SEEIUC

Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC

Barcelona

del 12 al 15 de Mayo de 2024

COMUNICACIONES
ORAL y PÓSTER

Tecnología sostenible al servicio del paciente crítico

Con la colaboración de:

Consejo General de Enfermería

COL·LEGI OFICIAL INFERMERES I INFERMERS BARCELONA

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

ISBN: 978-84-09-59157-2

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones **orales**

Comunicaciones **póster**

Comité Científico de la SEEIUC

Coordinadora:

- Ana María Echeverría Álvarez

Miembros:

- Oscar Arrogante Maroto
- Emilia Romero De San Pío
- Almudena Crespo Cañizares
- Andrés Rojo Rojo
- Rafael Jesús Fernández Castillo
- Juan José Rodríguez Mondéjar

Comité Científico Local

- Elisabet Gallart Vivé
- Adoración Nieto Ruiz
- Rocio Tabernero Gallego
- Laura Vidal Tarrasón

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala 117***

ID 6

TERAPIA MUSICAL PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO. COADYUVANTE A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Concepción Faura Santos; P. Metola Banderas
Hospital Universitario de Torrejón

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos son altamente instrumentadas, hostiles y tecnificadas. Esto, unido a la situación crítica de los pacientes, las convierte en un entorno difícil donde las personas están expuestas a una serie de factores estresantes que desempeñan un papel negativo en el proceso terapéutico. Dentro del programa de humanización, nuestro hospital utiliza sesiones de musicoterapia como herramienta no farmacológica con el objetivo de garantizar el bienestar físico y emocional de los pacientes, promover cambios positivos en los estados de ánimo y reducir la ansiedad y el estrés mejorando la calidad de vida de los participantes generando un ambiente positivo para los familiares y profesionales.

Metodología/Observación clínica

El programa se desarrolla en sesiones de musicoterapia dirigidas al paciente de media-larga estancia. Dos musicoterapeutas acuden una vez por semana y realizan sesiones individualizadas de quince minutos con música en vivo. Interaccionan con el paciente y su familia con canciones, pequeños instrumentos e improvisaciones vocales y musicales.

Resultados/Intervenciones

De enero a diciembre de 2023 se han beneficiado de esta estrategia 141 pacientes. La media de edad es de 63 años y la estancia media de 13,9 días. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo) y variables clínicas (nivel de conciencia, soporte ventilatorio, soporte vasoactivo...); variables fisiológicas antes, durante y después de la intervención como tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y saturación de oxígeno. Además se realizaron encuestas de satisfacción a pacientes, familiares y profesionales.Como resultados a destacar, se encontró reducción de la TA y aumento de la FC durante la actividad. En ninguna intervención se registró ningún tipo de evento adverso.

Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran factible llevar a cabo intervenciones musicales en el paciente crítico. La ausencia de eventos adversos y los resultados de las encuestas destacan los beneficios de esta intervención que no interfiere en la actividad asistencial de la unidad.

Palabras clave

Unidad de Cuidados Intensivos • Humanización • Musicoterapia • Bienestar

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala 117***

ID 34

USO DE RECURSOS INFORMATIVOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS TERAPIAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA

Josefa Valls-Matarín; R. Jané Navarro; B. Machuca Ayuso; FJ. González de Molina y Ortiz
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Determinar el tipo de recursos informativos utilizados por los profesionales sobre terapias continuas de depuración extracorpóreas (TCDE) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal en dos UCI polivalentes con 20 camas y 68 profesionales (médicos/enfermeras) durante enero-2020, donde existen protocolos y diversas infografías sobre TCDE. Para conocer la opinión de los profesionales se confeccionó un cuestionario “ad doc” con 10 preguntas y datos sociolaborales:edad, profesión,experiencia Estadística descriptiva y bivariante con Chi2 o Prueba exacta de Fisher. Significación $p \leq 0,05$.

Resultados/Intervenciones

Se recogieron 42 cuestionarios (61,8% de la población), el 61,9% eran enfermeras. La mediana de edad fue de 40,5 [31-48]años y la experiencia profesional en UCI de 14[10-20] años.El 71,4% de los profesionales conocía la existencia del protocolo(56,7% enfermeras frente el 43,3% de médicos, p=0,3) y el 71,4% conocía las infografías (73,3% enfermeras frente 26,7% de los médicos p=0,03). El 68,3% creyó que los protocolos eran muy/bastante útil (64% enfermeras frente 75% médicos, p=0,5), el 67,5% lo utilizó mucho/bastante en su práctica diaria(62,5% enfermeras frente 75% de los médicos, p=0,5) y el 56,4% opinó que su diseño era muy/bastante bueno. El 89,5% creyó que las infografías eran muy/bastante útiles(100% enfermeras frente 69,2% médicos, p=0,009), el 71,1% las utilizó entre mucho/bastante en su práctica diaria(87,5% enfermeras frente 42,9% de los médicos, p=0,008). Al 80% les gustó mucho/bastante su diseño. El 26,5% utilizó internet y el 5,8% las redes sociales.

Conclusiones

Los protocolos y las infografías en TCDE, son conocidos y utilizados por los profesionales sanitarios, pero más ampliamente las infografías y mayoritariamente por enfermería, ya que són útiles, prácticas y con un diseño atractivo. Hace falta aumentar su difusión entre los profesionales médicos o realizarlas con temas concretos para este colectivo.Internet y las redes sociales no suelen utilizarse en la práctica diaria en TCDE.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Terapia de reemplazo renal • uso de internet • enfermería • cuidados intensivos • recursos informativos

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala 117***

ID 44

PERFIL DE LAS VISITAS DE MENORES A UN FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Rosa M. Peradejordi Torres; S. Calvo Alonso; N. Grané Mascarell; J. Valls Matarín
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Se trata de un proyecto de mejora de la calidad asistencial del Servicio de Medicina Intensiva del HCULB, adscrito al acuerdo de gestión clínica 2022-2023 del Servicio Aragonés de Salud.

Objetivos principales:

- Aumentar la seguridad del profesional frente al paciente crítico.
- Atender las expectativas de los profesionales respecto a su formación continuada.
- Facilitar el acceso a los protocolos vigentes.
- Unificar conocimientos, criterios y pautas de trabajo.

Metodología/Observación clínica

La transmisión de los conocimientos en este formato es dinámico: códigos QR, PPTX, PDF, videos, videopresentaciones, infografías, articulos, así como los protocolos del HCULB como documentos de consulta. Facilita la integración de conocimientos y resulta metodológicamente mas didáctico, de manera que se permite la consulta rápida pero también, el abordaje más en profundidad de temas de interés.

Resultados/Intervenciones

La promoción de la plataforma, captación, matriculación, funcionamiento y accesibilidad, se hace a través de mails al personal, grupos difusión o los miembros integrantes de este proyecto, siendo accesible desde cualquier dispositivo electronico.Este proyecto fue seleccionado por la dirección del hospital para su promoción en publicidad, en redes sociales y prensa, lo que propició que nos contactaran servicios de UCI de otros hospitales a nivel estatal.Se estableció un monitoreo tanto de la actividad de la plataforma, como la valoración de los profesionales a través de encuestas de satisfacción.

Conclusiones

La creación de contenidos se ha completado casi al 100%, teniendo en cuenta que nuestro servicio está en continuo cambio y reciclaje. Consideramos que la acogida al proyecto ha sido muy buena, y, tal y como nos han manifestado en las encuestas, muy necesaria. La respuesta por parte del personal que ha accedido a la plataforma, se ha reflejado en un ascenso de las conexiones conforme íbamos introduciendo nuevos contenidos, no sólo por parte del personal de nueva incorporación, sino también por el ya consolidado en el servicio.

