]; F. Díaz Fernández[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son de las más frecuentes asociadas a la asistencia sanitaria y su incidencia aumenta con el uso de sondaje vesical (SV). El proyecto ITU-Zero indica un uso apropiado del SV y unas pautas de "no hacer". El uso de la ecografía para determinar retención de orina, puede disminuir el uso de SV.

Metodología/Observación clínica

ITU-Zero nos indica la utilización de SV (monitorización de diuresis, pacientes sedados) y retirar precozmente las SV innecesarias sin necesidad de pinzar la misma. Estos pequeños cambios nos obligan a determinar que paciente tiene indicación de SV y tradicionalmente podíamos estimar el globo vesical mediante palpación. Actualmente el uso extendido de la ecografía en críticos y su disponibilidad en la unidad, nos facilita su uso para la valoración vesical del paciente.

Resultados/Intervenciones

Para la valoración de la vejiga, se utiliza una sonda convexa de baja frecuencia (Philips CX50 POC - C5-1). Encamado el paciente en supino colocamos la sonda con gel a nivel suprapúbico con un ángulo aproximado de 60 grados respecto a la pared abdominal y realizamos las medidas en dos planos: transversal (dos medidas: L y T) donde la vejiga se visualiza como una imagen anecoica redondeada y longitudinal (una medida: AP) donde se visualiza de forma triangular. Aplicando la fórmula Vt=LxTxAPx0.52 se calcula el volumen, considerando RAO cuando el volumen calculado es igual o mayor de 500-600 ml, en cuyo caso estaría indicado el SV, mientras que, si no, podemos seguir vigilando una micción espontánea del paciente.

Conclusiones

Las ITU incrementan la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los costes sanitarios de los pacientes que las presentan. La utilización de la ecografía para la valoración de globo vesical para adecuar el uso de SV en el marco del proyecto ITU-Zero, es un procedimiento adecuado, incruento y fiable que puede utilizar la enfermera.

Palabras clave

Retención aguda de orina • globo vesical • ecografía abdominal • ecografía en críticos • cuidados críticos • paciente grave

ID 91

CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UCI DURANTE LA PANDEMIA PROVOCADA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; A. Gómez Sobrino[2]; I. Vázquez Rodríguez Barbero[1]; P. Rubio Serrano[1]; A. Puebla Martín[1]; A. Villafranca Casanoves[1]; M. Herrera del Campo[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

Desde que en marzo de 2020 se declarara la pandemia mundial por el coronavirus SARS-CoV-2, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) han adaptado su funcionabilidad a esta situación. Un grupo de pacientes especialmente susceptibles son las obstétricas, que suponen un desafío en sus cuidados debido a su estado de gestación en el límite de la viabilidad fetal.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio retrospectivo desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad (marzo 2020 - enero 2022) de las pacientes obstétricas que ingresan en UCI con PCR positiva para SARS-CoV-2. En ellas se recoge la edad, diagnóstico, semanas de gestación, días de estancia en UCI y en hospital, técnicas (vía central, arterial, ventilación mecánica, posición de prono y drenaje torácico externo), cirugías y mortalidad maternofetal.

Resultados/Intervenciones

Durante ese periodo ingresaron en UCI 6 pacientes con patología grave obstétrica (1,8% del total de pacientes CoViD). La edad media fue 28 (límites: 18 y 37) años. El motivo de ingreso fue en cinco casos neumonía bilateral por SARS-CoV-2 (83%) y una ingresó por preeclampsia con crisis convulsivas (17%). La media de semanas de gestación era 32 (DE 3,5). La estancia media en UCI fue 9,3 días (DE 0,7) y en el hospital (incluida la de UCI) fue de 20,3 días (DE 3,5). Las intervenciones diagnóstico-terapéuticas fueron vía central en todas las pacientes (100%), vía arterial 6 (100%), drenaje torácico externo una (17%), ventilación mecánica en cinco (83%), posición prono 2 (33%). Se realizaron 5 cesáreas urgentes durante el ingreso (83%). No hubo ninguna muerte materna ni fetal.

Conclusiones

La paciente obstétrica con PCR positiva para SARS-CoV-2 rara vez ingresa en UCI polivalentes y cuando lo hacen suponen un desafío en su tratamiento, requiriendo una gran cantidad de intervenciones terapéuticas y de relaciones entre Servicios. En nuestra serie de casos no hubo fallecimientos maternos ni fetales.

Palabras clave

Pacientes obstétricas críticas • pandemia • coronavirus • casos clínicos • sars-cov-2

ID 92

DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA

Marina Remesal Oliva; L. López Aguilera; P. Guillermo García; A. Nieto Fernández; E. Morant García; J. Oreja Fernández; A. Hurtado Mena; C. Jiménez Marco; ID. Gómez Salva; L. Pastor Cabanillas
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

A pesar del éxito de las donaciones en nuestro país, alrededor de un 10% de pacientes fallecen a la espera de un órgano. La falta de órganos está íntimamente relacionada con la mejora en los cuidados de los pacientes neuro-críticos, que ha producido un aumento en la esperanza de vida de estos pacientes, generando un estancamiento en el número de donantes por muerte encefálica (ME). Esto ha motivado la búsqueda de alternativas de donación como es la donación en asistolia (DA). La DA es la donación de órganos y tejidos en los casos en los que la defunción se ha producido por criterios circulatorios y respiratorios tras llevar a cabo una limitación de tratamiento del soporte vital (LTSV), formando parte de los cuidados al final de la vida. El tiempo de isquemia caliente es el factor que más controversia genera en la DA, por lo que, tanto el lugar de LTSV, como la forma de conservación de los órganos y su extracción son fundamentales para el éxito de la donación. El propósito principal de esta revisión bibliográfica sistemática es conocer el proceso de la DA controlada y sus distintas formas de ejecución.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda en las bases de datos “ScienceDirect”, “PubMed” y “Google Académico”.

Resultados/Intervenciones

Ante el aumento de necesidad de donantes de órganos y el descenso en la potencialidad de la donación tras ME, la ONT se ha visto obligada a promover otras actuaciones, entre las cuales se encuentra la DA, que se ha convertido en una importante forma de donación, permitiendo la extracción de pulmones, hígado, riñón, páncreas y tejidos.

Conclusiones

La donación de órganos es la única posibilidad de tratamiento de enfermedades crónicas en estado avanzado, y por ello es necesaria la promoción de nuevas formas de donación que aseguren la disponibilidad de órganos en buenas condiciones como es la DA.

Palabras clave

Donación • órganos • asistolia • UVI

ID 93

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS SOMETIDOS A DECÚBITO PRONO

Leire Maculet García; M. Camós Ejarque; JJ. García Muñoz; P. Guerra-Librero de Hoyos; J. Buenavida Camarero; A. Izquierdo Alarcón; H. Villanueva
Hospital Universitario Puerta de Hierro

Objetivos/Introducción

El decúbito prono (DP) como tratamiento para el síndrome de distrés respiratorio agudo es cada vez más utilizado y en la situación sanitaria actual, se ha convertido en tratamiento de elección. Complicaciones asociadas pueden reducirse con procedimientos normalizados y equipos formados en sus cuidados.

OBJETIVO: Unificar los cuidados enfermeros y maniobras que se incluyen en la preparación de la maniobra de prono, su ejecución y en los cuidados y valoraciones posteriores.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado un protocolo basado en la evidencia científica ajustado a la práctica clínica diaria de la UCI del HUPHM para unificar y mejorar los cuidados de enfermería y minimizar las complicaciones relacionados con el DP.

Resultados/Intervenciones

En el protocolo se establecen recomendaciones para llevar a cabo la técnica de manera correcta, con la creación de un check-list, en los siguientes aspectos:

- Profesionales implicados
- Recursos materiales
- Maniobra de prono y supino. Técnicas.
- Cuidados de Enfermería. Prevención con ácidos grasos hiperoxigenados y apósitos hidrocoloides
- Postura correcta. Dispositivos faciales. Cambios posturales

Conclusiones

La literatura describe un mayor riesgo de complicaciones durante la maniobra en centros donde la técnica no está protocolizada y/o los profesionales no han recibido la suficiente formación o se realiza con poca frecuencia, lo que justifica la necesidad de este protocolo.

Financiación

No se ha recibido financiación para la realización de este protocolo.

Palabras clave

Posición prona - Prone Position • Cuidados críticos - Critical care • Cuidados de Enfermería - Nursing care • Prevención - Prevention • Complicaciones - Complications

ID 95

ATENCIÓN EMERGENTE EN DOMICILIO DE UN PACIENTE POR INCONSCIENCIA MANIFIESTA

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; AJ. López Amorós[2]; C. Casas Cánovas[2]; C. Alonso Villa[3]; JM. Martínez Oliva[4]; CM. Cerezo Franco[2]

1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. SMS. IMIB-Arrixaca. Facultad de Enfermería. UMU; 2. UCI. HGU Reina Sofía. Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud. Facultad de Enfermería. UMU; 3. HGU Reina Sofía. Servicio Murciano de Salud; 4. UCI. HGU Reina Sofía. Servicio Murciano de Salud. Facultad de Enfermería de la UMU

Objetivos/Introducción

Introducción La llamada al 112 por inconsciencia se puede considerar como un motivo frecuente y emergente. Este caso real presentó varias causas que producen inconsciencia por ello se considera interesante su desarrollo para la aplicación en la práctica clínica.

El objetivo se centra en reconocer la presencia y motivo de la inconsciencia, y a partir de ello realizar intervenciones in situ.

Metodología/Observación clínica

A la llegada del equipo de emergencias al domicilio el paciente está en coma, no responde a estímulos, respira de forma lenta y superficial, la familia está preocupada, era autónomo para las ABVD. Los patrones funcionales están sin cubrir todos, es incapaz dependiente y no conecta con el medio. Estimaciones éticas: se aplica el derecho a la intimidad, y la protección de datos personales.

Resultados/Intervenciones

Se realiza toma de constantes vitales obteniendo: FC60 l/m, FR 9 r/m, saturación de oxígeno distal 92%, presión arterial 84/50 mmHg, temperatura 35,8ªC.Glucemia de 40 mg, Se preguntan antecedentes a la familia: 71 años, varón, diabético tipo II, hipertenso, con enfermedad vascular en MMII, artralgias. Prioridades: Canalización de vía venosa periférica Administración de glucosa hipertónica Intravenosa para tratar hipoglucemia Administración de fluidos cristaloides para subir la presión arterial. Tras las intervenciones sigue sin recuperar consciencia y la familia dice que lleva dos días bebiendo y comiendo poco, cansado e inquieto y que ha tomado pastillas para dormir, sin saber dosis ingerida por vía oral. Se administra antídoto para benzodiazepinas y el paciente en pocos minutos recupera conciencia y conecta correctamente con el medio. Los diagnósticos de enfermería detectados: Déficit neurológico secundario a hipoglucemia, hipotensión e intoxicación farmacológica y manifestada por inmovilidad e inconsciencia manifiesta. Se realiza registro de las actuaciones realizadas en el domicilio.

Conclusiones

Paciente complejo que solapa 3 motivos de inconsciencia, (hipoglucemia,hipotensión e intoxicación por benzodiazepinas), en paciente con deshidratación y anemia basal.

Financiación

No tiene ninguna financiación

Palabras clave

inconsciencia • cuidados críticos • ambulancias • urgencias médicas

ID 96

SÍNTESIS PARA LA INTERPRETACIÓN DE LAS CURVAS DE LOS MODOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA UTILIZADOS MÁS HABITUALMENTE EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Laura Pastor Cabanillas; A. Hurtado Mena; L. López Aguilera; C. Villaseñor Barcala
Hospital Ramón y cajal

Objetivos/Introducción

Mediante el presente trabajo se pretende realizar un póster, en el cual se representen las curvas de las modalidades más utilizadas en el tratamiento con Ventilación Mecánica Invasiva (VMI). Con ello, se pretende dar una respuesta rápida y visual a las dudas o complicaciones que puedan derivarse de este tipo de tratamientos en los pacientes críticamente enfermos. La capacidad de liderazgo y la formación del personal sanitario, están íntimamente relacionados, y es por ello que se plantea este trabajo, para dotar de más independencia al personal de enfermería a través del conocimiento.

OBJETIVO PRINCIPAL: Elaboración de un póster, dotado de las principales curvas de las modalidades de VMI

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Describir los modos de VMI más utilizados en las UCIs
- Exponer las principales curvas de las modalidades de VMI

Metodología/Observación clínica

((("Respiration, Artificial" [Mesh]) OR (invasive mechanical ventilation[Title/Abstract])) OR (invasive mechanical ventilation modes[Title/Abstract])) AND (("nursing" [Subheading]) OR (nursing[Title/Abstract])) Para la realización de este trabajo, se ha desarrollado una búsqueda bibliográfica en PUBMED para determinar cuáles son aquellos modos de VMI utilizados más habitualmente en la práctica clínica y la importancia de su conocimiento por el personal de enfermería. Las palabras claves y su conexión con los operadores boleanos fue la siguiente: Además, se ha completado con manuales y documentos relativos a la temática a tratar.

Resultados/Intervenciones

La bibliografía expone que los modos más utilizados son: Ventilación mandatoria controlada por volumen (VC) Ventilación mandatoria controlada por presión (PC) Asistida mandatoria controlada por presión o por volumen (A/C) Ventilación Mandatoria Asistida Intermitente (SIMV) Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) Dos niveles de presión positiva en la vía aérea (BiPAP)

Conclusiones

Mediante este trabajo se pretende dotar de independencia al personal de enfermería que presta sus servicios en las UCIs, a través de la formación y el conocimiento. Como dijo Sócrates: "El conocimiento os hará libres"

Financiación

No dispone

Palabras clave

Invasive mechanical ventilation • nursing

ID 97

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTE CON EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIÓTICO INTRAPARTO, EN TRATAMIENTO CON OXIGENADOR DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA

Aranzazu Martin Cámara; M. Más de Pedro; C. Rada
Hospital Madrid Montepríncipe

Objetivos/Introducción

La embolia por líquido amniótico (ELA) es una emergencia obstétrica poco frecuente pero grave de aparición súbita, produciendo shock cardiovascular, asociado a hipotensión hipoxemia y coagulación intravascular diseminada. Pese a su baja incidencia (1/53.800 en Europa), constituye una de las primeras causas de muerte intraparto (70%.). El presente trabajo tiene como objetivo demostrar la importancia de los cuidados de enfermería altamente especializados en paciente crítico por disfunción multiorgánica, con oxigenación extracorpórea.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 41 años, con antecedentes personales de multiparidad tendinitis bilateral. Sin alergias conocidas, ingresa a para cesárea programada. Durante la fase de expulsión fetal, la paciente sufre una parada cardiorrespiratoria donde mediante ecografía intra parada se evidencia un trombo adherido a aparato subvalvular derecho. El shock cardiogénico resulta refractario a tratamiento médico, por tanto, se inicia procedimiento con membrana de oxigenación (ECMO). No se han vulnerado cuestiones éticas, durante la realización del presente trabajo, garantizado la privacidad del paciente.

Resultados/Intervenciones

Noc/nicefectividad de bomba cardiaca (0400)
- monitorización hemodinámica (412019)
- manejo del shock (4254)
- registro exhaustivo balance hidrico (413018)
- control de dispositivo ayuda cardiaca mecánico (4064) coagulacion sanguinea (0409)
- control hemorragia (4160)
- analisis laboratorio a pie de cama (7610)
- cuidados drenaje (1870) permeabilidad vias aereas (0410)
- manejo ventilación mecanica (3300)
- manejo vias aereas (3140) curación herida (1102)
- cuidados cesarea (6750) integridad tisular (1101)
- prevención upp (3540)
- salud bucal (1710) control infecciones (1842)
- vigilancia accesos venosos ((413008) estado neurológico (0912)
- monitorización neurológica (2620)

Conclusiones

Los cuidados de enfermería altamente especializados y protocolizados, a pacientes en ECMO, desempeñan un papel importante tanto para asegurar la calidad de estos, como para la seguridad y supervivencia del paciente, permitiendo de este modo una optimización de la recuperación clínica y una disminución de la morbimortalidad

Financiación

Propia

Palabras clave

cuidados de enfermería • ECMO • embolia • liquido AMN

ID 98

ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA EN PACIENTES CON INTOXICACIÓN FARMACOLÓGICA ATENDIDOS POR UNA UNIDAD EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; MA. Andía Chong[2]; R. Guillamón Candel[2]; A. Soriano Román[2]; L. Martínez Conesa[3]; MªF. Ramírez Marco[4]

1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. SMS. IMIB-Arrixaca. Facultad de Enfermería. UMU; 2. UME-2 Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. SMS; 3. UME-2 Alcantarilla. Gerencia Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. SMS; 4. UCI. HGU Reina Sofía. Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud. Facultad de Enfermería. UMU

Objetivos/Introducción

Introducción En la atención de urgencias y emergencias hay distintos tipos de avisos que llaman la atención social y sanitaria, dentro de los mismos encuadramos las intoxicaciones voluntarias a fármacos.

OBJETIVO: analizar el perfil epidemiológico y otros aspectos en intentos autolíticos por fármacos en un grupo de pacientes que fueron asistidos por una UCI móvil.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo, longitudinal. Temporalidad: Datos de 4 años consecutivos. Lugar: Unidad Móvil de Emergencias (UME) el 061 de una Comunidad Autónoma española Muestra: Se recogieron los pacientes atendidos por dos equipos de la base de emergencias de forma continuada a lo largo del periodo de estudio. Desarrollo: Base de datos ad hoc con variables sociodemográficas y clínicas, datos de mediciones extraídas del registro en papel normalizado en la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias del 061. Estadística: Con IBM Statistic SPSS v23 en castellano. Calculando medias y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes en cualitativas. Chi2 aceptando significación estadística si $p<0,05$ para un nivel de confianza del 95%. Normas éticas: se aplicaron las normas éticas y de protección de datos personales.

Resultados/Intervenciones

76 intervenciones con llamada por intento autolítico con ingesta excesiva de fármacos, edad media 40,7 años DE14,43 (15-80), con 40 o menos años el 46,1%, con 60 o más años 6%, mujer 46 (60,5%), tiempo de respuesta 11,96 minutos DE7,37(2-45). Ctes vitales: Fr 16 DE3,5(10-28), Fc 86 p/m DE17(42-126), Sat oxígeno 94% DE14 (21-100), TAS 124 DE21(84-192), TAD 80 DE12(54-113), Glasgow 14 DE1 (9-15), glucemia 98 mg/dl DE29 (45-240), Tra timpánica 36,4ºC DE0,44(35,5-37,3). Los fármacos más utilizados eran del propio paciente o de un familiar, benzodiazepinas más del 67%, antidepresivos y analgésicos después. No se observan diferencias significativas al relacionar sexo/edad con constantes vitales, u otras variables.

Conclusiones

Los pacientes atendidos por la UME presentan un perfil que corresponde con mujer joven que ingiere benzodiazepinas con intención autolítica.

Financiación

No se ha contado con ninguna financiación

Palabras clave

intoxicación farmacológica • urgencias médicas • cuidados críticos • ambulancias

ID 99

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CRÍTICO AFECTADO POR COVID-19

Arantxa Cabañas Martínez[1]; B. Soriano Iranzo[1]; R. Pardo Cortés[1]; RM. Jorge Guillem[1]; S. Vicent Rosúa[1]; MJ. Sanz Moreno[1]; M. Desamparados Bernat Adell[2]
1. Consorcio Hospital General de Valencia; 2. Universitat Jaume I, Castellón

Objetivos/Introducción

El virus SARS-COV-2 provoca un cuadro clínico variable que oscila desde un resfriado común (síntomas leves), hasta cuadros de neumonía intersticial grave, pudiendo llegar a síndrome de distrés respiratorio precisando ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos lo que conlleva repercusiones a nivel biopsicosocial.

OBJETIVO PRINCIPAL: Identificar los factores que afectan a la calidad de vida del paciente crítico diagnosticado de Covid-19 en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia un año después de su ingreso en la Unidad de Reanimación.

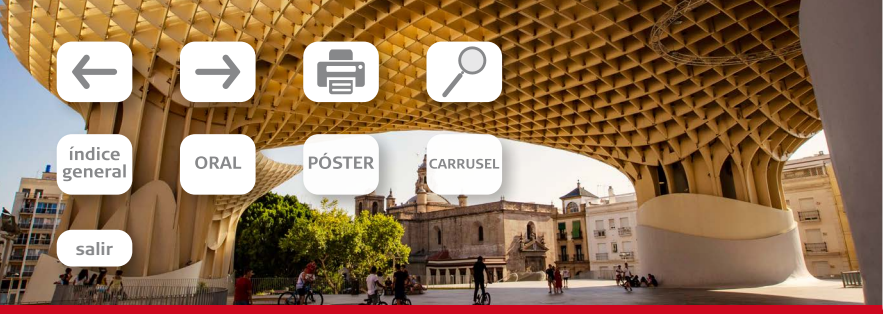
OBJETIVOS SECUNDARIOS: Determinar las principales secuelas clínicas derivadas de la enfermedad. Observar si el tiempo de estancia en UCI, la aplicación de VMI - VMNI y el nivel de gravedad, influyen en las secuelas. Determinar la existencia de patologías previas al diagnóstico de Covid-19. Identificar si existe discriminación y estigma relacionado con la enfermedad. Evaluar calidad del sueño, ansiedad y depresión.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, transversal y ambispectivo. El periodo de estudio seleccionado fue del 15 de marzo de 2020 al 1 de marzo del 2021. Se estimó un tamaño muestral de 115 pacientes aceptando un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y asumiendo una proporción del 5%. Estudio estructurado en dos fases. En la primera fase se revisaron las historias clínicas para extracción de variables clínicas y en la segunda (actualmente) se realizan las encuestas con la herramienta digital Qualtrics al año del diagnóstico para comprobar los principales cambios en calidad de vida mediante escalas validadas. Las escalas utilizadas son: SF-36 (calidad de vida), Charlson (comorbilidad), AIVD (Lawton Brody), Epworth (sueño) InDI-DI y ISMI (estigma), Goldberg (ansiedad y depresión).

Palabras clave

Infecciones por coronavirus • Unidad de Cuidados intensivos • complicaciones • calidad de vida



ID 100

PROTOCOLO DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL EN PACIENTES CRÍTICOS

Mª Luz Montero González; V. Arjona Díaz; MJ. Frade Mera
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

El tratamiento nutricional es el aporte de nutrientes necesarios para mantener funciones vitales, cuando no es posible una alimentación convencional, administrándose mediante Nutrición Enteral (NE), parenteral (NP) o ambas.

OBJETIVOS: Actualizar un protocolo de nutrición (PN), para normalizar cuidados. Desarrollar algoritmos de intervención ante aparición de complicaciones derivadas de la nutrición artificial.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica (PubMed, Embase, Scopus y Cochrane). Definición para NP y NE de tipos de dispositivos, cuidados de enfermería y algoritmos de intervención ante complicaciones.

Resultados/Intervenciones

NP: Administrar nutrientes por vía central (VVC) o vía periférica (VVP). 1-Material: VVC o VVP, apósito estéril, bomba de perfusión, sistema con filtro. 2-Comprobación radiológica de VVC. 3-Cuidados de enfermería: Curar y vigilar signos de infección, cambiar NP, sistema y filtro c/24h y comprobar que la NP esté en buen estado. 4-Complicaciones: mecánicas, metabólicas y sépticas. NE: Administrar nutrientes mediante sonda nasal (nasogástrica, nasoduodenales y nasoyeyunales) o enterostómica (gastrostomía y yeyunostomía). 1-Material: sonda, guantes, lubricante, sistema y bomba de alimentación, jeringa 60ml, fonendoscopio, esparadrapo, bolsa colectora. 2-Comprobación radiológica con contraste. 3-Cuidados de enfermería: -Prevenir broncoaspiración por regurgitación: posición de 30º-45º, comprobar neumotaponamiento, higiene oral. -Prevenir UPP asociadas a sonda de NE: cambio de fijación por turno. Rotar sonda para alternar puntos de apoyo. -Evitar obstrucción de sonda: lavados por turno y tras administrar medicación. 4-Algoritmo inicio de tolerancia: administrar dieta aumentando ritmo progresivamente según débito gástrico (<300ml), descansos c/6h el 1er día, c/12 el 2º día. 5-Algoritmo de tolerancia: dieta y ritmo según requerimientos y débito gástrico. Descansos c/24h. 6-Algoritmos de intervención frente: aumento residuo gástrico (>500ml), diarrea (>5 deposiciones o 2 1000ml), distensión abdominal, vómitos o regurgitación, estreñimiento.

Conclusiones

Un PN unifica y mejora la calidad de cuidados, optimiza el aporte calórico administrado y facilita la rápida intervención de las enfermeras ante la aparición de complicaciones asociadas.

ID 102

SEGUIMIENTO GLUCÉMICO DEL TRASPLANTE DE PULMÓN EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN

Virginia Díaz Teruel; I. Zaragoza García; B. Hernández Iglesias; FJ. del Pozo Sancho; S. Ramos Sánchez; BI. Fernández Alonso; C. González Blasco; MR. Hernández García; C. Bravo Paramo
1. Hospital universitario 12 de octubre; 2. Faculta de enfermería y fisioterapia. Universidad Complutense

Objetivos/Introducción

El trasplante de pulmón ha supuesto en las últimas décadas una opción viable para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia respiratoria sin respuesta a tratamiento médico. En el post-trasplante inmediato se inicia la administración de diferentes fármacos que pueden producir hiperglucemia, como los corticoides entre otros, con todos los problemas que ello conlleva. Analizar los niveles de glucemia en pacientes trasplantados de pulmón durante los primeros 7 días de ingreso.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo longitudinal, llevado a cabo en pacientes trasplantados de pulmón que ingresan en la Reanimación de un hospital de tercer nivel. Se recogen durante los primeros 7 días las glucemias realizadas en 24h, además de la pauta de corticoides, las unidades de insulina administradas al día según la pauta y el inicio de perfusión según la pauta.

Resultados/Intervenciones

El 80% de los trasplantados fueron hombres. La media de edad fue de 58,1 años ± 5,9. Según el protocolo se realizaron un 72% de las glucemias indicadas. Se prescribió una pauta personalizada al 90% de los pacientes en forma de bolus, siendo un 30% diferentes entre los trasplantados. El 30,8% mantuvo cifras de 120-150 mg/dl de glucemia y el 38,4% mostraron cifras superiores a 180 mg/dl, compatibles con inicio de perfusión de insulina. No se introdujo dicha perfusión en ninguno de los 10 trasplantes. El 71,20% precisaron 4 UI de insulina, por cifras de glucemia superiores a 140 mg/dl. El 100% de los registros se ajustaron a la pauta.

Conclusiones

Las determinaciones de glucemia no se ajustan completamente al protocolo establecido. Existe variabilidad en la pauta de insulina con una infrautilización de la insulina en perfusión continua. El control de una glucemia elevada por parte de las enfermeras se lleva a cabo de forma adecuada.

Palabras clave

Enfermería • Cuidados • Trasplante • Hiperglucemia

ID 103

LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL EN EL DECÚBITO PRONO

Ana Isabel Angulo de la Peña; M. Gutiérrez González; N. Pérez Santamaría; L. Hernández Ruiz
Hospital Universitario de Burgos

Objetivos/Introducción

La terapia de posicionamiento de decúbito prono (DP) es una alternativa en el tratamiento del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) por COVID -19. Una de sus múltiples complicaciones es la compresión nerviosa (lesión plexo braquial).

OBJETIVOS: Conocer las causas y los cuidados de enfermería necesarios para prevenir y reducir las lesiones del plexo braquial en DP.

Metodología/Observación clínica

Revisión integral realizando búsqueda en las principales bases de datos biomédicas (MEDLINE, COCHRANE LIBRARY PLUS, CUIDEN, ELSEVIER) en los últimos diez años mediante palabras clave recogidas en descriptores MESH (decúbito prono, hombro, plexo braquial, Covid-19, cuidados intensivos).

Resultados/Intervenciones

La revisión mostró pocos estudios dedicados a investigar esta materia. La aparición de neuropatías en el miembro superior en DP parece estar relacionado no solo con la afectación del sistema nervioso periférico secundaria a Covid-19, sino también a la cantidad de sesiones realizadas, tiempo empleado en cada una y los antecedentes patológicos del paciente.

Conclusiones

Con el aumento de pacientes con SDRA a causa de la pandemia por COVID 19 y la necesidad de pronar a los mismos de forma rápida sin personal entrenado y con recursos insuficientes, se ha incrementado el número de lesiones del plexo braquial. De ahí la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones en pacientes sometidos a DP, así como el establecimiento y revisión de protocolos y entrenamiento del personal.

ID 104

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO SOMETIDO A TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA (TRRC)

Ángel Gutiérrez Martínez; MªE. Rincón Recio; I. Morales Cane; MJ. Bermejo Collado; R. González Velasco; FJ. Cabello Montoro; G. Calvo García; L. Castillo Muñoz
Hospital Universitario Reina Sofia, Córdoba

Objetivos/Introducción

El fracaso renal agudo afecta a un 25% de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.Las terapias de reemplazo renal continuo son un conjunto de técnicas de depuración extracorpórea que permite sustituir la función renal en el paciente crítico. El personal de Enfermería tiene un papel fundamental en el aplicacion de las mismas, por lo que debe contar con una buena preparación teórico-práctica.

El presente trabajo tiene como objetivo actualizar los conocimientos y la habilidad de la enfermera en relación con estas técnicas en nuestra unidad mediante la actualizacion del Procedimiento Operativo Estandarizado.

Metodología/Observación clínica

Se realizo revisión bibliográfica en diferentes Bases de Datos de artículos sobre las técnicas continuas de reemplazo renal, con revision de los principios físico-químicos, descripción de las modalidades de las técnicas continuas de reemplazo renal, presentación de los principales accesos vasculares y una descripción de los cuidados enfermeros y de las complicaciones relacionadas con las técnicas utilizadas.

Resultados/Intervenciones

Se describe la técnica y el procedimiento adecuado encontrado en la literatura consultada, así como las contraindicaciones de esta técnica, las posibles complicaciones asociadas y los cuidados de enfermería encaminados a alcanzar el éxito de la terapia.

Conclusiones

Debe contarse con un Procedimiento Operativo Estandarizado que unifique y guíe los cuidados y actuaciones del personal de enfermería de forma segura y efectiva que mejore la calidad asistencial del paciente. El conocimiento y la habilidad de la enfermera sobre estas técnicas serán decisivos para el éxito de la terapia, optimizando el funcionamiento y evitando complicaciones.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Cuidados Enfermeria • Terapias de Reemplazo Renal Continuo • Cuidados Intensivos • Hemodiafiltración • Sistemas anticoagulación

ID 107

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y NIVEL DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PRESTA ASISTENCIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PERTENECIENTES AL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

Lorena López: L. Pastor Cabanillas; M. Remesal Oliva; E. Morant García; P. Guillermo García; A. Hurtado Mena; C. Jiménez Marco; ID. Gómez Salvá; A. Nieto Fernández; J. Oreja Fernández
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 ha dejado en evidencia dos grandes problemas de nuestra profesión. Por un lado la existencia de un elevado índice de temporalidad y, por otro, la necesidad de Enfermeras Especialistas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Dentro de las recomendaciones publicadas por el Ministerio de Sanidad, se encuentra que las enfermeras deben contar con formación en Cuidados Críticos. A su vez, hay evidencia que refleja que un mejor ambiente laboral con altos niveles de formación se asociaba a una reducción de la mortalidad a 30 días en pacientes con ventilación mecánica en UCI.

En este contexto, se define como objetivo principal conocer las características sociodemográficas y nivel de formación especializada del personal de enfermería que presta asistencia en las UCI de adultos pertenecientes al Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Metodología/Observación clínica

Se ha desarrollado un estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo. Se difundió una encuesta (creada específicamente para tal fin) durante el mes de Enero de 2022 a los profesionales de Enfermería que trabajan en las UCI de adultos del Hospital Universitario Ramón y Cajal. El porcentaje de participación en la encuesta fue del 47,5%.

Resultados/Intervenciones

Los resultados expresan que aproximadamente el 74% de los profesionales encuestados que prestan servicios en las Unidades de Cuidados Intensivos no han recibido formación especializada. Además, aproximadamente un 71% de las Enfermeras se encuentran en una situación de contratación temporal (donde el 40% tiene una duración inferior a 6 meses).

Conclusiones

Mediante este estudio se estima cómo es la situación laboral y formativa actual de las enfermeras en las UCI del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Además, puede servir de pistoletazo de salida para la realización de nuevos estudios para obtener una versión más completa de esta situación a nivel comunitario o nacional, así como sus repercusiones.

Financiación

Este estudio no ha recibido ningún tipo de financiación.

ID 114

SEGUIMIENTO DEL MANEJO DE UNA PAUTA DE INSULINA EN PERFUSIÓN CONTINUA BASADA EN ALGORITMO EN PACIENTES CRÍTICOS ELABORADA EN UNA UVI

Nadia Hernández de León; MS. Ramos Ángel de la Rosa; P. Ramos Rodríguez; MR. Merino de Paz; M. González García; A. Sabina del Castillo; AM. García Gutiérrez; D. Delgado Perera; SR. Velázquez Dorta; L. Raja Yanes
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Objetivos/Introducción

En 2016 se puso en marcha una guía de perfusión continua (PC) de insulina basada en algoritmo para pacientes críticos con necesidades de insulina, actualmente sigue en uso en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) conresultados muy productivos.

OBJETIVO: Evaluar el seguimiento de la pauta de insulina en PCbasada en algoritmo.

Metodología/Observación clínica

Estudio analítico, descriptivo, retrospectivo en la UVI del CHUC durante el periodo2016-2019.Recogida de datos en gráfica en pacientes con PC.Elaboración de una guía para elcorrecto manejo de la PC.

Resultados/Intervenciones

Presentación, puestas en marcha y reciclaje del personal para el correcto uso de laguia. Nombramiento de enfermeros clave para aclarar dudas. A (2016-2017) 118pacientes, B (2018-2019) 130 pacientes con PC, varones A:74%, B:82%. Edad media A: 63, B: 68, Diabeticos A:73 Pacientes, B:80, Media de horas totales en PC A:64,B:77, Tiempo paranormoglucemia en A: 6,4 horas, B: 4,9 horas. Horas por encima de rango, A:17, B:19. Horas pordebajo de rango A:11, B:13. Horas en rango A:31, B:32. Casos hipoglucemia A: 9, B: 0 considerando hipoglucemia por debajo de 60mgr/dl

Conclusiones

Desde el primer año de estudio al último se consigue acortar el tiempo para llegar a lanormoglucemia tras el incio de la PC, disminuyendo las necesidades de insulina en PC y sereducen considerablemente los casos de hipoglucemia. Todo ello gracias al soporte deenfermeros clave que se encargan de aclarar dudas. Actualmente el protocolo sigue en curso en la unidad consiguiéndose mejoras en los objetivos y disminuyendo los sesgos en el personal por falta de experiencia en su uso.

Palabras clave

Perfusión continua insulina • algoritmo

ID 126

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CRÍTICO INTUBADO EN DECÚBITO PRONO

Susana Vega Oliveira; A. Rivero García; M. García de Castro
Hospital Ribera Povisa

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: El decúbito prono (DP) es una práctica habitual en unidades de cuidados intensivos (UCI), ya que se ha demostrado su eficacia en la mejora de la oxigenación de los pacientes con algún tipo de patología pulmonar específica. Es una técnica que presenta complicaciones, siendo difícil de realizar debido a las condiciones particulares de cada enfermo. En las UCI esta movilización incrementa la posibilidad de que se produzcan eventos adversos. El seguimiento de unas pautas de actuación previamente establecidas, permite seguir un plan de cuidados de enfermería y ofrece una herramienta de trabajo útil para aumentar la seguridad durante la maniobra, disminuir las complicaciones derivadas del tratamiento y ayudar al personal a proporcionar cuidados de forma eficaz y segura.

OBJETIVOS: Describir los cuidados basados en la mejor evidencia científica para reducir las complicaciones de la terapia DP aumentando su efectividad. Dirigir las acciones del personal antes, durante y después de la maniobra de DP.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las bases de datos y portales bibliográficos Pubmed, Cochrane, Documed, Elsevier y Dialnet, utilizando como criterios de exclusión publicaciones anteriores a Diciembre de 2012, artículos en idioma distinto a inglés o castellano, pacientes pediátricos y pronados no intubados.