Financiación

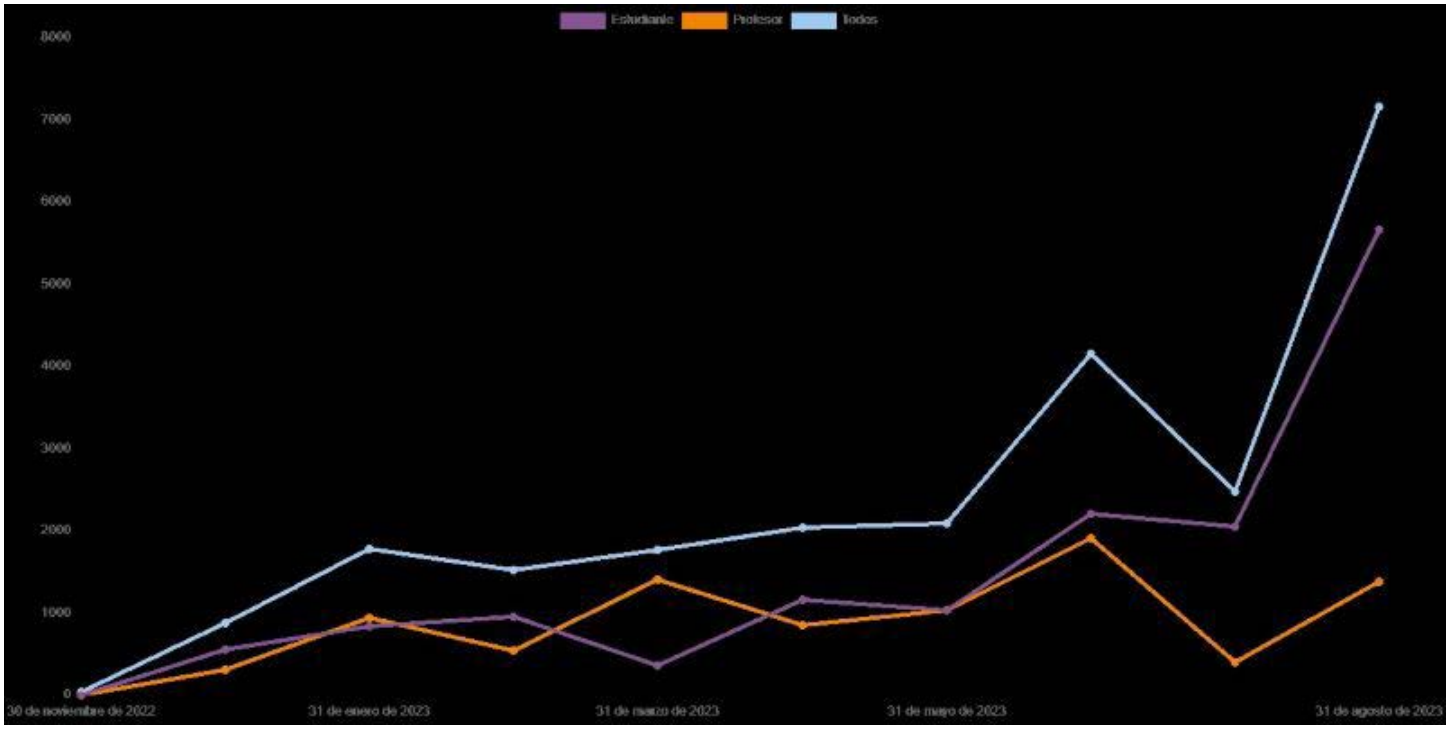
Ninguna

Palabras clave

Enfermería • Plataforma • UCI

sigue –>

Comunicaciones orales



XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala 117***

ID 45

USO DE LA POSICIÓN DE TRENDELENBURG EN PACIENTES CON SÍNCOPE Y/O HIPOTENSIÓN ANTE UNA URGENCIA

Juan José Rodriguez Mondéjar[1]; D. Sevilla Fernández[2]; L. Ramírez Ortiz[3]
1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Región de Murcia. SMS; 2. Facultad de Enfermería UMU. IMIB Arrixaca, Servicio Murciano de Salud; 3. Servicio Murciano de Salud

Objetivos/Introducción

La presencia de un síncope se considera una urgencia en la mayoría de los casos y puede estar asociado a hipotensión con frecuencia. Una de las intervenciones que se realiza de forma inmediata en muchos casos consiste en colocar al paciente en posición de Trendelenburg o Trendelenburg modificada.

Objetivo: determinar el uso por enfermería de la posición de Trendelenburg en pacientes con síncope e hipotensión en urgencias.

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo, transversal.
Temporalidad: febrero-abril 2023.
Lugar: dos servicios de urgencias de hospitales de nivel II, universitarios.
Fuente de datos: encuesta “ad hoc”, con validación interna.
Desarrollo: Se explicó y entregó cuestionario autoadministrado a profesionales de enfermería de servicios de urgencias para averiguar en qué medida se emplea esta maniobra. 8 preguntas tipo test, y datos sociodemográficos.
Estadística: Programa PC IBM Statistic SPSS v23, calculando media y desviación estándar para cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.
Consideraciones Éticas: estudio fue autorizado por la comisión investigación del área de salud correspondiente.

Resultados/Intervenciones

38 encuestas recogidas (76% de participación), 63% mujeres, edad media 40 años DE8´3 (24-59). Tiempo de experiencia profesional medio de 186´3 meses DE 95´4(10-336). Experiencia en urgencias 96 meses DE89 (1-300).El 27´3 % de los encuestados ha afirmado utilizar la posición de Trendelenburg o Trendelenburg modificada como actuación inmediata ante todos los casos de síncope y/o hipotensión, y el 73´7 % la utiliza en la mayoría de los casos.Todos dicen conocer los efectos de esta maniobra sobre el organismo, y únicamente el 13´2 % considera conocer estos efectos solo parcialmente.El 97´4 % considera que la posición de Trendelenburg es útil y efectiva en casos de síncope y/o hipotensión.

Conclusiones

La mayoría de los profesionales de enfermería encuestados han afirmado utilizar esta maniobra ante casos de síncope y/o hipotensión por considerarla útil y beneficiosa para el paciente.

Financiación

No ha recibido ningún tipo de financiación ni ayuda económica

Palabras clave

posición de Trendelenburg • hipotensión • síncope • inclinación de la cabeza • hipovolemia

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala 117***

ID 54

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN UCI

Juan Carlos Muñoz Camargo[1]; G. García Fernández[1]; MC. García Fernández[1]; I. Vázquez Rodríguez-Barbero[1]; A. Puebla Martín[1]; MP. Rubio Serrano[1]; R. Díaz Salcedo[1]; AM. Espinar Ochoa[1]; ML. Ruiz Núñez-Arenas[1]; MC. Rodríguez-Peral López-Astilleros
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

La terapia electroconvulsiva (TEC) constituye un procedimiento médico de aplicación variada en el tratamiento de diversas condiciones clínicas. El propósito del presente estudio radica en describir el perfil de utilización de la terapia electroconvulsiva en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se evaluaron pacientes sometidos a TEC en los últimos 5 años. Se recopilaron datos sociodemográficos, información relativa a la patología psiquiátrica, el número de sesiones por paciente junto con sus respectivos parámetros de TEC, y las complicaciones que surgieron durante el procedimiento. Se llevó a cabo análisis estadísticos univariado y bivariado. El procesamiento de los datos se efectuó mediante el programa SPSS v28.0.

Resultados/Intervenciones

Se examinaron 268 sesiones aplicadas a 33 pacientes (23 mujeres y 10 hombres), con una edad media de 54 ± 14,1 años. La mediana de sesiones por paciente fue de 6 (RIC: 6-9). La depresión fue el diagnóstico más frecuente (60,6%), seguido de la esquizofrenia (24,2%). En relación con las complicaciones postadministración de la TEC, la hipertensión (28,7%) fue la más común, seguida de la cefalea (20,9%), mialgias (17,9%), pausa sinusal (1,9%), y un caso de asistolia. El 59% (158) de las sesiones requirieron el uso de atropina. En el 91% (244) de las sesiones se utilizó el Tipental como medicación sedante.

Conclusiones

En términos generales, la TEC se revela como un método seguro y bien tolerado; sin embargo, no está exento de complicaciones que requieren una monitorización constante debido a su potencial riesgo para la vida de los pacientes.

Financiación

No se contó con financiacion ni publica ni privada

Palabras clave

Terapia electroconvulsiva • Eventos adversos • Esquizofrenia • Depresión Mayor

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala 117***

ID 249

IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA MEDIANTE INSPIRATORY MUSCLE TRAINING (IMT) EN EL PROCESO DE WEANING DEL PACIENTE CRÍTICO

Alberto Rojo Ruiz; JL. Moreno González; D. Gil Castillejos; D. Moya Francés; S. Manrique Moreno; LE. Andrade López; M. Fibla Simó; M. Magret Iglesias
Hospital Universitario Joan XXIII

Objetivos/Introducción

Los pacientes ventilados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) pueden sufrir una debilidad adquirida que impacta en su evolución y en el weaning de la ventilación mecánica (VM). El entrenamiento de la musculatura respiratoria es necesario en este proceso. El objetivo del estudio fue comprobar el impacto de la potenciación de la musculatura inspiratoria en el weaning del paciente ventilado.

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico controlado aleatorizado de grupos paralelos en una UCI polivalente entre octubre y diciembre 2023. El grupo intervención (GI) realizó 1 vez al día 5 días a la semana entrenamiento con IMT ajustado al 60% de la presión inspiratoria máxima (PIM) y el tratamiento convencional de fisioterapia. El grupo control (GC) recibió el cuidado estándar de fisioterapia. Datos expresados en frecuencias, porcentajes, índices de tendencia central y dispersión según su distribución; $p \leq 0.05$.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 16 pacientes (8GI; 8GC) sometidos a VM ≥48h (75% (12) varones; edad media±DE 63.8±9.9; 75% (12) con diagnóstico de ingreso médico; APACHE II 22.4±9). Los pacientes recibieron VM durante una mediana (Máx.; min) de 19 (76-6) días y permanecieron en UCI 32.8±22.9 días; tiempo de weanning 7.50 (57-2); siendo exitus 3 pacientes (18.8%). La duración del weaning fue menor en el GI (días GC vs días GI) (18,5 vs 9,00) p= 0.298. La estancia en UCI fue menor en el GI (34,5 vs 31,13) p= 0.780. El incremento de la PIM fue mayor en el GI (14,83 vs 22,80) p=0, 656.