Resultados/Intervenciones

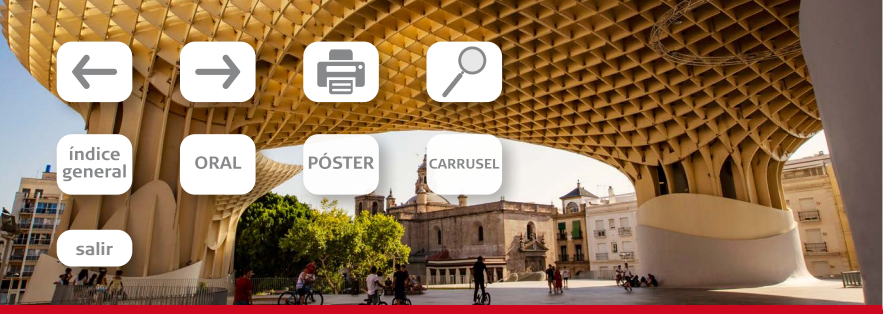
Disponer de unas pautas previamente estipuladas en cuanto a los cuidados que se deben proporcionar al paciente en cada fase ayuda a llevar a cabo la maniobra de pronación de manera eficaz y segura, minimizando riesgos y posibles complicaciones.

Conclusiones

Es necesario estandarizar los cuidados de enfermería para la maniobra de pronación en el enfermo crítico basados en prácticas seguras ya que aportan una importante reducción de riesgos y complicaciones. Es fundamental que se realice por enfermería cualificada, formada y entrenada para resolver de las posibles complicaciones.

Palabras clave

Decúbito prono • cuidados • complicaciones.



ID 130

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA PARA LAS TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL CON MONITOR PRISMAFLEX Y PRISMAX

Mª Teresa Peig Martí; A. López Gil; M. Ortuño Agentó; M. Cosi Marsan; M. Pérez Vallés; M.Martínez Recasens
Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

Objetivos/Introducción

Las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) son técnicas complejas en constante evolución tecnológica. La implantación de nuevas terapias y monitores específicos para la realización de dichas técnicas requiere de una formación adecuada y continuada de los profesionales que trabajan en las UCI. En tiempos de pandemia por Covid19, debido al elevado número de ingresos de pacientes en UCI que precisaban de dichas técnicas, junto con la carencia de personal médico, de enfermería y TCAIs entrenado en estas técnicas, el grupo de trabajo de las TCRR nos vimos obligados a tomar medidas urgentes para optimizar el funcionamiento de las TCRR en la unidad, favorecer en todo momento la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la prevención de los eventos adversos.

OBJETIVOS: Unificar criterios de actuación en las diferentes terapias continuas de reemplazo renal con monitores Prismaflex y Prismax Crear una guía de consulta rápida sobre las indicaciones, material, montaje y cuidados a realizar durante la utilización de estas técnicas.

Metodología/Observación clínica

Revisión de la ficha técnica de los monitores Prismaflex y Prismax Revisión de los protocolos sobre las TCRR en la UCI de Joan XXIII

Resultados/Intervenciones

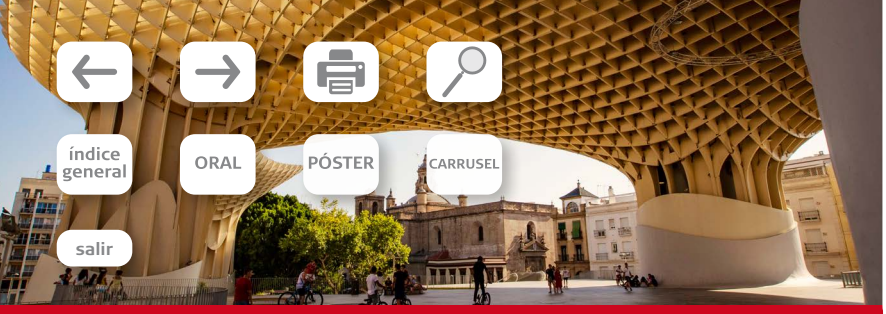
La creación de una herramienta de consulta rápida y de fácil acceso en formato póster para facilitar la práctica diaria

Conclusiones

El poster es una herramienta fácilmente accesible para todo el personal de la unidad, que permite trabajar de forma organizada, unificada y segura, sobre todo en aquellas situaciones de estrés y elevada presión asistencial tan frecuentes en las UCIs.

Palabras clave

Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) • Prismax • Prismaflex • Poster



ID 132

DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR) DURANTE LA PANDEMIA COVID 19

Montserrat Ortuño Argentó; A. López Gil; MªT. Peig Martí; L. Orta García; D. Martín Lázaro; M. Espinosa Cambra
Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: Las Técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) indispensables hoy en nuestras UCI, precisan de personal formado, entrenado y experimentado para su correcta manipulación en el día a día. En tiempos de pandemia por Covid19, hemos vivido la incorporación rápida de personal de enfermería que no han tenido la oportunidad de adquirir conocimientos sólidos teóricos ni un adecuado entrenamiento práctico respecto de estas técnicas. El aumento de la jornada laboral, las sobrecargas de trabajo y las restricciones de reuniones ha disminuido la formación in situ y los cursos de formación continuada presenciales de los profesionales, de ahí la necesidad de usar herramientas que transmitan la información imprescindible para poder ser consultada por cualquier profesional.

OBJETIVOS: Proporcionar información básica e imprescindible de las diferentes TCRR para el manejo correcto. Disminuir la ansiedad de los profesionales. Aumentar la seguridad del paciente, la calidad asistencial y disminuir de los eventos adversos. Unificar criterios de actuación.

Metodología/Observación clínica

Metodología descriptiva basada en la revisión y elaboración de los protocolos de las TCRR de nuestra unidad. Reuniones del grupo de trabajo de TCRR vía zoom. Comunicación y intercambio de información vía correo corporativo Difusión de las nuevas terapias mediante videos en el gestor documental de la unidad (Wiki).

Resultados/Intervenciones

Elaboración de posters ilustrativos de terapias, montaje y mantenimiento de los monitores de TCRR de la unidad. Videos informativos introducidos en el gestor documental (WIKI) de Uci. Códigos QR adheridos a los diferentes monitores con información específica sobre el manejo.

Conclusiones

El personal de enfermería de nueva incorporación adquiere y pone en práctica conocimientos básicos sobre las TCRR, mejorando su práctica clínica y disminuyendo los efectos adversos.

Palabras clave

Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) • información • comunicación • UCI

ID 138

EVALUACIÓN DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA PERSONALIZADA Y PARTICIPATIVA: UN NUEVO CONCEPTO DE RECICLAJE PROFESIONAL

Daniel Valderas Castilla; J. Villarín Hernández; A. Luzón Sánchez; DF. Rodríguez Tristán; L. Medina Sánchez; R. Martínez Serna; M. Ortíz Jiménez; L. Cuenca Ropero; A. Sanz Sánchez; P. Martín-Rubio García-Alcalá
Hospital del Tajo

Objetivos/Introducción

Los profesionales de enfermería en cuidados intensivos trabajan en un contexto cambiante y con constantes incorporaciones tecnológicas o terapéuticas. A esta renovación continua, se añade la cantidad y complejidad de los procesos típicos de estas unidades. Esto hace necesario la formación constante de los profesionales. Frecuentemente esta formación resulta escasa, demasiado dispersa o poco accesible bien sea por horario o ubicación.En nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital del Tajo, en Aranjuez, motivados por esta necesidad, elaboramos un modelo de formación personalizado y participativo, en el que los alumnos elegían los temas a impartir, implicándoles en su preparación y consensuando el horario.

OBJETIVO: Valorar los conocimientos adquiridos tras una actividad formativa integral en cuidados críticos.

Metodología/Observación clínica

Se impartió el "Curso de Actualización de Cuidados Críticos", acreditado con 4,6 cfc (créditos de formación continuada), durante 8 meses. Se evaluaron los conocimientos al inicio y final. Se utilizaron test de estadística descriptiva para cálculo de medias y T de Student para comparar las notas medias pre y post curso.

Resultados/Intervenciones

Participaron en el curso 22 alumnos (profesionales de enfermería de UCI). Sus notas medias subieron de 5,75 a 6,39 ($p<0,05$). Y los aprobados aumentaron del 72,7% a 90,9%.La media de asistencia durante los 8 meses resultó de 90,22%.

Conclusiones

La metodología de formación continuada, participativa, adaptada y personalizada para las necesidades de nuestro propio personal resultó una herramienta útil, que mejoró los conocimientos sobre las distintas áreas impartidas. La accesibilidad y el consenso de temas, fechas y horarios consiguió un elevado porcentaje de asistencia. Así mismo, los alumnos lo describen como un método muy satisfactorio para su desempeño.Se valora utilizar el modelo para nuevas ediciones renovadas, actualizadas y ajustadas a la realidad de nuestros profesionales.

Palabras clave

Enfermería Intensiva • Formación Continuada • Metodología de la enseñanza • Aprendizaje participativo • Evaluación de conocimientos • Motivación profesional • Aprendizaje por problemas

RESULTADOS "Curso de actualización de conocimientos en cuidados críticos"		
Asistencia global: 90,22%		
EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS	PRECURSO	POSTCURSO
N Válido	22	22
Nota Media Evaluación de conocimientos	5,7536	6,3982
Aprobados (≥ 5) %	72.7	90.9

ID 142

REAPERTURA ESTERNAL EMERGENTE EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ROL DE ENFERMERÍA

Patricia Bazán Báez; M. Saucedo Ramírez; M. Ávalos Sánchez; F. Martín Molina; R. Muriana Jiménez; C. Martín Castaño
UCI Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: El aumento de personal de enfermería de nueva incorporación en estos dos últimos años con motivo de la pandemia por SARS-CoV2, ha hecho necesario la revisión y adaptación del protocolo de reapertura esternal emergente que manejábamos en nuestra unidad de cirugía cardíaca.

OBJETIVOS:

- Definir y estandarizar el rol de cada miembro del equipo de Enfermería, tanto Enfermeros como técnicos auxiliares de Enfermería (TCAE).
- Adquirir los conocimientos y las competencias específicas que permitan mejorar la velocidad y calidad de los cuidados en el procedimiento de Esternotomía Emergente.
- Desarrollar y perfeccionar protocolos en formato pósters y algoritmos mejorados, que sirvan de ayudas visuales y de guía fáciles de recordar para situaciones de re-esternotomía de urgencia.

Metodología/Observación clínica

- Revisión bibliográfica en bases científicas nacionales e internacionales sobre protocolos y actuaciones en otros centros.
- Reuniones interdisciplinares con el equipo de cirugía cardíaca y médicos intensivistas para la revisión y adaptación de algoritmos y protocolos. Así como revisión y reestructuración del material del carro de re-esternotomía para una intervención más ágil. -Difusión a través de sesiones informativas y prácticas

Resultados/Intervenciones

- Se estandarizó la secuencia de intervenciones para realizar este procedimiento.
- Se creó un protocolo con la distribución del equipo de enfermería y de las actividades a realizar en el momento de la reapertura esternal.
- El personal se familiarizó con el material necesario del carro de re-esternotomía a través de ayudas visuales y algoritmos mejorados.

Conclusiones

Los avances en las técnicas quirúrgicas cardíacas y en los cuidados postoperatorios hacen que la parada cardiorrespiratoria no sea muy frecuente en nuestras unidades. Por ello es importante trabajar en protocolos específicos y algoritmos de fácil comprensión, a fin de proporcionar a todo el personal de enfermería, especialmente al de nueva incorporación, instrucciones paso a paso sin ambigüedades para una intervención eficiente que permita minimizar errores y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Palabras clave

Reapertura esternal emergente • Cirugía cardíaca • Carro de re-esternotomía

ID 144

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA CON INSTILACIÓN Y APÓSITO DE ESPUMA DE CÉLULAS ABIERTAS CON AGUJEROS PASANTES, MÁS DIFUSIÓN CONTINUA DE OXÍGENO, EN LA RESOLUCIÓN DE HERIDA POSTQUIRÚRGICA CRONIFICADA

Juan Ángel Hernández Ortiz
Hospital Universitario de Jaén

Objetivos/Introducción

Mujer de 61 edad con cáncer ovárico gigante que ocupa pelvis. Es intervenida realizándose anexectomía derecha. Posteriormente se practica cirugía de estadiaje, con histerectomía y anexectomía izquierda más linfadenectomía. La paciente sufre un postoperatorio tórpido con dehiscencia de sutura debido a infección de herida quirúrgica. Ingresa en nuestra unidad para seguimiento.

Metodología/Observación clínica

Herida quirúrgica que abarca de forma vertical gran parte el abdomen, con presencia de material de sutura. En la zona periumbilical y umbilical existe dehiscencia total de sutura de unos 5-6 cms de longitud y unos 3 cms de anchura. Tras separación de bordes hallamos lesión profunda que llega hasta la fascia muscular, cavitada en dirección predominante caudal izquierda, que apunta a la pelvis. No fistulas. El tejido posee secciones esfaceladas y es maloliente. Exudado moderado-alto. Ciertas zonas se encuentran ligeramente necróticas. Bordes amorfos. Piel perilesional consevada. No maceración.

Resultados/Intervenciones

Cambiamos la praxis de la terapia para el abordaje de la herida que hasta ese momento estaba siendo aplicada. Limpiamos y desinfectamos con 0,1 % Undecilenamidopropil betaína y 0,1 % Polihexanida. Añadimos terapia de presión negativa con apósito de espuma de células abiertas reticuladas con agujeros pasantes, más instilación intermitente, con 0,1 % Undecilenamidopropil betaína, 0,1 % Polihexanida. Piel perilesional cuidada con película de barrera. Para proceder al cierre total de la herida usamos la terapia TransCu O2 (difusión continua y uniforme de oxígeno) mediante apósito OxySpur.

Conclusiones

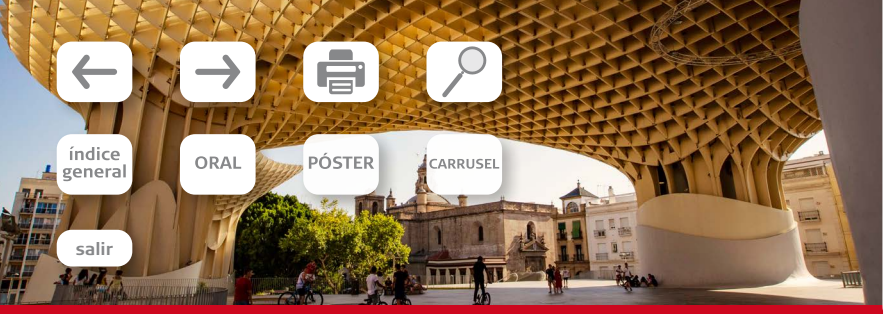
Los parámetros pautados de la TPN fueron entre 100-120 mmHg de presión alternante e instilación cada 6 horas, con adaptación del volumen instilado según evolución. El exudado disminuyó y se consiguió eliminar las zonas desvitalizadas así como reducir el tamaño y profundidad de la herida de forma considerable. Posteriormente el uso de la difusión de oxígeno directo sobre los tejidos permitió el cierre completo de forma exitosa sobre las cuatro semanas después de comenzar a aplicarlo.

Financiación

Propia

Palabras clave

Herida postquirúrgica • Terapia de presión negativa • Difusión continua de oxígeno



ID 147

PLANIFICACIÓN, REORGANIZACIÓN Y CREACIÓN DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

César Rodríguez Núñez; I. Arce Gómez; A. Iglesias Rodríguez; O. Vega Gómez; D. Muñoz Martin; M. García Corres; J. Irigoein Aguirre; M. Martín Martínez; R. Herrera Larrea; B. Lagares López
1. Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu); 2. Hospital Universitario Araba (Sede Santiago)

Objetivos/Introducción

Debido a la evolución torpida de la pandemia COVID-19 en UCI en febrero-marzo hace que la organización de camas de UCI no sea suficiente.

OBJETIVO: Elaboración de un Plan de Contingencia de camas de UCI con 4 escenarios según el impacto epidemiológico.

Metodología/Observación clínica

Áreas de planificación del Plan de Contingencia de UCI en el Hospital Universitario Araba:

- Aspectos organizativos del Plan de contingencia.
- Modelos de predicción de necesidades de camas de UCI.
- Elaboración de los Escenarios de despliegue de camas de UCI.
- Recursos materiales y humanos para el despliegue de los escenarios.
- Cuadro de mando diario del Plan de Contingencia de UCI.
- Evaluación del Plan de Contingencia de UCI.

Resultados/Intervenciones

Se planificaron, reorganizaron y se crearon las siguientes unidades de cuidados intensivos destinados a pacientes COVID/ No COVID dependiendo de la evolución de la situación epidemiologica del COVID-19(ver tabla adjunta) 3-A Santiago: conversión de semicriticos en UCI COVID. 4-A Santiago: 4 camas de semicriticos QX 3D Txagorritxu: conversión en colaboración con el servicio de anestesia y supervisiones del bloque quirúrgico en una unidad de críticosdestinadas a pacientes COVID y posteriormente a pacientes NO COVID. 5D-Txagorritxu:Transformación en unidad de referencia COVID desde el inicio de la pandemia 5C-Txagorritxu: trasformación de unidad de hospitalización en críticos COVID inicialmente, más tarde en críticos no COVID. UCI 31 CAMAS(Nuevo edificio): no se llego a utilizar. El RRHH se triplico comparando la dotación habitual, formando a profesionales de áreas quirúrgicas y reorganizando otras unidades con profesionales formados en UCI. Se centralizó la compra y adquisición de RRMM desde Osakidetza tras informes técnicos de necesidades desde UCI

Conclusiones

El plan ha permitido dar respuesta en UCI de una manera adecuada. El escenario de apertura de camas máximo fue el 3. Área de mejora: plan de contingencia con mayor antelación para una mejor adaptación en UCI.

Financiación

12

Palabras clave

UCI • COVID-19 • Gestión

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

ESCENARIO	SEDE	AREA	CAMAS	TOTAL
ESCENARIO 1	TRASO	SD	18	39
		SC	0	
		UCI	0	
		UHPA	0	
		ESO	0	
	SANTIAGO	2D	13	
		3A	8	
		4A	0	
ESCENARIO 2	TRASO	SD	20	42
		SC	0	
		UCI	0	
		UHPA	0	
		ESO	0	
	SANTIAGO	2D	13	
		3A	10	
		4A	0	
ESCENARIO 3	TRASO	SD	20	75
		SC	14	
		UCI	8	
		UHPA	6	
		ESO	0	
	SANTIAGO	2D	13	
		3A	10	
		4A	4	
ESCENARIO 4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	105
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

ID 150

DEHISCENCIA DE SUTURA ABDOMINAL, MI ALMA AL DESCUBIERTO

M. Begoña Bustamante; M. Ferrero Ferrero; MA. Alcalde Franco; A. Gómez Alcíbar; MB. Granados Gutiérrez
Hospital Universitario Basurto

Objetivos/Introducción

OBJETIVOS: Presentar la evolución física y psicológica de una paciente con herida crónica, en abdomen abierto tratada con terapia de presión negativa. Sensibilizar sobre la necesidad sentida de estos pacientes.

INTRODUCCIÓN: El cierre de los defectos abdominales complejos es un reto, tanto por su complejidad como por el estado general del paciente que suele ser crítico. La terapia de presión negativa, es muy útil en la curación de heridas complejas abdominales, en todas sus fases. Acelera el cierre de forma poco lesiva y confortable para el paciente, reduce el número de curas y permite la movilización precoz. La persona con herida abierta de abdomen, además de su evolución física, pasa por una serie de etapas emocionales, que influyen en su recuperación.

Metodología/Observación clínica

Descriptivo de un caso clínico. Revisión bibliográfica.

Resultados/Intervenciones

El abdomen abierto conlleva un elevado riesgo de complicaciones, dificultando enormemente el manejo de la herida y su cierre. Entre sus manifestaciones están la pérdida de la autoestima, dolor, deterioro de la calidad del sueño, incapacidad para trabajar, vergüenza y dificultad para relacionarse socialmente, propiciando problemas emocionales.

Conclusiones

La creciente prevalencia del abdomen abierto conlleva al desarrollo de numerosos métodos de cierre temporal. Esto permite mejorar la supervivencia, pero sigue presentando un desafío para el equipo multidisciplinar por el impacto epidemiológico, personal, social, familiar y económico que supone. Debe considerarse la evolución tanto física como emocional, para construir conocimientos teóricos que documenten y hagan comprensible la vivencia de estas personas. Asi como para planificar los cuidados de enfermería desde una visión integral y basados en la evidencia, permitiendo una mejor y más pronta recuperación. Para la enfermera resulta de especial importancia conocer la vivencia de las personas con herida crónica por abdomen abierto. Es necesario seguir investigando, puesto que hay pocos datos sobre la calidad de vida y la vivencia de las personas que sobreviven a esata situación.

Financiación

Propia.

ID 155

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE RECIBIMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE TRASPLANTADO DE PULMÓN EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTQUIRÚRGICA

Sandra Ramos Sánchez[1]; V. Díaz Teruel[1]; B. Hernández Iglesias[1]; FJ. del Pozo Sancho[1]; C. González Blasco[1]; MR. Hernández García[1]; C. Bravo Paramo[1]; I. Zaragoza García[2]; BI. Fernández Alonso[1]
1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Universidad Complutense de Madrid

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: El número de pacientes trasplantados de pulmón, así como la complejidad de cuidados de éstos se ha visto incrementada a lo largo de los años. Es por ello que era necesario una revisión de los protocolos de actuación y cuidados.

OBJETIVO: Adecuar los cuidados a las nuevas necesidades de los pacientes con dicha patología de forma estandarizada.

Metodología/Observación clínica

Grupo de trabajo con personal de enfermería cualificado en el cuidado de pacientes trasplantados de pulmón, mediante la revisión de protocolos previos y checklist de ingreso y continuidad de cuidados adaptándolos a las nuevas necesidades de manera integral.

Resultados/Intervenciones

Actualización, presentación y puesta en marcha del protocolo revisado. Adecuación del checklist de ingreso a la nueva aparatología, agrupación de fármacos utilizados por principios activos y por pautas de evolución, agrupación de cuidados por días de ingreso y retirada de cuidados que estaban obsoletos según evidencia científica.

Conclusiones

El trasplante de pulmón se ha convertido en un paciente que ha incrementado su presencia en la unidad, que precisa de unos cuidados específicos que están en continuo desarrollo y que deben mantenerse actualizados. Nuestro objetivo debe ser la calidad asistencial por medio de la adaptación y los avances, tanto de técnicas como de monitorización. Esto se ve reflejado en la revisión y actualización constante del protocolo.

Palabras clave

trasplante • enfermería • cuidados

ID 156

E-LEARNING. LA FORMACIÓN EN PANDEMIA TAMBIÉN ES POSIBLE

Francisco Paredes Garza; E. Presa Vázquez; D. Muñoz Muñoz; I. Ambros Sabate; MI. Vallejo Oliva; JC. Sánchez García; M. Ateca Borregan; A. Burgueño Antón
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

La vuelta a la actividad asistencial "prepandemia" sumado a la llegada de personal de nueva incorporación poco experimentado en el paciente crítico "No COVID", hacen necesario un reciclaje formativo en las unidades de críticos. La disminución de la presencialidad en las aulas, las ventajas que ofrece la formación online y la necesidad de actualización masiva del personal han abierto la puerta al e-learning como metodología de aprendizaje.

El objetivo principal es determinar el grado de satisfacción del personal sanitario no facultativo tras la formación e-learning en cuidados al paciente crítico no covid.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo longitudinal (septiembre -diciembre de 2021). Muestra: personal de enfermería y técnico medio sanitario en cuidados auxiliares de enfermería -TMSCAE- de la unidad de cuidados intensivos polivalente del hospital Universitario La Paz. Intervención: formación teórica online de 4 sesiones (dos horas/mes), mediante plataforma TEAMS. Se elaboraron 2 encuestas mediante "google form": una previa al curso para detectar las necesidades de los profesionales y diseñar el plan formativo y otra posterior, que recogió datos sociodemográficos y satisfacción de los participantes mediante 10 ítems (escala Likert) de 10 puntos. relacionados con los contenidos impartidos y la metodología utilizada.

Resultados/Intervenciones

La participación inicial fue N=172 profesionales. El 64,5% (n=111) estuvieron presentes en las 4 sesiones, 61,3% enfermeras y 38,7% TMSCAE. El perfil del alumnado es una mujer entre 20 y 40 años, con experiencia profesional entre 1-5 años. Evaluación de la satisfacción: interés por los temas del curso (9,4), contenidos teóricos impartidos (9,6), utilidad para su trabajo habitual (9,6), metodología empleada (9,1). La valoración global del ciclo formativo fue de 9,4.

Conclusiones

El ciclo formativo online ha sido muy satisfactorio para el personal de la unidad, por la metodología y temática empleadas, sirviendo como pilotaje hacia la creación de nuevos ciclos formativos para el resto de unidades de críticos del hospital.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

e-learning • formative recycling • satisfaction

ID 157

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO TRAS RECICLAJE FORMATIVO ONLINE EN CUIDADOS AL PACIENTE CRÍTICO "NO COVID"

Esther Presa Vázquez; D. Muñoz Muñoz; F. Paredes Garza; B. García Gómez; I. Morilla Vasco; MA. Sáez Bastida; M. Prieto Zurera; A. Batanero Sánchez
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

El feedback que ofrece el alumnado es una herramienta docente muy útil para descubrir necesidades específicas de los participantes, refinar la metodología empleada y ofrecer mayor calidad formativa. Éste debe ser rápido, tras la realización de la formación, para poder realizar un feedforward adecuado, implementar futuras mejoras y realizar un diseño formativo individualizado a las características de los próximos participantes.

El objetivo principal es valorar los aspectos a mejorar que requiere el personal sanitario no facultativo tras la formación e-learning en cuidados al paciente crítico "No COVID".

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo transversal -diciembre de 2021-. Muestra: personal de enfermería y técnico medio sanitario en cuidados auxiliares de enfermería -TMSCAE- de la unidad de cuidados intensivos polivalente del hospital Universitario La Paz. Intervención: formación teórica online de 4 sesiones (dos horas/mes), mediante plataforma TEAMS. Se elabora un cuestionario ad hoc de respuesta libre a través de "google form" para determinar los aspectos a mejorar, tras la realización del ciclo formativo.

Resultados/Intervenciones

La participación fue variable en las 4 sesiones: primera (n=173), segunda (n=181), tercera (n=171), cuarta (n=169), con una media de 173,5 personas en el ciclo formativo. Aspectos por mejorar: ofrecer documentación previa y posterior a la realización de los cursos como herramienta de apoyo, mayor duración y menor espaciado temporal entre las sesiones, ampliar horarios (a turnos de mañana y tarde) y realizar talleres prácticos complementarios.

Conclusiones

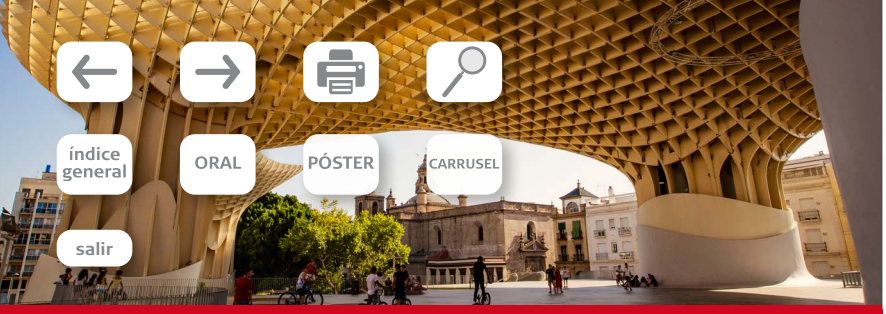
Las necesidades del alumnado descritas por los participantes nos permitirán no sólo mejorar estos aspectos en futuras sesiones, sino también trasladarles la información con objeto de integrar a los participantes en el proceso formativo e incentivarles para futuras sesiones.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

feedforware • perception • e-learning



ID 163

ECMO VENO-VENOSO EN PACIENTES CON COVID- 19. ABORDAJE DE ENFERMERÍA

Belén Álvarez Méndez; MI. Santín Piñán; B. Iglesias Fraga
HUCA

Objetivos/Introducción

COVID-19 es una enfermedad causada por el nuevo virus SARS-Cov- 2 que apareció en Diciembre del 2019 y ahora es una pandemia mundial. Aunque la mayoría de los síntomas de los pacientes con COVID-19 son moderados, algunos desarrollan una insuficiencia respiratoria que requiere terapia veno-venosa con el sistema ECMO. Aunque ya conocida este tipo de terapia veno-venosa en nuestras unidades, nos enfrentamos a un nuevo tipo de paciente, en el que el abordaje de enfermería juega un papel fundamental. Se establecerá en este trabajo, una secuencia con los cuidados de enfermería más destacados, enfocados tanto a la terapia como al tipo de aislamiento requerido en este tipo de pacientes.

Metodología/Observación clínica

Aunque los estudios son limitados en este tema, debido a la rediente aparición de este tipo de pacientes, se han revisado varios artículos publicados al respecto. Además de basarnos en la evidencia derivada de la experiencia en nuestras propias unidades.

Resultados/Intervenciones

La reciente pero atronadora aparición de este tipo de pacientes en nuestras unidades, han provocado una adaptación de la enfermera al manejo de los cuidados el nuestras unidades. Que no sólo han tenido que continuar con los cuidados específicos del sistea ECMO, sino que han añadido a esta complejidad la importancia de la rigurosidad de este tipo de aislamiento.

Conclusiones

La complejidad del ECMO requiere un equipo bien cualificado para el manejo de estos pacientes, lo que evidencia la necesidad de una estandarización de estos cuidados, a lo que añadimos el conocimiento intrínseco del manejo del aislamiento específico de estos pacientes.

Palabras clave

Covid • ECMO • Veno Venoso • Enfermería

ID 164

PROTOCOLO INGRESO POLITRAUMA HOSPITAL TERCER NIVEL

María Plasencia; J. Timón Guerra
Hospital Universitario de Toledo, UCI

Objetivos/Introducción

Paciente politraumatizado o traumatizado grave es aquel que presenta diversas lesiones de etiología traumática, alguna de las cuales supone un riesgo vital. El manejo inicial de dichos pacientes es complejo debido a la gravedad de las lesiones, lo que hace necesario el conocimiento y puesta en práctica de una metodología sistemática de valoración y cuidados de enfermería.

Metodología/Observación clínica

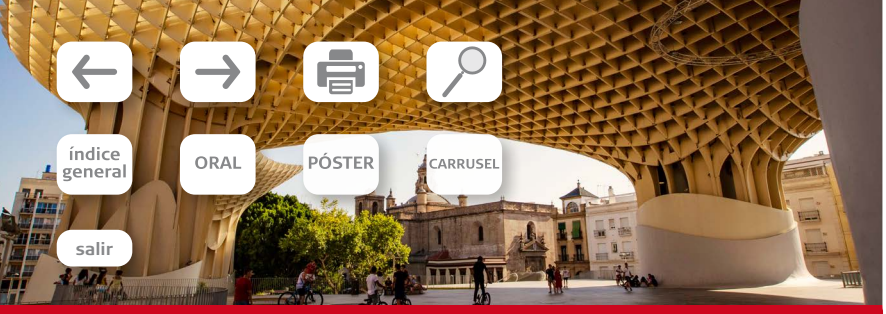
Se realizará un análisis de valoración y cuidados de enfermería en el ingreso de pacientes politraumatizado grave con el fin de estandarizar y sistematizar la actuación de enfermería, optimizando recursos disponibles y mejorando calidad asistencial al paciente politraumatizado

Resultados/Intervenciones

Estandarizar y sistematizar la actuación de enfermería

Conclusiones

La enfermería es la base del cuidado de paciente crítico, y en especial del paciente portador de ECMO VV, como encargada de control exhaustivo de constantes vitales, parámetro ventilatorios, controles gasométricos, prevención neumonías y otros cuidos de enfermería vitales para el éxito del tratamiento.



ID 165

VISIÓN ENFERMERA SOBRE EL ESTRÉS EN UCI Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Ana Díaz Belinchón[1]; J. Inat Carbonell[1]; M. Gimeno Vivó[1]; G. Martínez Catalá[1]; G. Palau Iranzo[1]; AM. Regueira Artero[2]
1. UCI Hospital Clínico Valencia; 2. Hospital La Fe Valencia

Objetivos/Introducción

Según diversos estudios, la Unidad de Cuidadosd Intensivos (UCI) se considera un servicio con mayor nivel de estrés que otras salas hospitalarias, estando el personal expuesto a un ambiente más tenso, sentimientos contradictorios y situaciones límite.

El presente estudio tiene como objetivo comparar el estrés de las enfermeras de UCI, según experiencia laboral y como afrontarlo.

Metodología/Observación clínica

Estudio comparativo, descriptivo y transversal, mediante entrevista abierta a las enfermeras de UCI de nuestro hospital, agrupándolas por edades y experiencia profesional. La población estudiada fué del 57,1%. Siendo un 70,83% de las entrevistadas eventuales

Resultados/Intervenciones

Las enfermeras con menos de 10 años de experiencia profesional y menos de 35 años de edad, opinan que la sobrecarga laboral es la principal causa de estrés, sin embargo, el personal mayor de 35 años de edad y mas de 10 años de experiencia, opinan que existe más estrés en la UCI que en otras unidades, coincidiendo que la primera hora de la mañana es el momento de mayor estrés. El 57,2% del personal con más experiencia sienten que el estrés laboral afecta a su vida diaria y solo el 40% del personal con menor experiencia se ve afectado. El 100% de las entrevistadas utiliza alguna estrategia de afrontamiento, siendo el deporte la practica habitual del 90 % El 35,8% de los mayores de 35 años cree que la empresa no aplica medidas correctoras del estrés, frente al 20% de los menores de 35 años.

Conclusiones

En nuestro estudio existen diferencias entre el personal con más experiencia profesional y el personal con menor experiencia y su visión sobre las causas que generan el estrés laboral. Resultando más afectados en su vida privada el personal con mayor experiencia. Cuidando al cuidador preservamos la calidad de los servicios prestados al paciente.

Financiación

No existe financiación

Palabras clave

Estrés • experiencia • edad • enfermera

ID 166

AISLAMIENTOS DERIVADOS DE MICROORGANISMOS RESISTENTES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL AÑO 2021

Patricia Sanz Cruz; MD. Quintana Estelles; ME. Esteban Sánchez; V. Bello Bravo; E. Suárez García; E. Morales Díaz; B. Bretones Chorro
Hospital Universitario 12 de Otubre

Objetivos/Introducción

La elevada morbimortalidad derivada de las infecciones nosocomiales (IN) continúa generando gran preocupación en el ámbito hospitalario, especialmente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), por la vulnerabilidad del paciente crítico a ser infectado o colonizado por microorganismos resistentes. Dar a conocer la situación en nuestros hospitales, y los microorganismos más prevalentes, podría ayudar a mejorar esta problemática derivada de la asistencia sanitaria.

OBJETIVO: Analizar los aislamientos derivados de microorganismos resistentes en las unidades de cuidados intensivos en el Hospital 12 de Octubre durante el año 2021.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo, llevado a cabo entre los meses de enero a diciembre en las UCI de un hospital de tercer nivel: Polivalente, Cardiológica, Trauma/Emergencias, Pediátrica y Neonatos. Se incluyen todos los microorganismos comunicados (por seguimiento) por el servicio de medicina preventiva y con necesidad de aislamiento. Se recogen como variables, los microorganismos con indicación de aislamiento, comparando las unidades por unidad de tiempo (meses). Se excluyen los aislamientos derivados de otra situación.

Resultados/Intervenciones

En 2021 aparecen las Enterobacterias productoras de Carbapenemasas (EPC) como microorganismo con porcentaje más prevalente en las unidades estudiadas con valores superiores 60% del total registrado; Variables Staphylococcus aureus (26,60%, 20,22%, 7,89%, 15,09% 12,50%) y K. Pneumoniae Blee (23,91%, 24,71%,7,89%, 30,18% y 9,37%) se registran por encima de Pseudomona aeruginosa (PAMR) la cuál obtiene sólo datos superiores al 30% en dos unidades de adultos del total anual. Las UCI cardiológica y pediátrica se analizan como las más prevalentes en el mantenimiento de microorganismos aislados.

Conclusiones

Actualmente, los métodos para controlar la IN se basan en la existencia de equipos multidisciplinares que elaboran sistemas de vigilancia activa. Reforzar las medidas de prevención, favoreciendo la difusión de los datos registrados, podría disminuir la prevalencia de microorganismos multirresistentes, potenciando así la responsabilidad en el cumplimiento de aislamientos entre profesionales y familiares de pacientes ingresados.