Conclusiones

La potenciación de la musculatura inspiratoria mediante IMT parece que reduce los tiempos de weaning y de estancia en UCI del paciente crítico. Además, todo indica que aumenta la fuerza respiratoria del paciente. Por tanto, podemos deducir que la fisioterapia respiratoria es un tratamiento fundamental en las UCI durante el proceso de weanning.

Palabras clave

Cuidados Intensivos • Ventilación mecánica • Weaning • Entrenamiento musculatura respiratoria • Fisioterapia respiratoria • Debilidad muscular adquirida

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES I. ***Sala 117***

ID 360

IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE NEUMONÍA ZERO EN LAS NAVM

Ainhoa Montemuiño Chulian; AR. Benítez Grande; I. Crespo Martínez; H. Pozo Romero
Hospital Punta Europa

Objetivos/Introducción

En el año 2011 se puso en marcha el proyecto Neumonía Zero (pNZ), utilizando la estructura creada con el Proyecto Bacteriemia Zero. Las medidas recomendadas en este proyecto son diez: Posición de la cabecera de la cama por encima de 30º, realizar higiene de manos, formar y entrenar al personal sanitario, reducir el tiempo de ventilación, controlar la presión del neumotaponamiento, emplear tubos traqueales con sistema de aspiración de secreciones subglóticas, no cambiar de forma programada las tubuladuras, administrar antibióticos durante las 24 horas siguientes a la intubación, realizar higiene de la boca con clorhexidina 0,12-0,2%, utilizar la descontaminación selectiva digestiva completa.

Metodología/Observación clínica

Objetivos: Analizar el impacto en la incidencia de las NAVM en la UCI de un hospital comarcal tras las implantación de las medidas de Neumonía Zero.

Metodologia: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva en una UCI de un hospital comarcal. Se incluyeron pacientes sometidos a ventilación mecánica entre junio de 2019 y octubre de 2023. Se analizaron factores de riesgo (catéter venoso central (CVC), Ventilación mecánica (VM), sonda urinaria (SU)), estancia, mortalidad. Se realizó un análisis estadístico habitual, considerándose significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 735 pacientes. Se compararon pacientes con DDS (n=30) vs. No DDS (n=715). Sexo: hombre 76.7% vs. 62.4%, p=0.163. Días VM (6.5 [3; 13.5] vs. 3 [1; 8], p<.001). Días CVC total (10 [6; 18.5] vs. 5 [2; 12], p=.001).Estancia UCI (10 [6; 18.5] vs. 6 [2; 13], p=.002). Incidencia NAVM (14.2 casos/1000 días VM vs. 21.05 casos/1000 días VM).

Conclusiones

Con el inicio del protocolo de neumonía zero se objetiva una disminución de la incidencia de NAVM hasta 14.2 casos/1000 días de VM. El sexo-hombre y los días de ventilación mecánica se comportaron como predictores independientes de NAVM.

Palabras clave

Infección asociada a ventilación mecánica • Medidas neumonía zero • Sepsis • Protocolo

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala 118-119***

ID 48

INFLUENCIA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS DURANTE TODO EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA TRAS EL ALTA DE UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

Gemma Leiva Aguado; Mª I. Calleja Serrano; Mª C. Cuenca Soriano
Hospital La Fe

Objetivos/Introducción

El programa de continuidad de cuidados acompaña a los pacientes y familias durante el proceso de recuperación, desde los últimos días en críticos, hospitalizacion y atención primaria.

Objetivo general:

- Conocer si la continuidad de cuidados mejora la calidad de vida de pacientes y sus familias.

Objetivos Especificos:

- Conocer si la continuidad de cuidados contribuye a:
  - Disminuir sobrecarga familiar.
  - Mejorar la recuperacion fisica.
  - Mejorar la recuperacion cognitiva.
  - Minimizar alteraciones psicologicas.
  - Minimizar el síndrome Post-UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo de cohortes de pacientes en seguimiento Post-UCI tras alta de unidad de críticos. Elaboración de tabla excel para registro de variables cualitativas y cuantitativas que permita el análisis de la evolución de la esfera física, psicológica y cognitiva de los pacientes y sus familias con factores de riesgo de deterioro y que cumplen criterios de inclusión al programa.

Resultados/Intervenciones

Análisis preliminar, primeros seis meses de Febrero a Septiembre de 2023.

- Pacientes dados de alta: 576
- De los 40 pacientes que presentaban factores de riesgo, 18 cumplian criterios para seguimiento.
- Edad promedio: 60,16
- Dias promedio ingreso UCI: 31.9
- Al mes del alta domiciliaria:
  - Barthel: leve-independiente
  - Zarit: no sobrecarga familiar
  - Minimental: no alteraciones cognitivas
  - Goldberg: no ansiedad
  - TEPT: Ninguno
- Satisfacción global de la asistencia recibida: muy satisfactoria 95%

Conclusiones

La prestación de cuidados enfermeros en la esfera física, psicológica y cognitiva, permite prevenir y minimizar las alteraciones físicas, psicológicas y cognitivas del síndrome Post-UCI tanto en el paciente como en la familia.Consideramos que la continuidad de cuidados enfermeros al paciente y a su familia, la adaptación de los mismos a las diferentes etapas del proceso de recuperación, hacen que se minimice el riesgo de desarrollar un síndrome Post-Uci facilitando y contribuyendo a la recuperación temprana de la calidad de vida y reinserción social de los pacientes y sus familias.

Financiación

Ninguna.

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala 118-119***

ID 111

LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES INTUBADOS: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Beatriz Ferreira Mendes Moreira de Carvalho
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos/Introducción

La comunicación interpersonal es una de las características que nos define como seres humanos. Es una de nuestras necesidades básicas y por ello esencial para mantener un estado físico y psíquico equilibrado. A pesar de estar conscientes, los pacientes intubados experimentan muchas dificultades a la hora de comunicarse con el personal de enfermería, provocándoles sentimientos de impotencia, ansiedad, estrés y miedo. Los métodos de comunicación usados actualmente son insuficientes para cubrir las necesidades del paciente. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de un nuevo método de comunicación con el paciente intubado ingresado en una unidad de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Métodos: se realizará un ensayo clínico aleatorizado con grupos paralelos. Se determinará un grupo control en el que se siguen los métodos de comunicación tradicionales ya establecidos y un grupo experimental en el que se aplicará un nuevo método de comunicación. La variable principal será la satisfacción del paciente respecto a la comunicación. También se contemplarán variables sociodemográficas, clínicas, niveles de sedación con la escala Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), dolor con la escala Behavioral Pain Scale (BPS) y niveles de ansiedad con la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Este proyecto será evaluado por el comité de ética del hospital y los pacientes deberán dar su consentimiento para participar en el estudio. Se realizará un análisis descriptivo en ambos grupos y se calculará la diferencia entre ellos mediante los test de la Chi-Cuadrado y la t de Student para variables discretas y continuas respectivamente. Los análisis serán realizados por intención de tratar.Conclusión: los métodos de comunicación actuales son insuficientes para responder a las necesidades de los pacientes. Se pretende aplicar un nuevo método de comunicación y demostrar su eficacia a través del aumento de satisfacción del paciente y disminución de la ansiedad y estrés.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala 118-119***

ID 140

INTENCIÓN DE ABANDONO DE LA PROFESIÓN EN ENFERMERAS DE UCI Y HOSPITALIZACIÓN. ASOCIACIÓN CON VARIABLES PSICOSOCIALES

Fernanda Gil Almagro; C. Peñacoba Puente; FJ. Carmona Monge; FJ. García Hedrera; JC. Sánchez García
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos/Introducción

Tras la sintomatología psicoemocional derivada de la pandemia COVID-19 definida por la bibliografía como ansiedad, estrés e insomnio, se generan una serie de consecuencias como burnout y depresión. Otra consecuencia registrada por la bibliografía es la intención de abandono de la profesión sanitaria. Nos planteamos como objetivo valorar la intención de dejar la profesión en enfermeras de UCI y hospitalización y su asociación a diferentes variables psicosociales.

Metodología/Observación clínica

Estudio longitudinal prospectivo sobre enfermeras de UCI y hospitalización. Se diseña un cuestionario ad-hoc incluyendo la siguiente pregunta “Después de todo lo que ha pasado con la pandemia COVID-19, ¿ha pensado abandonar su profesión?” Se incluyeron instrumentos validados para valoración de autoeficacia, ansiedad, burnout, personalidad resistente y resilencia.

Resultados/Intervenciones

Participaron un total de 127 enfermeras, 61 de UCI y 66 de hospital. Ambas muestras no mostraron diferencias significativas en cuanto a edad, género, estado civil. Al analizar el ítem intención de abandonar la profesión en 2021, se observan tendencias a la significación con una proporción más elevada de intención de abandono de la profesión en enfermeras de UCI con respecto a las enfermeras de hospitalización (p=.070). Un 49,2% den enfermeras de UCI tuvieron la intención de dejar la profesión frente a un 33,3% de enfermeras de hospitalización. En 2022 el porcentaje de UCI con intención de dejar la profesión se mantiene, elevándose a un 43,9% el porcentaje de hospitalización. Al relacionar la variable intención de dejar la profesión en enfermeras de UCI con variables de personalidad, se muestra relación estadísticamente significativa con ansiedad, fusión cognitiva y burnout.