Palabras clave

UCI • Microorganismo • Multirresistente • Aislamiento • Prevención

ID 168

COVID-19 Y ENFERMO CRÍTICO. ATENCIÓN ENFERMERA INTEGRAL

Lídia Sanz de la Cruz
Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Objetivos/Introducción

El COVID-19 ha supuesto un cambio de paradigma en el contexto sociosanitario. Los pacientes críticos con dicha patología requieren cuidados específicos debido a la complejidad del proceso de salud. Por ello, el objetivo principal del proyecto es identificar las intervenciones, así como las lagunas de conocimientos relacionadas con los cuidados más relevantes en el paciente crítico con COVID-19.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión sistemática exploratoria, desarrollando una búsqueda bibliográfica en bases de datos y recursos externos, aplicando los límites y criterios de selección, para dar respuesta a la pregunta de investigación formulada. Finalmente, fueron escogidas 66 publicaciones.

Resultados/Intervenciones

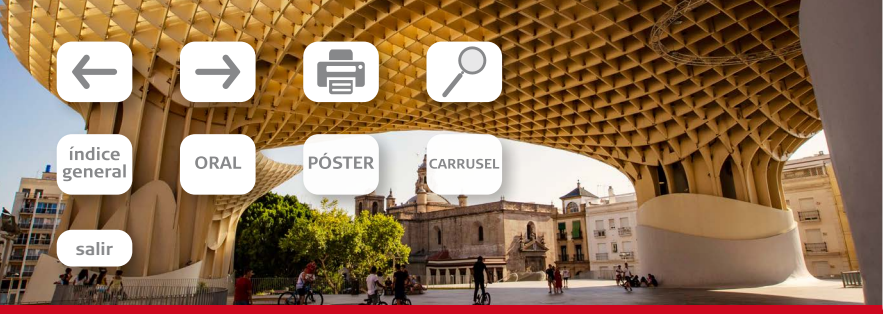
Los cuidados más documentados en la evidencia tratan el manejo de la vía aérea y riesgo de infección. En cambio, las intervenciones menos investigadas se relacionan con el manejo de nutrición y control de hiperglucemia, desequilibrio de volumen de líquidos, prevención de úlceras por presión, manejo de sedoanalgesia y comunicación con seres queridos.

Conclusiones

El nuevo virus denominado COVID-19 ha modificado el paradigma presente en nuestro sistema sociosanitario. Tras la redacción de los cuidados enfermeros más relevantes encontrados en la evidencia, se confirma como los estudios dirigidos hacia el paciente crítico se centran en diversas vías terapéuticas y pronósticos médicos, dejando a un lado la investigación en cuidados enfermeros. La mayoría de los textos enfocados en evidencia enfermera tratan de experiencias y reflexiones de los propios sanitarios, pero no estudian la evidencia sobre cuidados proporcionados al paciente. Por ello, las lagunas de conocimiento detectadas en esta investigación están relacionadas con los cuidados enfermeros enfocados en la nutrición y manejo de hiperglucemia, riesgo de infección, desequilibrio de volumen de líquidos, manejo de sedoanalgesia y rol-relaciones. El realizar investigaciones orientadas hacia estos cuidados podrían arrojar resultados muy prometedores y contribuir al desarrollo de la evidencia enfermera.

Palabras clave

paciente crítico • cuidado crítico enfermero • unidad de cuidados intensivos • COVID-19 • revisión exploratoria



ID 170

CASO CLÍNICO DE CASI AHOGAMIENTO CON PARADA CARDIORESPIRATORIA Y RECUPERACIÓN SATISFACTORIA

José María Martínez Oliva; CM. Cerezo Franco; M. Cutillas Tolín; B. Álvarez Serrano; F. Avilés Ruiz; V. Martínez López; N. Sabater Sánchez; J. Rodríguez Mondéjar; FJ. Paredes Pérez; C. Alonso Villa
Hospital General Universitario Reina Sofia Murcia

Objetivos/Introducción

Describir un caso clínico atendido por la UME y posterior recuperación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con buen desenlace. Elaborar un plan de cuidados individualizado para la paciente en el servicio de Uci utilizando el modelo conceptual de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

Metodología/Observación clínica

La paciente se bañaba en la playa, es vista por socorrista agitando los brazos en el agua. Acude a auxiliarla, encontrando a la paciente inconsciente, con respiración agónica. En la orilla de la playa, presenta parada respiratoria. Proceden a ventilación mecánica con AMBU, y masaje cardiaco. A los 5 minutos acude UME registrando asistolia, se procede a intubación, comienzan RCP avanzada, administrando 5 mg de Adrenalina. Pasa a ritmo sinusal tras 15 minutos. Una vez en la ambulancia proceden a intubación orotraqueal y trasladan al Hospital, ingresando en UCI. Antecedentes: HTA, DLP, NO DM. Asma intrínseco. Datos objetivos y exploración física: Coma anestésico, intubada, Roncus en bases bilaterales pulmonares Enfermedad actual y Evolución Al ingreso presenta hipotensión, hipopotasemia, hipernatremia e hipotermia. Requiere drogas vasoactivas, sedación, y se trata con fármacos la hipopotasemia e hipernatremia. La hipotermia es de 34ºC y progresivamente la pasamos a normotermia. Tras extubación, requiere ventilación mecánica no invasiva, que se puede retirar tras dos días y tras su posterior mejoría se da de alta a planta.

Resultados/Intervenciones

Aplicación del proceso enfermero y plan de cuidados personalizado Se centra en dos diagnósticos enfermeros (principalmente): (0030) Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con cambios de la membrana alveolo-capilar, manifestado por hipoxia (00046) Deterioro de la Integridad Cutánea, relacionado con Inmovilización física. Se aplicaron NIC y NOC relacionados.

Conclusiones

Caso curioso por casi ahogamiento que desencadenó en parada respiratoria y que evolucionó de manera crítica, pero desarrolló un desenlace satisfactorio con recuperación de la paciente y alta a planta.

Financiación

No ha habido financiación pública ni privada.

Palabras clave

Accidente por inmersión • casi-ahogamiento • hipotermia • Cuidados críticos • recalentamiento

ID 171

REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA E IÓNICA DE TRES TERAPIAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL CONTINUA EN UN PACIENTE CRÍTICO

Lourdes Real Villena; M. Vicente Pérez; A. Sanz Sánchez; A. Luzón Sánchez; DF. Rodríguez Tristán; L. Cuenca Ropero; M. Ortíz Jiménez; P. Martín-Rubio García-Alcalá; D. Valderas Castilla
Hospital del Tajo

Objetivos/Introducción

Las técnicas de depuración extrarrenal continua (TDCE) son habituales en pacientes críticos. El citrato cálcico como anticoagulante ha obtenido buenos resultados, disminuyendo hemorragias y alargando la "vida" del filtro. No obstante, conviene conocer el mecanismo de acción y efectos sobre iones y hemodinámica del paciente.

Presentamos el caso de un paciente que, manteniendo iones en rango, desarrolló una tormenta arrítmica durante TDCE. Registramos los parámetros del proceso en busca de datos que permitiesen explicar este evento, comparando también la durabilidad del filtro en cada terapia.

Metodología/Observación clínica

Varón de 68 años que ingresa por insuficiencia respiratoria y parada cardiorrespiratoria precisando TDCE (anticoagulada con heparina y citrato). Durante su estancia, sufrió arritmias precisando múltiples cardioversiones (78 en menos de 24 horas).Se recogieron variables durante cuatro momentos (terapias): basal, terapia con citrato sin calcio (RCA), terapia con heparina (HEP), terapia con citrato y calcio (RCACAL). Las arritmias desaparecieron con HEP y posteriormente con RCACAL (ajustando la calcemia al alza), recuperando la estabilidad. A los 34 días fue dado de alta sin secuelas.Se registraron multitud de datos en SPSS 22.0, y se analizaron los más pertinentes con ANOVA Y Chi Cuadrado.

Resultados/Intervenciones

Se encontraron diferencias (p<0,05), sin significación clínica, en la frecuencias cardíaca y tensión arterial media. La mayoría de arritmias malignas se produjeron durante RCA (P=0,000) en ese periodo, la calcemia y potasemia fueron menores (p=0,000).En el hemofiltro, no hubo diferencias significativas en las presiones "de entrada" y "prefiltro" entre terapias, la media de "presión de retorno" fue significativamente menor (p=0,000) en RCA y RCACAL, y las presiones "transmembrana" (p=0,02) y "caída" (p=0,05) fueron superiores. Los filtros durante las terapias con citrato duraron casi cinco veces más.

Conclusiones

Este paciente, experimentó tormenta arrítmica relacionada con RCA, manteniendo valores de calcio sutilmente bajos. Son necesarios nuevos estudios para extrapolar esta característica a otros pacientes.

Palabras clave

Depuración extrarrenal • Paciente crítico • Hemodinámica • Arritmia cardiaca • Complicaciones • Citrato sódico • Heparina Sódica • Fisiología renal • Hemodiálisis • Hemofiltración continua

		Arritmia	Presión de Retorno hemofiltro	Calcio iónico	Potasio	Índice de recambio de líneas/hora de terapia
Tipo de terapia de depuración extrarrenal	Basal (sin terapia)	0	-	1,1900	-	
	HF con Citrato	15	51,43	,9820	3,7143	0.02 (1 cambios en 47 horas)
	HF con Heparina	1	85,20	1,1200	4,7000	0.16(4 cambios en 24 horas)
	HF con Citrato y Calcio	0	35,50	1,0210	5,1400	0.00 (0 cambios en 57horas)
Sig		0.000	0.000	0.000	0.00	

ID 172

CARRO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

María del Pilar Ruiz Gutiérrez; S. Segurola Barrera
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Hoy en día es imprescindible disponer de un carro para manejar la vía aérea difícil ya que entre un 8 y un 9% de las intubaciones son dificultosas. Se impone necesario disponer de un carro de vía aérea difícil para facilitar la implementación con éxito de estas estrategias de rescate.

Metodología/Observación clínica

Creación de un grupo de trabajo compuesto por personal con formación y experencia en el manejo de la via aerea dificil. A través de la busqueda sistematica de la literatura y con base en las evidencias presentadas en guias nacionales e internacionales se diseña un carro de via aerea dificil ordenado de forma simple, lógica y estandarizada.

Resultados/Intervenciones

La distribución del carro sería la que se detalla, organizado para acomodar la progresión secuencial a través de un algoritmo de vía a era difícil en 5 pasos:
PLAN A: Este paso se incluye en el carro de paradas de la unidad, en el que disponemos de tubos endotraqueales de varios números y laringoscopio con palas de dos tamaños.
PLAN B: Video laringo Macgrath completo
PLAN C: Fastrach y Fastrach macarillas
PLAN D: Fibrolaringoscopio
PLAN E: Set de cricotiroidotomia e intubacion retrograda

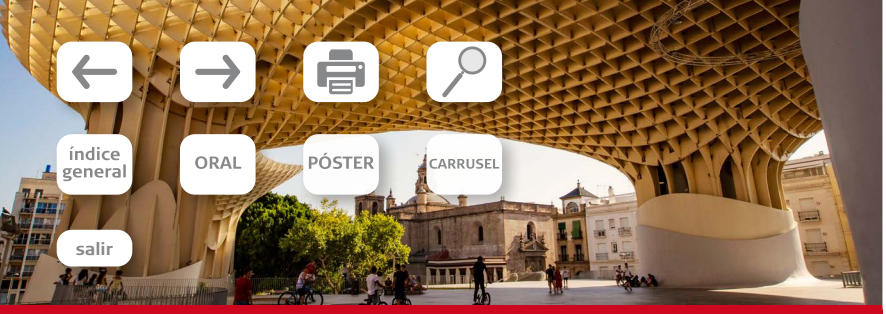
El carro de deberá poder transportarse libremente, mantenerse en un lugar visible y de fácil acceso y todo el personal debe conocer su ubicación y contenido. Se ha establecido una revisión semanal de su contenido. Se establece plan de formación para los profesionales de nueva incorporación

Conclusiones

La accesibilidad al material necesario, así como un adecuado entrenamiento del personal, puede potencialmente reducir la mortalidad y la morbilidad relacionada con el manejo de la vía aérea difícil.

Palabras clave

vía aérea • intubación orotraqueal



ID 174

RACISMO IMPLÍCITO EN LA ATENCIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Sergio Nueda Parrilla[1]; A. Martínez Sabater[2]; RM. Martínez Pascual[3]; C. Sirera Balanza[1]

1. Hospital Clínic Universitari, Valencia; 2. Máster en Cooperación al Desarrollo - Universitat de València, Hospital Clínic Universitari. Departament d'Infermeria Universitat de València; 3. Hospital Clínic Universitari. Departament d'Infermeria Universitat de València

Objetivos/Introducción

El proceso migratorio y la racialización sitúan a las personas migrantes en circunstancias que pueden afectar su bienestar físico, mental y emocional. Esta categorización social puede aumentar la vulnerabilidad de las personas racializadas respecto a la aplicación de los cuidados para la recuperación de su salud. La creciente diversidad étnica de la población residente en España se evidencia en los pacientes atendidos en las unidades de críticos. Sin embargo, esta heterogeneidad racial no suele estar representada en la pluralidad del personal sanitario, pudiendo ocurrir que estos pacientes sufran los efectos discriminatorios derivados de los estereotipos y prejuicios raciales instaurados en la sociedad, situación que perpetúa las desigualdades en salud.

Se plantea como objetivo realizar una revisión integrativa de bibliografía que permita valorar la prevalencia del problema así como los posibles aspectos que puedan favorecerlo y, por último, valorar las características psicométricas de las escalas utilizadas para la medición del racismo en las unidades de Cuidados Intensivos.

Metodología/Observación clínica

Se revisó literatura en inglés y español mediante las bases de datos Pubmed y Scopus utilizando como descriptores "(racism[MeSHTerms]) AND (nursing care[MeSHTerms]) OR (healthcare[MeSHTerms])" y la búsqueda libre sobre "racism in nursing care" or "racism in healthcare", localizándose 891 y 2499 artículos respectivamente. Se revisaron los resúmenes y se descartaron aquellos estudios que no respondieron a los objetivos planteados. Como criterio de inclusión se exigió que fueran artículos de investigación o revisiones. Posteriormente, se examinaron a texto completo los artículos seleccionados, así como las referencias cruzadas para identificar trabajos que hubiesen escapado a la búsqueda inicial. El acceso a las bases de datos se realizó en enero de 2022. Finalmente, se desarrolla un análisis de los aspectos comunes respecto a la prevalencia de racismo en las unidades de críticos, así como de las diferentes escalas existentes y las medidas implementadas para atajar el problema.

Palabras clave

Racismo • Cuidados Intensivos • Diversidad étnica • Discriminación racial • Desigualdades en salud • Racialización

ID 182

ESTUDIO FISIOCRIT: REGISTRO DE LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL Y MUSCULAR DEL PACIENTE CRÍTICO

Laura Hernández Ruiz; N. Pérez Santamaría; M. Gero Escapa; A. Martínez Aransay; M. Navarro Martínez; R. Monja Ruiz-Capillas; M. Poza Puras; L. Andrés Pérez; A. Revilla Cámara
Hospital Universitario de Burgos

Objetivos/Introducción

El músculo desempeña un papel fundamental en la recuperación del paciente crítico. La pérdida de masa y función muscular en el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) junto con el estado de desnutrición por el catabolismo proteico se asocia a estancias prolongadas y peor calidad de vida tras su alta de la Unidad. El diseño del Estudio Fisiocrit se basa en un protocolo de intervención precoz de rehabilitación y fisioterapia enfocado en prevenir y minimizar la perdida muscular y su funcionalidad.

El objetivo principal del estudio es aumentar la capacidad funcional al alta hospitalaria de los pacientes críticos, mediante dicho protocolo, para la recuperación muscular durante su estancia en UCI.

Metodología/Observación clínica

Mediante la intervención conjunta de un equipo interdisciplinar: médicos intensivistas, rehabilitador, fisioterapeuta y enfermería se llevará a cabo un plan de intervención de rehabilitación nutricional y muscular mediante pautas de actuación y seguimiento, previamente definidas, para cumplir los objetivos propuestos. El protocolo nutricional consiste en valoración al ingreso mediante escala Nutric-score, inicio precoz del tratamiento nutricional, requerimientos calóricos y proteicos ajustados a sus necesidades y seguimiento analítico. En el protocolo de rehabilitación se establecerán dos grupos según su balance muscular. Se registrará la evaluación inicial (espasticidad, retracciones, fuerza) y se establecerán unas pautas específicas de tratamiento rehabilitador. Se realizará un seguimiento ecográfico semanal de cuádriceps y diafragma para comprobar la evolución muscular del paciente. Los resultados se medirán a través de variables y escalas de funcionalidad definidas teniendo en cuenta la situación clínica del paciente al inicio del estudio y el diseño tanto del plan nutricional como del plan de rehabilitación motora, registrando datos al inicio y a los 7,14 y 21 días de estancia en UCI. Se completa el estudio con una evaluación al alta hospitalaria y estado de salud al año mediante el cuestionario SF-36.

Financiación

Es un proyecto de investigación seleccionado y becado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León con 5499 euros en la Convocatoria 2019 (Nº Exp. GRS 2021/A/19).

Palabras clave

paciente crítico • nutrición • rehabilitación • recuperación muscular

ID 183

PROYECTO DE FORMACIÓN Y ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO EN LA UNIDAD CORONARIA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Marco López Utiel; J. Rodríguez Muñoz
Hospital 12 de octubre

Objetivos/Introducción

La incorporación de personal de enfermería a unidades de cuidados intensivos (UCIS) siempre ha supuesto un reto a nivel formativo, logístico y organizativo. Esta situación se ha agravado aún más en los últimos años debido a la pandemia de Covid-19, cuya desproporcionada incidencia hizo necesaria la creación de UCIS con personal no formado en tiempo récord. La carencia de habilidades y conocimientos específicos sobre cuidados críticos de los profesionales de nueva incorporación suponen en la mayoría de los casos una dificultad añadida a un período de adaptación ya de por sí complicado, en un ambiente desconocido y en muchos casos percibido como hostil. La bibliografía existente respalda la necesidad de aplicar planes estratégicos de formación e integración del personal de nueva incorporación, con los que ven disminuido su estrés y aumentadas su confianza y competencias.

Los objetivos generales de este trabajo son facilitar la integración, la adquisición de competencias y habilidades, así como los conocimientos necesarios del personal de nuevo ingreso en una unidad de cuidados críticos.

Metodología/Observación clínica

Se considera población diana para este proyecto a aquellos profesionales de enfermería sin experiencia en cuidados críticos que se incorporen a la unidad.

Resultados/Intervenciones

Se ha desarrollado una propuesta de formación y acogida para el personal de nueva incorporación en la unidad coronaria del hospital 12 de octubre, que recientemente comenzó a funcionar de manera independiente al servicio al que pertenecía con motivo de la pandemia, con su consiguiente cambio de personal. Dicho plan incluye una guía de acogida con información sobre estructura, recursos, funciones y funcionamiento de la unidad, un conjunto de infografías como recurso educativo y un proyecto formativo estructurado adaptable a las circunstancias del servicio.

Conclusiones

Sería necesaria la aplicación del proyecto para evaluar la efectividad y eficiencia del mismo, así como los posibles inconvenientes y áreas de mejora que pudiese tener.

Palabras clave

Proyecto formativo • Unidad coronaria • Personal de nueva incorporación • Infografía

ID 187

APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON EL PERSONAL ENFERMERO

Clara Bioque Palacios; L. Castillo; R. González
Hospital Reina Sofía

Objetivos/Introducción

La hospitalización de individuos en UCI es un acontecimiento estresante que produce cambios en el estado emocional del núcleo familiar. Los familiares demandan mayor información y participación en el cuidado del usuario debido a la asistencia exclusiva que el profesional de enfermería realiza al paciente. Lazarus y Folkman consideran el apoyo social como una estrategia de afrontamiento que disminuye la probabilidad de generar problemas de salud como consecuencia de un evento angustioso como es el ingreso de un familiar en estado crítico. Los últimos estudios han desvelado la envergadura de este recurso para incrementar el grado de satisfacción de los familiares respecto al personal de enfermería. Esta revisión trata de conocer el apoyo social percibido por los familiares de pacientes ingresados en UCI con el personal de enfermería y su satisfacción con el mismo.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión sistemática a partir de 9 estudios originales obtenidos de diferentes bases de datos de acuerdo con una cadena de búsqueda y unos filtros determinados.

Resultados/Intervenciones

El apoyo social fue clasificado en diferentes tipos de ayuda funcional elaborando de esta forma tres categorías distintas. La mayor parte de los estudios mostraron un sentido positivo con asociación estadística entre el apoyo social percibido y la satisfacción de los familiares con el personal de enfermería. Sin embargo, el Test del Signo reveló que el número de estudios con signo positivo y asociación no es significativamente superior a los estudios con sentido negativo y no asociación.

Conclusiones

Los resultados obtenidos parecen indicar una relación positiva entre el apoyo social percibido que ofrece el profesional de enfermería y la satisfacción de la familia con el mismo. A la vista de los resultados obtenidos se hace necesaria la realización de estudios de mayor rigor metodológico que clarifiquen los posibles efectos beneficiosos del apoyo social en los familiares del paciente crítico.

Palabras clave

Apoyo social • Familia • Profesional de enfermería • Satisfacción • UCI

ID 207

EVALUACIÓN DEL IMPACTO PSICOEMOCIONAL DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Carlos Martorell Campins[1]; AJ. Montes Aguilera[2]; AL. Alba Nieto[1]; Á. Honrubia López[1]
1. Hospital Universitario Son Espases; 2. Hospital Universitario Regional de Málaga

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, un gran número de personas se recuperan de su situación crítica volviendo a su entorno tras la estancia en la UCI, aunque presentan secuelas a largo plazo, tanto ellos como sus familiares

OBJETIVOS: Describir el impacto psicoemocional que sufren los familiares de los pacientes dados de alta de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Metodología/Observación clínica

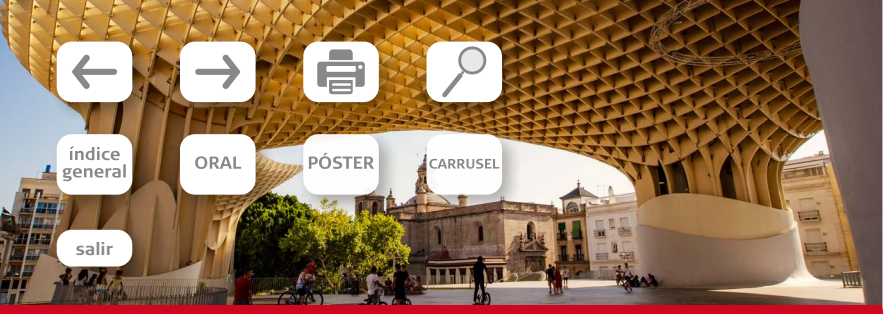
El diseño de este proyecto de investigación es un estudio observacional, analítico y de corte transversal, se realizarán dos cortes transversales. En este sentido, se trata de un estudio en el que se pretende determinar la prevalencia del síndrome post cuidados intensivos en familiares del paciente crítico al alta de la unidad de cuidados intensivos y a los 90 días de del alta de la unidad

Resultados/Intervenciones

Las dificultades del estudio radican en las características de los diseños descriptivos transversales, que pueden implicar sesgos de selección y de información. El procedimiento de muestreo no probabilístico por conveniencia puede suponer un sesgo de selección, dado que los sujetos no son seleccionados de forma aleatoria y aquellos que acepten voluntariamente la participación en el estudio pueden no poder finalizar el estudio por causas de fatalidad del paciente, a pesar de que la muestra sea el reflejo o parte de éste de la realidad en el servicio o la unidad.

Conclusiones

El conocimiento del síndrome post uci en familiares es un paso previo y fundamental para la detección precoz de sus síntomas y una intervención eficaz y previa al desarrollo del mismo. Los resultados de este estudio muy probablemente serán relevantes para la adquisición del conocimiento sobre como influye la estancia de un paciente en la unidad de cuidados intensivos en el cambio de rol que se produce en el ámbito familiar, concretamente en el rol del cuidador principal.



ID 217

EL USO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN UCI PARA PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO POR SARS-COV 2

Nazaret Cruz Andrés; S. Godayol Arias
Hospital Universitari Sagrat Cor

Objetivos/Introducción

La aparición de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) a finales de 2019 y su evolución hacia una pandemia, ha supuesto una amenaza para el sistema sanitario a nivel mundial. La complicación más temprana y predominante es el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), principalmente debido a una neumonía, cuya repercusión ha hecho necesario el manejo de los pacientes con mayor afección respiratoria en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con técnicas eficientes y cada vez más aprovechadas, como es la terapia de alto flujo con cánula nasal (TAFCN).

OBJETIVO GENERAL: Analizar la evolución de los pacientes con SDRA debido a infección por SARS-CoV-2 tratados con terapia de alto flujo con cánula nasal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Comparar la comorbilidad en pacientes con Distrés Respiratorio por SARS-CoV-2 tratados con TAFCN frente a los tratados con VMI, medido con el Índice de Comorbilidad de Charlson.
2. Evaluar comorbilidades específicas: obesidad, diabetes, EPOC.
3. Analizar si el uso de la TAFCN previene el soporte respiratorio con ventilación mecánica invasiva.
4. Demostrar la evolución favorable de pacientes con SDRA causado por el SARS-CoV-2 al aplicar la TAFCN.
5. Evaluar la utilización de la TAFCN en periodo de pandemia por SARS-CoV-2.

Metodología/Observación clínica

Se realizará a través de un estudio observacional llevado a cabo en la UCI del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona, analizando los pacientes ingresados por SDRA causado por SARS COV-2, en el transcurso de los meses de Julio y Agosto de 2021 (coincidiendo con la 5ª ola de la pandemia COVID-19). Se calcula aproximadamente un total de 50 pacientes, de los cuales se prevé que el 85-90 % (42-45) cumplirán con los criterios de inclusión. Se utilizarán parámetros de estadística descriptiva, con el desarrollo de índices y distribución a través de la media, desviación estándar y porcentajes para la descripción de los datos.

Financiación

No precisa de financiación.

Palabras clave

cuidados de enfermería • epidemiología • coronavirus • neumonía • terapia alto flujo

ID 218

INCIDENTES DE SEGURIDAD EN UCI: ANÁLISIS Y COMPARATIVA TRAS IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN CLÍNICA

Leire Arce Angulo; H. Eizagirre Mujika; A. Arana Azula; T. Esteban Galbete; M. Etxeandia Juaristi; G. Rodríguez Calero; V. Arnaiz Arnaiz
UCI Hospital Galdakao-Usansolo (HGU)

Objetivos/Introducción

Describir y analizar los incidentes notificados en la UCI del Hospital Galdakao-Usansolo (HGU). Establecer comparativa tras la implantación de un sistema informático para la asistencia clínica del paciente crítico (ICCA: Intellispace Critical Care and Anesthesia).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo a través del registro anónimo de notificación de incidentes (SNASP) durante 53 meses (enero 2016 -mayo 2020). Contrastar las características a los incidentes notificados en un periodo posterior de 15 meses (octubre 2020-diciembre 2021) tras instaurar el sistema ICCA.

Resultados/Intervenciones

Durante el primer periodo se realizaron 142 notificaciones La incidencia de evento adverso por cada 100 ingresos fue de 3. El 8,5% de los incidentes no alcanzó al paciente y el 91,5% lo hizo sin daños. Un 80,3% de los acontecimientos se consideraron evitables frente a un 19,7% ineludibles. Se relacionaron con problemas de material 40,8%, vinculados con medicamentos 19,7% y recursos humanos 13,4%. En el 41,5% hubo múltiples factores desencadenantes. En el turno de mañana se notificaron más incidentes (59,2%) que en el resto de turnos. El personal de enfermería fue el más participativo con un 55,6% de avisos frente al 33,1% de facultativos y 11,3% de terceros. El 56,3% del total fue notificado por miembros del Grupo de Seguridad. Las mejoras propuestas fueron: formación (28,9%), protocolos (19%) y cambios de material (17,6%). En el segundo periodo, tras implantación ICCA, se notificaron 92 incidentes. El ICCA predominó como factor asociado a los incidentes 73,9% sobre el resto. En este lapso el colectivo de facultativos notificó el 77,2% de casos, ocupándose los demás del 22,8%.

Conclusiones

El nuevo sistema de registro informatizado ha provocado cambios sobre los factores asociados a incidentes y el perfil de quien notifica. El análisis del Grupo de Seguridad hace considerar los incidentes como evitables y corregibles, revalidando los sistemas de notificación como herramientas útiles para la seguridad del paciente.

Palabras clave

Incidente • Seguridad paciente • ICCA • SNASP

ID 219

PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN: EFECTIVIDAD O NO DEL SOPORTE ACOLCHADO DURANTE EL DECÚBITO PRONO

Carlota del Puerto Sevilla; F. Arméstar Rodríguez; E. Bonet Cruces; M. Costa Moreno; V. Pérez González; C. Ramos Salido; M. Mir Espàrrech; L. Zapater Martínez; C. Villanueva Fuentes
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

INTRODUCCIÓN: La posición decúbito prono (DP) es una estrategia terapéutica no invasiva utilizada en el tratamiento a los pacientes diagnosticados de Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) moderado/grave. El DP trae consigo la posibilidad de aparición de lesiones por presión, por lo que hay que aplicar diferentes estrategias para evitarlas. La realización de este proyecto se basará en valorar si la eficacia del uso de soportes acolchados/almohadas en el DP mejora, empeora o no tiene resultado favorecedor en la aparición de úlceras por presión.

HIPÓTESIS: Existe menor frecuencia de lesiones por presión en los pacientes diagnosticados de SDRA moderado/grave con la maniobra de DP sin el uso de almohadas que con la utilización de ellas.

OBJETIVO: Evaluar la diferencia de aparición de lesiones por presión ante la posición DP con el uso de almohadas versus la ausencia de ellas durante esta maniobra terapéutica en pacientes diagnosticados de SDRA.

Metodología/Observación clínica

METODOLOGÍA: Estudio longitudinal de cohortes prospectivo monocéntrico realizado en el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Barcelona) durante un período de dos años. La investigación englobará a pacientes intubados conectados a ventilación mecánica invasiva, ingresados en la unidad de cuidados intensivos por SDRA moderado/grave secundario a neumonía por SARS-CoV-2 que requieran la terapia DP.

VARIABLES: Variables antropométricas (peso, talla, edad), variables nutricionales, variables propias de la valoración de lesiones por presión, grado de úlceras por presión, localización de las lesiones por presión y tiempo del decúbito prono.

Palabras clave

Prone position • Respiratory distress syndrome • Pressure ulcer • Pressure sore

ID 222

CHECK-LIST PARA PRONACIÓN DE PACIENTES COVID-19 CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Ana Gomez Alcibar; MB. Bustamante Álvarez; M. Ferrero Ferrero
Hospital Universitario Basurto

Objetivos/Introducción

Los usuarios con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) moderada-grave, responden favorablemente a la ventilación mecánica invasiva (VMI) en decúbito prono, hecho que lo ha llevado a recomendación por las directrices internacionales para el manejo de la COVID-19. El SDRA se diagnostica según criterios de Berlín y se caracteriza por edema pulmonar no cardiogénico e hipoxemia severa que, en muchos casos, requiere VMI. Los pacientes con neumonía bilateral secundaria a COVID-19 desarrollan hipoxemia grave, necesitando varias sesiones de pronación. El procedimiento más frecuente es el manual y, aun siendo una técnica no invasiva, pueden darse complicaciones, por lo que realizarla de forma segura y eficaz en pacientes intubados, precisa al menos 5 personas cualificadas y una planificación exhaustiva.

OBJETIVOS:

- Crear un check-list basado en la evidencia científica actual sobre la maniobra manual de pronación de pacientes intubados con SDRA moderado-grave secundario a COVID-19.
- Implementar el registro de cuidados de enfermería antes, durante y después del procedimiento, para aumentar la efectividad y evitar complicaciones asociadas a la técnica

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica

Resultados/Intervenciones

1) La pronación es eficaz y efectiva reduciendo significativamente la hipoxemia. Requiere realizarse precozmente y varias sesiones de mínimo 16 horas. No hay evidencia significativa de que disminuya la mortalidad.
2) Por su complejidad, requiere personal experimentado que minimice riesgos como la extubación accidental o inestabilidad hemodinámica.
3) Estandarizar los cuidados de enfermería es fundamental para gestionar las complicaciones.
4) El equipo de enfermería es el responsable de realizar esta técnica de manera efectiva y segura. Para ello se debe disponer de documentos actualizados, con la máxima evidencia científica.

Conclusiones

Es necesario un check list para el registro y la verificación de cada paso y cuidado de enfermería, necesario para ejecutar y mantener la maniobra. Dada la reciente incorporación del uso terapéutico de la pronación en pacientes con COVID-19, los recursos e investigaciones con suficiente evidencia científica, son escasos

Financiación

propia

ID 223

EL ROL DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO Y CONTROL DEL BALANCE HÍDRICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sara Martínez Loureiro; A. Moro Blázquez; S. González Carretero; L. Pastor Cabanillas; C. Pascual Pascual; M. Tamayo González; C. Gaviero García; V. Lobo Bartol; A. Hurtado Mena; C. Prieto González
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

Se entiende por balance hídrico (BH) la cuantificación de todos los ingresos y pérdidas de un paciente en un tiempo determinado, siendo una de las actividades que diariamente realizamos las enfermeras en las Unidades de Cuidados Intensivos. La correcta determinación de la situación del líquido corporal juega un papel fundamental en el tratamiento de los pacientes críticos. Un mal manejo de los líquidos en dichos pacientes puede afectar negativamente a la evolución de los mismos, complicando incluso las condiciones y patologías de ingreso. Por tanto, es importante establecer una medición del BH estandarizada.

El objetivo de este póster es revisar la evidencia disponible acerca del BH en una UCI con el fin de evitar posibles complicaciones asociadas al desequilibrio hídrico.

Metodología/Observación clínica

Revisión sistemática de bibliografía en las principales bases de datos PubMed, Cinhal, Dialnet y Cochrane Plus.

Resultados/Intervenciones

Se han encontrado 20 artículos que hacen referencia a la importancia del balance hídrico y su influencia en la morbimortalidad. De hecho, puede ser considerado un marcador pronóstico de la evolución clínica. Los errores y variabilidad que con mayor frecuencia se produce al recoger datos sobre el balance hídrico son los datos asociados a las pérdidas insensibles y la estimación de agua endógena.

Conclusiones

Un mal manejo de los líquidos en pacientes críticos puede afectar negativamente en la evolución de los mismos, complicando las condiciones y patologías de ingreso. Se evidencia falta de bibliografía respecto a los cuidados de enfermería en este tema.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Critical care • Fluid balance • Intensive care unit • Nursing

ID 225

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ADULTO PORTADOR DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Araceli Hurtado Mena; L. Pastor Cabanillas; C. Gaviero García; V. Lobo Bartol; C. Prieto González; M. Tamayo González; S. Martínez Loureiro; S. González Carretero; M. Sierra Fernández; MJ. Nájera Vidales
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

La asistencia ventricular izquierda es un dispositivo que suple la función del ventrículo izquierdo del miocardio. Los problemas derivados del implante de asistencias cardiacas izquierdas están asociados a un aumento de la morbimortalidad y a un incremento de los costes sanitarios. Conocer la evidencia científica en relación a los cuidados de enfermería en la asistencia ventricular izquierda en las unidades de cuidados intensivos, junto con la aplicación de cuidados basados en la evidencia en la práctica asistencial, suponen una prioridad actualmente.

El objetivo del presente trabajo es evidenciar los cuidados de enfermería en el paciente adulto portador de asistencia ventricular izquierda.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de artículos científicos en bases de datos de alto impacto como: Pubmed, Embase, CINAHL, teniendo en cuenta algunos protocolos y guías clínicas de diferentes hospitales españoles. El intervalo de búsqueda ha sido de 5 años previos al actual.

Resultados/Intervenciones

Tras realizar la búsqueda bibliográfica se seleccionaron 120 artículos. Los criterios de exclusión elegidos fueron: paciente pediátrico, mujer embarazada, estudios en animales y artículos duplicados; escogiendo finalmente un total de 17 artículos científicos y 3 protocolos hospitalarios.