Conclusiones

Un elevado porcentaje de la muestra presenta una intención de dejar la profesión mantenida en el tiempo. Se deben establecer medidas encaminadas a proteger la salud psicoemocional de las enfermeras haciendo énfasis en aquellos rasgos relacionados con la ansiedad, fusión cognitiva y burnout.

Palabras clave

abandono profesión • pandemia • enfermeras • burnout

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala 118-119***

ID 158

RELACIÓN ENTRE FRAGILIDAD Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRAS UN INGRESO EN INTENSIVOS

Susana Arias Rivera; R. Jareño Collado; E. Romero de San Pío; Y. Gabriel Santana Padilla; M. Juncos Gozalo; G. Via Clavero; MªR. Villar Redondo; N. Moro Tejedor; M. Raurell Torredà y Grupo Fragil-Es-UCI*

** Grupo Fragil-Es-UCI: Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid): Mª del Mar Sánchez-Sánchez, Raquel Sánchez-Izquierdo, Eva I. Sánchez-Muñoz, Virginia López-López, Pedro Vadillo-Obesso, Jesús Cidoncha-Moreno, Sonia López-Cuenca, Lorena Oteiza-López, Fernando Frutos-Vivar, María Nogueira-López, Marta Suero-Domínguez, Mª Carmen Martín-Guzmán, Olga Rodríguez-Estevez, Juan Enrique Mahía-Cures. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias): Julieta Alonso-Soto, Esther González-Alonso, Lara María Rodríguez-Villanueva, Montserrat Fernández-Menéndez, Roberto Riaño-Suárez, María González-Pisano, Adrián González-Fernández, Helena Fernández-Alonso, José Antonio Gonzalo-Guerra. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (Las Palmas de Gran Canaria): Zaida Alamo-Rodríguez, Famara Díaz-Marrero, Benjamín Guedes-Santana, Aridane Méndez-Santana, José Rodríguez-Alemán, Lorea Ugalde-Jauregui. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid (Madrid): Ángeles Ponce-Figuereo, Ana Muñoz-Martínez, Iñaki Erquicia-Peralt. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona): Laia Martínez-Bosch, Jordi Torreblanca-Parra, Vicente Corral-Vélez. Hospital Clínico Universitario de Santiago: Leticia Esmoris López, Natalia Vázquez Rodríguez, Gloria Güeto Rial, Isabel Lara Granja Gómez.*

Objetivos/Introducción

La fragilidad es un síndrome multidimensional de discapacidad cuya repercusión en la calidad de vida percibida no está clara.Objetivo. Analizar la relación entre la fragilidad y la calidad de vida percibida en pacientes adultos, tras un ingreso en cuidados intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en 2020-2023. Incluidos pacientes con estancia UCI>48h y supervivientes al año del alta. Variables: Edad, sexo, estancias (UCI y hospital); Gravedad (SAPS 3), comorbilidades (Charlson) y fragilidad (FRAIL-España y Clinical Frailty Scale-España) al ingreso en UCI; Calidad de vida percibida (SF-12) y dependencia (Barthel) al ingreso y a 3, 6, 9 y 12 meses (m) del alta hospitalaria. Estadística: descriptiva y chi cuadrado. (CEIm19/42).

Resultados/Intervenciones

Cohorte de 256 pacientes. Frágiles al ingreso entre 11% (CFS-España 5-9) y 14% (FRAIL-España 3-5). Con FRAIL-España más mujeres frágiles (p=0,028) y pacientes de mayor edad (p=0,014) (Tabla). El 52% de pacientes tenían mala calidad de vida física percibida (PCS), 55% mala calidad de vida mental percibida (MCS) y 9% dependencia (Barthel<90) al ingreso en UCI.Empeora la PCS tras el alta hospitalaria, más llamativamente en no frágiles, manteniéndose hasta los 12m en niveles superiores al ingreso. Empeora la MCS discretamente en no frágiles y mejora en los frágiles. Incremento de dependencia a 3m, manteniéndose estable durante el seguimiento en los no frágiles mientras que en frágiles sigue aumentando hasta 12m. En pacientes no frágiles, tras el empeoramiento de PCS, MCS y dependencia a 3m, mejora la PCS durante el seguimiento con similar MCS y dependencia. En pacientes frágiles, se mantiene elevada y estable la PCS, con incremento de la dependencia y mejora de la MCS.

Conclusiones

El ingreso de un paciente en UCI implica deterioro de su calidad de vida percibida y de la independencia, siendo mentalmente mejor tolerado por los pacientes frágiles al ingreso.

Financiación

Este estudio ha sido financiado con una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, FIS20-01231.

Palabras clave

fragilidad • calidad de vida • adulto • dependencia • paciente crítico

sigue –>

Comunicaciones orales

	N=256	CFS 1-4 n=227	CFS 5-9 n=29	FRAIL 0-2 n=219	FRAIL 3-5 n=37
Sexo, *mujer*, n (%)	101 (39,5)	86 (38)	15 (52)	80 (37)*	21 (57)*
Edad, *años*, Mediana [Q1-Q3]	65 [55-75]	65 [54-74]	67 [60-78]	65 [54-73]*	77 [64-82]*
Edad, n (%)					
< 50 años	43 (16,8)	40 (18)	3 (10)	40 (18)	3 (8)
50 – 65 años	83 (32,4)	73 (32)	10 (35)	76 (35)	7 (19)
> 65 años	130 (50,8)	114 (50)	16 (55)	103 (47)	27 (73)
Charlson, *puntos*, Mediana [Q1-Q3]	4 [2-5]	3 [2-5]	3 [4-5]	3 [2-5]	5 [4-8]
SAPS 3, *puntos*, media (DE)	59 (15)	59 (15)	60 (15)	59 (15)	63 (12)
Estancia en UCI, *días*, Mediana [Q1-Q3]	6,5 [4-13]	6 [4-13]	7 [5-13]	6 [4-13]	7 [4-12]
Estancia en el hospital, *días*, Mediana [Q1-Q3]	20 [13-43]	20 [13-43]	21 [13-54]	21 [12-45]	19 [13-27]
Destino al alta de uci, n (%)					
Planta de hospitalización	246 (96,1)	219 (96,5)	27 (93,1)	211 (96,3)	35 (94,6)
Otra unidad	2 (0,8)	1 (0,4)	1 (3,4)	1 (0,5)	1 (2,7)
Otro centro	4 (1,6)	3 (1,3)	1 (3,4)	3 (1,4)	1 (2,7)
domicilio	4 (1,6)	4 (1,8)	0 (0)	4 (1,8)	0 (0)
Destino al alta del hospital, n (%)					
Domicilio	217 (84,8)	194 (85,4)	23 (79,3)	188 (85,8)	28 (75,7)
Otro centro de agudos	15 (5,9)	14 (6,2)	1 (3,4)	12 (5,5)	3 (8,1)
Centro de larga estancia	24 (9,4)	19 (8,4)	5 (17,2)	19 (8,7)	5 (13,5)
Barthel < 90, n (%)					
Al ingreso	22 (9)	10 (4)*	12 (41)*	12 (6)*	10 (27)*
a los 3 meses	75 (29)	59 (26)*	16 (57)*	58 (27)*	17 (46)*
a los 6 meses	78 (31)	63 (28)*	15 (54)*	60 (28)*	18 (50)*
a los 9 meses	75 (29)	59 (26)*	16 (57)*	55 (25)*	20 (54)*
a los 12 meses	81 (32)	60 (26)*	21 (72)*	60 (27)	21 (57)*
PCS < 50, n (%)					
Al ingreso	134 (52)	109 (49)*	25 (93)*	101 (47)*	33 (92)*
a los 3 meses	201 (79)	175 (80)*	26 (100)*	166 (79)*	35 (97)*
a los 6 meses	184 (72)	159 (72)*	25 (96)*	152 (71)*	32 (91)*
a los 9 meses	177 (69)	152 (69)*	25 (96)*	143 (67)*	34 (97)*
a los 12 meses	176 (69)	150 (68)*	26 (96)*	141 (67)*	35 (97)*
MCS < 50, n (%)					
Al ingreso	141 (55)	120 (54)*	21 (78)*	116 (54)	25 (69)
a los 3 meses	162 (63)	141 (64)	21 (81)	138 (66)	24 (67)
a los 6 meses	155 (61)	138 (62)	17 (65)	133 (62)	22 (63)
a los 9 meses	155 (61)	137 (62)	18 (69)	130 (61)	25 (71)
a los 12 meses	155 (61)	135 (61)	20 (74)	133 (63)	22 (61)

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. *Sala 118-119*

ID 202

DESARROLLO Y VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA DE LA ESCALA DE CONDUCTAS INDICADORAS DE DOLOR - DAÑO CEREBRAL (ESCID-DC) PARA LA EVALUACIÓN DE DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO, INCAPACES DE AUTOINFORMAR Y CON VÍA AÉREA ARTIFICIAL