Conclusiones

La formación del equipo de enfermería mejora la calidad de los cuidados en el paciente adulto portador de asistencia ventricular izquierda dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos y reduce la morbimortalidad derivados de la asistencia prestada. La identificación temprana de riesgos y prevención de posibles complicaciones (disminución del flujo, precarga inadecuada, incremento de postcarga, taponamiento cardíaco, incidencias derivadas de las cánulas, etc.) depende del equipo multidisciplinar pero el papel de la enfermería es fundamental debido al tiempo que permanece asistiendo al paciente.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Intensive Care Unit • Nursing Care • Heart-Assist Devices • Left Ventricular Assist Device

ID 228

ADMINISTRACIÓN DE B-LACTÁMICOS EN PERFUSIÓN EXTENDIDA EN UCI

Esmeralda Gutiérrez Ruiz; L. Barcena Garrido; MM. del Rio Galera
Hospital Universitario del Tajo

Objetivos/Introducción

La perfusión extendida de antibióticos B-Lactámicos (ceftazidima, imipenen-cilastatina, meropenen, cefepime y piperaciclia/tazobactam) es aquella infusión cuya duración es extendida a 3h o 4h para mejorar la eficacia antibiótica y disminuir las reacciones adversas de estos antibióticos.Los pacientes que se benefician más de este tipo de infusión son los pacientes críticos y los pacientes con infecciones mulltirresistentes a gram negativos.

OBJETIVOS:

- Revisar bibliografía existente sobre administración prolongada de los B-Lactámicos en su uso diario en la UCI.
- Actualizar conocimientos sobre la perfusión extendida de ciertos antibióticos en pacientes críticos.

Metodología/Observación clínica

En este trabajo científico fueron consultadas las principales bases de datos biomédicas: Pubmed, Cochrane Library y Google académico. Se utilizaron una serie de palabras clave, junto a una serie de criterios para optimizar la estrategia de búsqueda, la cual tras una lectura crítica quedo reducida a 3 artículos.

Resultados/Intervenciones

En este trabajo se muestra la adecuada administración de antibióticos B-Lactámicos para aumentar los beneficios y la supervivencia de pacientes críticos y multirresistentes mediante la perfusión extendida:Piperaciclina/Tazobactam: Infusión extendida 4h Cefepime: Infusión extendida 3h Ceftazidima: Infusión extendida 3h Meropenen: Infusión extendida 3h Imipenen-cilastatina: Infusión extendida 3h. La 1º dosis de carga se administrará en 30 min en todos los casos.

Conclusiones

- La perfusión extendida de B-Lactámicos se asocia a mejores resultados, más eficacia y mayor supervivencia en pacientes críticos ya que su farmacocinética es tiempo dependiente.
- Los beneficios de la perfusión extendida de los B-Lactámicos se consigue al prolongar el tiempo de concentración plasmática del antibiótico frente a la concentración mínima inhibitoria del microorganismo.
- La máxima capacidad bactericida del antibiótico se encuentra en concentraciones 5 veces por encima de la concentración mínima inhibitoria.

Palabras clave

B-lactámicos, perfusión extendida • perfusión extendida • UCI • antibioticos • gram negativos

ID 229

LA IMPORTANCIA DE LA HUMIDIFICACIÓN ARTIFICIAL DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL PACIENTE CRÍTICO ADULTO: ACTIVA VS PASIVA

Carmen Carrera Castro; M. Turrado Villar; MO. Piñero Marchante; S. Contreras García; MM. Fabelo Santos
Hospital Universitario de Puerto Real

Objetivos/Introducción

En nuestra unidad no existe un protocolo para el manejo de la Humidificación artificial durante la ventilación mecánica (VM). Esto deriva en un déficit de atención clínica, una incorrecta optimización de los recursos disponibles y una inseguridad en el desarrollo de la práctica enfermera durante su proceso asistencial.

La finalidad del trabajo es identificar los últimos avances en el manejo de la humidificación artificial en VM: su relevancia, tipos, indicaciones, ventajas y desventajas, recomendaciones de cambio de filtros antibacterianos-virales e intercambiadores de calor humedad (HME), así como su manejo seguro, para crear en un futuro próximo un protocolo en nuestro servicio que garantice un sistema de trabajo seguro y estandarizado.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica cualitativa con investigación en diferentes bases de datos biomédicas, como PubMed, BVS, MEDES, etc., y con el motor de búsqueda Google Académico, usando los descriptores anexado a la base de datos Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores de la Salud (DECs) y términos libres. Los resultados se resumieron en un ficha de búsqueda científica cumpliendo los objetivos de la revisión y la lectura crítica mediante la plantilla CASPe.

Resultados/Intervenciones

Los resultado revelaron el grado de importancia que supone la humidificación llevada de forma correcta durante la VM para mantener la integridad y preservar la función pulmonar. El tipo de humidificación seleccionada depende principalmente de las características clínicas del paciente crítico. El cambio de filtro antibacteriano-viral y HME va a ir directamente relacionado dependiendo de si el paciente es o no COVID.

Conclusiones

Es necesario mas estudios experimentales y con mayor calidad metodológica para poder extraer información relevante basada en la evidencia. La satisfacción sobre la información obtenida y finalidad del trabajo es bastante aceptable, y podría ser la base para la creación de un futuro protocolo en nuestro servicio de UCI.

ID 230

POR LA LUCHA DE UNA MEJORA EN LOS CUIDADOS AL PACIENTE CRÍTICO: *CHECKLIST*

Carmen Carrera Castro; M. Turrado Villar; MO. Piñero Marchante; S. Contreras García; MM. Fabelo Santos
Hospital Universitario de Puerto Real

Objetivos/Introducción

La estandarización de los cuidados generales en el manejo del paciente crítico en las unidades de cuidados intensivos (UCI) tiene un impacto real en la morbimortalidad. Como consecuencia de la pandemia nuestro sector sanitario tuvo que contratar nuevo personal cuya formación en cuidados críticos eran básica o nula, la formación que se le pudo proporcionar fue centrada en los cuidados al paciente covid. Cuando nuestra situación laboral lo permito quisimos crear una instrumento de ayuda y apoyo para reforzar la calidad asistencial, la seguridad del paciente crítico y la buena práctica enfermera.

Crear un *checklist* de recomendaciones estandarizadas sobre actuaciones con el paciente crítico adulto ingresado en nuestro servicio de UCI, para el inicio de cada turno de trabajo, fomentándo así la comunicación organizada y segura de forma multidisciplinar, previniendo errores e impulsando un trabajo en equipo de manera sistemática.

Metodología/Observación clínica

Se comenzó la revisión bibliográfica cualitativa con búsquedas en bases de datos biomédicas a partir las palabras claves de MeSH y DECs y palabras de libre elección en motores de búsquedas. Se seleccionaron los artículos por la lectura de su resumen, posteriormente, tras la lectura crítica, se clasificaron aquellos que cumplían los criterios del estudio y tenían buena calidad metodológica. Se concluyó con el diseño de un poster mediante el programa de PowerPoint

Resultados/Intervenciones

Se ha conseguido crear una lista de actividades para enfermería sobre el manejo del paciente de UCI, lo que nos garantiza que no se olvide nada importante durante el proceso asistencial. Además, aseguran que las actividades se cumplan de forma estandarizada.

Conclusiones

Esperamos que la creación de este checklist sea una herramienta útil, que contribuya a que la metodología de trabajo en nuestra UCI se aproxime cada vez más un sistema de trabajo sistemático, estandarizado y con optima calidad asistencial.

ID 231

¿ESTAMOS ADMINISTRANDO DE FORMA ÓPTIMA LA TERAPIA INHALATORIA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA?

Carmen Carrera Castro; M. Turrado Villar; MO. Piñero Marchante; S. Contreras García; MM. Fabelo Santos
Hospital Universitario de Puerto Real

Objetivos/Introducción

Existe suficiente información sobre la terapia inhalatoria durante la ventilación mecánica (VM) pero no existen estudios recientes de revisiones bibliográficas que establezcan una respuesta clara sobre la forma más óptima de administrar la terapia inhalatoria durante la VM para conseguir el 100% del objetivo terapéutico, no es inusual que se dé una adecuada prescripción terapéutica y el paciente no reciba los beneficios deseados debido a una incorrecta administración del medicamento.La finalidad del trabajo es conocer qué dispositivos existen en la terapia inhalatoria y cuál es el más adecuado para alcanzar el objetivo terapéutico, a demás de saber en qué trayecto del circuito de la ventilación mecánica la administración de la terapia inhalatoria es más efectiva en el paciente crítico adulto con VM.

Metodología/Observación clínica

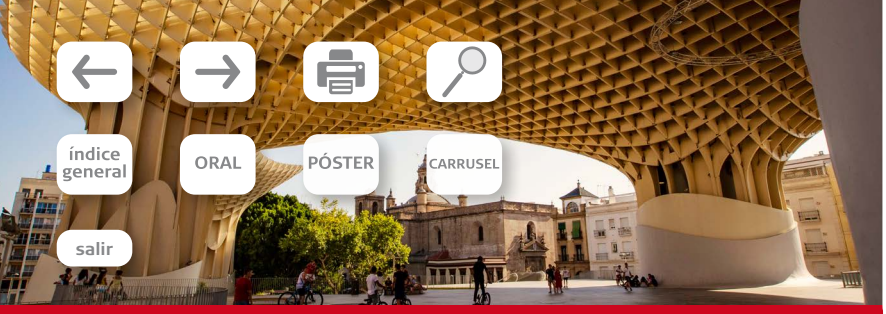
La revisión bibliográfica cualitativa comenzó con la indagación en diferentes bases de datos científicas a partir las palabras claves de Medical Subject Headings y Descriptores de la Salud y de libre elección en motores de búsqueda. Se esquematizaron todos los resultados en una ficha de búsqueda científica. Se dividió la carga de trabajo para que cada autor realizara una lectura crítica y control de calidad metodológica y seleccionaran aquellos que cumplían con los objetivos de la investigación. El resultado fue un poster realizado con Piktochart.

Resultados/Intervenciones

Los estudios seleccionados ofrecieron una visión global de la situación actual de conocimiento sobre esta área, exponen los avances de los dispositivos que administran la terapia inhalatoria durante la VM, pero no se ha encontrado la suficiente evidencia para objetivar la eficacia de un único dispositivo o método de administración.

Conclusiones

Existe una mayor evidencia sobre la eficacia de los nebulizadores de tipo ultrasonido frente a los nebulizadores tipo jet, ya que forman partículas más pequeñas. La rama inspiratoria es el lugar de elección para la administración de la terapia inhalatoria.



ID 232

DELIRIO EN PACIENTES CRÍTICOS ASOCIADO A INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Monica Turrado Villar; C. Carrera Castro; S. Contreras García; MO. Piñero Marchante; MM. Fabelo Santos
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz

Objetivos/Introducción

Entre los sintomas neurológicos presentados durante la infección por sars-cov-2 el Delirio tiene una incidencia entre el 4 - 55% en los pacientes ingresados en UCI, es un sindrome neuroconductual agudo o subagudo que se desarrolla en las primeras horas o dias de ingreso provocando una alteración de las funciones corticales superiores.

El objetivo principal es profundizar en el conocimiento del delirio para mejorar la comprension de esta patologia y sus factores desencadenantes.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda y revisión sistemática de la literatura pertinente, en idioma inglés y español, en Medline and GOOGLE académico. También se consultaron otras bases de datos tales como: Cuiden plus, Pubmed, Cinhal. Incluyó artículos de revisión, reportes de caso, artículos originales, publicados en los últimos 5 años.

Resultados/Intervenciones

Existe una limitada literatura con respecto al manejo de delirio en pacientes con infección por SRAS-CoV-2, por lo que, se sugiere emplear el mismo tratamiento que se administra en los pacientes que desarrollan delirio sin infección por COVID-19, por esta razón, la decisión de tratamiento se basa en los síntomas que presentan, las comorbilidades, así como considerar interacciones farmacológicas y los efectos adversos. Se recomienda el uso de medidas no farmacológicas para la prevención y tratamiento del delirio. Las intervenciones farmacológicas se deben considerar para el tratamiento del delirio hiperactivo con graves problemas del comportamiento.

Conclusiones

En los pacientes infectados por COVID-19 se ha observado la presencia de síntomas neurológicos, que facilitan el aumento de los eventos de delirio, debido a: 1) Infección directa del virus en el sistema nervioso central 2) Debido una respuesta inflamatoria del sistema nervioso central durante el proceso infeccioso Es primordial identificar los síntomas tempranos de delirio y utilizar las pruebas diagnósticas oportunas para iniciar con medidas no farmacológicas y/o farmacológicas, dirigido a controlar factores de riesgo y lograr un descenso en la duración y severidad del delirio.

ID 233

HUMANIZACIÓN EN UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID 19

Monica Turrado Villar; C. Carrera Castro; S. Contreras García; MO. Piñero Marchante; MM. Fabelo Santos
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz

Objetivos/Introducción

Humanizar los Cuidados Intensivos es centrarnos en la persona a la que atendemos, entendiendo que es única, preservando su dignidad y valores, cuidando en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, incluyendo a los familiares y haciéndolos parte del proceso, y finalmente devolver al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que hacen. Incluye servir de punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales; difundir y acercar a la población general los cuidados intensivos y fomentar la formación en habilidades de humanización.

El objetivo principal fue revisar las distintas medidas de humanización llevadas a cabo en uci adaptadas a la época de pandemia por covid 19 vivida, poder mejorar la atención prestada a los pacientes en nuestra uci y reforzar aquellos aspectos en los que considerásemos que no se estuviese realizando adecuadamente.

Metodología/Observación clínica

Se realizo una búsqueda y revisión sistemática en bases de datos como Medline, Cuiden plus, Dialnet, Cinhal, Pubmed y Google académico Se realizó una búsqueda y revisión de literatura disponible para valorar cómo se llevó a cabo la humanización en la atención a pacientes críticos con covid 19 ingresados en UCI desde el inicio de la pandemia, así como la respuesta a sus familiares.

Resultados/Intervenciones

La pandemia ocasionó una brecha en la tríada atención paciente-médico-familiar, debido a las medidas de protección y aislamiento requeridas para evitar la infección del personal de salud y la comunidad. El cuerpo sin vida debía ser tratado con recomendaciones especiales. En España aquel paciente en etapa final de vida tenía personal de enfermería y médico intensivista a su cargo, que realizaba el proceso de acompañamiento al paciente y sus familiares.

Conclusiones

Pese a las circunstancias inusuales y dramáticas vividas en la pandemia por covid 19, en las unidades de cuidados intensivos surgieron muchas estrategias para brindar un cuidado humanizado a pacientes y familiares.

ID 235

REVISIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LA ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE DECÚBITO PRONO

M. Montserrat Aran Esteve; S. Frances Julián; S. Renard Tissedre; P. Saco Casado; A. Vicalvaro Álvarez; N. Martínez Puerto; M. Rodríguez Gómez; MJ. Sala Torres; P. Girón Espot; E. Gallart Vive
Hospital Universitario Vall Hebrón

Objetivos/Introducción

La técnica de decúbito prono (DP) ha demostrado ser una medida terapéutica eficaz ofreciendo beneficios fisiológicos y clínicos. Diversos estudios muestran que el conocimiento de la técnica y un personal entrenado en la maniobra pueden disminuir las tasas de mortalidad y el número de complicaciones.Durante la pandemia por COVID-19, la técnica de DP se ha convertido en una maniobra muy habitual. La incorporación al equipo asistencial de profesionales poco expertos en el manejo del paciente crítico hace aún más evidente la necesidad de tener protocolos actualizados y basados en la mejor evidencia disponible.

OBJETIVO: Actualizar el protocolo del DP con la finalidad de disminuir complicaciones y aumentar la seguridad de los pacientes.

Metodología/Observación clínica

En la estrategia de búsqueda bibliográfica se consultaron las bases de datos: Pubmed, EMBASE, CINAHL, Web of Science, Scopus y Google Académico. La búsqueda se acotó a artículos publicados los últimos 5 años, en inglés y español, y se excluyeron los relacionados a pacientes pediátricos Las palabras clave utilizadas fueron “decúbito prono”, “síndrome de dificultad respiratoria del adulto”, “cuidados enfermería” y “cuidados intensivos “con el operador booleano AND y OR para acotar la búsqueda.

Resultados/Intervenciones

Se seleccionaron 8 artículos que respondían a la pregunta de investigación. Se realizó la actualización del protocolo existente incorporando nuevas evidencias disponibles y herramientas desarrolladas intraservicio como son: incorporación de checklists pre- prono y pre-supino, detalle exhaustivo de la maniobra de pronación y supinación (soporte fotográfico y de video), puntos de énfasis de todo el proceso e inclusión de intervenciones enfermeras para prevenir y detectar posibles complicaciones.

Conclusiones

Es importante tener la estandarización y sistematización de las acciones de enfermería basadas en la evidencia, ajustadas a cada institución y actualizadas, para poder ofrecer un cuidado holístico e integral. Los cuidados que ofrece enfermería en esta técnica son fundamentales parar asegurar unos cuidados de calidad.

Financiación

Proyecto no financiado.

Palabras clave

Decúbito prono • Síndrome de dificultad • respiratoria del adulto • Cuidados enfermería • Cuidados intensivos

ID 236

HIGIENE DE MANOS ANTES DE LA ASPIRACIÓN POR TOT MEDIDAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA DEL PERSONAL

Manuela Prieto Mariscal
Hospital Universitario de Navarra

Objetivos/Introducción

- Evaluar cómo se realiza higiene de manos (HM) antes de la aspiración endotraqueal en una Unidad de Cuidados Críticos.
- Mejorar la higiene de manos en el personal. Elaborar una infografía.
- Medidas como mejor acceso a la solución desinfectante, que puedan elevar el número de personas que realizan la higiene correctamente.
- Evaluar la mejora.

Metodología/Observación clínica

EVALUACIÓN: HM Se realiza estudio observacional, visualizando si hay Higiene de Manos antes de la aspiración de secreciones por TOT (tubo oro traqueal) en una unidad de cuidados Intensivos. Para aleatorizar los datos, se observa al personal que trabaja en el box 5. Se realizan una cantidad de 27 observaciones que se van apuntando en una lista como SI/NO.

INFOGRAFÍA: Elaboración de infografía describiendo la técnica de aspiración por TOT que se pone a disposición del personal.

MEDIDAS DE MEJORA: Colocación de la solución alcohólica junto a las mascarillas, para unirlo a un objeto de protección personal que tiene más seguimiento.

Resultados/Intervenciones

Se consigue mejorar la HM en el personal que colabora en la aspiración de secreciones en Uci-B por TOT en un 20%.

Conclusiones

Como enfermeras, tenemos más interiorizadas otras medidas que se suponen más protectoras hacia el personal, como el uso de mascarilla o HM después de tocar al paciente. Es por ello que se debe reforzar aquellos cuidados que, por sencillos, a veces dejamos más descuidados.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Higiene Manos • Aspiración tubo traqueal

ID 237

MOVILIZACIÓN PRECOZ EN PACIENTE ADULTO QUIRÚRGICO SOMETIDO A CIRUGÍA CARDIACA EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Cristina Gaviero García; C. Grande García; CE. Suay Ojalvo; N. López Parra; R. Canalejas Diaz; CH. Camacho Linares; A. Aldamiz-Echevarría del Palacio; M. León Benito; V. Lobo Bartol
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

La movilización precoz del paciente adulto intervenido de cirugía cardiaca ha demostrado tener múltiples beneficios en este tipo de pacientes, como reducir la estancia hospitalaria o la morbimortalidad. La valoración del dolor, así como otros signos y síntomas es fundamental para prevenir y detectar posibles complicaciones asociadas.

OBJETIVO: Evaluar la evidencia científica para mostrar los beneficios derivados de la movilización precoz en el paciente sometido a cirugía cardíaca, actualizar los cuidados de enfermería en dicha materia así como incrementar la formación del personal de enfermería dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos Quirúrgicos.

Metodología/Observación clínica

Utilizando la estrategia PICO se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos de alto impacto como: Pubmed, Embase, CINAHL, teniendo en cuenta algunos protocolos y guías clínicas de diferentes hospitales españoles. Se revisó la literatura científica con un periodo de publicación entre los años 2016 y 2022.

Resultados/Intervenciones

Fueron seleccionados 18 artículos de 32 tras aplicar los criterios de inclusión elegidos (paciente adulto, postoperatorio cirugía cardiaca, Unidad Cuidados Intensivos).

Conclusiones

La movilización precoz en el postoperatorio de pacientes adultos sometidos a cirugía cardiaca reduce las complicaciones derivadas de la misma, la estancia hospitalaria con repercusión directa en los costes sanitarios y la morbimortalidad. Existe numerosa literatura científica acerca de los beneficios de la movilización precoz pero es escasa cuando nos referimos a los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes y su relación con la técnica de la movilización.

Palabras clave

Early mobilization • Intensive care unit • Nursing care cardiac surgery

ID 238

SEDACIÓN INHALATORIA EN PACIENTE CRÍTICO CON SARS-CoV-2 Y TERAPIA ECMO

José Robles Carrión; FJ. Vega Vázquez; JA. Pérez Merino
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

La sedación es un componente esencial en el manejo de los pacientes de UCI. Gran porcentaje de pacientes COVID recibe sedación durante estancia debido a su grave estado respiratorio y físico, y por nivel de invasividad y cuidados de enfermería. La complejidad creciente y aumento de la tolerancia en sedaciones muy prolongadas, ofrece problemas en manejo con sedantes habituales, siendo sedación inhalatoria, una alternativa para sedación difícil.

OBJETIVO PRINCIPAL: Describir evolución de paciente de UCI por COVID-19.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer sedación inhalatoria en paciente crítico con ECMO que presenta sedación difícil.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo, analizando la evolución de paciente ingresado UCI por COVID-19 del Hospital Regional Virgen Macarena (Sevilla), realizando revisión bibliográfica y actualización en bases datos.

Resultados/Intervenciones

Paciente varón de 34 años ingresa 15 diciembre 2021 por insuficiencia respiratoria hipoxémica con neumonía bilateral Sars-Cov-2 Al ingreso en UCI, comienza con ONAF alternado con BIPAP, tras mala evolución clínica,se intuba a los diez y tras 3 pronos (17,25y29 diciembre) se coloca ECMO VV el día 30 diciembre y continúa hasta la actualidad. Requerimiento de sedación,analgesia y relajación van aumentando,sin conseguir adecuada adaptación a ventilación mecánica, surgiendo problemas de presiones ECMO y caídas de flujo sanguineo con repercusiones en saturación, por lo que se opta por introducir la sedación inhalatoria con Isoflurano, mediante dispositivoAnaConDa®, día 11 enero con resultados muy satisfactorios.

Conclusiones

La sedación por vía inhalatoria, supone una alternativa a sedación convencional, que hemos realizado mediante el dispositivo AnaConDa®. Disminuyendo drásticamente, dosis de analgosedación y relajación y mejorando la adaptación y recuperación de nuestro paciente. La mayor ventaja de esta vía de administración es mínimo metabolismo y escasa acumulación de agentes halogenados, lo que proporciona gran precisión en control de sedación, con rápida y predecible recuperación. Se monitorizó al paciente mediante un analizador de gases, que mide concentración de gas al final de la espiración, así como con el índice biespectral.

Palabras clave

Sedación inhalatoria • Isofluorano • ECMO

ID 239

ACTIVIDAD FORMATIVA INTRASERVICIO PARA REFERENTES ENFERMEROS EN ACCESOS VASCULARES ECOGUIADOS EN LA UCI HUA-TXAGORRITXU

Eva Gutiérrez Fernández[1]; JM. Luciano Sánchez[1]; RD. Sereno Barrancas[1]; L. Nafarrate Ruíz[1]; S. Vara Martínez[1]; PM. Estévez Pérez[1]; L. Pascual Sánchez[1]; L. Samaniego Bóveda[1]; I. Lorenzo Fernández[1]; FJ. Amo Setién[2]
1. HUA Txagorritxu - OSI ARABA, HUA Txagorritxu - OSI ARABA; 2. Escuela Universitaria de Enfermería - Universidad de Cantabria

Objetivos/Introducción

Investigaciones realizadas en las UCIs de la OSI-Áraba tras la impartición de diversas actividades formativas en accesos vasculares ecoguiados muestran insatisfacción entre el equipo de enfermería.

OBJETIVO: Describir una nueva actividad formativa intraservicio para referentes enfermeros en accesos vasculares ecoguiados en la UCI del HUA-Txagorritxu.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo-longitudinal realizado en 2021 en la UCI HUA- Txagorritxu OSI Araba. Muestra: profesional de enfermería habitual de la UCI Txagorritxu Variables: características demográficas, dificultades y satisfacción. Se recogen los datos post-formación a través de un formulario estructurado, anónimo y voluntario, difundido a través de Jakinsarea; se procede a su análisis estadístico mediante SPSS 23.0.

Resultados/Intervenciones

La actividad formativa se cursó en dos periodos de 3 meses y se dividió en dos módulos: teórico y práctico. En el primero se realizó una lectura crítica de protocolos y estudios de investigación por parte de los futuros expertos y se les impartieron conocimientos teóricos de carácter presencial. El segundo se compuso de 2 subsecciones: punción simulada y punción tutorizada en pacientes. Respondieron al cuestionario 10 profesionales, siendo el 100% mujeres. La mayor dificultad encontrada fue la visualización de la aguja en la pantalla. El 100% profesionales consideraron esta formación intraservicio más dinámica y enriquecedora que formaciones previas. Como áreas de mejora: formación y apoyo.

Conclusiones

La impartición de actividades formativas para expertos referentes en accesos vasculares ecoguiados en la UCI del HUA-Txagorritxu más adaptadas a las necesidades de los profesionales obtiene como resultado un incremento en la destreza, habilidad y capacidad para el desarrollo de la técnica, aumento de la seguridad y satisfacción del equipo, además de una mejora en el manejo del material. Limitaciones: Se precisa tiempo para desarrollar destreza nivel experto.

Financiación

No financiado

Palabras clave

Actividad formativa • Accesos vasculares • Ecoguiada • Enfermería • Cuidados intensivos

ID 240

LA IDONEIDAD DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN PRECOZ

David Esteve Casanovas[1]; A. Villamor Ordozgoiti[1]; V. Sierra Soto[1]; S. Granero Martínez[1]; M. Castán Boldellou[1]; C. Rodríguez Triviño[2]; N. Domínguez Cruz[1]; P. Calderón Herrera[1]; L. Rodríguez García[1]; S. Darriba Jiménez[1]
1. Hospital Clínic de Barcelona; 2. Hospital Parc Taulí

Objetivos/Introducción

La hospitalización no es un fenómeno inocuo, entre el 3-9% de los usuarios experimentan un evento adverso (EA), este es frecuente y está asociado a mayor estancia hospitalaria y mortalidad. Los usuarios presentan signos de deterioro que pueden manifestarse hasta 24h previas al colapso. En respuesta al EA surgen las escalas de valoración precoz y los sistemas de respuesta rápida para identificar y realizar un tratamiento precoz. Se pretendió identificar y analizar los usuarios que requieren un trasladado a críticos.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en un hospital de alta complejidad en 2016, al 100% de la población con episodio de deterioro clínico trasladada a críticos. Registro realizado reuniendo los criterios éticos y sin interferir en el proceso asistencial, de variables a estudio. Estudio estadístico uni-bivariable, con estadísticos de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas; tras el análisis de normalidad, para contrastes se considera error 5% confianza 95% y significancia para $p<0,05$.

Resultados/Intervenciones

Sufrieron evento adverso con traslado a críticos n=448 usuarios, edad media de 65a (IC95% 63 66). La supervivencia fue del 78,57%, con un 21,43% de mortalidad (n=96). La estancia hospitalaria posterior al EA fue 22,36 (DSt 22,99), de los cuales a críticos 8,73 (DSt 11,68) con 2,95 días VMI (DSt 8,23). El desencadenante fue mayoritariamente shock séptico (21,20% n=95), seguido de insuficiencia respiratoria (18,08% n=81). El estudio de contrastes mostró diferencias significativas respecto a la supervivencia en la edad, la procedencia y motivo ingreso. El valor más predictivo de sufrir evento adverso, con riesgo >20% de Exitus, es un NEWS >6 (6h previo colapso).

Conclusiones

Las escalas de valoración precoz son herramientas objetivas que permiten la identificación y tratamiento precoz del deterioro clínico. Su instauración disminuye la morbimortalidad y aumenta la calidad asistencial.

Financiación

Premio proyecto investigación 2021 de la Sociedad Catalana de Medicina Intensiva i Crítica. Se declara ausencia de conflicto de interés.

Palabras clave

Paro Cardiaco D006323 • Equipo Hospitalario de Respuesta Rápida D057209 • Telemonitorización DDCS057899 • Cuidados Críticos D003422 • Enfermería de Cuidados Críticos D064648 • Calidad de la Atención de Salud D011787 • Seguridad del Paciente D061214

ID 242

SISTEMA DE RESPUESTA RÁPIDA: LA EXTENSIÓN DE LOS CUIDADOS CRÍTICOS

David Esteve Casanovas[1]; A. Villamor Ordozgoiti[1]; V. Sierra Soto[1]; M. Bravo Rodríguez[1]; S. Aguilar Malgrat[1]; JA. Sánchez Martínez[1]; S. Darriba Jiménez[1]; C. Rodríguez Triviño[2]; C. Cuenca González[1]; S. Granero Martínez[1]
1. Hospital Clínic de Barcelona; 2. Hospital Parc Taulí

Objetivos/Introducción

La disponibilidad de camas de críticos es insuficiente para dar respuesta a una mayor complejidad técnica, edad y comorbilidad de los usuarios. La detección del deterioro clínico previene el evento adverso (EA). Los Sistemas de Respuesta Rápida (SRR) son esenciales para la identificación y tratamiento precoz. Se pretende evaluar el impacto de la implementación de un SRR.

Metodología/Observación clínica

Estudio cuasi experimental durante 2020-2022 en hospital de alta complejidad. Fase1: Estudio descriptivo observacional retrospectivo 2016, se analiza morbimortalidad usuarios con deterioro clínico, previa intervención. Fase 2: Implementación de SRR, unidades seleccionadas, basada en detección del deterioro según escala NEWS2. La implementación requirió intervención formativa, organización del SRR con equipos asistenciales y telemonitorización para la detección precoz del EA. Tras intervención, se realiza evaluación y contraste pre-post en unidades seleccionadas. Se incluyeron todos EA ocurridos durante 2021 tras implementación SRR como Grupo Experimental (GE). Grupo Control (GC), EA ocurridos en las mismas unidades durante 2016 pre-implementación. Se consideró (error-5% confianza-95%) significancia para $p<0,05$.

Resultados/Intervenciones

El GE (año 2021) registró n=86 casos EA, con GC (2016) n=52 en las mismas unidades y período. Diferencia proporcional a ingresos hospitalarios en 2016 vs 2021 al reducir la estancia media. La supervivencia, sin diferencias significativas, mostró en GC una mortalidad de 15,38% respecto a 11,63% GE, y una supervivencia a 28 días de 75% en GC y 80% en GE. Aunque no ofrecieron significancia estadística, la estancia en UCI GC media 5,76 (DSt 5,10) y GE 3,84 (DSt 4,05), y estancia hospitalaria total post EA GC media 19,42 (DSt 27,98), GE 16,43 (DSt 21,95). Los días sometidos a ventilación mecánica ($p<0,01$) en GC media 1,083 (DSt 3,56) y GE 0,5 (DSt 0,89).

Conclusiones

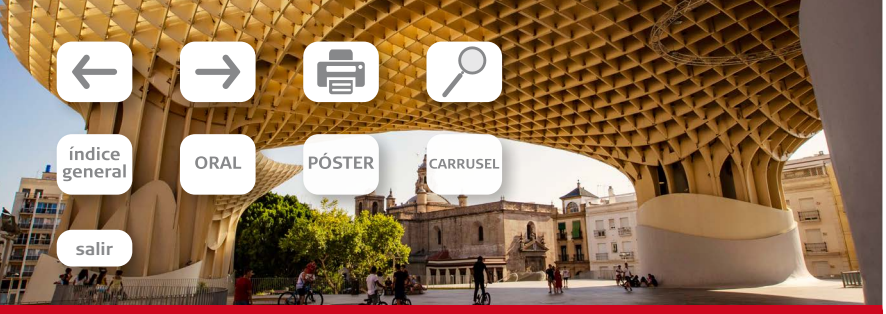
La extensión de los cuidados críticos a las unidades de hospitalización convencional es una realidad precisa para la seguridad y calidad asistencial.

Financiación

FEDER y premio proyecto investigación 2021 de la Sociedad Catalana de Medicina Intensiva i Crítica. Se declara ausencia de conflicto de interés.

Palabras clave

Paro Cardiaco D006323 • Equipo Hospitalario de Respuesta Rápida D057209 • Telemonitorización DDCS057899 • Calidad de la Atención de Salud D011787 • Seguridad del Paciente D061214 • Atención de Enfermería D009732 • Enfermería de Cuidados Críticos D064648 • Resultados de Cuidados Críticos D000066891



ID 245

COVID Y FAMILIAS

Neus Tomas Ordiñana; MJ. Marmol Cubillo; M. Sola Ferrer
Althaia Manresa

Objetivos/Introducción

Althaia, dispone de una UCI de puertas abiertas, por eso durante la pandemia los profesionales nos esforzamos ofreciendo alternativas a la falta de visitas para evitar acrecentar el desequilibrio y los sentimientos negativos en las familias, ayudándoles así a pasar esta situación de la mejor manera. Decidimos contactar con personal sanitario, ya que ellos también han sufrido: saber cómo evoluciona la enfermedad y sus consecuencias, produce ansiedad.

OBJETIVO: Determinar la vivencia de profesionales familiares de pacientes ingresados Covid19.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo, mediante encuestas 20 sanitarios familiares de pacientes ingresados durante la primera ola de pandemia. con preguntas dicotómicas. Soporte Excel.

Resultados/Intervenciones

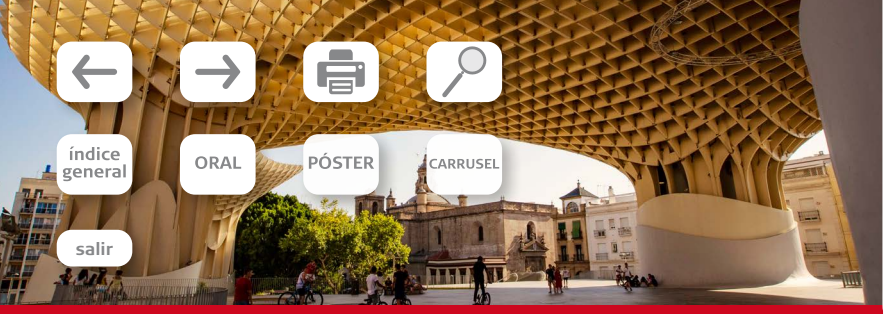
recogemos las encuestas con el 100% de encuestas contestadas. Como personal del hospital, ¿cómo has vivido la restricción de visitas? con angustia (50%) con tristeza (50%) ¿Cómo fué tu reacción al saber que a tu familiar le iban a realizar técnicas complejas? angustia (16'7%) miedo (50%) inseguridad (33'3%) ¿Te preguntaste en algún momento el tiempo que iban a durar estas técnicas? nunca (40%) a veces (10%) a menudo (50%) ¿Te sentías amparado por el personal? si (80%) no (2%) a veces (18%) ¿Sentías que la información proporcionada era sincera? totalmente (85%) para nada (15%) 6.- Los medios alternativos facilitados a la falta de visitas presenciales, ¿fueron suficientes y satisfactorios? 100% si ¿Te has sentido con privilegios? si (75%), no (5%) a veces (20%)

Conclusiones

El hecho de saber y trabajar en Intensivos no reduce la ansiedad, la aumenta ya que són realistas sobre las consecuencias tanto del estado del paciente como de las técnicas a realizar: sus complicaciones y la dificultad de recuperación. Sienten que la información es realmente sincera. Los familiares refieren que les pasan miles de cosas por la cabeza que saben que pueden pasar y para lo que no estan preparados. Los medios alternativos fueron suficientes y se informaron correctamente. Tuvieron mas facilidades y se sintieron privilegiados.

Palabras clave

covid • familia • UCI abierta • visitas alternativas



ID 246

Aplicación de un protocolo multidisciplinar de movilización precoz en pacientes con politraumatismo de alta energía en UCI. A propósito de un caso

Irene Reynals Hidalgo; D. Moya Francés; D. Gil Castillejos; M. Magret; P. Mínguez; S. Manrique; MT. Cabas; A. Arasa; JL. Rodíguez
Hospital Joan XXIII Tarragona

Objetivos/Introducción

Caso clínico: mujer de 63 años con politraumatismo de alta energía (traumatismo raquídeo y torácico). Requiere inmovilización cervical (lesión C2) e intubación orotraqueal (IOT) por volet costal, fractura esternal y contusión pulmonar. Ingreso en UCI.

El objetivo fue mejorar la función respiratoria independiente de la VM, la funcionalidad de la paciente (incrementando su movilidad y su fuerza muscular) y conseguir deambulación autónoma al alta de UCI.