Candelas López López[1]; I. Latorre Marco[2]; G. Robleda Font[3]; C. Sarabia Cobo[4]; M. Solis Muñoz[2]; T. Pérez Pérez[5]; A. Arranz Esteban[1]; MJ. Frade Mera[1]; S. Temprano Vázquez[1]; Grupo de Trabajo ESCID-DC[6]

1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; 3. Campus Docent Sant Joan de Déu; 4. Universidad de Cantabria. Facultad de Enfermería; 5. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Estudios Estadísticos; 6. Hospital Universitario La Paz, Madrid: Francisco Paredes Garza. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona: Aaron Castanera Duro. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid: Mónica Bragado León. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo: Emilia Romero de San Pío. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona: Isabel Gil Saaf. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo: David Alonso Crespo. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza: Carolina Rojas Ballines. Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid: Ana Castillo Ayala. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona: Gemma Via Clavero. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona: David Córdoba Sánchez. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada: Luisa María Quesada Ibañez. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca: Mónica Maqueda Palau. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real: Juan Carlos Muñoz Camargo. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid: Raquel López Sánchez. Hospital Universitario de Getafe, Madrid: Raquel Jareño Collado. Hospital Universitario Parc Taulí, Barcelona: Antonia Villarrasa Millán

Objetivos/Introducción

La evaluación del dolor en pacientes críticos con daño cerebral adquirido y alteración del nivel de conciencia es un desafío. El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar la adaptación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) para pacientes con daño cerebral adquirido (ESCID-DC), incapaces de autoinformar y con vía aérea artificial.

Metodología/Observación clínica

Estudio multicéntrico realizado en 2 fases: desarrollo de la escala y evaluación de las propiedades psicométricas. Dos observadores cegados evaluaron simultáneamente las conductas dolorosas con dos escalas: ESCID-DC y Nociception Coma Scale-Revised version—adapted for Intubated patients (NCS-R-I). Las evaluaciones de realizaron en 3 momentos: 5 minutos antes, durante y 15 minutos después de la aplicación de procedimientos (dolorosos vs no doloroso). El día de medición se valoró el nivel Glasgow Coma Score (GCS) y Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). Se realizó un análisis descriptivo y psicométrico.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 4152 evaluaciones de dolor en 346 pacientes, el 70% hombres con edad media de 56 años (DE=16,4). Las etiologías de daño cerebral más frecuentes fueron la vascular 155 (44,8%) y traumática 144 (41,6%). La mediana de GCS y RASS el día de evaluación fue 8,50 (RIQ=7 a 9) y -2 (RIQ=-3 a -2) respectivamente. En ESCID-DC la puntuación mediana fue de 7 (RIQ=5 a 9) durante la aspiración, de 4 (RIQ=1 a 6) durante la presión derecha e izquierda y de 0 durante el procedimiento no doloroso. ESCID-DC mostró una alta capacidad de discriminación entre procedimientos dolorosos vs no doloroso (AUC=0,97) y es sensible al cambio en función del momento de aplicación de la escala. Se obtuvo una alta concordancia interobservador (Kappa>0,80), una buena consistencia interna durante los procedimientos (-Cronbach >0,70) y una correlación alta entre ESCID-DC y NCS-R-I ($r \geq 0,75$).

Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que ESCID-DC es una herramienta valida y fiable para evaluar el dolor en pacientes con daño cerebral adquirido, incapaces de autoinformar y vía aérea artificial.

Palabras clave

Unidad de Cuidados Intensivos • Lesion cerebral • Dolor • Comportamiento

Comunicaciones orales

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. *Sala 118-119*

ID 325

ESCAPE ROOM EN ENFERMERÍA, ¡DESPIERTA TUS CONOCIMIENTOS!

Esther García García; O. Oliva Fernández; JM. Cachón Pérez; L. Lorenzo Allegue; MM. Martínez López; E. Rodríguez Franco; EM. Saiz Navarro; JC. Fernández Gonzalo
Universidad Europea de Madrid

Objetivos/Introducción

En el 3º curso del Grado en Enfermería de la Universidad Europea de Madrid, se ha desarrollado un escenario simulado en formato Escape Room, con el objetivo de fomentar la asimilación e integración de los contenidos y explorar las experiencias de los estudiantes tras su participación en el escape room, valorando su utilidad y el grado de satisfacción de los estudiantes.

Metodología/Observación clínica

Se ha diseñado un escenario de simulación secuencial, basado en el formato de Escape Room ambientado en una sala de cuidados intensivos donde ha ingresado un paciente inconsciente e intubado. Los estudiantes, en grupos, debían resolver y descifrar los retos, códigos y enigmas relacionados con la electrocardiografía, ventilación mecánica, intoxicaciones, etc. Tras el desarrollo de cada escenario, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a grupos focales, formados por los estudiantes que voluntariamente aceptaran colaborar para ahondar en su experiencia y valoración de la actividad.

Resultados/Intervenciones

En el Escape Room participaron 91 estudiantes, de los cuales, el 80% consiguió despertar al paciente en el tiempo planificado. La actividad fue muy bien acogida por los estudiantes, con un elevado grado de satisfacción, calificándola como una metodología divertida y diferente a los escenarios de simulación habituales. Refieren que les ha sido útil a la hora de repasar contenidos, a la vez que veían sus debilidades y fortalezas sobre ellos. Valoran positivamente poder participar en grupo, fomentando el aprendizaje entre iguales y la asignación de roles.

Conclusiones

El uso de juegos educativos como el Escape Room ha ganado popularidad como una forma interactiva y atractiva de abordar el aprendizaje.

Esta actividad ha motivado una mayor implicación en su aprendizaje, permitiéndoles valorar su dominio de las diferentes temáticas.

Que el escenario se desarrollara sin que otros estudiantes estuvieran observando, ha facilitado el desempeño de los estudiantes, disminuyendo su miedo a equivocarse y a ser juzgado por ello.

Financiación

No ha precisado financiación.

Palabras clave

Enfermería • Simulación • Escape Room

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones orales

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. ***Sala 118-119***

ID 349

CHECKLIST PRE-INGRESO. AUMENTANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO

Magdalena González Parra; C. Carrilero López; MD. Saiz Vinuesa; E. Ros Serrano; AM. Piqueras Carrión; Á. Prado Mira; A. Joaquín González; E. Cebrián Soriano; E. Rodríguez Moreno; MI. Cebrián Camins
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Objetivos/Introducción

La seguridad del paciente es un aspecto fundamental, garantizando que los pacientes reciban la atención adecuada y reduciendo los riesgos de complicaciones durante su estancia, por lo que la implementación de una lista de verificación PRE-Ingreso evitaría errores, olvidos, falta de material, mal manejo del aparataje y equipamiento… que supondrían retrasos que en situaciones emergentes repercutiendo directamente en el paciente.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de un Checklist. Pre-ingreso en la Unidad de Cuidados intensivos

Metodología/Observación clínica

Diseño descriptivo retrospectivo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital terciario. Se incluyeron 322 Checklist pre-ingreso aleatorios desde 1 Julio al 31 de diciembre del 2023, que supone aproximadamente 1/2 de los ingresos anuales.

Descripción de la herramienta utilizada: Checklist preingreso rellenada por un técnico de, auxiliares en enfermería (TCAE) y una enfermera tras el alta de un paciente.

Este cheklist fue elaborado por un grupo profesionales experimentados mediante consenso y consta de 2 apartados:
- Descripción de aquellas actividades imprescindibles antes de recepcionar al paciente en UCI
- Descripción del material fungible que debe contener el carro individual de un box

Esta herramienta ayuda al personal de enfermería responsable, a disponer del box para el siguiente ingreso.

Resultados/Intervenciones

Muestra de 322 checklist un 71,11% (229) están correctamente rellenados todos los ítems a revisar por TCE y Enfermera y en un 28,88% (93) con la falta de la comprobación por parte de la enfermera.

Cumplimentado por el 100% de TCAEs, estableciéndose un área de mejora por parte de las enfermeras para aumentar su adherencia.

Conclusiones

Mediante la aplicación de esta sencilla herramienta, genera un cambio en la metodología de trabajo que nos asegura evitar situaciones de riesgo y eventos adversos no deseados. Además facilita la labor al personal de nueva incorporación, minimizando la incidencia de olvidos y falta de material ante el ingreso de un paciente en UCI.

Palabras clave

Seguridad del paciente critico • checklist pre-ingreso

Comunicaciones orales

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES II. *Sala 118-119*

ID 369

HUMANIZANDO LOS CUIDADOS. ¿HEMOS CONSEGUIDO AYUDAR A LOS FAMILIARES DE NUESTROS PACIENTES INGRESADOS EN UCI?

María del Carmen Sánchez Hernández; MP. García López; MD. Castillo Lag; V. Aldavero Izquierdo; L. García-Ruiz Boquete; L. Sastre Molina; C. Carrilero López; AM. Piqueras Carrión; M. Gimeno González; MD. Saiz Vinuesa
Gerencia de Atención Integrada de Albacete

Objetivos/Introducción

Introducción: Las UCIs, altamente tecnologicas, ponen en segundo plano la atención a los familiares. La estancia en UCI genera, preocupación y dudas, desencadenando altos niveles de ansiedad, desesperanza y soledad; exacerbados por la falta de comunicación con el personal sanitario. Estudios afirman que informar y formar a las familias disminuye su grado de estrés.

Objetivos: Enseñar los cuidados del paciente y conocer el grado de conocimientos adquiridos. Conocer el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción de los asistentes a la formación.

Metodología/Observación clínica

Metodología: Estudio experimental pre-post.
Ambito: UCI Hospital terciario.
Muestra: familiares ingresados en UCI. Sesiones formativas para los familiares de 1 hora, c/15 días.
Contenidos: funcionamiento de UCI, monitorización, aseo, movilización, nutrición, soportes respiratorios, catéteres, drenajes.

Medimos grado de conocimientos adquiridos y satisfacción con cuestionario de elaboración propia.

Resultados/Intervenciones

Resultados: 69 encuestados,edad media 53,63 (dt: 17,87).77,8% mujeres.

Estudios: 9,7% sin estudios, 27,4% primarios, 29% secundarios, 32,3% universitarios.

Relación: 17,2% Padres, 1,7% Amigo/a, 36,2% Pareja, 10,3% Hermano/a, 32,8% Hijo/a

Información recibida: 44,3% médico-enfermera, Médico 37,7%, Enfermera 3,3,%, No información 9,8%
Adjuntada tabla del grado de conocimiento adquirido.

Pregunta 10 (estrés pre-formación): 36,8%refieren ansiedad todo el día, 38,6% refieren ansiedad en algunos momentos. Post-formación: 56,1% escasa contribución para reducir el nivel de ansiedad, 24,6%gran ayuda para reducir su nivel de ansiedad.

Satisfacción: 73,3% responde a lo esperado, 86,4% horario y duración del curso resulta adecuado. 93,1% exposiciones claras. 76,3% le aporta nuevos conocimientos.

Conclusiones

La información enfermera puede mejorarse, el aumento de los conocimientos ha sido significativo para varias preguntas tras la intervención. Proponemos valorar nivel de ansiedad con escala validada. El grado de satisfacción ha sido muy elevado. Necesario utilizar un enfoque holístico situando al familiar junto al paciente mejorando la calidad; la implantación del proyecto constituye un punto de partida para implicar a la familia en los cuidados, teniendo efectos positivos sobre el paciente, la familia y el profesional, reduciendo el estrés y facilitando la cercanía y comunicación.

Palabras clave

cuidados • humanización • formación • familia • UCI

sigue –>

RESULTADOS

Los porcentajes de aciertos en las preguntas antes y después se detallan en la siguiente tabla.

PREGUNTA	%ACIERTO ANTES	%ACIERTO DESPUES	RIESGO RELATIVO	IC 95%
1	79,7% (47)	94,8% (55)	1,19	(1,03-1,37)*
2	42,4% (25)	50,8% (30)	1,20	(0,81-1,77)
3	89,8% (53)	93,3% (56)	1,04	(0,93-1,16)
4	81% (47)	94,9% (56)	1,17	(1,02-1,34)*
5	57,1% (32)	86% (49)	1,50	(1,17-1,93)*
6	69,6% (39)	77,6 (45)	1,11	(0,89-1,39)
7	98,3% (57)	96,7% (58)	0,98	(0,93-1,04)
8	48,3% (28)	50,8% (30)	1,05	(0,73-1,52)
9	90,9% (50)	84,2% (48)	0,93	(0,81-1,07)

*Significación estadística.

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. *Sala 120*

ID 8

COMPARACIÓN DE LA INSERCIÓN DE CATÉTER ARTERIAL GUIADO POR PALPACIÓN FRENTE A ECOGRAFÍA POR PARTE DE ENFERMERAS EN UNA UCI DE ADULTOS

Manuela León Bolívar; DN. Marco Prats; M. Cubedo Culleré; R. González-Urria Martínez; AM. Lafuente Caminals; L. Trigo Moya; L. Bosch Martínez; L. Villanueva Blanco; N. Puiggròs i Amorós; P. Castro Rebollo
Hospital Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

Los beneficios de la ecografía en la guía para la canulación de los catéteres venosos centrales hacen que éste sea el estándar [1]. Sin embargo, esto no está tan claro para los catéteres arteriales [2,3].

El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad de la canulación arterial guiada por ultrasonidos (US) comparado con la técnica de palpación en pacientes adultos críticos con operadoras enfermeras experimentadas en la técnica de palpación y sin experiencia en US.

Metodología/Observación clínica

Estudio de cohortes prospectivo observacional y unicéntrico comparando la canulación arterial por palpación y, tras un curso de entrenamiento básico, por ecografía.

Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) médica de adultos en un hospital de tercer nivel.

Participantes: Pacientes ingresados en UCI que, a criterio del equipo asistencial, necesitaban un catéter arterial y no tenían historia previa de acceso difícil.

Operadores: Enfermeras de UCI con experiencia en canulación arterial por palpación, pero sin experiencia por ecografía.

Variables: Éxito en el primer intento, tiempo de colocación del catéter, número de intentos, y complicaciones inmediatas (hematoma) o tardías (infección y disfunción).

Análisis: Se estimó un tamaño muestral de 49 pacientes por rama. Se analizaron los resultados mediante Test de Student o U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y test Chi-cuadrado para las cualitativas.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 175 pacientes (89 palpación y 86 US). No se hallaron diferencias significativas entre la inserción por palpación vs US en el éxito en el primer intento (50% vs 58 %, p=0.93), porcentaje de intentos fallidos (21,3 % vs. 14%, p=0.28), tiempo del procedimiento (284s vs. 350s, p=0.44), o el número de complicaciones inmediatas o tardías.

Conclusiones

Después de un curso básico de entrenamiento en canalización ecoguiada de catéter arterial, operadoras enfermeras sin experiencia previa en US no obtuvieron resultados significativamente mejores que con palpación en una UCI médica de adultos.

Financiación

Este trabajo de investigación no ha contado con financiación.

Palabras clave

Catéter arterial • Ultrasonidos • Palpación

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. *Sala 120*

ID 31

COMPARACIÓN DE EFICACIA DE APÓSITO IMPREGNADO EN CLORHEXIDINA VS APÓSITO SIMPLE DE POLIURETANO EN LA COLONIZACIÓN DE LA PIEL CIRCUNDANTE DE VÍAS VENOSAS CENTRALES

Francisco Javier Arroyo Muñoz; MD. González Caro; M. Delgado Valverde; I. Portillo Calderón; MªL. Cantón Bulnes; RJ. Fernández Castillo; J. Garnacho Montero
Hospital Universitario Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Los apósitos impregnados con clorhexidina (CHX) aparecen en las recomendaciones de Bacteriemia Zero como medida de evidencia moderada y recomendación fuerte para disminuir el riesgo de infección y colonización del catéter. Nuestro objetivo es demostrar la eficacia en la reducción de microorganismos en la piel circundante al punto de inserción, así como determinar la adhesividad y seguridad, comparando con apósitos sin CHX.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo y aleatorizado (01/03/22 a 31/11/23). Se emplea un apósito de poliuretano impregnado en CHX 2% (56 mg) frente a uno de poliuretano sin CHX.

Evaluamos el efecto en la flora epitelial mediante cultivo de frotis cutáneo alrededor del punto de inserción del catéter, siempre que hubiese permanecido adherido mínimo 4 días y máximo 7. Medimos la adhesividad, motivos de cambio del apósito y la aparición de eventos adversos. Se determinó la frecuencia, porcentajes, media, mediana y rango intercuartílico. Se analizaron diferencias entre los dos tipos de apósitos con la prueba estadística de U de Mann-Whitney respecto a la colonización y tiempo de adhesividad.

Resultados/Intervenciones

Se colocaron 194 apósitos: 102 sin CHX(53%) y 92 con CHX(47%).
Localizaciones: 171 Inserción periférica (88%) y 23 Subclavia (12%).
Cultivos frotis de piel válidos 54 (28%), 29 con CHX y 25 sin CHX; cero colonias en 45% con CHX y en 20% sin CHX, rango intercuartilico de 45 en con CHX y 205 en sin CHX; U de Mann-Whitney (p 0,037).
Motivos de retirada: sangrado y coágulos en punto de inserción 83 (47%), retirada catéter 20 (10%) y alta 12 (6%).
La adhesividad del apósito es alta en 95% sin CHX y 91% con CHX.
Respecto a tiempo de adherencia no hubo diferencias (p 0,278).
No se observaron eventos adversos.

Conclusiones

El apósito con CHX se asocia con un menor crecimiento bacteriano en la piel circundante al punto de inserción.
No hay diferencias de adhesividad entre ambos apósitos.
Son apósitos bien tolerados, sin la aparición de eventos adversos.

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. *Sala 120*

ID 105

OVERALL INCIDENCE OF 3 DIFFERENT WOUND DRESSINGS IN THE PREVENTION OF SURGICAL WOUND INFECTION (SWI) IN PATIENTS UNDERGOING MAJOR HEART SURGERY: A CLINICAL, PROSPECTIVE AND RANDOMIZED STUDY

María Jesús Pérez Granda; G. Cuerpo; JM. Barrio; M. Valerio; P. Muñoz García Paredes; Á. Tomás González Pinto; E. Bouza Santiago
Hospital Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

Surgical site infections are among the most commun complications of patients undergoing Major Cardiac Surgery (MHS) and have incidences ranging from 1 to 8%.