Metodología/Observación clínica

Al ingreso precisa IOT+VM+analgosedación y se inicia el protocolo multidisciplinar de movilización precoz (MP). Tras la fijación quirúrgica cervical, progresa en el weaning desconectándose con oxígeno de alto flujo pero claudica por volet costal y fractura esternal. La fractura cervical se complica con una fístula de líquido cefaloraquídeo y meningitis que precisa drenaje lumbar externo.

Resultados/Intervenciones

En la primera semana de ingreso inicia la MP en el nivel I ya que la paciente se encuentra analgosedada (sedación moderada). Evoluciona correctamente alcanzando todos los niveles del protocolo hasta conseguir deambulación asistida con grúa y arnés (10 metros(m) inicialmente, avanzando hasta 33m y consiguiendo 66m el día de alta a planta). Primer MRC al 5º día de ingreso (21 puntos), aumentando exponencialmente 42-51-52 hasta su traslado a planta de hospitalización convencional. Este protocolo de MP junto con la fisioterapia respiratoria (enfatizando el traumatismo torácico y contusión pulmonar presentes) refuerza el progreso en el weaning que concluye con 32 días(d) de conexión a VM, 60d de estancia en UCI y 49d de hospitalización convencional.

Conclusiones

Los traumatismos raquídeos y torácicos complicados con procesos de weaning prolongados favorecen la aparición de debilidad muscular adquirida en el paciente crítico. Los protocolos multidisciplinares de MP junto con sedaciones ligeras y colaborativas combaten esta debilidad. Además favorecen la reducción de los días de VM y una mejor autonomía y funcionalidad en el momento del alta.

Palabras clave

Politraumatismo • Movilización Precoz • Paciente Crítico • Ventilación Mecánica • Rehabilitación

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
Inconsciente	Consciente	Consciente	Consciente	Consciente
Movilizaciones pasivas de las extremidades. Cambios posturales c/4h. Sedestación en la cama (posición silla, 70º). 2 veces al día.	*Idem nivel 1* Ejercicios activos-asistivos y activos de las extremidades.	*Idem nivel 2* Ejercicios activos-asistivos, activos y contra resistencia de las extremidades. Ejercicios de control de tronco	*Idem nivel 3* Introducción a las actividades de la vida diaria.	*Idem nivel 3* Entrenamiento de la bipedestación. Marcha 2 veces al día. Realización de las actividades de la vida diaria.
Objectivo: - Estabilidad clínica. - Retirada de sedación.	Objectivo: - Movimientos activos contra gravedad de las extremidades superiores.	Objectivo: - Aumento de la fuerza del tronco. - Mover las extremidades inferiores contra gravedad. - Preparación para tolerar el peso corporal.	Objectivo: - Tolerancia del peso corporal. - Sedestación en silla. - Realización de algunas actividades de la vida diaria.	Objectivo: - Deambulación. - Autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria.

ID 247

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN

Esther Bonet Cruces; M. Costa Moreno; C. del Puerto Sevilla; V. Pérez González; M. Mir Espàrrech; C. Ramos Salido
Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

Evitar complicaciones derivadas de la movilización de los pacientes con balón de contrapulsaciónProporcionar unas bases para minimizar las dificultades que aparecen en el momento de la movilización.

Prevenir la movilización accidental del balónEl balón es un sistema de soporte cardiocirculatorio transitorio que tiene la finalidad de aumentar el flujo coronario, periférico y cerebral disminuyendo la demanda miocárdica de oxígeno. El inflado se produce durante la diástole ventricular y el desinflado durante la sístole. El equipo consta de un catéter arterial intraaórtico que va conectado distalmente a una consola externa.

Metodología/Observación clínica

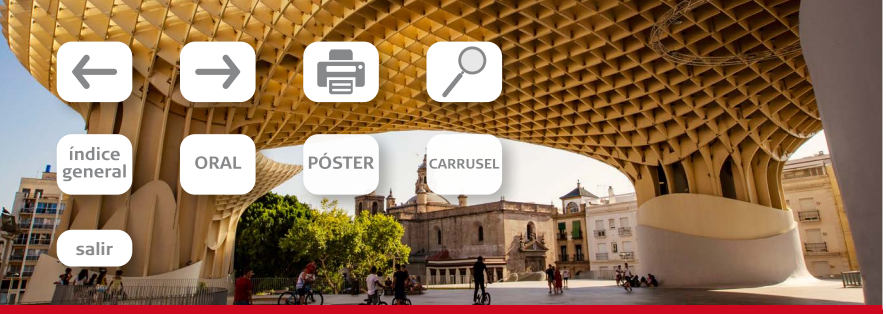
Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: CINAHL, Medline Pubmed y Science Direct.

Resultados/Intervenciones

Después de una búsqueda y revisión bibliográfica se obtienen las siguientes recomendaciones para realizar los cuidados del paciente con seguridad. En primer lugar solo se moverá al enfermo cuando exista cierta estabilidad hemodinámica. Se preparará todo el material previsible antes de la actuación.Se deberá poner el balón en espera y se verificará que la estabilidad del enfermo no está comprometida. Se movilizará en bloque realizando un decúbito lateral sin flexionar la pierna donde esté colocado el balón. Una vez finalizados los cuidados se volverá a iniciar la consola y se verificará la sincronía balón-latido. Se verificarán pulsos pedio y tibial posterior y temperatura y coloración de las extremidades inferiores.Se dejará la cama en anti-Trendelemburg sin levantar el cabezal.

Conclusiones

Se movilizará al enfermo cuando sea estrictamente necesario. Los cambios posturales se realizaran sin movilizar la extremidad inferior donde este inserido el balón. Es necesario pausar y reiniciar el balón antes de cada movilización, siempre y cuando el paciente lo tolere.El enfermo acabará siempre en decúbito supino y en anti-trendelemburg.



ID 248

EXPERIENCIA DE COLOCACIÓN DE CATÉTERS PICC MEDIANTE PUNCIÓN ECO-GUIADA

Aida García Medina; L. Tello Trigo
HUGTIP

Objetivos/Introducción

La necesidad de colocar catéteres en los pacientes y minimizar las complicaciones, obliga a las enfermeras a investigar otras formas para su inserción. El catéter venoso central de inserción periférica (PICC) puede ser insertado mediante punción por ecografía guiada.

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal retrospectivo. Se formaron dos enfermeras para ser especialistas en ECO-guiada que, a su vez, realizaron sesiones informativas y talleres prácticos. Se recogió información de los catéteres insertados durante 2018 para su posterior análisis estadístico.

Resultados/Intervenciones

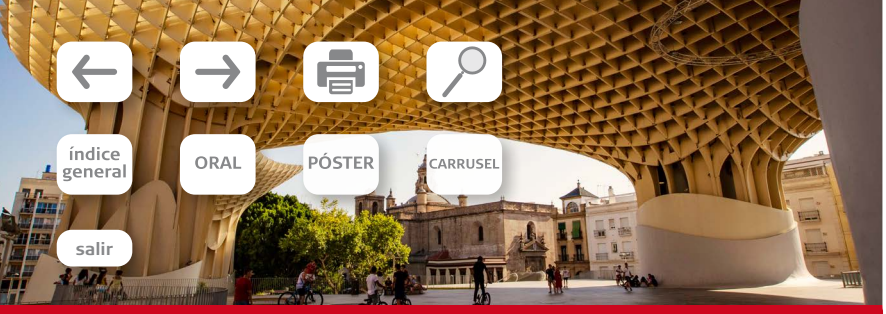
Previo a las sesiones formativas, se intentaron colocar 86 catéteres PICC de los cuales 69 fueron insertados por punción ECO-guiada, 60 tuvieron éxito y 9 no, con una media de 1,49 intentos de pinchazo. De los 17 PICCs sin ecógrafo, 13 tuvieron éxito y 4 no, con una media de 1,64 intentos de pinchazo. Después de la primera sesión formativa, de enero hasta junio de 2019, con 116 catéteres PICC, 94 se insertaron con punción ECO-guiada de los cuales 85 tuvieron éxito y 9 no, con una media de 1,63 intentos de pinchazo. Por otro lado, 22 sin ECO de los cuales 18 tuvieron éxito y 4 no, con una media de 1,69 intentos de pinchazo. Desde julio hasta diciembre de 2019 (2ª sesión formativa), se intentaron 78 catéteres PICC, 74 por ECO-guiada de los cuales 70 tuvieron éxito y 4 no se pudieron colocar, con una media de 1,2 intentos de pinchazo. Por otro lado, 4 sin ECO, dos con éxito y dos sin, pero con una media de dos pinchazos por intento.

Conclusiones

Se tiende a la técnica de punción ECO-guiada. Las sesiones informativas y los talleres prácticos son estrategias que pueden aumentar el uso de esta técnica de canalización y el éxito.

Palabras clave

Eco-Guiada • Catéter central periférico • enfermería



ID 249

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA EL TRASLADO INTERHOSPITALARIO (TIH) DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL DISTRÉS RESPIRATORIO DEL ADULTO (SDRA) EN DECÚBITO PRONO (DP) EN UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL AVANZADO (USVA)

Carlos González Muñoz; B. Violant Gómez; A. Bueno Luna; À. Soto Garcia; R. Garrido Massana; JC. Rubio Reoyo; I. Vázquez González; Y. Ferreres Ramia; O. Guiamet Redondo; S. Sánchez Hernández
Sistema d'Emergències Mèdiques

Objetivos/Introducción

El uso del DP se ha incrementado en los últimos años como maniobra de rescate en casos de fracaso respiratorio agudo. Estos pacientes, a menudo requieren el traslado a sus centros de referencia para la aplicación de terapias más avanzadas en el marco de la escalada terapéutica. Dada su elevada inestabilidad clínica y la mala tolerancia al Decúbito Supino (DS), el traslado en DP representa en muchas ocasiones la única alternativa terapéutica. Dado que no es una técnica exenta de complicaciones, en el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) de Cataluña, hemos elaborado una guía de actuación multidisciplinar para la realización de la maniobra y el TIH en DP con la finalidad de minimizar errores y aumentar la seguridad en las USVA.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica a través de las bases de datos de MEDLINE, EMBASE y PsycINFO, extrayendo artículos referentes al uso de la maniobra de DP, traslado interhospitalario de pacientes críticos, cuidados de enfermería al paciente en DP.

Resultados/Intervenciones

Hemos elaborado una guía de actuación multidisciplinar que comprende las diversas fases del procedimiento: 1. Preparación del personal y del paciente: Recursos humanos y materiales suficientes. Información recibida y entendida. Dispositivos del paciente asegurados y controlados. Cuidados de enfermería previos realizados. 2. Ejecución de la maniobra: Liderazgo definido, correcta colocación del personal, posicionamiento apropiado del paciente en la camilla, fijación de dispositivos externos. 3. Cuidados de enfermería durante el traslado: Control frecuente de constantes vitales, asegurar la permeabilidad de la vía aérea (VA), garantizar la correcta fijación del paciente y de sus dispositivos. 4. Transfer del paciente: Consensuar estrategia con hospital receptor, asegurar la transmisión de información, limpieza de la USVA y debriefing del TIH.

Conclusiones

Ofrecemos una herramienta de trabajo con el fin de aumentar la seguridad del paciente, disminuir las complicaciones derivadas del tratamiento y ayudar al personal a proporcionar los cuidados de forma eficaz y segura.

Palabras clave

Decúbito Prono • Traslado interhospitalario • Síndrome del distrés respiratorio

ID 250

SOPORTE CON ECMO PARA LAVADO PULMONAR BILATERAL EN PACIENTE CON PROTEINOSIS ALVEOLAR

Nira Lauriño Verdugo; P. Fernández Sánchez; L. Caniglia Lavallen; A. Lamora Martí; AM. Palomino Barbero; ST. Spiliopoulou; P. Giron Espot; J. Riera del Brío; E. Gallart Vivé
Hospital Campus Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una enfermedad rara caracterizada por la acumulación de proteínas del surfactante en los alveolos que puede provocar insuficiencia respiratoria grave. El tratamiento de elección es el lavado pulmonar total (LPT) que en este caso se realizó en ambos pulmones simultáneamente requiriendo soporte con oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO).

OBJETIVO: Describir las intervenciones de enfermería durante el LPT con soporte ECMO dentro del equipo multidisciplinar

Metodología/Observación clínica

Paciente de 51 años con insuficiencia respiratoria grave por PAP que requiere ventilación mecánica y desarrolla hipoxemia refractaria a las medidas convencionales. La realización de la maniobra de LPT mediante el método habitual es imposible por la gravedad de la situación respiratoria. Se decide realizarlo de forma simultánea en ambos pulmones bajo soporte con ECMO veno-venoso (V-V).

Resultados/Intervenciones

- Planificación de la secuencia de técnicas a realizar por parte de todo el equipo.
- Preparación del paciente, material y espacio.
- Canulación percutánea fémoro-femoral y entrada en ECMO V-V.
- Cuidados del paciente en ECMO y prevención de complicaciones.
- Colocación de tubo orotraqueal de doble lumen y posterior apnea.
- Colocación de chaleco neumático y determinación del tiempo e intensidad de las vibraciones por el equipo de fisioterapia.
- Montaje de sistema de irrigación de suero fisiológico calefactado y drenaje por tubo orotraqueal mediante aspiración.
- Lavado de 15 litros por pulmón, sincronizando tiempos de irrigación-aspiración (instilación 500 ml, vibración 10 minutos y aspiración posterior) hasta la aparición de débito claro. Asegurando balance neutro.
- Realización de fibrobroncoscopia.
- Reconexión a ventilación mecánica.
- Decanulación de ECMO V-V a las 24 horas.

Conclusiones

En el proceso de LPT bilateral con soporte en ECMO a pacientes con PAP severa, el papel de las enfermeras especialistas en ECMO es esencial dentro del equipo multidisciplinar

Financiación

No existen fuentes de financiación públicas o privadas en la realización del presente estudio

Palabras clave

ECMO • Lavado Pulmonar Total • Enfermera especialista • UCI • Proteinosis Alveolar Pulmonar • Insuficiencia respiratoria grave

ID 251

IMPLANTACIÓN DE UN *CHECKLIST* DE SEGURIDAD PARA EL TRASLADO INTERHOSPITALARIO (TIH) DE PACIENTES PORTADORES DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF) EN UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO (USVA)

Borja Violant Gómez; C. González Muñoz; I. Anglès Sabaté; À. Soto Garcia; R. Garrido Massana; JC. Rubio Reoyo; I. Vázquez González; A. Castro Navarro; M. Aguilera Matamoros; E. Espases Calvet
Sistema d'Emergències Mèdiques

Objetivos/Introducción

La aplicación de la OAF se ha incrementado en los últimos años, especialmente en aquellos centros sanitarios sin unidad de cuidados intensivos (UCI), requiriendo el TIH a hospitales de referencia con UCI a posteriori; El mantenimiento de la terapia y de los cuidados representa un pilar fundamental para frenar su deterioro clínico. En el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) de Cataluña, hemos implementado el uso de la OAF en las USVA durante los TIH, y con el objetivo de estandarizar los cuidados de enfermería e incrementar la seguridad del paciente y la calidad asistencial, hemos desarrollado un protocolo secuencial interdisciplinar.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica a través de las bases de datos de MEDLINE, EMBASE y PsycINFO, extrayendo artículos referentes al uso de la terapia OAF, traslado interhospitalario de pacientes críticos, aplicación del checklist en el uso de procedimientos complejos y percepción del personal en su uso.

Resultados/Intervenciones

Elaboración de un checklist dividido en cinco fases:

1. Valoración previa al traslado: Comprobación estricta y ordenada de los parámetros clínicos del enfermo en el hospital emisor, correcto funcionamiento y disposición del sistema OAF y de las necesidades logísticas.
2. Transfer de salida: Adecuada transmisión de información con los miembros del hospital emisor, movilización segura del enfermo y adecuada fijación y funcionamiento del dispositivo OAF.
3. Cuidados durante el traslado: Cuidados de enfermería necesarios para asegurar la estabilidad y el bienestar del paciente portador de OAF.
4. Transfer de llegada: Correcta transmisión de información, movilización segura y adecuada fijación y mantenimiento del dispositivo OAF.
5. Briefing final: Valoración interdisciplinar del servicio, puntos a destacar, notificación de incidencias.

Conclusiones

Proponemos la implantación de un protocolo de TIH de paciente portador de OAF como estrategia para incrementar la seguridad y garantizar la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería.

Palabras clave

Oxigenoterapia alto flujo • OAF • Traslado Interhospitalario

ID 252

BENEFICIOS DE LA MOVILIZACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Esther Bonet; V. Pérez González; M. Costa Moreno; C. Ramos Salido; C. del Puerto Sevilla; M. Mir Esparrech
Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

Conocer los ejercicios y las pautas a seguir delante de un paciente de cirugía cardiaca. Minimizar o reducir al máximo las posibles complicaciones derivadas del tipo de intervención. Reducir las complicaciones provocadas por la inmovilización. Los pacientes sometidos a cirugía cardiaca experimentan una serie de alteraciones que afectan sus funciones fisiológicas y de la vida diaria. Las primeras, son provocadas por la circulación extracorpórea, los fenómenos de isquemia-reperfusión en el corazón y las segundas, debido a inmovilización por tiempo prolongado, que se asocia con la debilidad aguda del paciente crítico. Esto sumado a su enfermedad de base los compromete de forma sistémica.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: CINAHL, Medline Pubmed y Science Direct.

Resultados/Intervenciones

Después de una revisión bibliográfica hemos obtenido los siguientes resultados:

- RESPIRATORIO: la sedestación mejora la eliminación de secreciones bronquiales mediante ejercicios respiratorios evitando actelectasias, parálisis frénicas y mejora el drenaje de las pleuras mediante el drenaje mediastínico /pleural.
- MÚSCULOESQUELETICO: mejora la circulación evitando la formación de coagulos. SE evita debilidad muscular y atrofia.
- NUTRICIÓN: La falta de actividad muscular acelera la perdida de proteína y reduce su síntesis aumentando el riesgo de UPP.
- El proceso de recuperación variará de acuerdo con el estado previo del paciente
- Es importante incluir a los familiares dentro del proceso de recuperación

Conclusiones

Se iniciará sedestación precoz en cama según estado hemodinámico del paciente a las 12 horas post cirugía y a las 24 horas sedestación en silla. Se observan mejorías a nivel respiratorio, musculoesquelético, y nutricional.

ID 254

TRATAMIENTO CON ENEMAS EN LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA DEL PACIENTE CIRRÓTICO CRÍTICO

Alba Sáenz Cruz[1]; M. Sanz Moncusi[2]
1. UCI Hepática, Hospital Clinic; 2. Hospital Clínic

Objetivos/Introducción

La encefalopatía hepática (EH) es un cuadro clínico que suele presentarse como complicación en pacientes con enfermedades del hígado y cuya repercusión es principalmente neuropsicológica. Puede clasificarse en estadios y la causa principal de la alteración es el aumento de la tasa de amoniaco en sangre, procedente de la digestión de las proteínas, insuficientemente depuradas, debido a la disfunción hepática que presentan estos pacientes. Los pacientes más graves (grado III-IV) requieren ingreso en una UCI e intubación orotraqueal. El tratamiento es amplio, pero como pilar fundamental se encuentra la administración de disacáridos no absorbibles.

El objetivo es analizar la bibliografía existente sobre la eficacia de los enemas como tratamiento para la EH en el paciente crítico, en la practica clínica se realiza en dos formatos: enemas con disacáridos no absorbibles y enemas que contienen fosfato (enema Casen).

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de 17 artículos publicados en los últimos 20 años de las bases de datos DIALNET, PUBMED y COCHRANE LIBRARY y que han sido escogidos por su alta calidad metodológica.

Resultados/Intervenciones

Los disacáridos no absorbibles representan un papel fundamental en el tratamiento del paciente crítico con EH. La utilización de éstos en forma de enema no ha sido validada con estudios bien diseñados y con muestras amplias. Sobre la utilización de enemas que contienen fosfato, los documentos encontrados además de escasos, reflejan que aunque es una práctica muy extendida para tratar este cuadro, no está exenta de riesgos y es necesario valorar su uso.

Conclusiones

Existe evidencia de que los enemas de lactulosa son más efectivos que los de agua. Los disacáridos no absorbibles en forma de enema son útiles en el manejo de la EH grado III-IV, pero se requiere una mayor solidez científica. Los enemas de fosfato como el Enema Casen son frecuentemente utilizados en la práctica clínica aunque existe poca evidencia que apoye su utilización y podrían producir desequilibrios electrolíticos.

Palabras clave

Encefalopatía hepática • Paciente crítico • Enemas

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

ID 255

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN LA POSICIÓN DE DECÚBITO PRONO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Elena Cardo Castro; MV. Chaves Chaves; M. Amat Alegre; S. Martínez González; E. Ortiz Yartu; A. Oregui Apraiz; I. Caballero Carracedo; E. Alonso Domínguez; A. Moralejo Esquilas; E. da Silva Santos
Hospital Universitario Cruces

Objetivos/Introducción

La utilización del decúbito prono (DP) en UCI se ha incrementado debido a su uso como medida coadyuvante en el tratamiento del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) por COVID-19. Entre las complicaciones asociadas al prono encontramos el aumento significativo del riesgo de UPP en comparación con otras posiciones.

El objetivo es la realización de una infografía de consulta de fácil visualización que resuma las medidas preventivas más importantes para disminuir la prevalencia de UPP en dicha posición en los pacientes ingresados en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Uptodate y PubMed, utilizando las palabras clave “COVID-19” and “prone position” and “pressure ulcer”. Se revisa la guía de recomendaciones para la prevención de UPP Osakidetza 2015.

Resultados/Intervenciones

Tras analizar los resultados del Estudio de Prevalencia de Eventos Adversos (EPEA) en 2020 y 2021 se observó un aumento de UPP específicas del DP. En enero de 2022 el grupo de trabajo de Prevención de UPP del proyecto de Centros Comprometidos con la Excelencia En Cuidados (BPSO) decidió realizar una infografía resumiendo las medidas preventivas indicadas en la prevención de UPP en posición prona.

Conclusiones

Se espera que la infografía sirva de guía para facilitar la adquisición de conocimiento y así disminuir la prevalencia de UPP en DP.

Palabras clave

Úlcera por presión • COVID-19 • prono

		EPEA 2019	EPEA 2020	EPEA 2021
UCI	PREVALENCIA UPP	47,1%	59,1%	31,8%
	% UPP POR DISPOSITIVOS	50%	33%	18%
	% UPP PRONO	0	0	46%
	% UPP OTRAS	50%	66%	18%

ID 256

NUEVOS MÉTODOS DE DIFUSIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Itxaso Caballero Carracedo; S. Martínez González; A. Oregui Apraiz; ZS. Herrera Angulo; E. Ortiz Yartu; E. Cardo Castro; A. Moralejo Esquilas; E. Alonso Domínguez; A. Santamaría Marques; E. da Silva Santos
Hospital Universitario Cruces

Objetivos/Introducción

La prevalencia de UPP representa un problema importante a nivel asistencial en las Unidades de Cuidados Críticos. El objetivo es fomentar y apoyar la implantación de buenas prácticas en cuidados para la prevención de UPP basadas en la mejor evidencia disponible.

Metodología/Observación clínica

Revisión de guías de recomendaciones para la prevención de UPP de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) y Osakidetza para la elaboración de un plan de acción acorde a las necesidades de la unidad.

Resultados/Intervenciones

El Hospital Universitario Cruces está adherido al proyecto Centros Comprometidos con la Excelencia En Cuidados (BPSO). En la Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad Coronaria se trabaja la implantación de la guía de buenas prácticas "Valoración del riesgo y prevención de UPP" desarrollando un plan de acción específico. Dado que la difusión de las recomendaciones a través de pósters no conseguía el nivel de impacto adecuado, se decidió innovar en la metodología de divulgación para así despertar un mayor interés.

Conclusiones

Los nuevos recursos utilizados para difundir actividades para la prevención y tratamiento de UPP han tenido una buena aceptación en las unidades. Se espera que incida en la disminución de prevalencia de UPP y fomente una cultura de buenas prácticas en cuidados.

Palabras clave

Úlcera por presión • Cuidados • Difusión

ID 257

COMBINACIÓN DE TERAPIA ECMO CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA EN EL PACIENTE CRÍTICO

José Andrés Pérez Merino; J. Robles Carrión; FJ. Vega Vázquez
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

El ECMO es una terapia temporal que reemplaza la función de los pulmones y/o el corazón para devolver la homeostasis a los otros órganos. Estos pacientes suelen tener un compromiso multisistémico, siendo frecuente la afectación cardíaca, pulmonar y renal concomitante. Más del 75% de los pacientes que requieren soporte con ECMO desarrollan insuficiencia renal aguda (IRA) y 50% terapia de reemplazo renal.

El objetivo principal es conocer los pacientes que precisaron soporte ECMO y como aquellos que requirieron combinación ECMO-TRRC. El objetivo secundario, analizar la evolución de los pacientes en UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, de 29 pacientes que ingresaron en la UCI del HUVM, se analizaron parámetros como edad, tipo de ECMO y TRRC, horas de terapia, mortalidad. Revisión y actualización de la literatura sobre los pacientes críticos que precisaron soporte con TRRC, debido al desarrollo de una IRA refractaria al tratamiento convencional.

Resultados/Intervenciones

Se proporcionó un total de 29 terapias. La media de edad fue 50 años con un rango, 16 y 72. El 75,7% de las terapias fueron V-V,24,3% V-A. El diagnóstico/indicación predominante fue el SDRA por neumonía bilateral secundaria a Sars-CoV2, 58%, seguido Shock cardiogénico, 27,5%. Existió una tasa de mortalidad del 72%, predominante en terapia V-V, 78,9%. El promedio de días de colocación fue de 11,1. La comorbilidad predominante es la hipertensión, 47% de los casos. El 17,2% de las terapias ECMO se combinaron con TRRC, siendo el 75% V-A. Esta combinación se produjo durante un promedio de 220 horas presentando una mortalidad del 40%.

Conclusiones

La combinación de ambas terapias, ha sido novedoso en la UCI del HVM, suponiendo mayor esfuerzo en los cuidados de enfermería. La tasa de mortalidad es muy elevada.Enfermería debe recibir mayor formación en estas terapias, con el fin de garantizar calidad en los cuidados prestados y aumento en seguridad del paciente.

Financiación

No financiado

Palabras clave

ECMO • TRRC • cuidados de enfermería

ID 258

ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO DE MADRE Y RECIÉN NACIDO EN UCI. PROTOCOLO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

María Dolores Gonzáez Caro; L. Antón González; M. Guerrero Navarro
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

El ingreso de madres gestantes tras parto o cesárea en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) implica en la actualidad la separación de la madre y el recién nacido (RN), con la ruptura y condicionantes perjudiciales que conlleva esta situación. Para ello, dentro del Plan de Humanización en UCI-Obstetricia-Neonatología, una vez estabilizado el cuadro clínico que provoca el ingreso, se está promoviendo el contacto y cercanía de la madre junto con el RN, promoviendo así el contacto piel con piel (CPP).

Como objetivo general, se plantea el promocionar y facilitar el vínculo de las madres ingresadas en UCI con sus RN, promover la lactancia materna (LM) y el CPP en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

Metodología/Observación clínica

Criterios de inclusión:

- Madres ingresadas en UCI, clínicamente estabilizadas, con posibilidad y deseo de mantener CPP con su RN sano.
- RN sano ingresado en planta maternidad acompañado de un familiar/acompañante.
- RN evaluado por neonatología.
- Autorización de profesionales FEA UCI y FEA Neonatología. Horario de traslado:
- 10:00 horas - 22:30 horas
- El RN permanecerá en UCI junto a su madre y un acompañante.

Resultados/Intervenciones

El protocolo se activará cumpliendo los siguientes requisitos:

1. Ingreso de la madre en UCI y RN en planta hospitalización maternidad.
2. Situación clínica estable de ambos.
3. Contacto con enfermero planta y FEA neonatología.
4. Traslado en cuna del RN por el celador d planta, acompañado de familiar.
5. El enfermero de UCI se encargará del RN y le ayudará al CPP e inicio de LM.
6. Después del contacto madre-RN, el enfermero de UCI informará del traslado del RN a planta el enfermero referente, iniciándose así el protocolo de traslado.

Conclusiones

Se ofrece la posibilidad a las madres ingresadas en UCI de establecer el vínculo con su RN, realizar el CPP e iniciar la LM.

Palabras clave

UCI • Recién Nacido • Madre • Método madre-canguro

ID 259

PULSERA HEMOSTÁTICA: PROTOCOLO DE MANEJO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Lidia Carreto García; A. Tur Sainz; N. Peñaranda Romero; R. García Baonza; S. González Carretero
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

El cateterismo cardiaco a través del acceso radial es cada vez más frecuente, ya que presenta más ventajas y menos complicaciones con respecto al acceso femoral. Para realizar el procedimiento es imprescindible la hemostasia mediante compresión de la zona. Para ello, se utiliza la pulsera hemostática de compresión neumática por ser un dispositivo sencillo, cómodo y eficaz. Se trata de un kit compuesto por una pulsera y una jeringa especial con una válvula unidireccional cuya finalidad es realizar compresión mediante los dos balones que tiene la pulsera, los cuales se inflan y desinflan con la jeringa específica del kit.

Metodología/Observación clínica

Revisión sistemática de bibliografía en las principales bases de datos PubMed, Cinhal, Dialnet y Cochrane Plus.

Resultados/Intervenciones

Explicar la colocación y retirada del dispositivo de forma esquemática. Describir los cuidados de enfermería para la colocación y posterior retirada de la pulsera hemostática, así como las complicaciones que puedan surgir en el manejo.

Conclusiones

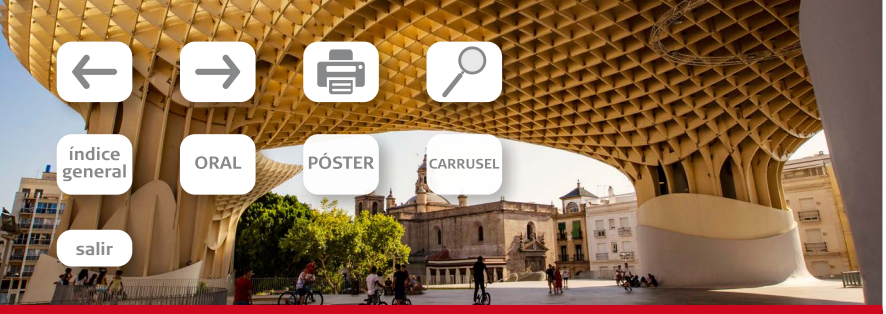
Las complicaciones vasculares que aparecen con mayor frecuencia son la hemorragia, los hematomas y la oclusión de la arteria radial. El uso de la pulsera hemostática presenta mejores resultados que el vendaje compresivo tradicional. Consideramos importante dar a conocer a la comunidad enfermera la correcta utilización de este dispositivo, con el fin de evitar complicaciones derivadas de su uso y de la propia intervención.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Cuidados de enfermería • Dispositivos de cierre vascular • Hemostasia • Arteria radial



ID 260

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CASTILLA-LA MANCHA APLICADA A UCI

Montserrat García González; A. Lázaro Arenas; JJ. Pulido Criado; M. Nombela García; G. Gallego Mora; Y. Pintado Juez; M. Hernández Resuela; R. Gómez Robles
Hospital Universitario de Toledo

Objetivos/Introducción

Adaptar la estrategia de seguridad de Castilla-La Mancha a nuestra UCI Afianzar la cultura de seguridad en UCI Establecer prácticas clínicas seguras

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo basado en la adaptación del plan estratégico de seguridad de Castilla-La Mancha en nuestra unidad de cuidados intensivos.

Resultados/Intervenciones

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar que desarrolla las 6 líneas estratégicas propuestas por el servicio de salud de la comunidad de Castilla-La Mancha. En pequeño grupos, compuestos por médicos, enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y celadores, con liderazgo enfermero en alguno de ellos, se establecen acciones concretas para aumentar la seguridad del paciente. Se abordan las 6 líneas estratégicas, con personal de enfermería en todas en ellas, y registros de incidencias y mejoras en las líneas 2, 3 y 4. Se realiza un seguimiento con rondas de seguridad para valorar la eficacia del proyecto.

Conclusiones

La seguridad del paciente es un elemento esencial, sobre todo en unidades tan tecnificadas y complejos como una UCI. Aprovechar recursos y documentos existentes y creados por expertos para adaptarlos a la unidad permite optimizar dichos recursos y seguir una línea de actuación firme y con garantías. El trabajo multidisciplinar y la implicación de todo el equipo permite llevar a cabo la estrategia y aumentar la cultura de seguridad del paciente crítico. Esta adaptación del plan estratégico de Castilla-La Mancha a nuestra unidad nos permitirá abrir líneas de investigación en torno a los objetivos conseguidos o las medidas de mejora que debamos implementar en el futuro.

Financiación

No

Palabras clave

seguridad • cuidados críticos • enfermería

ID 261

MONITORIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GUADALAJARA DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA

María Isabel Jiménez López-Peláez; MJ. Lanillos de la Cruz; C. Pereo Yagüe; L. Torres Fernández; N. Serrano Sánchez; A. García Rodrigo; T. Olivas Asensio
Hospital Universitario Guadalajara

Objetivos/Introducción

La ocupación por pacientes de muy alto riesgo y el no poder dar los cuidados de prevención habituales por las condiciones sufridas desde el inicio de la pandemia Covid-19, se ha traducido en un incremento de ulceras por presión entre otros problemas.

OBJETIVOS:

- Investigar si en nuestra unidad se produjo ese incremento.
- Debido a que la zonas de presión y apoyo han sido diferentes a las habituales, determinar si se ha traducido en lesiones con localización diferente.
- Averiguar si el perfil del paciente con riesgo de ulcerarse ha cambiado.

Metodología/Observación clínica

- Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.
- Grupo de trabajo sobre UPP en la UCI del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA.
- Revisión de estudios de Incidencia de años anteriores.

Resultados/Intervenciones

Total de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Guadalajara fue de 600 pacientes durante el 2020 y 535 pacientes en el 2021. El numero de pacientes que presentaron UPP durante el 2020 fue de 52, de los cuales 42 se originaron durante su estancia en UCI, lo que supone una Tasa de Incidencia del 7%. En el 2021 fue de 40 pacientes, de los cuales 33 se originaron durante su estancia en UCI, con una Tasa de Incidencia del 6.16%. En cuanto a las UPP en 2020 fue un total de 126 lesiones, de las cuales el 57.14% son grado II y un 35% se localizaron en sacro. Y en 2021 fue un total de 85 lesiones, de las cuales el 40% son gradoII.

Conclusiones

La Tasa de Incidencia aumentó al 7% en 2020 y al 6.16% en 2021,respecto al 4.25% del 2019. El perfil del paciente es similar al del 2019: Varon con una media de edad de 65 años. La localización sacro-glúteo continua siendo la localización más frecuente. A pesar del aumento de la tasa de incidencia durante 2020 y 2021, más del 80 % de las lesiones son estadíos iniciales.

ID 262

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADULTOS CON CÁNULAS PARA TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

Lorena Tello Trigo[1]; C. Pavo Galan[2]; E. Cervera Rodríguez[1]; A. García Medina[1]; L. Mascareña Santander[1]; D. Segura Berzosa[1]
1. HUGTIP; 2. Hospital Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

El circuito ECMO se compone de una membrana y una serie de cánulas y líneas que conectanentre sí y con el paciente, insertadas en venas (femoral o yugular) o arterias (axilar o femoral),de gran calibre (de 19G hasta 27G si es cánula doble) para el intercambio de CO_2 en la sangrepor O_2.Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental sobre los cuidados al pacientecon ECMO, pero se encuentran carencias en los cuidados cómo la manipulación, higiene y prevención de úlceras, infecciones o decanulación y los posibles riesgos que pueden causar las cánulas. La unidad de cuidados intensivos del HUGTIP, realiza un trabajo exhaustivo en los cuidados hacia el paciente y las cánulas. Por ello, es fundamental identificar los cuidados que se deben seguir en cuanto a las cánulas de ECMO.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de bases de datos, PUBMED, CUIDATGE, CUIDEN y revista electrónica ELSERVIER.

Resultados/Intervenciones

Después de la revisión bibliográfica y trabajo en la UCI de HUGTIP los cuidados coinciden en:

- Manipulación cánulas: en la higiene una enfermera tiene que controlarlas y sujetarlas, ademásde vigilar que sean visibles, sin tensión y sin acodamientos. Observar si se han movido despuésde la manipulación del paciente a través de la línea que se dibuja al colocarlas en la piel.
- Fijación cánulas: haid o apósito para agarrar cánula en la cabeza o pierna, clamps paramantenerlas fijas con las sábanas.
- Prevención úlceras: colocar gasas, compresas o apósitos hidrocoloides debajo de las cánulasque estén en contacto con la piel, comprobar por turno y cambiar posición.
- Prevención de infecciones: a las 24h, si no hay sangrado colocar apósitos transparentes paraver el punto, cambios de apósito de manera estéril.

Conclusiones

Con lo cual, un plan de cuidados estandarizado para evitar estos sucesos, puede prevenir eldaño secundario de las cánulas de ECMO.

Palabras clave

Cuidados enfermería • ECMO • Cánulas • Riesgo de infección • Riesgo de úlceras

ID 263

PERDIGÓN EN LA CORONARIA DERECHA. A PROPOSITO DE UN CASO

Amadeo Puebla Martín; S. García-Velasco Sánchez-Morago; MA. Puebla Martín; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; JP. Trujillo Juárez; M. García Ayala; MM. del Fresno Sánchez; A. Villafranca Casanoves; I. Molina Torrecillas; JF. Galindo Perales
Hospital General de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

La afición a la caza en España hace que esporádicamente se presenten casos de heridas por arma de fuego que afectan al corazón, pericardio y grandes vasos, siendo una seria amenaza para la vida implicando un gran reto terapéutico. No existe un tratamiento estandarizado para este tipo de situaciones por la variabilidad y escasez de los casos.

Metodología/Observación clínica

Varón, 71 años que estando cazando le rebota un perdigón en el tórax, comenzando con dolor torácico agudo opresivo. Consciente, hemodinámicamente estable y buena saturación. ECG: ritmo sinusal 95 lpm, ascenso del ST en II-III-aVF, descenso del ST AVL-I-V1-V2. Ecocardiograma: alteraciones segmentarias en cara inferior. Rx tórax: se objetiva un perdigón en silueta cardíaca y otro en hemi-abdomen superior. Resto sin interés Cateterismo urgente: arterias coronarias normales, coronaria derecha (CD) dominante, visualizándose un perdigón pudiendo ocluir la rama interventricular posterior. Se realiza tomografia de Coherencia Óptica, objetivándose imagen de artefacto por metal de perdigón en ostium de CD. TAC arterias coronarias: Endurecimiento del haz creado por un perdigón al inicio de la porción distal de CD. No extravasación de contraste ni derrame pericárdico. TAC torácico: perdigón en silueta cardiaca siendo imposible determinar su localización exacta debido a artefactos al igual que en abdomen superior. Tras estos hallazgos, se habla con Cirugía Cardíaca refiriendo actitud conservadora. El paciente permanece asintomático y estable hemodinámicamente desde su ingreso, sube a planta de cardiología

Resultados/Intervenciones

Dieta mediterránea baja en sal (>5 gr/dia) y grasas saturadas (bollería, carnes animales, productos precocinados, etc), rica en aceites vegetales, frutas, verduras, frutos secos sin sal. Ejercicio físico. Evitar situaciones emocionales estresantes y esfuerzos físicos extenuantes. Revisión por cardiólogo.

Conclusiones

La penetración de cuerpos extraños en las cavidades cardíacas sin producir sangrado es excepcional, pero posible. Éstos pueden quedar retenidos permaneciendo asintomáticos durante semanas/meses. Tratamiento conservador con seguimiento periódico es una opción adecuada.

Financiación

No

ID 264

MANEJO Y REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON TERAPIA DE REPERFUSIÓN ABDOMINAL NORMOTÉRMICA CON ECMO (PAN ECMO)

Miriam Hernández Resuela; M. García González; ME. Félix Ramos; S. Torres Comitre; C. Gutiérrez Rodríguez
Hospital Universitario de Toledo

Objetivos/Introducción

Enumerar las actividades a desarrollar por la enfermera encargada de la terapia PAN ECMO durante el proceso de Donación en Asistolia Controlada

OBJETIVO: Conocer los parámetros a registrar durante la terapia PAN ECMO. Establecer un sistema de registro que permita valorar parámetros analíticos durante la perfusión abdominal.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo.

Resultados/Intervenciones

Se elabora un documento de registro de enfermería que contiene los recursos materiales, el procedimiento a desarrollar y los valores analíticos más destacados a tener en cuenta durante la donación en asistolia con ECMO.La enfermera extrae analíticas seriadas y registra los resultados para determinar que se alcanzan los parámetros de preservación más adecuados antes de la extracción de órganos abdominales.Los coordinadores médico y de enfermería de donación trabajan en conjunto con la enfermera que maneja el PAN ECMO consiguiendo establecer los tiempos adecuados de perfusión abdominal para conseguir los mejores resultados posibles previo a la extracción.Con una serie de casos limitada, aún debemos esperar a aumentar la muestra para establecer parámetros específicos, y además, tenemos que individualizar cada procedimiento.La enfermera es autónoma en el manejo del PAN ECMO y desarrolla sus actividades de acuerdo al protocolo del hospital y valora los resultados analíticos para establecer los tiempos de la perfusión abdominal. La hoja de registro creada por enfermería facilita la puesta en marcha de la terapia PAN ECMO, documentar los cambios en la analítica durante la terapia PAN ECMO y archivar las donaciones efectivas conseguidas.

Conclusiones

La enfermera de UCI trabaja de forma autónoma en la DAC con la terapia PAN ECMO, trabajando de forma meticulosa para alcanzar los mejores valores de reperfusión abdominal previo a la extracción de órganos. Es importante mantener comunicación fluida con los coordinadores de trasplantes.

Financiación

No

Palabras clave

PAN ECMO • Donación en Asistolia Controlada • Enfermería • UCI

ID 265

SEDACIÓN CON FÁRMACOS HALOGENADOS MEDIANTE DISPOSITIVO ANACONDA-S EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CRÍTICO QUE PRESENTA FRACASO TERAPÉUTICO EN LA UCI

Diana Gil Castillejos[1]; V. Blazquez Alcaide[1]; O. Plans Galván[1]; S. Rosich Andreu[1]; N. Burlo Arévalo[1]; X. Teixidó Huertas[1]; M. Bodí Saera[2]
1. Hospital Joan XXIII Tarragona; 2. Hospital Joan XXIII/IISPV/URV Tarragona

Objetivos/Introducción

Los fármacos sedantes constituyen uno de los tratamientos fundamentales en el manejo del paciente crítico en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Los sedantes más utilizados en las UCI se administran por vía endovenosa, fármacos como benzodiacepinas, Propofol y Dexmedetomidina se consideran el pilar básico de la terapia sedante. Los sedantes halogenados como el isoflurano, presentan características favorables en el tratamiento de los pacientes críticos, respecto a la sedación endovenosa sobre todo en cuanto a la reducción de los tiempos de despertar y de ventilación mecánica (VM). Pretendemos describir la frecuencia y las características de la sedación con fármacos halogenados mediante dispositivo AnaConDa-S (Sedana Medical AB, Danderyd, Sweden).

Metodología/Observación clínica

Análisis retrospectivo de todos los casos en los que se realizó sedación inhalatoria mediante dispositivo AnaConDa®. Se incluyeron todos los pacientes con fracaso terapéutico en los que se objetivó incapacidad para mantener un RASS objetivo -3 a pesar de haberse alcanzado las dosis máximas de los sedantes convencionales o combinación de varios fármacos sedantes a altas dosis.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 21 pacientes (edad media±DE 52.7±14.5; 76% varones; 80% diagnóstico de ingreso médico; APACHE II 20.1±6.7). Los pacientes recibieron VM durante 31.1±18.1 días y permanecieron en UCI 37.6±21.8 días siendo exitus 10 pacientes (47.6%). Anterior a la sedación inhalatoria, se administró sedación con midazolam (0.19±0.1mg/kg/h) y propofol (2.5±0.66 mg/kg/h). La sedación inhalatoria se inició el día 12.7±10.4 para tratar la taquifilaxia en el 80% de los casos y se administró durante 6.25±5.75 días. En casi la totalidad de los casos se retiraron los sedantes EV y se consiguió el RASS objetivo. El 33.3% de los pacientes presentaron complicaciones durante la administración de fármacos halogenados aunque tan sólo en 2 casos (9.5%) se retiró la terapia.

Conclusiones

Los fármacos halogenados son agentes eficaces y seguros para el manejo de la taquifilaxia en pacientes que precisan sedación profunda.

Palabras clave

Sedación • sedación inhalatoria • UCI

ID 266

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CORRECTA FIJACIÓN DEL SISTEMA DE ALARMAS DE MONITORIZACIÓN

Ignacio Díaz Mira; S. Valentín Rabadán; MJ. Casado Vázquez; L. Fernández Silva
Hospital regional Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

El papel de la enfermería en la seguridad del paciente se antoja imprescindible a la hora del manejo del paciente crítico. Uno de los ítems de seguridad que debemos manejar es la correcta fijación y audibilidad de los sistemas de alarmas tanto en monitores individuales como en monitor central.

Nuestro trabajo pretende concienciar sobre la importancia en el correcto manejo del sistema de alarmas de una UCI, tanto para la seguridad del paciente crítico, como para la disminución de eventos adversos derivados de su incorrecta fijación.

Metodología/Observación clínica

Estudiamos 3 etapas, antes, durante y después de la parte con más carga asistencial del SARS-COV 2, mediante rondas de seguridad, la correcta fijación y audibilidad del sistema de alarmas en una serie de pacientes en la UCI del hospital Virgen Macarena de Sevilla en sus 3 unidades.

Resultados/Intervenciones

En marzo de 2020, se observaron 23 pacientes, estando la correcta fijación de las alarmas en los monitores en el 80% de los pacientes y un 66% en los monitores centrales.En septiembre de 2021, se observaron 18 pacientes, estando la correcta fijación de las alarmas en un 15% de los pacientes y un 33% en los monitores centrales.Y en enero de 2022, observamos un total de 18 pacientes, con una correcta fijación de las alarmas en un 70% de los pacientes y en un 66% en los monitores centrales.

Conclusiones

En primer lugar, creemos que el SARS-COV2, ha aumentado tanto la carga asistencial en las UCIS, que se ha traducido en un impacto negativo para la seguridad del paciente y ha podido derivar en un aumento de los eventos adversos. No obstante, vemos que, la realización de rondas de seguridad y debriefings con el personal de enfermería, pueden mejorar los datos obtenidos, con un aumento en la seguridad y una disminución de los eventos adversos para los pacientes.

Palabras clave

Seguridad del paciente • Eventos adversos • Sistema de alarmas • Sars-Cov2 • Cuidados intensivos • Enfermería

ID 267

CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS Y DE CONOCIMIENTOS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

Juan José de Haro Amaro; MT. Peig Martí; X. Teixidó Huertas; D. Gil Castillejos
Hospital Universitario Joan XXIII

Objetivos/Introducción

En los últimos años, el desarrollo de instrumentos y métodos técnicos ha permitido que las tecnologías de la información y la comunicación (TICS) se hayan incorporado con fuerza a las instituciones sanitarias. Para que estos puedan mejorar la calidad de la información es fundamental que estén alineados con las realidades y procesos actuales y así, puedan ser una herramienta de soporte para los profesionales de la salud. En este sentido, el gestor documental contiene protocolos de actuación en diferentes situaciones. De esta manera se pueden resolver dudas durante la práctica, especialmente en trabajadores de nueva incorporación. En este gestor también se pueden incluir otros documentos relativos a la unidad, con información que puede ser relevante para cada uno de los profesionales.

El objetivo del gestor documental es ofrecer una herramienta moderna donde poder consultar todo tipo de información relacionada con la unidad de cuidados críticos.

Metodología/Observación clínica

Hemos diseñado, creado e implementado una página wiki para que sea una herramienta de gestión documental y de conocimiento de la unidad de curas intensivas.

Resultados/Intervenciones

Habilitamos una herramienta para facilitar el acceso a la información para los profesionales mejorando, de esta manera, la calidad y la productividad.

Conclusiones

El gestor documental permite a todo el personal del area de críticos buscar y consultar de forma rápida y fácil todo tipo de contenido desde documentos, textos, protocolos como multimedia desde cualquier ordenador de la unidad.

Financiación

No disponemos de financiación.

Palabras clave

TICS • Gestor documental • Wiki • Página web • Intranet

sigue –>

XLVII Congreso Nacional de la SEEIUC
Sevilla
del 12 al 15 de Junio de 2022

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

ID 269

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES DE UCI INMOVILIZADOS CON NE

Carla Moreno Cerrada; T. Castro Sánchez Bermejo; P. Piñas Viñambres; M. López Pazos; C. Calcerrada Baeza; A. Sánchez Peláez; ME. Lázaro Varas; V. Benito Rojas; BL. Fernández Gómez; M. Sanz Gutérrez
Hospital Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

Las complicaciones gastrointestinales son frecuentes en pacientes ingresados en UCI. El estreñimiento es la complicación a la que menos atención se le presta según diferentes estudios clínicos. No hay una definición clara del estreñimiento. La OM de Gastroenterología define el estreñimiento funcional como trastorno caracterizado por una dificultad para defecar, una sensación de que la defecación es incompleta o movimientos intestinales infrecuentes sin causas secundarias. Aunque la definición más común en la práctica clínica es la falta de deposiciones en un período de 3 días consecutivos. Puede ser este el motivo por el que la incidencia del estreñimiento sea tan variable, entre el 3 y el 84% en función del estudio.

OBJETIVOS:

- Unificar criterios en cuanto a la definición de diagnóstico de estreñimiento.
- Estandarizar los cuidados para prevenir y controlar sus posibles complicaciones.
- Protocolizar el uso de procinéticos, laxantes y enemas (inicio, escalada y retirada o desescalada).
- Mejorar la calidad asistencial y los cuidados enfermeros basándonos en principales guías de práctica clínica.

Metodología/Observación clínica

Revisión metodológica a nivel nacional para obtener las evidencias científica basándonos en las principales guías de práctica clínica aprobadas hasta la fecha. “Estreñimiento”-AND- “Cuidados intensivos”.

Resultados/Intervenciones

Guía de cuidados:

- Definición del diagnóstico enfermero de estreñimiento.
- Formas de prevención del estreñimiento.
- Registro de inicio de diagnóstico hasta la primera deposición de los casos.
- Protocolo de uso de procinéticos, laxantes y enemas.
- Valoración de deposiciones y desescalada en el tratamiento.
- Posibles complicaciones. Método de evaluación y seguimiento con anotación de los pacientes con diagnóstico de estreñimiento y revisiones del protocolo de forma bianual.

Conclusiones

Todos los estudios coinciden en que la incidencia de estreñimiento en los pacientes ingresados en UCI es muy elevada por lo que se requiere de la implementación de protocolos para mejorar la calidad asistencial. Los principales factores de riesgo que se asocian son motivo de ingreso, estancia, días de VM y medicación administrada.

Financiación

No requiere de financiación externa por el momento.

Palabras clave

Estreñimiento • Cuidados intensivos • Nutrición Enteral

ID 270

VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE UNA NUEVA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

Mª José Casado Vázquez; S. Valentín Rabadán; I. Díaz Mira
Hospital Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

La obtención del título de Enfermero Especialista se regula por el Real Decreto 183/2008 que clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y el Real Decreto 450/2005, sobre Especialidades de Enfermería Sin embargo, en una unidad tan compleja y tan específica como es la UCI, en la que la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de enfermeros cualificados, continuamos viendo como continuamente se realizan contratos a personas con escasa experiencia laboral y sin ninguna formación, ya que no es necesaria legalmente la misma, al no estar incluida dicha especialidad en el Decreto citado anteriormente.

Metodología/Observación clínica

Justificar la necesidad Urgente de una formación específica en Cuidados críticos. Para ello hemos desarrollado un cuestionario que ha sido respondido por personal de nueva incorporación o personal que cuando llegaron no disponía de experiencia previa en UCI. Se han recogido 20 ítems de respuesta múltiple. La encuesta ha sido diseñada en base a los programas de seguridad en los pacientes críticos del Plan de Calidad para el SNS de las UCI españolas (según los estándares y recomendaciones de la unidad de cuidados intensivos del ministerio de sanidad)

Resultados/Intervenciones

La media de edad 26 años, siendo el tiempo medio de experiencia en UCI correspondiente a 4,6 meses. Centrándonos en las respuestas erróneas sobre los distintos ámbitos de conocimientos de UCI preguntados en la encuesta, se obtuvieron los siguientes resultados: Neumonía Zero 65´7%,Bacteriemia Zero 39´4%, Resistencia Zero 28´5%, ITU Zero 51´3%, RCP Avanzada 11´9%, Pacientes con Ventilación Mecánica 47´5%, Pacientes de Cirúgia Cardio-Torácica 80´5% y Pacientes que requiere alguna intervención de enfermería 53´6%.

Conclusiones

Concluimos que el manejo correcto del paciente crítico es un proceso, que precisa tiempo y formación y pensamos que el déficit en el conocimiento y manejo por parte del personal de enfermería de este tipo de pacientes, va a traducirse en un aumento de eventos adversos.

Palabras clave

Especialidad • Cualificación • Formación

ID 271

MANEJO Y CONTROL DEL PACIENTE CONECTADO A SEDACIÓN INHALATORIA MEDIANTE SISTEMA ANA-CON-DA

Andrea García Olcina; A. del Castillo Antequera; M. Cánovas Hernández; A. Navarro Cegarra
HUVA

Objetivos/Introducción

La sedación inhalatoria con isoflourano/sevoflourano mediante el sistema Ana-Con-Da (Anesthesic Conserving Device) está siendo actualmente y desde el comienzo de la pandemia una alternativa de sedación en pacientes conectados a ventilación mecánica invasiva (VMI) cada vez más frecuente en la unidad de cuidados intensivos (UCI).La sedación con gases halogenados como es el isofluorano/sevoflourano permite la sedación del paciente actuando como hipnótico sedante. Diversos estudios avalan la sedación con dichos gases ya que produce numerables beneficios para el paciente, como las ventanas de sedación y extubaciones rápidas, entre otros.

Nuestro objetivo principal es establecer un control en el manejo del sistema Ana-Con-Da, para prevenir y disminuir errores relacionados con el montaje, purgado, dosis adecuadas y colocación del sistema en el paciente, para lograr así una sedación óptima.

Metodología/Observación clínica

Se revisan las diferentes bases de datos y centros de referencia para poder establecer las medidas adecuadas y protocolizadas sobre el uso del sistema Ana-Con-Da. Bases de datos consultadas: MEDLINES, Pubmed, DIALNET, Elsevier, SCIELO. Como criterios de inclusión: artículos en inglés/español, artículos entre 2012-2021. Criterios de exclusión: artículos anteriores a 2011. Palabras clave: protocolo, enfermería, paciente crítico, sedación inhalatoria, sevofluorano, isofluorano.

Resultados/Intervenciones

Mediante la revisión de los artículos seleccionados se consigue establecer las diferentes pautas a seguir en la colocación del sistema Ana-Con-Da, siguiendo distintos pasos como: cambio de sistema cada 24 horas, purga del sistema desde la bomba de infusión y no de forma manual, pausa de infusión en la desconexión del paciente de la VMI, sistema de eliminación de gases espirados sobre el suelo.

Conclusiones

La evaluación del manejo del sistema Ana-Con-Da durante la sedación del paciente crítico debe realizarse mediante el seguimiento de un protocolo estandarizado. Los diferentes protocolos sobre sedación inhalatoria mediante Ana-con-Da han demostrado tener grandes beneficios para mantener al paciente crítico con una sedación óptima y de confort.

ID 272

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE CARDIACO

Alejandro del Castillo Antequera; A. Navarro Cegarra; M. Canovas Hernández; A. García Olcina
HUVA

Objetivos/Introducción

Los pacientes que ingresan en la unidad de cuidados intensivos tras ser intervenidos de trasplante cardiaco son delicados y requieren una atención constante durante las primeras horas con valoración de constantes vitales, drenajes, diuresis, entre otros. Cada pequeño intervalo de tiempo. Con el fin de contribuir a la seguridad del enfermo y evitar las complicaciones asociadas se van a crear unas pautas de actuación que sirvan de referencia a los enfermeros que manejan este tipo de pacientes.

El objetivo marcado es conocer los cuidados inmediatos en la recepción del enfermo sometido a trasplante cardiaco por parte de los profesionales de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Se realiza consulta a expertos (intensivistas, cardiovasculares, enfermeros.) con amplia experiencia en el manejo de dichos enfermos, así como revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, como MEDLINE, Pubmed, DIALNET, entre otras. palabras clave: Trasplante, Cirugía extracorpórea, Cuidados de enfermería, Cuidados postoperatorios.

Resultados/Intervenciones

Algunas de las intervenciones a realizar durante la recepción de los pacientes trasplantados en los servicios de UCI son:

- Aislamiento inverso.
- Monitorización de constantes vitales.
- Conexión a Ventilación mecánica invasiva con administración de óxido nítrico.
- Conexión del drenaje a aspiración continua y medición del mismo.
- Realización de analítica completa, EKG y Rx tórax de control.
- Higiene y fijación TOT.
- Sujeción en miembros superiores por riesgo de extubación.
- Ayudar a la conexión y comprobación de marcapasos externo por intensivista.
- Monitorización de catéter Swan-Ganz.

Conclusiones

Para ofrecer mayor calidad en la atención, así como para identificar y responder con eficacia ante cualquier situación que pueda suponer un riesgo para el enfermo es importante actualizar los conocimientos en el manejo de este tipo de pacientes.

ID 273

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

Miguel Cánovas Hernández; A. del Castillo Antequera; A. Navarro Cegarra; A. García Olcina
HUVA

Objetivos/Introducción

Las úlceras por presión (UPP) están presentes en todos los niveles asistenciales pero presentan una mayor incidencia en las unidades de cuidados intensivos.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este trabajo es conocer los factores de riesgo más relevantes que se relacionen con un aumento de UPP en unidades de cuidados intensivos así como las medidas estratégicas que puedan contribuir a una prevención o curación.

Metodología/Observación clínica

Este trabajo ha consistido en una revisión bibliográfica. Se ha procedido a la búsqueda exhaustiva de artículos publicados en bases de datos como Pubmed, Lilacs, Cochrane Plus, Medline y Scielo utilizando las palabras clave relacionadas con nuestro objetivo.

Resultados/Intervenciones

Se recogieron diecinueve artículos en total tanto relacionados con los factores de riesgo como de medidas de prevención de UPP en unidades de cuidados intensivos. Se determinaron factores de riesgo significativos tales como la edad, hipotensión, desnutrición, IMC, estancia hospitalaria, la puntuación obtenida en las diferentes escalas de riesgo utilizadas para su prevención, la ventilación mecánica, los antecedentes de enfermedad vascular, el tto con dopamina, la hemodiálisis intermitente, el uso de sedantes y la Tª corporal por encima de 38,5 Cº. Medidas preventivas como el buen uso de valoración mediante escalas de UPP, el seguimiento de protocolos, la reevaluación, la creación de grupos de mejora y unificación de estrategias preventivas, la educación y reciclaje de los profesionales así como la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados, colchones de aire y protocolos de movilidad con cambios posturales.

Conclusiones

a presencia de UPP en las unidades de cuidados intensivos es una complicación importante y frecuente. El conocimiento de los factores de riesgo permite aplicar medidas preventivas que consigan reducir la incidencia de úlceras por presión en UCI. Un enfoque multifacético de la prevención es la clave para gestionar el riesgo de infección

ID 274

MANEJO DE LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO

Ana Navarro Cegarra; A. del Castillo Antequera; M. Cánovas Hernández; A. García Olcina
HUVA

Objetivos/Introducción

Detectar y tratar de paliar los síntomas de ansiedad en el paciente crítico cuando llega a una unidad de cuidados intensivos puede ayudarle a disminuir su percepción subjetiva de malestar general. El propio ambiente de esta unidad, la preocupación por la enfermedad o el miedo son unos de los motivos por el cual gran parte de los pacientes desarrollan ansiedad durante su ingreso. Esto hace que el paciente sea susceptible de desarrollar ciertas alteraciones en el sueño, dificultando así su descanso y por lo tanto su recuperación. Es labor por tanto de los profesionales de enfermería evitar o minimizar estos problemas. De hecho, constituye uno de los diagnósticos que componen el NANDA-International 2021 mencionado como “trastorno del patrón del sueño”.

El paciente crítico se enfrenta a una situación especialmente delicada, viéndose con compromiso vital. Todo ello acompañado de gran impacto y sufrimiento psicológico que no podemos subestimar dada su influencia en la recuperación y/ o supervivencia del paciente.

Metodología/Observación clínica

La metodología ha estado basada en una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos biosanitarias: PUBMED, ELSEVIER, SCIELO. En el análisis crítico, varios artículos cumplieron los criterios de inclusión. Como criterio de exclusión se consideraron los artículos desarrollados en usuarios pediátricos y otros servicios de hospitalización. Los descriptores para la búsqueda fueron: Paciente crítico, Unidad de cuidados intensivos, Enfermería, Ansiedad, Sueño, NANDA.

Resultados/Intervenciones

Se han encontrado varios estudios que demuestran que mediante el uso de escalas de ansiedad y el manejo de la ansiedad en el paciente crítico a su ingreso en la unidad mejoraría factiblemente su percepción de malestar, evolución y recuperación.

Conclusiones

Se ha llegado a la conclusión que, con un buen manejo de la ansiedad del paciente crítico a su ingreso en la unidad, con las herramientas necesarias, con escalas y tratamiento de la misma, mejoraría su percepción subjetiva de malestar

ID 275

ALIMENTACIÓN ORAL DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO EN UCI

Salud Valentín Rabadán; I. Díaz Mira; MJ. Casado Vázquez
Hospital Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Los pacientes críticos tienen mayor riesgo de desnutrición. Las enfermedades inducen el catabolismo relacionado con el estrés y los efectos adversos inducidos por los fármacos pueden reducir el apetito o aumentar las náuseas y los vómitos. Además, el tratamiento de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) también puede interrumpir las rutinas de alimentación. Los cuidados enfermeros del paciente crítico- crónico son fundamentales en la recuperación del mismo; en muchas ocasiones estos pacientes no pueden ser destetados por completo de la VM pero si reunen criterios para poder ser alimentados por vía oral.

OBJETIVO PRINCIPAL: Unificar criterios a la hora de realizar una correcta alimentación oral del paciente traqueostomizado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Realizar una correcta transición de la Nutrición enteral a la Nutrición oral. Proporcionar una alimentación oral segura. Conocer las posibles complicaciones así como la prevención y el manejo de las mismas. Utilizar correctamente el test de disfagia de nuestra unidad.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión de protocolos de nutrición de diferentes UCIs así como de los servicios de ORL de diferentes hospitales. También realizamos una revisión bibliográfica en las distintas bases de datos con los siguientes descriptores tanto en inglés como en español: Nutrición, traqueostomía, UCI, cuidados críticos, cánula fenestrada, neumotaponamiento

Resultados/Intervenciones

La bibliografía existente respecto la alimentación oral en el traqueostomizado es escaso, no habiendo encontrando, entre los resultados, estudios que especifiquen el uso de la cánula y su balón durante la alimentación, el modo respiratorio del ventilador, posición mas adecuada del paciente,

Conclusiones

Ponemos de manifiesto la necesidad de creación de un protocolo, ante la falta de unidad de criterios. Protocolo para poder realizar una alimentación oral segura; siempre cuando la situación neurológica del paciente y su situación respiratoria: conectado a VM, tubo en T, con nariz artificial... nos lo permitan.

Palabras clave

Nutricion • Traqueostomia • UCI • Oral • Disfagia • Enteral

ID 276

HUMANIZANDO LA UCI EN EPOCA DE COVID

Maider Etxeandia; A. Arana Azula; T. Esteban Galbete; L. Arce Angulo
UCI Hospital de Galdakao-Usansolo Osakidetza

Objetivos/Introducción

La pandemia trajo consigo la paralización de numerosas iniciativas en post de la humanización de las UCIs. El aislamiento padecido por los pacientes y sus propias familias en los primeros meses de la pandemia contribuyó a que la comunicación y el contacto entre ellos fuera diferente. Como consecuencia de esto, se tuvo que recurrir a iniciativas donde los transmisores y apoyo de esas personas fuéramos y seguimos siendo los sanitarios.

OBJETIVOS:

- Mostrar las acciones llevadas a cabo por los profesionales de la UCI del Hospital de Galdakao-Usansolo para paliar la incomunicación de los pacientes con sus familiares durante la pandemia por Covid 19.
- Analizar los resultados de las intervenciones realizadas.

Metodología/Observación clínica

En el 2016 se establecieron una serie de actuaciones realizadas hasta el inicio de la pandemia en una UCI polivalente de 10 camas. En la pandemia la ocupacion aumento a 15 camas exclusivas de COVID. Las medidas establecidas a favor de la humanización del servicio quedaron relegadas.Como consecuencia de esto, los transmisores y apoyo de esas personas éramos y seguimos siendo los sanitarios ayudados por las tecnologías actuales: llamadas telefónicas y videollamadas realizadas por el personal sanitario; carta a los familiares al ingreso de su familiar; adecuación de las visitas dependiendo de la situación.

Resultados/Intervenciones

Todas las acciones han sido valoradas positivamente por parte de los familiares y los pacientes. Las muestras de agradecimiento han sido una constante a lo largo de toda la pandemia.Como contrapartida el personal se muestra con un coste emocional que ha dado lugar a la intervención del servicio de psiquiatría-psicología en determinados momentos y diferentes sesiones.

Conclusiones

Las nuevas tecnologías, han ayudado a acercar a la familia y a su allegado. El nexo de unión ha sido el personal de la unidad. Dicha actuación acogida con ilusión y entusiasmo, ha provocado alta carga emocional para el personal.

Palabras clave

Humanizacion • COVID • tecnología • aislamiento

ID 279

ATENCIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS: VALORACIÓN INTEGRAL DE SUS NECESIDADES Y ATENCIÓN AL DUELO

Monica Turrado Villar; C. Carrera Castro; S. Contreras Garcia; MO. Piñero Marchante; MM. Fabelo Santos
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz

Objetivos/Introducción

El ingreso y la estancia de un ser querido en la UCI supone a nivel familiar la vivencia de una experiencia estresante y traumática, relacionada con: enfrentarse a una situación de salud cercana a la muerte, el sufrimiento, el temor, la ruptura de roles y el desconocimiento.El Objetivo principal ha sido la elaboración de un documento para mejorar el conocimiento de las necesidades propias de la familia del paciente crítico ingresado en nuestra UCI y mejorar el nivel de satisfacción de los mismos.

Metodología/Observación clínica

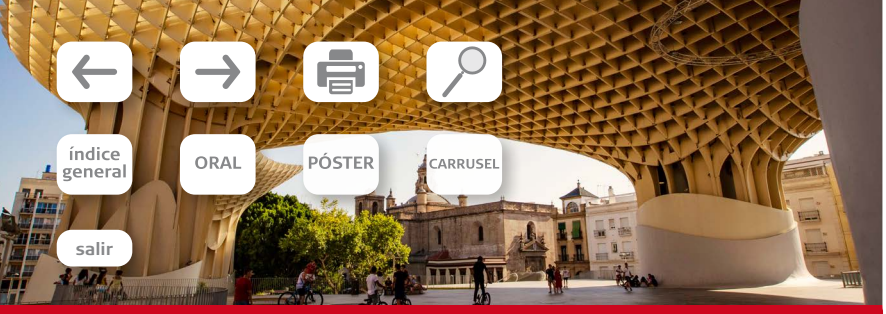
Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos consultadas: Medline, Cuiden plus, PubMed, Cochrane plus, Cinhal, Google académico.Se procede a la entrega de cuestionarios de satisfacción a los familiares de los pacientes atendidos, valoración de cartas y escritos de nuestro buzón de sugerencias al alcance de todos los familiares y presente en un lugar visible de la unidad.

Resultados/Intervenciones

Los resultados obtenidos nos permiten conocer de primera mano todos los aspectos más importantes para la familia del paciente critico en situación de últimos días, mejorar la comunicación y aporte de información, dotar de mayor presencia de la familia en estos momentos y fomentar entre el personal el aprendizaje del manejo del duelo en estas situaciones tan duras tanto para las familias como para el profesional que lo atiende.

Conclusiones

El siguiente estudio nos ayuda a prestar una atención de mayor calidad a la familia y cuidador principal del paciente critico en situación de últimos días, así como la atención al duelo tras el fallecimiento del paciente en nuestra unidad. Por parte de las familias se ha valorado positivamente: la cercanía y profesionalidad del personal sanitario que atiende al paciente, el respeto a la intimidad en la despedida de sus familiares, la búsqueda de soluciones ante cualquier problema que se les presente, y el apoyo psicológico prestado.



ID 285

MULTIRRESISTENCIAS: ACTOS DEL PASADO QUE REPERCUTEN EN EL PRESENTE

Ainara Arana Azula; T. Esteban Galbete; M. Etxeandia Juaristi; L. Arce Angulo; J. Molinuevo Picón; AMª. Sánchez Villamor
Hospital Galdakao Usansolo

Objetivos/Introducción

Es un hecho constatado la existencia de microorganismos multirresistentes (MMR) que en la UCIs contribuyen, entre otras cuestiones, al aumento de la morbimortalidad, y/o al ingreso prolongado. Los profesionales somos importantes vectores de trasmisión de esos MMR.

OBJETIVO GENERAL: determinar el protocolo general de actuación en todos los pacientes con MMR y específicos para cada MMR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar de forma precoz pacientes susceptibles de riesgo de padecer MMR.
- Garantizar una rápida y eficaz actuación ante esos pacientes.
- Organizar la atención al paciente con MMR de manera eficaz y coordinada para evitar la trasmisión de los microrganismos.
- Promover y gestionar actividades ligadas a la difusión del conocimiento y de protocolos de actuación entre el personal implicado en la atención del paciente con MMR.

Metodología/Observación clínica

Estudio realizado en la UCI de la OSI Barrualde Galdakao (15 camas pacientes Covid positivos), se analizan dos periodos del 2021 (1º Abril-Junio; 2 º Julio-Septiembre) para comprobar si las infecciones por MMR están al alza.

Resultados/Intervenciones

En el primer periodo se aislaron un total de 13 bacterias en 22 pacientes, 7 de los cuales fueron MMR; en el segundo 27 bacterias en 37 pacientes, 13 casos de MMR. Tras objetivar el aumento de MMR, se elaboran varios protocolos y acciones dirigidas a prevenir la aparición de MMR y/o su transmisión por los profesionales: Recuperar la formación de los Proyectos ZERO para el personal. Formación mediante sesiones teóricas y prácticas al personal de enfermería sobre canalización y cuidados de PICC ecoguiada. Rondas de seguridad Sesiones y reuniones multidisciplinares. Screening NFR de pacientes que cumplen criterios establecidos en el proyecto “resistencia zero”. Aplicación del protocolo de L+D+E. Tomas ambientales Reinicio del Equipo Proa.

Conclusiones

Debido a la proliferación de bacterias, en concreto las MMR y su trasmisión en las UCIs, es necesario la implementación de planes de acción que contribuyan eficazmente a disminuir las tasas de MMR.

ID 286

LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA EN EL ENFERMO CRÍTICO

Núria Cortés Andreu; I. Sabate Cordero; VM. Lorenzo Garcia; B. Rubinat Brusau
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) por el perfil de enfermo y la complejidad de lasintervenciones a realizar es habitual que hablemos de pacientes sedados y que no sepuedenmovilizar sin el riesgo de que sufranuna complicación. En el Hospital Uiversitario Arnau de Vilanova (HUAV) se realizan cortes para medir laprevalencia en 3 ocasiones durante el año 2021 para conocer cuantas lesionesrelacionadas a la dependencia (LCRD) tenemos entre nuestros enfermos y cuál es sucausalidad.

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de sufrir una LCRD en los cortes de prevalencia que se ha hecho en laUCI durante el año 2021.Saber la etiología habitual de las LCRD registradas en los cortes de prevalencia realizados en laUCI en el año 2021.

Metodología/Observación clínica

Se han tomado los datos teniendo en cuenta laescala de valoración BRADEN, si tienen unaLCRD y su etiología. También se han tenido en cuenta si estaban sedados, con relajaciónmuscular o con medicación vasoactiva.

Resultados/Intervenciones

Según los datos obtenidos en los 3 cortes de prevalencia, el 24% de los enfermos en dosocasiones presentan LCRD, en el tercer corte solo un 8%. La etiología más habitual es lahumedad juntamente con las lesiones por presión y cizalla. La LCRD por fricción son las menoshabituales.