Our aim was compared the incidence, etiology and prognosis of surgical wound infection in three groups of patients with three different types of wound dressings in a large unselected series of patients undergoing MHS

Metodología/Observación clínica

We carried out a randomized prospective clinical study of adult patients undergoing MHS at our institution from October 10th 2019 to February 22th 2022.

Before surgical closure, patients were randomized using as follows:
A: Conventional: gauze dressings (Mepore®)
B: Absorbent: polyurethane dressings (Mepilex®)
C: Vacuum therapy dressings (PICO, Smith & Nephew, S. A. U.)

Resultados/Intervenciones

Results: Overall, 900 patients undergoing MHS were randomized (300 conventional standard of care group, 300 absorbent dressing group and 300 vacuum group dressing). The rate of superficial wound infection among the 3 groups conventional, absorbent and vacuum groups was respectively: 2.3%, 3% and 3%; p=0.848. The rate of post-surgical mediastinitis was: 2%, 2% and 0.7%; p=0.313 respectively. Overall mortality was 4.4%. We did not find significant differences between the three groups respectively: 4.7%, 5.7% and 3% respectively; p=0.277. In a model with patients what had 2 or more risk factors (age > 70 years, obesity, diabetes, COPD, double breast, urgent surgery) increase the risk of mediastinitis almost 8 times not having vacuum dressing, but it is not significant (p=0.234).

Conclusiones

Our study has not demonstrated a significant reduction in superficial and deep sternal wound infection with the use of vacuum dressings in patients undergoing major cardiac surgery. Only in patients showed in whom at least one breast was used (301 patients), not using a vacuum dressing increased the risk of having mediastinitis 13 times. p=0,024.ClinicalTrials.gov identifier (NCT number): NCT03905213

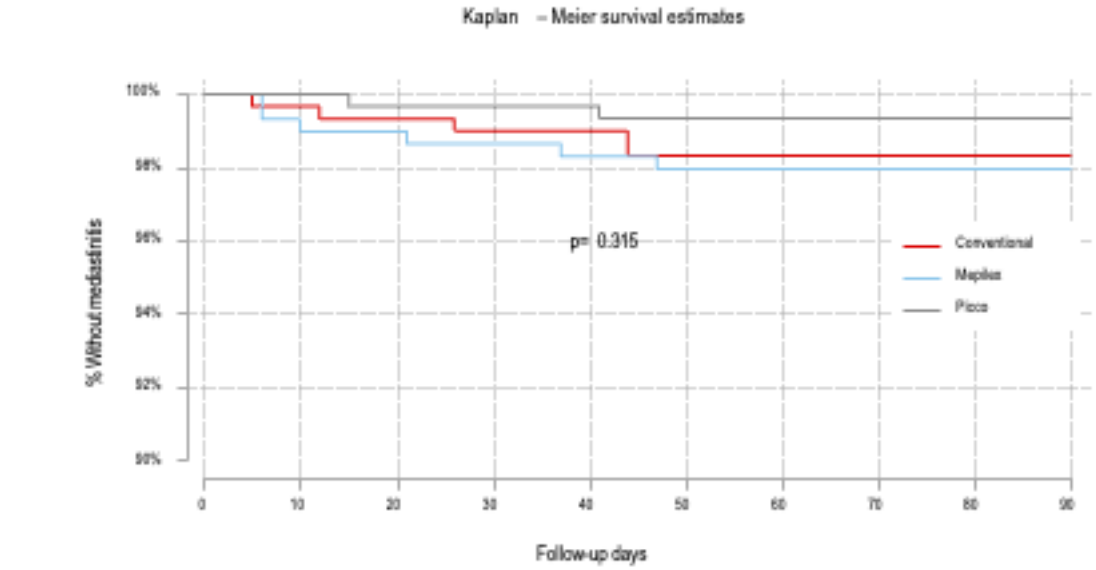
Financiación

This study was partially supported by grants from the Fondo de Investigacion Sanitaria FIS PI18/01741, (Instituto de Salud Carlos III), Madrid, Spain, by the European Regional Development Fund “A way of making Europe” and by Ciber de Enfermedades Respiratorias CIBER (CB06/06/0058), Madrid, Spain.

Palabras clave

surgical wound infection • prevention • Major Cardiac Surgery

sigue –>



Number at risk

Conventional	300	298	297	296	296	294	294	294	294	294
Mepilex	300	298	297	296	295	294	294	294	294	294
Picco	300	299	298	298	298	297	297	297	297	297

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. *Sala 120*

ID 110

IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON INCIDENCE AND EPIDEMIOLOGY OF CATHETER-RELATED BLOODSTREAM INFECTION 2 YEARS LATER

María Jesús Pérez Granda; A. Burillo Albizua; J. Serrano Lobo; P. Martin Rabadan; P. Muñoz García Paredes, M. Guembe Ramírez
Hospital Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

The COVID-19 pandemic increased catheter-related bloodstream infections (C-RBSI), but its subsequent impact has not been adequately described. Our hospital has already depicted the effects of the COVID-19 pandemic in the first wave, but we still do not know whether C-RBSI rates and aetiology are similar to those described before the COVID-19 pandemic. We aimed to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on the evolution of C-RBSI in a large tertiary teaching hospital two years later.

Metodología/Observación clínica

We prospectively collected all confirmed C-RBSI episodes in a database of the clinical microbiology laboratory by matching blood cultures and catheter tip cultures with the isolation of the same microorganism (s). We compared our C-RBSI incidence rates and aetiology from 2018 to 2022. C-RBSI was defined as bacteremia or fungemia in a patient with clinical manifestations of infection and no other apparent source except the catheter.

Resultados/Intervenciones

During the study period, we collected 556 C-RBSI episodes. C-RBSI incidence rate per 1,000 admissions each year was as follows: 2018: 2.2; 2019: 1.7; 2020: 3.29; 2021: 2.92; and 2022: 2.69. Particularly, C-RBSI episodes occurring in critical care units each year were, respectively: 2018: 57 (54.8%), 2019: 38 (45.2%), 2020: 89 (63.6%), 2021: 69 (60.5%), and 2022: 58 (50.9%). The distribution of microorganisms showed an increase in Gram-negative episodes after the pandemic.

Conclusiones

Our study shows an increase in the incidence rate of C-RBSI after the COVID-19 pandemic. C-RBSI episodes were mainly caused by coagulase-negative Staphylococci but with a rise in Gram-negative bacilli.

Financiación

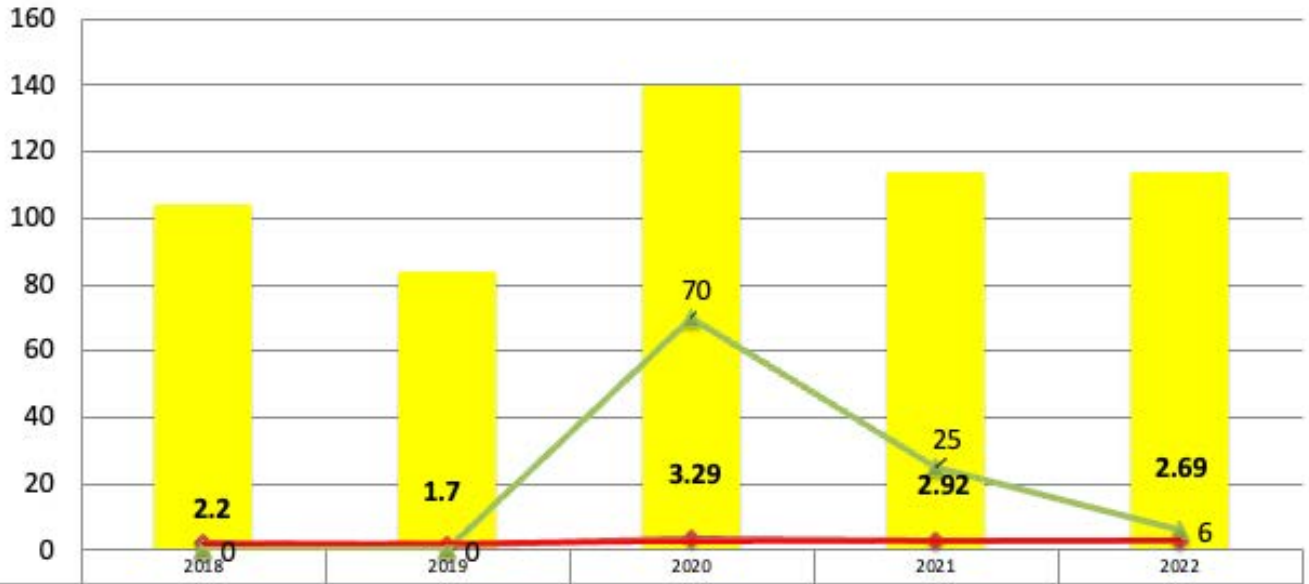
No funding

Palabras clave

COVID-19 • catheter-related bloodstream infections • Gram-negative bacilli • intensive care unit

sigue –>

Figure 1. Incidence rate of C-RBSI episodes per 1,000 admissions



	2018	2019	2020	2021	2022
CR-BSI	104	84	140	114	114
CR-BSI/1,000 admissions	2,2	1,7	3,29	2,92	2,69
Patients with Covid-19	0	0	70	25	6

Comunicaciones orales

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. *Sala 120*

ID 114

INCORPORACIÓN DE TALLERES DE SIMULACIÓN RCP BÁSICA Y AVANZADA PARA ENFERMERÍA COMO MEDIDA DE MEJORA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, TRAS SUCESO CENTINELA EN UCI DE UN HOSPITAL TERCIARIO

María Ángeles de Pedro Sánchez; M. Murias Rodríguez; E. Portugal Rodríguez; M. Artola Blanco; E. Bustamante Munguira; G. Posadas Pita; Á. Velasco Villagarcía; J. Arnáiz Rodrigo
Hospital Clínico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCIs), son entornos laborales complejos, donde la rotación de personal y la emergencia de situaciones, produce estrés y descoordinación, lo que da lugar a numerosos efectos adversos (EA).