Conclusiones

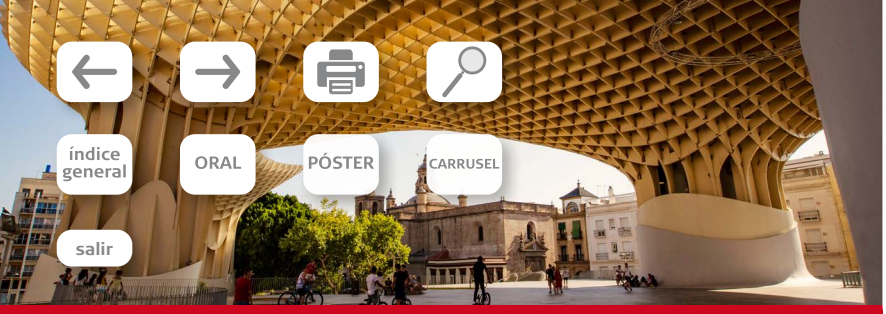
En conclusión, se sabe que en la UCI por el perfilde enfermo, puede facilitar la aparición deLCRD siendo estás incluso de estadio alto o producirse inestadiables si el estado del enfermoha dificultado la prevención y curación en primera estancia de estas. Por otro lado siempre sedebe trabajar la prevención dentro de los cuidados habituales de enfermería en UCI.

Financiación

No precisa

Palabras clave

ICU • pressure ulcer



ID 287

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE SEDACIÓN INHALADA EN LA UCI

Gemma Marín; O. Vallès Fructuoso; S. Contreras Medina; A. Martínez Alcazar; J. Navarro Rodríguez; A. Lamora Martí; L. Frías Jiménez; P. Girón Espot; E. Gallart Vivé
Hospital Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

La sedación inhalada (SI) es una alternativa válida a la endovenosa ya que proporciona un buen control de la sedación, con una rápida y predecible recuperación. Diversos de estos agentes inhalados han demostrado ventajas por sus efectos cardioprotectores, neuroprotectores y broncodilatadores. Uno de los dispositivos más utilizados para la administración de SI en la UCI es la cámara de vaporización AnaConDa® (Anaesthetic Conserving Device). Su manejo debe realizarse cuidadosamente para evitar exposiciones accidentales de los profesionales a los agentes halogenados.

OBJETIVO: Describir la administración y manejo de la sedación inhalada (SI) con el sistema AnaConDa® de forma eficaz y segura.

Metodología/Observación clínica

Una vez determinados los procedimientos y actuaciones en que se producía más riesgo de exposición accidental, se determinó la secuencia de realización de las desconexiones para evitar fugas del gas anestésico. El elevado número de profesionales que trabajan en el servicio, la alta rotación y la incorporación de profesionales noveles durante la pandemia del COVID-19 requirió buscar estrategias para que la información llegara de forma segura a todo el equipo.

Resultados/Intervenciones

Las actuaciones con más riego fueron: montaje y purgado del sistema, cambio del dispositivo AnaConDa®, carga de la anestesia, aspiración de secreciones, administración de medicación nebulizada, realización de fibroscopias y traslados a pruebas diagnósticas.Se elaboró un paquete de medidas preventivas para evitar dicha exposición: uso de sistema cerrado aspiración secreciones, pausa de la infusión y monitor gas en cada manipulación, revisión de todo el circuito y cambio AnaConDa® en un orden establecido.Se realizaron sesiones virtuales, videos formativos y una infografía para detallar todos los procedimientos y unificar las actuaciones.

Conclusiones

El uso del sistema AnaConDa® para la administración de sedación inhalada es seguro si se siguen las recomendaciones en los procedimientos de más riesgo.

Palabras clave

Sedación Inhalada • AnaConDa® • medidas preventivas

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

ID 289

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA: ¿NECESIDAD O REALIDAD?

Miriam López; C. Calcerrada Baeza; C. Moreno Cerrada; P. Piñas Viñambres; T. Castro Sánchez Bermejo; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

- Ver la importancia de la formación de personal cualificado.
- Valorar el hecho de crear un sistema de reciclaje continuado, así como la posibilidad de ofrecer a los sanitarios la formación necesaria.

Metodología/Observación clínica

Ha de realizarse mediante entrevistas a personal más y menos antiguo de las unidades de cuidados intensivos seleccionadas. Haciendo de esta manera, un trabajo de campo activo, observando las diferencias al trabajar de un sanitario sin experiencia/formación, con otro que sí la tenga, con requisitos similares como por ejemplos años trabajados.

Resultados/Intervenciones

La formación continuada aporta un reciclaje en los sanitarios en cuanto a nuevas técnicas, aparataje y/o actualizaciones de las mismas (científicas y tecnológicas), dando más seguridad en el ámbito laboral con la certeza de estar realizando dicho trabajo en beneficio del paciente.

Conclusiones

Además de aportar beneficios al trato y cuidado del paciente ingresado en UCI, también lo hace de cara al personal. A nivel personal, el hecho de tener ciertas bases de conocimiento y poder formarse y renovar conocimientos motiva a seguir investigando y sumando a algo tan importante como la especialización de servicios.

ID 291

CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS MEDIDA POR UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICO ANTES Y DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19 DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Inmaculada Carmona Delgado; M. Deu Curco; B. Correa; C. Cuzco Cabellos; MC. Cañueto Vilar; S. Fernández Méndez; P. Castro Rebollo; JM. Nicolás Arfelis
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

La higiene de manos (HM) es una de las prácticas más efectivas en la reducción de la transmisión de las infecciones nosocomiales... El efecto de la pandemia por COVID-19 sobre el cumplimiento de la HM en los PS no es bien conocido.

El objetivo de este trabajo es valorar este impacto en una UCI médica de un Hospital de tercer nivel.

Metodología/Observación clínica

Se realizó un análisis y comparación retrospectiva de la tasa de HM antes (01/18-01/20) y durante (02/20-01/22) antes de entrar en las habitaciones. Esta se midió mediante un sistema de monitorización electrónico que detecta el uso de los dispensadores automáticos de gel hidro-alcohólico colocados en la puerta de las habitaciones y las entradas posteriores.

Resultados/Intervenciones

Durante el periodo pre-COVID-19, el sistema detectó un total de 240.061 registros de HM, con una tasa de cumplimiento global de HM antes de entrar en las habitaciones de un 24,8%. Durante la pandemia, el número de registros fue de 98.921 registros, con una tasa de cumplimiento global de HM antes de entrar en las habitaciones del 7,8% (reducción significativa del 31,5%).

Conclusiones

La pandemia COVID-19 se ha asociado con una reducción significativa de la tasa de HM antes de entrar en las habitaciones medida por un sistema de monitorización automático. Esta reducción puede ser explicada por la instalación de puntos de HM adicionales para facilitar el acceso del material hospitalario a los PS y también a los cambios del protocolo clínico de manejo del paciente con COVID-19, con la colocación de guantes antes de entrar en la habitación como parte del Equipo de Protección Individual.

Palabras clave

Higiene de manos • Sistema de monitorización electrónico • COVID-19

ID 296

PROGRAMA DE APOYO AL PROFESIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA ASISTENCIA A PACIENTE COVID-19

Catalina Martín Castaño; MI. González Méndez; R. Muriana Jiménez; F. Martín Molina; A. Vázquez Fernández; MN. Anaya Carrión; MR. Alcaide Villar; A. de Tena González
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

INTRODUCCION: El elemento clave para el abordaje de la crisis sanitaria creada por el virus COVID-19 han sido los profesionales sanitarios. Asi lo han reconocido las autoridades sanitarias y la población en general. Ellos se han convertido en la herramienta mas valiosa para el abordaje de esta pandemia. Por esto los gestores de las unidades siguiendo las recomendaciones de la OMS nos encontramos ante el deber y la necesidad de establecer mecanismos para protegerlos de los riesgos físicos y psíquicos ocasionados por la asistencia al paciente COVID.

OBJETIVO: Establecer mecanismos de protección y confort para los profesionales de la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante la asistencia a pacientes COVID-19

Metodología/Observación clínica

Descripción de la actividad: Reunión con servicios de soporte y equipos directivos para establecer prioridades para la atencion del profesional en primera linea de atencion al paciente Covid -19 en UCI. Intervención:

1. Apoyo emocional al profesional:
- Reunión grupal diaria conducido por psicóloga clínica/psiquiatra.
- Medidas preventivas para la detección de virus.
- Garantía de EPIS

2. Alojamiento preventivo
- Los trabajadores que se inscriban deberán trasladar su residencia permanente a dichos alojamientos.

3. Servicio de Dieta
- Aquellos profesionales con turnos de 12h que atiendan a pacientes COVID, se les proporciona desayuno, almuerzo y cena.

4. Adecuación de áreas para aseo y descanso
- Habilitar áreas de ducha y servicios adicionales en las areas Covid de la unidad.

Resultados/Intervenciones

1. Apoyo emocional al profesional: Hemos realizado 22 sesiones en las que han participado 117 personas

2. Alojamiento preventivo
- Solicitaron el alojamiento 15 profesionales de la unidad de diferentes categorías

3. Servicio de Dieta
- Diariamente servían aproximadamente 80 menús en desayuno,almuerzo y cena.

4. Adecuación de áreas para aseo y descanso Instalación de dos duchas adicionales. Adecuacion de dos horarios de entrada y salida dentro del mismo turno.

Conclusiones

Es de vital importancia para el profesional sentir que sus cargos superiores y el sistema sanitario son conscientes del gran esfuerzo que realizan y proporcionan medidas para intentar minimizarlo.

Palabras clave

Enfermeria • Covid-19 • Cuidados intensivos • Apoyo

ID 297

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Itziar Arce; O. Martín; J. Cantalapiedra; N. Ruiz de Escudero; B. González de Zarate; Z. Iñiguez de Ciriano; H. Barrasa; I. Vega; E. Bezares; A. Martín
OSI ARABA

Objetivos/Introducción

La extracción de hemocultivos es uno de los métodos utilizados para la determinación de la bacteriemia en el paciente crítico. La contaminación de las muestras por una técnica de extracción inadecuada o una identificación y/o procesamiento inadecuado pueden suponer un error diagnóstico, un incremento injustificado en el coste y en el tiempo de estancia del paciente. En el año 2020 aumentó el número de muestras contaminadas.

El objetivo de este estudio es analizar el cumplimiento del protocolo de extracción de hemocultivos.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo mediante la evaluación a través de la observación directa del grado de cumplimiento de un checklist de 23 ítems, ciego para el personal evaluado. Los ítems evaluados se subdividen en 2 categorías: medidas para garantizar la esterilidad de la muestra, identificación y procesamiento de la muestra. Variables cuantitativas expresadas como media y desviación estándar y cualitativas como porcentajes.

Resultados/Intervenciones

Los ítems en los que más se falló, fueron:
Relacionados con medidas para garantizar la esterilidad en la extracción de la muestra:

- Desinfección de la piel mediante gasas impregnadas: 87,5%
- Desinfectar la superficie de los tapones: 50%
- Preparación del campo estéril (con paño estéril): 50%
- 5 pasos recomendados por la OMS: 43,75%
- Lavado de manos higiénico: 43,75%

Relacionados con medidas para garantizar la identificación correcta y procesamiento de la muestra:

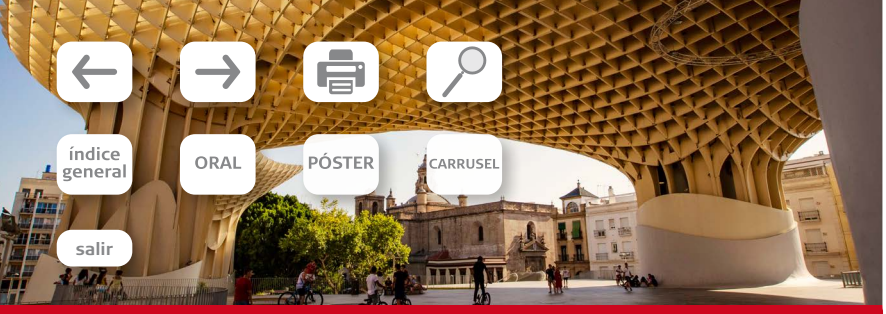
- Se registra en volante: profesional que extrae la muestra: 87,5%.
- Invertir viales tras la extracción: 68,75%
- Se registra en volante: fecha/hora de extracción: 56,25%

Conclusiones

Los fallos más repetidos durante la extracción de hemocultivos están relacionados con el lavado de manos y la preparación del campo estéril, por lo que vemos necesario incidir en estos aspectos al trabajar la mejora del cumplimiento del protocolo con el equipo. Los fallos en el procesamiento e identificación de la muestra, aunque no alteran directamente al procesamiento, podrían mejorar la trazabilidad de la misma y consideramos necesario trabajar este aspecto.

Palabras clave

hemocultivo • contaminación muestra • protocolo • bacteriemia



ID 298

¿ENFERMERÍA TECNIFICADA... ENFERMERÍA HUMANIZADA?

María Jesús Marmol Cubillo; N. Tomas Ordiñana; M. Sola Ferrer
Althaia

Objetivos/Introducción

En la unidad de nuestro hospital hemos realizado como en muchos otros hospitales una implantación tecnológica progresiva con la consiguiente mejora a nivel práctico y en relación a la seguridad del paciente, pero conscientes de la importancia que supone para el paciente y su familia la parte humana, hemos implementado paralelamente otras medidas para suplir este aspecto como es: establecer un régimen de visitas abierto, implantar la figura de la enfermera referente o el proyecto "familia activa". Por eso entendemos que cuanto más tecnificada es una UCI, más se tienen que tener en cuenta estos aspectos para mejorar la estancia del paciente y su familia, así durante estos años tecnología y humanización han ido de la mano avanzando juntas, teniendo en cuenta al paciente holísticamente: no solo con un cuerpo sino también con alma y sentimientos. Por lo cual, el valor añadido de la enfermería en un futuro es saber compensar esta balanza.

OBJETIVO PRINCIPAL: Establecer una estrategia y compensar la balanza tecnología-humanización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Crear protocolos de cuidados al final de la vida
- Crear protocolos de actuación en casos de LSV

Metodología/Observación clínica

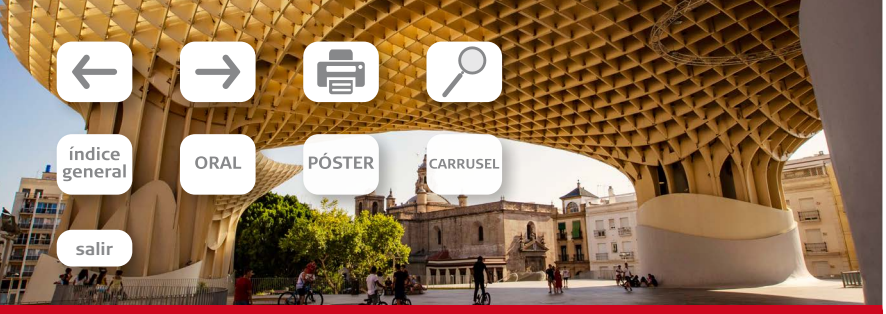
estudio observacional mediante la revisión de diferentes protocolos del servicio.

Resultados/Intervenciones

Mediante la adecuada adaptación de diferentes protocolos, aseguramos una asistencia íntegra con unos cuidados específicos para situaciones delicadas, con una actuación intachable y totalmente empática.

Conclusiones

Nuestro éxito como profesionales está, a parte de curar la enfermedad y velar por la seguridad del paciente, en hacer un acompañamiento más cercano y más humano teniendo en cuenta otros aspectos, que tal vez nos parecen menos relevantes pero que realmente tienen una importancia vital para el éxito de todo el proceso de curación del paciente.



ID 300

MEDICIÓN DE LA CALORIMETRÍA INDIRECTA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Amaia Saralegui[1]; MS. Arrarás Eleta[1]; I. Martínez Arangoa[1]; O. Astrain Alfaro[1]; MC. Zaldua Echeverria[1]; O. Moreno Hernández[2]
1. Hospital Universitario de Navarra; 2. Hospital Donostia

Objetivos/Introducción

La calorimetría indirecta (CI), representa el método de referencia en la valoración del gasto energético en reposo (GER), basándose en la medición del intercambio gaseoso pulmonar VO2 y VCO2. Los pacientes críticos, requieren unos requerimientos nutricionales especiales y una terapia nutricional individualizada. De hecho, estudios afirman que los requerimientos nutricionales (representados por GER) son mayores en pacientes sépticos que en los pacientes neurocríticos. A través de la estimación de las necesidades calóricas se pretende individualizar las pautas de nutrición de cada paciente. Actualmente, se ha incorporado esta técnica en nuestra UCI, por lo que se consideró importante recopilar los aspectos más importantes sobre la CI, así como describir el procedimiento y los materiales necesarios para su realización.

OBJETIVO GENERAL: Realizar un documento para que el personal de la unidad adquiera los conocimientos necesarios para la realización de la CI. Específicos: Describir los materiales necesarios para realizar una CI. Detallar la secuencia de actuación mediante pasos concretos.

Metodología/Observación clínica

Revisión y recopilación de la evidencia y manuales de uso sobre la técnica de la CI y sus modalidades.

Resultados/Intervenciones

Para realizar la CI se necesita una mínima formación de los profesionales. Se describieron las características principales del nuevo monitor “Q-NRGTM Metabolic Monitor” recién adquirido en nuestra unidad. Además, se realizó un checklist con los materiales necesarios para la ejecución de la técnica y finalmente se elaboró un resumen de la secuencia de actuación para difundir éste nuevo procedimiento dentro de nuestra UCI.

Conclusiones

La medición de la CI es un método no invasivo que permite registrar diariamente el GER a través de la medición del intercambio de gases inspirados y expirados, y un control personalizado de la estimación del gasto energético en pacientes críticos. La incorporación de esta técnica en nuestra unidad supone un nuevo reto para el personal de enfermería, por lo que con este documento se pretende facilitar su implementación.

ID 303

INCIDENCIA DE COLONIZACIÓN POR MMR EN PACIENTES CRÍTICOS COVID 19

Ana Díaz Belinchón; J. Inat Carbonell; M. Gimeno Vivó; G. Martínez Catalá; G. Palau Iranzo
Hospital Clínico universitario Valencia

Objetivos/Introducción

La presencia de microorganismos multirresistentes (MMR) en las unidades de hospitalización constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Complicando el manejo y la evolución de los pacientes. Los pacientes críticos son susceptibles de ser colonizados o infectados por MMR. Lo que prolonga su estancia en la unidad de cuidados críticos (UCI), aumentando los costes, la carga asistencial y la mortalidad. La especial vulnerabilidad, de los pacientes Covid por su prolongada estancia en las unidades de críticos, el uso de técnicas invasivas, la necesidad de ventilación mecánica y el tratamiento antibiótico asociado, les hace susceptibles de ser colonizados por MMR.

Este trabajo tiene como objetivo conocer la incidencia de la colonización por MMR en pacientes infectados por Covid 19 y su impacto en nuestra unidad.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes ingresados por Covid-19 (periodo) en la uci del Hospital Clínico Universitario, a través de la recogida de datos del programa de resistencia zero de la unidad.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación

Palabras clave

Multirresistentes • Covid 19 • Colonización • Infección

ID 304

USO DE CÁNULAS NASALES DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON SARS-COV-2 DESPIERTOS EN POSICIÓN LATERAL Y DECÚBITO PRONO EN LA UCI: PLAN DE CUIDADOS DE UN CASO

Miquel Sanz[1]; J. Roselló Sancho[1]; JM. García Alamino[2]
1. Hospital Clínic; 2. Universitat Ramon LLull, Barcelona

Objetivos/Introducción

El objetivo es presentar y analizar un plan de cuidados de un paciente de 54 años que al ingreso la radiografía de tórax revela infiltrados pulmonares compatibles con neumonía asociada al SARS-CoV-2. Su estado se deteriora con una insuficiencia respiratoria aguda (IRA), por lo cual es trasladado a UCI y en donde se le instauran las cánulas nasales de alto flujo (CNAF). Durante su estancia en UCI, el paciente se mantiene despierto y colaborador y se va cambiando de posición, decúbito lateral derecho, izquierdo y decúbito prono. Estas rotaciones son bien toleradas y conllevan a una mejora progresiva de su IRA, pudiendo pasar a mascarilla tipo Venturi cinco días después de su ingreso. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una valoración del paciente en su estancia en la UCI, donde destacaron tres necesidades alteradas del modelo de Virginia Henderson: respirar con normalidad, moverse y mantener la postura deseable y comunicarse. Posteriormente, se realizó un análisis del plan de cuidados más adecuado al caso en base a la evidencia científica.

Resultados/Intervenciones

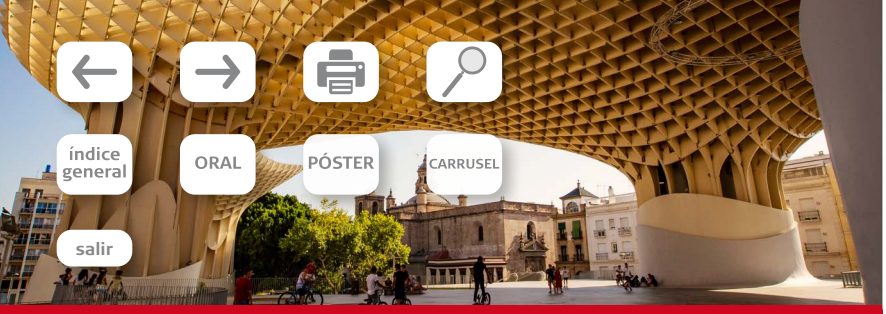
Se priorizaron cinco diagnósticos, y sus intervenciones derivadas, según la taxonomía NANDA: patrón respiratorio ineficaz (00032), deterioro del intercambio gaseoso (00030), intolerancia a la actividad (00092), riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) y ansiedad (00146).

Conclusiones

Las CNAF en pacientes en decúbito prono/decúbito lateral parece una alternativa eficaz a la ventilación mecánica invasiva en este tipo de pacientes. Esta técnica requiere un tiempo muy corto curva de aprendizaje, que representa una gran ventaja en una pandemia, debido a la contratación de profesionales sin experiencia. Por ello, es imprescindible conocer las intervenciones más adecuados según la evidencia, derivadas de los diagnósticos descritos, destacando la monitorización constante del patrón respiratorio, mantener el confort en las distintas posiciones y manejar la ansiedad del paciente.

Palabras clave

SARS-CoV-2 • cánulas de alto flujo • posición prono



ID 305

MASCOTAS EN LA UCI, ¿ES POSIBLE?

Isabel Losada Jiménez; JJ. Álvarez Cano; A. Ortega Guerrero
UCI

Objetivos/Introducción

Muchos de los pacientes ingresados en UCI conviven en sus casas con mascotas, y a menudo, tras prolongar en el tiempo su estancia en uci, nos comentan lo importante y todo lo que significa para ellos sus animales de compañía. Es entonces cuando nosotros nos planteamos si cabe la posibilidad de que nuestros pacientes reciban la visita no solo de sus familiares, sino también de sus mascotas.

El objetivo principal de este proyecto consistirá en garantizar las mejores condiciones para la visita de las mascotas en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realiza búsqueda bibliográfica basada en la evidencia más actualizada (con menos de 5 años) en Pubmed, Cochrane, health evidence y Google académico, con los términos MeSH ICU, pets (dogs, cats), benefits, health.

Resultados/Intervenciones

No hemos encontrado evidencia científica la cual nos indique que no existan beneficios y que impida la visita de las mascotas en UCI.

Conclusiones

Ante la falta de evidencia científica, decidimos realizar un protocolo para la visita de las mascotas en UCI, en el que se reflejan las situaciones en las cuales vemos viable el acceso de éstas a la unidad, así como aquellas en las que no lo es.

Palabras clave

Humanización • Mascotas • UCI

ID 306

CONOCIMIENTOS DEL EQUIPO SOBRE EL USO DE LAS SONDAS NASOGÁSTRICAS Y NUTRICIÓN ENTERAL

Isabel Losada Jiménez; JJ. Álvarez Cano; A. Ortega Guerrero
UCI

Objetivos/Introducción

El uso de las sondas nasogástrica así como la nutrición enteral en el paciente crítico está a la orden del día. Sin embargo nosotros nos preguntamos si todos los profesionales hacemos un buen uso de estos recursos. Por ello hemos evaluado los conocimientos sobre ambos conceptos a los profesionales que forman parte de la unidad de cuidados intensivos del hospital QuironSalud Málaga, que voluntariamente han decidido participar.

El objetivo principal será garantizar los mejores cuidados sobre el uso de las sondas nasogástricas y nutrición enteral en pacientes críticos adultos.

Metodología/Observación clínica

En este estudio hemos hecho uso de una investigación descriptiva cualitativa, por el cual se describen una serie de características sobre los conocimientos de las SNGs y NE, en función a la recogida de datos llevada a cabo a través de una encuesta rellenada por los profesionales (TCAEs, enfermeras y médicos) que pertenecen a la unidad de cuidados intensivos del hospital QuironSalud Málaga.La encuesta está compuesta por 10 preguntas tipo test de respuesta única sobre los conocimientos básicos en cuidados, materiales y función de las SNGs y NE. Se recogieron un total de 19 encuestas.

Resultados/Intervenciones

De un total de 19 participantes menos de la mitad fueron capaces de responder a la pregunta sobre material de las sondas. La mayor parte de los participantes coincidían, erróneamente, en la respuesta sobre a qué ritmo debe de iniciarse la NE.Cabe destacar que la gran mayoría contestaron bien a la pregunta sobre los cuidados básicos del paciente con SNG (comprobar fijación, realizar lavados de la sonda, mantener cabecero elevado...)

Conclusiones

Hemos de concluir que existe un desconocimiento en el tema de las SNGs y NE. Por consiguiente, esto nos lleva a plantearnos de la necesidad de ampliar la formación de los profesionales para así poder garantizar unos cuidados estandarizados y de calidad al paciente crítico.

ID 307

APOYO EMOCIONAL AL PROFESIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA ASISTENCIA A PACIENTE COVID-19

Catalina Martín Castaño; MI. González Méndez; A. Luque Budia; R. Muriana Jiménez; F. Martín Molina; A. Vázquez Fernández; MN. Anaya Carrión; MR. Alcaide Villar; A. de Tena González
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

INTRODUCCION: Los profesionales sanitarios han sido el elemento clave para el abordaje de la crisis sanitaria creada por el virus COVID-19.De su salud psico-emocional dependera la asistencia al paciente COVID-19 y los gestores debemos poner en sus manos todas las herramientas para ello.

OBJETIVOS:

- Ofrecer un espacio protegido y empático que facilite la expresión emocional ligada al trabajo.
- Facilitar el manejo emocional y el afrontamiento natural ante la demanda por Covid-19.
- Promover los propios recursos de afrontamiento ante una crisis.
- Generar y ofrecer recursos para la situación emocional desbordante.
- Favorecer la observación de activación fisiológica frente al estrés mediante técnicas sencillas
- Fomentar la cohesión grupal y el trabajo en equipo que facilite la sensación de toma de control en su labor asistencial

Metodología/Observación clínica

Actividad: Reunión grupal dirigida a profesionales en primera línea de atención Covid en UCI del Hospital General. Conducido por psicóloga clínica/psiquiatra y PIR/MIR. Participación voluntaria y Compromiso de confidencialidad. La duración de cada sesión fue de 40-45 minutos.

Resultados/Intervenciones

Se han mantenido 22 sesiones, han participado 117 personas, trece de las cuales participaron en más una ocasión. El grupo profesional que mayormente se benefició de la intervención grupal fue la enfermería.Participaron un total de 66 enfermeros,46 Auxiliares de enfermeria,3 Facultativos y 2 celadores.

Conclusiones

Esta sesiones permitieron a los profesionales identificar estrategias activas y pasivas que les ayudaban a afrontar esta situación de alto estrés (amistades, familia, ejercicio físico, aislamiento, desconexión, fumar, comer más)Identificar signos de impacto del trabajo sobre sí mismos. Cansancio físico y mental; llanto, irritabilidad, falta de ilusión, congelación de las emociones, insomnio, crisis de angustia.... Entre los valores experimentados se encontraban: importa ncia del compañerismo, del cuidado del otro; sentimiento de pertenencia a un grupo, la UCI Covid; reforzamiento ante la mejoría de los pacientes, satisfacción por los frutos del trabajo. Sentido del humor que algunas personas desplegaban.

Palabras clave

Enfermeria • Covid-19 • Cuidados intensivos • Apoyo

ID 308

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PRONO A PACIENTE CON ECMO VENO-VENOSA

Noemí Broncano González; S. Hermida Gómez; C. Serrano González
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

El Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) secundario a neumonía bilateral por Sars-Cov-19, ha sido la patología más común en las unidades de cuidados intensivos en estos dos últimos años.

Metodología/Observación clínica

Varón de 63 años, con antecedentes de Obesidad, HTA en tratamiento farmacológico, Dislipemia, AIT e Hiperuricemia. No vacunación Covid. No Alergias medicamentosas. Ingresa en la UVI Médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, procedente de la Urgencia, por una insuficiencia Respiratoria secundaria a neumonía por Sars-Cov-19. Tras administración de oxigenoterapia de alto flujo se procede a intubación orotraqueal y ventilación protectora, siendo necesaria una primera maniobra de decúbito prono (DP) de forma inmediata. Tras 2 ciclos más, no se evidencia mejoría respiratoria por lo que se procede a colocación de ECMO VV. El equipo de medicina intensiva, decide optimizar el tratamiento colocando al paciente en decúbito prono. Se realiza una valoración sistemática basada en el modelo enfermero de Dorotea Orem, ya que el Hospital Ramón y Cajal basa su marco teórico y metodología de trabajo en la Teoría del Autocuidado.

Resultados/Intervenciones

Para abordar esta intervención, se establecerá un plan de cuidados jerarquizado, de acuerdo con la taxonomía NANDA, NIC, NOC y sus posteriores cuidados de enfermería.

Conclusiones

Durante esta pandemia, en las Unidades de Cuidados intensivos, se ha realizado el DP en una innumerable cantidad de ocasiones. Esto ha provocado la mejora de la técnica y la minimización de riesgos para la seguridad del paciente. El personal de Enfermería es una pieza clave en la consecución de la técnica y los posteriores cuidados. Este caso concreto, el DP en un paciente con ECMO VV, ha supuesto un reto para el equipo de Enfermería.

ID 310

HAGAMOS LA REALIDAD VIRTUAL REAL

Isabel Losada Jiménez; JJ. Álvarez Cano; A. Ortega Guerrero
UCI

Objetivos/Introducción

Siguiendo en la línea de humanización, nos mantenemos inquietos en la búsqueda de nuevas vías para hacer más agradable y llevadero la estancia del paciente en UCI. Por ello, nos interesamos en la implantación de las últimas tecnologías de entretenimiento para su aplicación en UCI.

El objetivo principal de este proyecto será garantizar el bienestar, no solo físico sino también emocional de nuestros pacientes ingresados en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realiza búsqueda bibliográfica basada en la evidencia más actualizada (con menos de 5 años) en Pubmed, Cochrane, health evidence, SCIELO y Google académico, con los términos MeSH ICU, virtual reality, benefits, health.

Resultados/Intervenciones

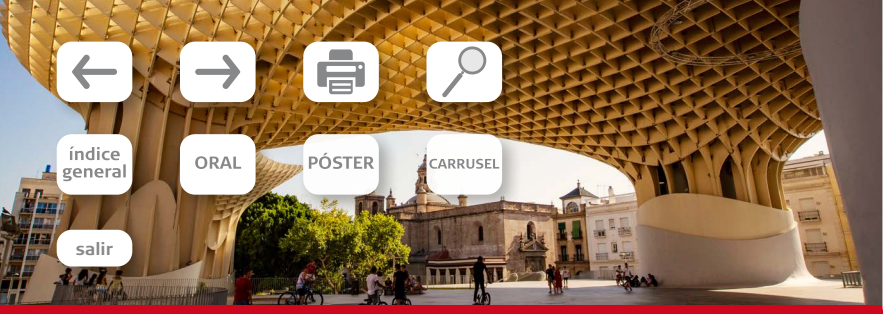
Tras la búsqueda realizada, encontramos que existe evidencia científica de la aplicación de gafas de realidad virtual en psicoterapia, y en los beneficios para la salud emocional de los pacientes que hacen uso de ella. Sin embargo aún no existe evidencia de la aplicación de estas terapias en UCI.

Conclusiones

Tras la revisión de la evidencia actual, y al no encontrar resultados del uso de esta terapia en UCI, concluimos que aun falta bibliografía que indique los beneficios en el paciente critico con esta terapia.

Palabras clave

Humanización • Realidad virtual • UCI



ID 311

ALTERACIÓN DEL RITMO CIRCADIANO EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCI)

Javier Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; L. Martínez Alarcón[1]; JA. Madrid Pérez[2]; VE. Fernández Ruiz[1]; G. Ramos Vidal; RB. Fernández Ariza[3]; A. Expósito Barroso[4]; JM. Jiménez García[5]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Universidad de Murcia - Departamento de Fisiología; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía; 4. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 5. Hospital Aldimesa

Objetivos/Introducción

El sueño es un patrón alterado en la mayoría de los pacientes ingresados en el hospital, pero puede verse agravado aún más cuando son pacientes de unidad de cuidados críticos (UCI), desencadenando un cambio de la salud. En pacientes trasplantados de hígado esta alternación puede ser mayor por su propia patología de base.

OBJETIVOS:

- Evaluar el ritmo circadiano en el receptor post trasplantado en UCI al despertar.
- Comparar dicho ritmo circadiano con su estado basal pre trasplante.

Metodología/Observación clínica

La alteración de los ritmos circadianos en nuestra UCI es muy indicativa de lo que ocurre en otras muchas UCI´s, lo que conlleva a un mal sueño, mala temperatura corporal y poca actividad, por lo que el estudio de los pacientes trasplantados de hígado nos puede dar a conocer la alteración de los diferentes apartados de los ritmos. Se realizará un estudio prospectivo no randomizado durante 3 años, donde se estudiarán a 35 pacientes incluidos en lista de espera para trasplante de nuestro hospital. Se utilizará un dispositivo tipo reloj Kronowise (Kronohealth S.L.) pre trasplante y UCI, de medición continua durante 7 días para asegurar una adecuada comparación entre el órgano afectado y el nuevo órgano implantado. Variables a estudio: temperatura, luz, ruido, sueño-vigilia, actividad, bioquímica, hormonas, hemograma y evaluación clínica. Las alteraciones del ritmo circadiano podrían tener graves consecuencias de salud en los pacientes de UCI, pero más concretamente puede verse alterado en los pacientes trasplantados de hígado, por ello la realización de dicho estudio pretende adaptar y adecuar los cuidados de enfermería a mejorar el despertar y descanso de dichos pacientes, así como poder valorar diferentes opciones de las variables a estudio.

Palabras clave

Hígado • Trasplantes • Ritmo Circadiano • Sueño

ID 313

DISFAGIA POST-EXTUBACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

Mercedes Garrido Martín
Unidad de Cuidados Intensivos Traumatología Hospital Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

La disfagia causada por la intubación y la ventilación mecánica puede afectar entre un 3% y 63% de los pacientes de cuidados intensivos. La disfagia se asocia al incremento del riesgo de broncoaspiración, neumonía, reintubación y aumento de la mortalidad.

El objetivo es conocer los pacientes con riesgo de disfagia y las evaluaciones clínicas y de cribado de deglución.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cinahl, PubMed y Cochrane con los descriptores "post-extubation dysphagia in intensive care" entre los años 2020-2022. Consenso de expertos del equipo multidisciplinar.

Resultados/Intervenciones

Los factores de riesgo asociados a trastornos de la deglución en pacientes críticos son: disfagia preexistente, cáncer, cirugía o radiación de cabeza/ cuello y/o esófago, delirium, sedación excesiva y/o demencia, accidente cerebro vascular o enfermedad neuromuscular, ventilación mecánica prolongada, intubaciones múltiples, traqueostomía, reflujo gastroesofágico severo, debilidad adquirida en UCI, posición supina en cama, ecocardiograma transesofágico perioperatorio Las evaluaciones clínicas y de cribado de deglución más utilizadas son:

- Prueba de deglución de las 3-onzas o 90 ml de agua
- Protocolo de Evaluación de Yale (Yale Swallow Protocol)
- Protocolo de Riesgo de Disfagia (Dysphagia Risk Evaluation Protocol)
- Modelo GuSS-ICU (Gugging Swallowing Screening) que incluye items como la escala RASS (Richmond Agitation ans Sedation Scale) y el CAM-ICU (Confusion Assessment Method for ICU)

Conclusiones

Se han de realizar más estudios para conocer la frecuencia de la disfagia, consecuencias asociadas y practicas para su evaluación y manejo. Es necesaria la detección rutinaria y la elaboración de protocolos.

Financiación

No hay

Palabras clave

Disfagia • enfermería • Cuidados Intensivos • deglución

ID 314

ADECUACIÓN EN EL TRANSPORTE EXTRACORPÓREO DE UNA ASISTENCIA CARDIACA BIVENTRICULAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Javier Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; L. Martínez Alarcón[1]; RB. Fernández Ariza[2]; A. Expósito Barroso[3]; C. Jiménez García[4]; J. Inocencio Sánchez[5]; S. Sánchez Cámara[1]; ML. Alcaraz Escribano[1]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital General Universitario Santa Lucía; 3. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 4. Hospital La Vega; 5. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos/Introducción

En nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) hay paciente que con patologías cardiacas que precisan de un soporte técnico de amplia complejidad, por ello, el equipo multidisciplinar y en especial enfermería, debe conocer dicho aparataje, su manipulación y las posibilidades de movilizar a los enfermeros que portan dicha maquinaría tan compleja.

OBJETIVOS:

- Ejercitarnos en el uso y transporte de la asistencia cardiaca biventricular.
- Conocer y saber identificar las necesidades de los pacientes portadores de dicho aparataje.

Metodología/Observación clínica

Varón de 58 años que ingresa en UCI por insuficiencia cardiaca descompensada que requiere de estabilización hemodinámica con medios de todo el equipo multidisciplinar, recurriendo a otras especialidades y teniendo que implantar dicho paciente la asistencia cardiaca biventricular, lo que conlleva una compleja actuación parte de enfermería. En las primeras el paciente se encuentra inestable y precisa de un TAC urgente, por lo que es necesario transporte urgente al servicio de radiología con dicha asistencia.

Resultados/Intervenciones

Es necesaria la coordinación de todo el quipo multidisciplinar para que el transporte de dicho paciente no conlleve ningún riesgo en el traslado. Enfermería debe conocer los medios adecuados para transportar en condiciones de seguridad a los pacientes portador de dicha asistencia.

Conclusiones

La asistencia cardiaca biventricular puede darse como un puente al trasplante de corazón, salvando la vida a los pacientes. La complejidad y gravedad de este tipo de pacientes y de la asistencia que precisan, requiere un manejo especifico y entrenamiento adecuado del personal de enfermería, sabiendo hacer frente a las situaciones que requiera el paciente, como puede ser el traslado a una unidad de radiología.

Palabras clave

Extracorpórea • Transporte • Biventricular • UCI

W ID 315
RESPETANDO LOS CRITERIOS BIOÉTICOS EN SITUACIÓN DE PANDEMIA

Javier Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; N. Molina Sánchez[4]; L. Martínez Alarcón[1]; JM. Jiménez García[5]; ML. Alcaraz Escribano[1]; J. Inocencio Sánchez[6]
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 Aldimesa; 6. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos/Introducción
En los comienzos caóticos de la pandemia, muchos fueron los rumores de alteración en los criterios de ingreso en las unidades de cuidados críticos, lo que motivo un temor a nivel social. Actualmente se ha podido aclarar y visibilizar que la unidad del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca al igual que el resto de nuestro país pudo dar una respuesta dentro de los limites bioéticos imperan en nuestras unidades.

OBJETIVO: Establecer un manual para la atención de estos pacientes en el que hace mención a esta causa y a los criterios de humanización que rigen nuestra labor.

Metodología/Observación clínica
Se reflexiona sobre la necesidad de un manual para unificar y aclarar el cuidado de este tipo de paciente y se procede a su elaboración y posterior validación por el comité de cuidados del hospital.

Resultados/Intervenciones
Este manual es acogido y puesto en práctica por todo el equipo multidisciplinar facilitando el trabajo y respetando los valores humanos que imperan en nuestra practica asistencial: compañía, comunicación, asistencia espiritual, necesidades personales, etc. Se consigue unificar las rutinas de trabajo.

Conclusiones
Con este manual se facilita el trabajo en la situación de pandemia que hemos atravesado y en la cual nos encontramos, buscando siempre la dignidad de todo tipo de pacientes.

Palabras clave
Manual • Dignidad • Pandemia • Bioética

Pósters Carrusel *Sala Andalucía*

ID 316

DE LA UCI AL CENTRO DE SALUD

Mónica Funes Alberto; D. Nogueras Santos; L. Romero Mancha; S. Gianinetto López; ML. Ortiz Gómez
Hospital de la Linea

Objetivos/Introducción

El objetivo de este proyecto es llegar a la población con necesidades de revisión de dispositivos de marcapasos y no hacerles tener que volver a la unidad de cuidados intensivos solo para ello. Nuestra propuesta es un trabajo estudiado y consensuado con los usuarios que van a ser atendidos. Normalmente los paciente tras la implantación del marcapasos, son citados a la semana en nuestra unidad para revisarles la herida quirúrgica y comprobar que funciona correctamente dicho dispositivo. Tras un mes de evolución se vuelve a citar al paciente en nuestra consulta dentro de la unidad para comprobar de nuevo la funcionalidad del marcapasos y las sensaciones que tiene el paciente con su nueva vida y su nuevo dispositivo. En un año volveremos a ver a este usuario para comprobar nuevamente la funcionalidad del marcapasos.

Metodología/Observación clínica

En nuestro caso, un enfermero especializado y formado en dispositivos de marcapasos se desplazará a los centros de salud de la comarca vinculados a nuestro hospital. Con el objetivo de realizar las mismas tareas que se hacen en la consulta pero en una zona de confort para el paciente y facilitándole de esta manera el acceso.

Resultados/Intervenciones

El enfermero especializado se encargará junto con un médico de forma telemática de revisar tanto la herida quirúrgica, como los hematomas que se se pueden producir tras la intervención y la modificación de parámetros del dispositivo. Además de atender los miedos y dudas que acarrea tener un dispositivo de estas características.

Conclusiones

Es un proyecto de evolución enfermera y de trabajo en equipo. Con el beneficio de mejorar la calidad asistencial de un colectivo de pacientes que cada vez es más amplio. Al comentarlo con los usuarios que podrían ser seleccionados para este proyecto, se vieron muy ilusionados con la posibilidad de evitar los desplazamientos y la seguridad de tener un equipo especializado tan cerca.

Financiación

Nuestro hospital, aún siendo un hospital comarcal relativamente pequeño, se ha comprometido con la formación y con el transporte del enfermero especialista en marcapasos. Haciendo que la UCI llegue a los centros de salud.

ID 317

SEGUIMOS HUMANIZANDO: VISITAS Y COVID-19

Francisco Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; A. Expósito Barroso[2]; S. Sánchez Cámara[1]; N. Molina Sánchez[3]; RB. Fernández Ariza[4]; L. Martínez Alarcón[1]; ML. Alcaraz Escribano[1]; JM. Jiménez García[5]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor; 4. Hospital General Universitario Santa Lucía; 5. Hospital Aldimesa

Objetivos/Introducción

Durante la pandemia se estipulo la prohibición de visita a los pacientes covid. Ha raíz de esto, surge la iniciativa de un compañero y la consecuente aprobación de la dirección de la unidad para que se pudiera establecer la visita.

OBJETIVOS:

- Reflexionar sobre la posibilidad de ser visitados físicamente los pacientes de la unidad.
- Llevar a cabo un protocolo de visitas.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un protocolo de visitas donde queda redactado quien será el responsable de acompañar al visitante para que pueda saber como ponerse y quitarse el equipo de protección individual, cuándo se llevará a cabo, dónde, y cómo tiene que desarrollarse todo el procedimiento.Se pretende unificar al máximo los criterios y procedimientos, al mismo tiempo que minimizar los riesgos que se puedan derivar.

Resultados/Intervenciones

A mediados de diciembre de 2020 se consigue poner en marcha con la implicación de todo el equipo multidisciplinar, las visitas a los pacientes con diagnostico de COVID positivo, de las cuales habían estado privados salvo en situaciones de pre-existus letalis, cuando la situación lo permitía. Los pacientes y familiares, consiguen reducir las situaciones de ansiedad desencadenadas por dicha situación, al mismo tiempo que los trabajadores rebajan el sentimiento de daño moral que les causaba la situación de soledad y muerte de dichos pacientes sin el acompañamiento de sus seres queridos.

Conclusiones

La implantación de algo nuevo genera desconfianza al inicio, pero al poco tiempo tras observar y poder experimentar que es una práctica posible y necesaria para nuestros pacientes, genera aceptación y se consolidad con la práctica habitual que, por desconocimiento, se interrumpe en los inicios de la pandemia. Buscando siempre la dignidad de todo tipo de pacientes.

Palabras clave

Visitas • Dignidad • Pandemia • Reflexión

ID 318

¿QUÉ PASA SI SALIMOS DE LA UCI A PASEAR?

Isabel Losada Jiménez; JJ. Álvarez Cano; A. Ortega Guerrero
UCI

Objetivos/Introducción

Es sabido que el ingreso en UCI supone no solo un cambio con tu vida cotidiana sino también supone una ruptura total con el entorno exterior al hospital (luz natural, sol, viento y zonas verdes). Conociendo el "protocolo paseo" del proyecto H-UCI, el objetivos de este proyecto será describir los beneficios para la salud que supone el contacto con el exterior para los pacientes de larga estancia en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realiza búsqueda bibliográfica basada en la evidencia más actualizada (con menos de 5 años) en Pubmed, Cochrane, health evidence y Google académico, con los términos MeSH ICU, nature, contact, benefits, health.

Resultados/Intervenciones

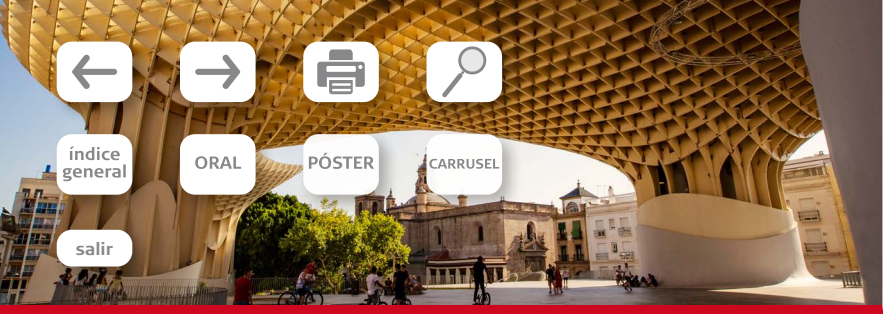
Tras una búsqueda con un total de 16 artículos, tan solo 4 de ellos muestran resultados significativos de la puesta en marcha de esta actividad.

Conclusiones

De los 4 estudios, podemos decir que ninguno de ellos muestran los beneficios psicologicos y físicos del paciente critico pero sin embargo creemos que los resultados pueden extrapolarse y ser muy beneficiosos para los pacientes en UCI.

Palabras clave

Humanización • contacto exterior • paseos



ID 319

ASISTENCIA ESPIRITUAL: POSIBLE CONSUELO AL FINAL DE LA VIDA

Francisco Expósito Barroso[1]; E. Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; A. Expósito Barroso[2]; S. Sánchez Cámara[1]; N. Molina Sánchez[3]; RB. Fernández Ariza[4]; L. Martínez Alarcón[1]; ML. Alcaraz Escribano[1]; JM. Jiménez García[5]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor; 4. Hospital General Universitario Santa Lucía; 5. Hospital Aldimesa

Objetivos/Introducción

Los pacientes ingresados en unidad de cuidados críticos (UCI) y sus familiares tienen derecho al acompañamiento espiritual cuando el paciente se encuentra en sus últimos momentos de vida, lo cual hace que muchos de los profesionales de la salud descuiden esta parcela, sin mediar en que el paciente/familia pueda obtener la asistencia espiritual necesaria al final de su vida.Debemos de tener en cuenta que la población española es mayoritariamente cristiana y que los hospitales disponen de dicho de capellán las 24 horas del día.

OBJETIVO: Asistir al paciente terminal en la faceta espiritual usando los recursos que se disponen en el hospital.

Metodología/Observación clínica

Los últimos momentos de vida de una persona suelen ser dolorosos y desconcertantes para la familia, por ello facilitarle el acompañamiento espiritual, puede hacerse más tolerable el dolor y el duelo al que se tiene que enfrentar el paciente y la familia.

Resultados/Intervenciones

En nuestro hospital disponemos de la figura de un capellán las 24 horas del día para asistir espiritualmente en los momentos de duelo y despedida de los pacientes. También se puede hacer uso de el para que acompañar en este trance a las familias que lo desean sin necesidad que sean cristianas.

Conclusiones

Ofrecer la asistencia religiosa y /o espiritual ha ayudado a las familias y al paciente cuando se enfrenta a situaciones criticas o a duelo por situación de pre-exitus letalis. El personal de enfermería también tiene que ofrecer y facilitar dicho acompañamiento en la medida de sus posibilidades.

Palabras clave

Asistir • Exitus letalis • Espiritual • Vida

ID 320

IMPLANTE DE UN MARCAPASOS EN UN PACIENTE PORTADOR DE UN DISPOSITIVO DE NEUROESTIMULACIÓN, ¿ES POSIBLE?

Amadeo Puebla Martín; MA. Puebla Martín; I. Vázquez Rodriguez-Barbero; S. García-Velasco Sánchez-Morago; J. Rodríguez Almagro; MM. del Fresno Sánchez; JP. Trujillo Juárez; I. Molina Torrecillas; AB. Aguirre Romero; M. Ordóñez Díaz
Hospital General de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El implante de marcapasos a día de hoy es una técnica muy frecuente debido a la disfunción del sistema de conducción eléctrica del corazón. Por otro lado, el implante de neuroestimuladores medulares es una técnica también cada vez más utilizada para el manejo del dolor lumbar crónico refractario a tratamientos convencionales, como el síndrome postlaminectomía, espalda fallida, síndrome de dolor regional complejo, etc. Debido a la posibilidad de aparición de interferencias entre ambos dispositivos, a muchos pacientes se les niega la implantación de un marcapasos o neuroestimulador medular.

Metodología/Observación clínica

Caso cñinico: Varon de 54 años que ingresa en UCI con diagnóstico de bloqueo cardiaco de 3º grado avanzado que requiere el implante de un marcapasos definitivo. Dicho paciente se encuentra en seguimiento por la Unidad del Dolor por un síndrome postlaminectomía por el que se le implantó hace 2 años un sistema de neuroestimulación lumbar para el tratamiento de su dolor. Había sido intervenido de foraminectomía L4-L5 y artrodesis L4-L5 por hernia discal y diagnosticado de sacroileitis bilateral en gammagrafía ósea. Como antecedentes destacaba alergia a beta-lactámicos, fumador moderado, asma leve sin tratamiento.

Resultados/Intervenciones

Ante esta situación, se plantea colocación de un marcapasos definitivo como tratamiento ideal ante su diagnóstico por lo que se procede al implante. Tras ello, el paciente presenta gran mejoría de la sintomatología, lo que ha permitido solucionar cada problema de salud con cada dispositivo implantado de forma independiente el uno del otro.

Conclusiones

Pacientes portadores sistema de neuroestimulación pueden ser candidatos a implante de marcapasos cardiacos llegado el momento, sin que por ello se produzcan interferencias o alteraciones en la lectura del mismo ya que son dos dispositivos independientes.El avance dela tecnología debe ser conocido por la enfermera de UCI para resolver dudas y prestar una atención integral a nuestros pacientes

Financiación

No

ID 321

ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO TRASPLANTE EN ÉPOCA COVID-19

Esther Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; S. Sánchez Cámara[1]; L. Martínez Alarcón[1]; L. Juguera Rodríguez[1]; L. Moreno Ruiz; ML. Alcaraz Escribano[1]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos/Introducción

Durante la pandemia los trasplantes no se vieron beneficiados debido a la carencia de información en un primer momento. Fue a lo largo del tiempo cuando se pudieron actualizar los protocolos de trasplantes. Gracias a ello se reanudó el trabajo por parte de este organismo, volviendo a dar esperanza a las personas susceptibles de trasplante.

OBJETIVO: Evaluar la influencia de la pandemia en los trasplantes de órganos.

Metodología/Observación clínica

Hemos recurrido a los datos actualizados de la Organización Nacional de Trasplante (ONT) en la provincia de Murcia, comparando los años 2019- 2020-2021. Y se ha realizado un estudio observacional, en el cual hemos comparado cuantitativamente los datos obtenidos en dichos años.

Resultados/Intervenciones

A pesar de la incertidumbre que se desarrolló en el inicio de la pandemia, se consiguió remontar y volver a restablecer los trasplantes en nuestra unidad. Se ha hecho un gran trabajo por parte de la ONT y todo el equipo disciplinar, dirigido al desarrollo de un protocolo enfocado a la donación de órganos en la situación de pandemia que hemos atravesado y a que a día de hora seguir padeciendo.

Conclusiones

Es de vital importancia restablecer la donación y a su vez mantener la seguridad hacia las personas receptoras.

Palabras clave

ONT • Trasplante • Pandemia • Órganos

ID 322

EL GRAN RETO, CUIDAR EN PANDEMIA

Esther Muñoz Borrachero[1]; J. Sáez Sánchez[1]; F. Expósito Barroso[1]; A. Expósito Barroso[2]; RB. Fernández Ariza[3]; L. Moreno Ruiz; S. Sánchez Cámara[1]; L. Martínez Alarcón[1]; ML. Alcaraz Escribano[1]; L. Juguera Rodríguez[1]
1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía

Objetivos/Introducción

Tras declararse la pandemia, los sanitarios nos enfrentamos a una situación de desconocimiento a la hora de cuidar a estas personas afectadas de Covid. Se nos plantea un enorme reto laboral con la dificultad de que prime la seguridad del profesional. Surge como respuesta por parte de un grupo de enfermeros la creación de una línea de trabajo para facilitar y unificar la labor diaria, lo cual desemboco desemboca en un protocolo de cuidados.

OBJETIVO: Desarrollar un protocolo de actuación en cuidados a través de una revisión sistémica

Metodología/Observación clínica

Se realizan revisión sistemática de los diferentes protocolos que ya estaban creados en hospitales tanto nacionales como internacionales.

Resultados/Intervenciones

Tras la revisión sistemática, se ve oportuno de un protocolo de actuación de cuidados que fue aprobado por el comité de cuidados de nuestro hospital. Pretendiendo unificar y facilitar nuestra labor asistencial y tener en cuenta las necesidades específicas de dichos pacientes y sus acompañantes, debían de primar siempre unos cuidados de calidad como a todo tipo de paciente.

Conclusiones

La inquietud del momento generó dentro del mismo servicio el impulso para crear una herramienta que sirvió de consulta tanto al personal veterano como al de nueva contratación. Recordemos que fue un tiempo de alta movilidad de personal en el servicio. Con él se consiguieron mitigar las dudas que surgían ante la práctica diaria con estos pacientes y dar mas seguridad, así como aliviar el estrés laboral que en ese momento apareció en los trabajadores.

Palabras clave

Covid-19 • Seguridad • Protocolo • Cuidados

ID 324

HUMANIZACIÓN DE NUESTRAS UCIs EN LA PANDEMIA POR COVID-19

Isabel Losada Jiménez; JJ. Álvarez Cano; A. Ortega Guerrero
UCI

Objetivos/Introducción

La Pandemia COVID-19 ha supuesto un gran cambio en muchos aspectos y sobre todo en los cuidados de los pacientes de UCI por lo que los profesionales se han tenido que adaptar a la situación con miedo y desconocimiento. Es evidente que hay que trabajar los aspectos emocionales y físicos para mejorar los cuidados de estos pacientes.

El objetivo principal de este proyecto es describir los puntos fuertes y débiles en los cuidados del paciente críticos ejercidos por los profesiones de la enfermería.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una búsqueda bibliográfica basada en la evidencia científica más actual en metabuscadores como PUBMED, COCHRANE, SCIELO, HEALTH EVIDENCE y GOOGLE ACADEMICO con términos MeSH covid-19, intensive care unit, humanization, nursing.

Resultados/Intervenciones

Obtenemos un total de 35 artículos, de los cuales tan solo 13 artículos se ajustan a nuestra búsqueda.

Conclusiones

Los cuidados humanizados en la UCI se han visto afectados fuertemente por la pandemia, por aspectos como el desconocimiento, falta de recursos pero sobre todo por el aislamiento de los pacientes. Sin embargo, 3 artículos muestran resultados donde el miedo y la desolación de los profesionales de la enfermería han sido también barreras para el cuidados del paciente crítico.

Palabras clave

Humanización • COVID-19 • Enfermeria

ID 326

MANEJO DE ENFERMERÍA EN LA RETIRADA DE HEMOFILTRO CONECTADO EN CIRCUITO ECMO

Montserrat García González; M. Hernández Resuela
Hospital Universitario de Toledo

Objetivos/Introducción

El paciente crítico que precisa terapia con ECMO puede presentar fracaso renal con la necesidad de utilizar el Hemofiltro. El circuito del Hemofiltro se puede conectar, a su vez, en el circuito ECMO, evitando la canalización de un nuevo acceso venoso. En ocasiones, por cambios de tratamiento, realización de pruebas fuera de la unidad o necesidad de cambio de filtro, se plantea la duda de si es conveniente o no se debe retornar la sangre del hemofiltro.

OBJETIVO: Determinar los riesgos y los beneficios que conlleva retornar la sangre del circuito del Hemofiltro conectado a ECMO.Valorar el riesgo/beneficio de retornar la sangre del circuito del Hemofiltro conectado a ECMO de forma individualizada.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos específicas sobre el uso de hemofiltro intercalado en el circuito del ECMO y si se debe o no es recomendable retornar la sangre del hemofiltro al paciente a través del circuito ECMO.

Resultados/Intervenciones

La bibliografía encontrada es escasa y nos obliga a plantear riesgos y beneficios de la pregunta que planteamos para seguir trabajando en ello.

Conclusiones

Al retornar la sangre podemos determinar que existen riesgo como infección, problemas en el oxigenador del ECMO, manipulación de conexiones, sangrado, hemólisis y necesidad de trasfusión de sangre. Los beneficios que se identifican son evitar pérdidas sanguíneas, trasfusiones y los riesgos que ello conlleva.

Financiación

no

Palabras clave

hemofiltro • ECMO • Enfermeria

ID 328

COMPATIBILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DE LOS FARMACOS MAS UTILIZADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Lorena Fernández Silva; I. Díaz Mira; MJ. Casado Vázquez; S. Valentín Rabadán
Hospital Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

En las Unidades de Cuidados Intensivos, se administran gran número de fármacos intravenosos, cada uno para su función específica, y algunos de ellos, infundiéndose en el mismo momento de forma conjunta. En determinados momentos, puede crear duda en el profesional que administra dicho medicamento, la eficacia de ese fármaco junto a otro así como su compatibilidad. Es por ello, que se considera de importancia conocer la compatibilidad e incompatibilidad de fármacos comúnmente utilizados en UCI, para favorecer la efectividad del fármaco y evitar eventos adversos en su infusión tanto para el paciente como para la vida media del catéter venoso central.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la compatibilidad e incompatibilidad de los fármacos más utilizados en UCI y plasmarlo gráficamente.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Revisar y analizar la documentación referente a compatibilidad de fármacos más utilizados en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica estructurada mediante una búsqueda en bases de datos Medline y Pubmed, como palabras claves fueron “drug incompatibility”, “critical care”. Se limitó a los últimos 10 años, excluyéndose los que mencionaban fármacos que habitualmente no se suelen utilizar en cuidados intensivos. La búsqueda se realizó en el mes de Enero de 2022.

Resultados/Intervenciones

Se encontraron un total de 195 articulos, de los cuales sirvieron para el estudio 29 artículos. Se revisaron y analizaron los artículos, extrayendo que, donde existen mayor incompatibilidad entre fármacos es sobre todo en bicarbonato sódico, diureticos y fármacos vasoactivos. Se eligen fármacos más usados y que más han aparecido en artículos encontrados para diseñar un gráfico donde se visualiza la compatibilidad entre ellos

Conclusiones

Los mayores índices de error con la eficacia de la farmacología administrada son con fármacos que precipitan fácilmente y drogas vasoactivas, que son los medicamentos que más se utilizan en UCI. De ahí, la importancia del conocimiento del personal administrador, acerca de la incompatibilidad de fármacos

Palabras clave

Cuidados Intensivos • Incompatibilidad Fármacos

ID 329

LESIONES POR PRESIÓN EN PERIODO DE PANDEMIA

Marta Egido; O. Azaceta Villareal; N. Miguelez González; P. Alegre Orue; L. Anacabe García
Hospital Universitario de Basurto,

Objetivos/Introducción

Describir las estrategias utilizadas, en materia de prevención, para evitar las LPP.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo de 2020-2021, se analizó la incidencia de LPP, las lesiones producidas por dispositivos sanitarios y grado de severidad de las lesiones aparecidas.Las intervenciones adoptadas en la unidad siempre han sido una estrategia multimodal de medidas de prevención, un plan de formación y asesoramiento dirigidos a los profesionales y extensible a nuevas incorporaciones. Estas medidas preventivas se han visto dificultadas por diversas causas: inmovilidad, susceptibilidad y tolencia individual de la piel, perfusión, nutrición, exceso de humedad, cifras bajas de albumina, posición prolongada en DP.

Resultados/Intervenciones

Durante periodo de pandemia analizado 2020-21 se aprecia un incremento de la incidencia de LPP, destaca un incremento del riesgo, la mayor afectación del área facial y torso. Alcanzando una incidencia global en la unidad superior al 3% siendo mayoritariamente lesiones producidas por dispositivos sanitarios y un incremento significativo en la severidad de las lesiones, cifras que habían descendido de manera muy significativa años previos 2017 (1,5%) 2018 (1,3%) 2019 (1,15%).

Conclusiones

Los datos epidemiológicos en nuestra organización muestran un incremento en la incidencia de LPP producidas por dispositivo en localizaciones faciales relacionada con factores asociados a morbilidad de los pacientes y a la duración de la posición en DP en los pacientes con Covid.

Palabras clave

Lesiones por presión • Seguridad

ID 330

EFECTIVIDAD DE LA SOLUCIÓN ALCOHÓLICA DE CLORHEXIDINA PARA PREVENIR LA BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER DENTRO DE LOS PROYECTOS ZERO

Mónica Vázquez[1]; R. García[2]; M. Delicado[2]; F. Álvarez Lerma[3]; X. Nuvials[4]; M. Catalan[5]
1. Clinica Universidad de Navarra; 2. OSI Bilbaobasurto; 3. Hospital del Mar; 4. Hospital Vall d´Hebron; 5. Hosptal Universitario Doce de Octubre

Objetivos/Introducción

El objetivo de esta revisión dar a conocer la efectividad de la solución alcohólica de clorhexidina en la preparación de la piel para prevenir la bacteriemia relacionadas con catéter en pacientes ingresados en UCI como una de las medidas de los Proyectos Zero.

Metodología/Observación clínica

Esta medida se analizó de forma independiente, por al menos dos miembros del grupo de trabajo de expertos de los proyectos zero, en base a datos extraídos de ensayos clínicos y/u otros artículos identificados. Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las principales bases de datos electrónicas Pubmed, Cinahl, PsycINFO y Cochrane y una revisión iterativa de las recomendaciones de sociedades científicas y/o grupos de expertos relacionados con esta medida. Para la clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones se siguió la propuesta del grupo GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group). Para determinar el grado de recomendación, esta medida fue puntuada por todos los miembros del grupo de trabajo en relación con su efectividad, tolerabilidad y aplicabilidad en las UCI españolas a corto plazo de tiempo.

Resultados/Intervenciones

Desinfectar la piel con una solución alcohólica de clorhexidina que contenga una concentración entre 0,5 y 2% y alcohol de 70º antes de la inserción del catéter venoso central. Si existe una contraindicación para el uso clorhexidina (ej. hipersensibilidad), se pueden utilizar como alternativas soluciones alcohólicas yodadas. El antiséptico utilizado debe secarse completamente después de la aplicación en la piel y previamente a la inserción del catéter.

Conclusiones

Esta revisión pone de manifiesto que el uso de solución alcohólica de clorhexidina para prevenir la bacteriemia relacionada con catéter se considera es una medida considerada de evidencia alta y grado de recomendación fuerte.

Palabras clave

Bacteriemia • antiseptico

ID 332

SOPORTE VITAL AVANZADO INTRAHOSPITALARIO: ENFERMERÍA INTENSIVA COMO PIEZA DEL ENGRANAJE ASISTENCIAL

Sara Hermida Gómez; C. Serrano González; N. Broncano González
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

La parada cardio-respiratoria (PCR) se define como el cese de la actividad mecánica cardiaca, confirmada por la ausencia de conciencia, pulso detectable y apnea. El 80% de su etiología en población adulta es cardiaca.A nivel internacional, se producen entre 35-55 PCR por cada 100000 habitantes al año. En Europa, entre 35000-700000 PCR anuales y más concretamente en nuestro país, 19000 PCR intrahospitalarias al año.

Metodología/Observación clínica

La atención a la PCR intrahospitalaria, de forma tradicional, corresponde a Medicina intensiva en conjunto con la enfermería de los distintos servicios hospitalarios susceptibles de vivir dicho evento emergente.

Presentamos un protocolo de actuación ante la PCR intrahospitalaria donde se coodina medicina con enfermería intensiva, que se traslada a distintos puntos del Hospital con su propio material para dar continuidad a las maniobras de Soporte Vital Básico/Instrumental iniciadas previamente por los compañeros de las unidades.

Resultados/Intervenciones

Se enumerarán mediante diagramas, la totalidad de la secuencia de actuación desde que se efectúa la llamada al “teléfono de parada”, pasando por la actuación de las maniobras de SVA, hasta la vuelta al servicio con el posterior Debrifing y reposición de material utilizado.Se procederá al registro de forma manual e informática de los eventos sucedidos.

Conclusiones

La realización de un protocolo de actuación frente a la PCR intrahospitalaria, estandariza la atención, minimiza los riesgos y optimiza la seguridad de paciente.

ID 333

ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Teresa Castro Sánchez-Bermejo; C. Moreno Cerrada; P. Piñas Viñambres; M. López Pazos; BL. Fernández Gómez; C. Calcerrada Baeza; A. Sánchez Peláez; M. Sanz Gutiérrez; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) es la infección nosocomial más frecuente en pacientes críticos, así como la complicación infecciosa que produce mayor morbimortalidad. Entre las medidas de prevención se encuentra la aspiración subglótica. Esta técnica requiere un tubo endotraqueal con un orificio por encima del pneumotaponamiento que permite aspirar las secreciones que se acumulan en el espacio subglótico.

El objetivo de esta revisión bibliográfica consiste en conocer la evidencia científica actual sobre la técnica de aspiración subglótica de secreciones como cuidado de enfermería al paciente crítico intubado.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda sistemática a través de las bases de datos Pubmed, Cochrane Library y Google Academy durante los meses de noviembre y diciembre de 2021, y enero de 2022. Las palabras claves fueron: Neumonía asociada a ventilación mecánica, “Ventilator-associated pneumonia”, aspiración subglótica y “subglottic aspiration” Se incluyeron 12 artículos.

Resultados/Intervenciones

Los estudios coinciden en que la utilización de este método reduce la incidencia de NAVM en más de un 40%, disminuyendo a su vez la duración de la intubación y la morbimortalidad. Distintos artículos muestran que esta disminución de la incidencia es más importante en las neumonías de inicio temprano causadas por la flora presente en la cavidad oral en el momento de la intubación. Después de la primera semana de ventilación mecánica (VM), no parece haber diferencias significativas entre los pacientes con aspiración subglótica y sin ella. Además, los estudios encontrados sugieren que tanto el método de aspiración contínua como el método de aspiración intermitente son recomendables por igual. Por último, llama la atención el limitado uso de estos tubos endotraqueales en la práctica cotidiana en muchas UCIs

Conclusiones

El papel de la enfermería es decisivo en el uso correcto de la aspiración subglótica. Por ello, existe una necesidad de aumentar la concienciación y formación sobre esta técnica, así como la elaboración de protocolos.

Palabras clave

Neumonía asociada a ventilación mecánica • Ventilator-associated pneumonia • Aspiración subglótica • Subglottic aspiration

ID 334

VALORACIÓN PUPILAR EN PACIENTE CRÍTICO: PUPILOMETRÍA CUANTITATIVA, NUEVA HERRAMIENTA DE TRABAJO

Cristina Serrano González; S. Hermida Gómez; N. Broncano González
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

La valoración pupilar en paciente crítico es una intervención común en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos. Pese a que podemos pensar que existe una población diana, pacientes neurocríticos, donde prima todavía más esta intervención, lo cierto es que todo paciente que ingresa en UCI se somete a administración de fármacos que modifican el tamaño y reactividad pupilar.

Metodología/Observación clínica

Presentamos un protocolo de valoración pupilar a través de tres métodos de valoración:Una valoración cualitativa tradicional, a través de luz de una linteran.Una valoración pupilar cuantitativa, a través de dos métodos: ecografico, para aquellos casos donde no sea posible la apertura ocular completa por edema palpebral; pupilómetro, una aparato indoloro y de uso sencillo que realizará mediciones y establecerá cálculos a través de algoritmos internos, proporcionando información mas exhaustiva sobre la situación neurológica del paciente.

Resultados/Intervenciones

Se describe un protocolo llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos Médicos del Hospital Universitario Ramón y Cajal para la valoración pupilar en paciente Crítico.

Conclusiones

Toda herramienta que mejore la valoración neurológica, proporciona un aumento en la seguridad del paciente, mejora de complicaciones potenciales y optimización de cuidados.

ID 336

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL REQUERIMIENTO DE SOPORTE VENTILATORIO ANTE SDRA POR NEUMONÍA BILATERAL GRAVE POR SARS COV2 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL QUIRONSALUD INFANTA LUISA DURANTE LOS AÑOS 2020-2021

David Rodríguez Sánchez; JA. Pérez Merino
Quironsalud Infanta Luisa

Objetivos/Introducción

El objetivo principal es conocer los pacientes que precisaron soporte ventilatorio, tanto invasivo como no invasivo. Como objetivo secundario, analizar la evolución de los pacientes en UCI y detectar áreas de mejora.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital QuirónSalud Infanta Luisa. Se incluyeron pacientes que ingresaron en la UCI entre el periodo 2020-2021, mayores de 18 años con diagnóstico de neumonía grave por SARS COV2 que precisaron soporte ventilatorio invasivo o no invasivo. Las variables registradas son la edad, sexo, días de ingreso, soporte ventilatorio invasivo, comorbilidad, y mortalidad.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 42 pacientes que ingresaron en la UCI con diagnóstico de neumonía bilateral grave por SARS COV2, siendo la mayoría de sexo masculino,76%. Hubo una media de edad de 60 años con un rango comprendido entre 23 años y 79 años. El promedio de días de ingreso fue 7. El 81% precisaron soporte ventilatorio invasivo, existiendo una mortalidad del 55%. La comorbilidad predominante fue asma bronquial, 12% seguida de hipertensión con 7%.

Conclusiones

nos encontramos con una alta tasa de soporte ventilatorio invasivo en pacientes con diagnóstico de neumonía grave por SARS COV2. A ello se le une una elevada tasa de mortalidad que nos lleva a futuras revisiones bibliográficas para detectar áreas de mejora en el tratamiento intensivo de dichos pacientes.

ID 337

SEGURIDAD Y CALIDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA. CUIDADOS DE PICC EN LA UCI

Manoli Prieto; I. Irigoyen San Juan; V. Martínez Leache
Hospital Universitario de Navarra

Objetivos/Introducción

La pandemia ha traído un exceso de carga de trabajo a las UCI, además de mucho personal no formado. Se compara la calidad de los cuidados antes y después de la pandemia, aprovechando los datos obtenidos antes de la explosión de ésta.

OBJETIVOS:

- Evaluar los cuidados de enfermería en el PICC en cuanto a mantenimiento de este.
- Analizar los puntos débiles que ponen en riesgo la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados.
- Proponer un plan de mejora basado en formación, elaboración de infografía y plan de revisión.

Metodología/Observación clínica

EVALUACIÓN CUIDADOS: Cada día de trabajo recogeremos los datos de adecuación de los cuidados en el paciente que nos corresponda, así se aleatorizarán los datos.Análisis de resultados para ver si hay fallos y donde. Propuesta a la supervisión de formación a personal no entrenado y elaboración de infografía para poner a disposición del personal

Conclusiones

El paciente de UCI es un paciente crítico y altamente expuesto a medidas invasivas e infecciones, por ello debería ser especialmente importante la calidad de los cuidados. En esta crisis sanitaria ha sido difícil gestionar este aspecto. Medidas facilitadoras como información fácil y comprensible y formación deberían ser integradas.

Palabras clave

Cuidados de PICC • seguridad del paciente