Los objetivos son:

1. Implantar medidas de mejora al riesgo identificado "Deficiencias en la asistencia a la parada cardiorrespiratoria (PCR).
2. Analizar mediante encuestas pre y post-taller, las necesidades formativas del personal y conocimientos en seguridad.
3. Detectar nuevas medidas de mejora.

Metodología/Observación clínica

En la UCI de un hospital terciario se crea un equipo multidisciplinar que inicia su formación para implantar la acreditación por la norma UNE179003, Gestión del riesgo(GR), dentro del análisis de riesgos y estudios de EA, se detecta un riesgo priorizado con un NPR (severidad, ocurrencia detección) superior a 150, que nos obliga a tratarlo y que además ocasionó un suceso centinela.

Analizando medidas de GR, se observan deficiencias en la asistencia a la PCR, se realiza un Taller de simulación en RCP básica y avanzada para enfermería (duración 10 horas) y encuestas anónimas, antes y después del taller, para análisis de resultados.

Resultados/Intervenciones

Participan 13 enfermeras (84,61% enfermeras de UCI).

Los resultados de encuesta pre-taller:

- El 92% presencian situaciones de amenaza.
- 76,9% consideran que, han mejorado las medidas en la seguridad de pacientes (SP).
- 84,6% consideran que existe cultura de seguridad en la unidad.
- 92% existe falta de formación y desconocimiento al realizar RCP de calidad en UCI.
- 100% considera que podemos mejorar en la atención a RCP.

Los resultados de encuesta pos-taller:

- 100% considera que la realización del taller ha mejorado la capacidad de respuesta frente a PCR.
- 100% considera la formación en RCP, una pieza clave.

Conclusiones

- La formación es un pilar fundamental que ayuda a incrementar la SP.
- La simulación en situaciones críticas y emergentes ayuda a adquirir habilidades y destrezas con SP.
- Siempre podemos mejorar.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

Seguridad del paciente • UCI • PCR • Taller simula

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. *Sala 120*

ID 194

ELCTROCARDIOGRAMA INTRACAVITARIO (IC-EKG): COMPROBACIÓN INOCUA DEL CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO (PICC)

Jennifer Rubio Campoy; B. Nieto Martino; JA. Sarmiento Torres; J. León Concepción; L. Hurtado Aldea
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Objetivos/Introducción

Introducción: El IC-EKG es un método de comprobación eficaz, económico e inocuo, que evita la radiación del paciente y disminuye el tiempo de uso inmediato del mismo.

Objetivo: Determinar la eficacia en el manejo del IC-EKG a la hora de verificar la posición del catéter en comparativa con la comprobación radiológica final.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada de segundo nivel, realizado en pacientes adultos, con canalización de PICC y empleo de IC-EKG en unidad de accesos vasculares dependiente del servicio de cuidados intensivos. Recogida de datos mediante formulario tras canalización, desde febrero 2022 hasta diciembre 2023. Variables a estudio: Variables demográficas de la muestra. Localización vascular. Medida teórica y final del catéter. Método de comprobación. Software SPSS.22.

Resultados/Intervenciones

Evaluamos 120 pacientes. Media de edad 65 años (DE 14.3). 52 varones (43,3%). Localización vascular más frecuente fue vena basílica, 84 pacientes (70 %). La media entre la medida teórica y final del catéter fue 2,5 cm (DE 2,99). Respecto al empleo IC-EKG, 92 pacientes (76,6%) presentaban normoposición con visualización de onda P en cavo-atrial (onda P-CA). De los casos en los que no se objetiva onda P-CA, 13 (10,8%) presentaron normoposición y 15 (12,5%) presentaron posición incorrecta, de los últimos, 7 se debieron a bucles, 1 alteración anatómica y 3 migraciones a otros vasos. En casos normoposiconados que no tuvieron comprobación radiológica tras la canalización, el 100% estaba correctamente colocado, en radiografías posteriores solicitadas por otro motivo.

Conclusiones

El dominio en el manejo del sistema IC-EKG permite reducir el número de radiografías. La visualización de onda P-CA asegura una correcta posición. La principal causa de mal posición del catéter es la generación de bucles. Poder determinar la precisión de las mediciones tras mejorar la curva de aprendizaje, abre la puerta a nuevos estudios en el futuro.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. *Sala 120*

ID 258

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN POSICIÓN PRONO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

María Guadalupe Jerez Daria; M. Sosa González; GC. Rodríguez Pérez; M. Amaro Vazquez; M. Peña Díaz
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Objetivos/Introducción

La posición en decúbito prono (DP) se aplica a pacientes con el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) tratados con ventilación mecánica. Es una técnica no invasiva, segura y útil como medida terapéutica. En pacientes con SarsCov-2, la posición DP es común debido a que el SDRA se presenta como una de sus patolgias frecuentes, lo que aumenta la probabilidad de realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP) en esta posición. Por ello, se plantea conocer la evidencia científica sobre la efectividad de la RCP en el paciente en posición prono (o RCP inversa).

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través del metabuscador “PuntoQ”, que brinda acceso a las principales bases de datos como Dialnet, Wos, Scopus, Medline, ScienceDirect, EbscoHost, utilizando los siguientes descriptores de salud: “prone position”, “supine position” y “cardiopulmonary resuscitation”. Se limitó la búsqueda a los últimos 5 años.

Resultados/Intervenciones

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se han obtenido 14 artículos, donde tras una lectura de título y resumen, se seleccionaron los 8 artículos más relevantes para su análisis.

Conclusiones

La RCP inversa ha sido utilizada comúnmente en cirugías que requieren de la posición DP. Esta técnica consiste en utilizar las manos, una en el esternón y la otra en la columna dorsal, hasta utilizar un soporte duro y, luego, ambas manos sobre la escápula del paciente. Requiere realizarla de manera rápida, dando compresiones de 6 cm de profundidad a 120 compresiones/minuto hasta poder girar al paciente a posición supina (DS). Por tanto, a pesar de que existen pocas investigaciones al respecto, la RCP en DP es una técnica confiable y necesaria al inicio de la PCR por los riesgos que implica proceder a la posición DS, por lo que la formación del personal sanitario en esta técnica es esencial para asegurar que sea de calidad.

Palabras clave

Prone position • Supine position • Cardiopulmonary resuscitation

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES III. *Sala 120*

ID 344

TRAVESÍA A TRAVÉS DEL TIEMPO: EVALUACIÓN DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES DE UCI Y SU PERSISTENCIA A LARGO PLAZO A TRAVÉS DE LA ESCALA DTS

Aleix Granado García; R. Herrera Sebastián; J. Granado Solano; JR, Masclans Enviz; D. Ruiz Sánchez; MP. Gracia Arnillas
Hospital del Mar

Objetivos/Introducción

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos puede ser una vivencia perturbadora con desarrollo de trastorno de estrés postraumático (TEPT) afectando la calidad de vida y reintegración social.

Objetivo: Evaluar la prevalencia y severidad del TEPT en pacientes críticos utilizando la Davidson Trauma Scale (DTS) y determinar la evolución de estos síntomas a largo plazo.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo y observacional (octubre 2022-abril 2023) de pacientes >18 años, ingresados en UCI durante >7 días, vivos a los 3 y 6 meses del alta hospitalaria. Se recogieron datos demográficos, la DTS para evaluar el TEPT y el Long Term-Follow up questionnaire (LTCQ) para la percepción de salud. Para el análisis de variables cuantitativas se ha aplicado la prueba t-Student y la prueba Chi-cuadrado para las categóricas con el software SPSS para Windows, versión 20.0. p ≤0.05 significativo.

Resultados/Intervenciones

N=37 pacientes. Edad media 58 (±15,76) años, 70,3% varones, APACHE II 20 (15-28), motivo de ingreso médico 83,8%, 68% ventilación mecánica, estancia media 15 (11-26) días en UCI y 31 (19-65) en hospital. Los antecedentes más frecuentes fueron HTA, obesidad y DM. Los síntomas de reexperimentación se puntuaron mayormente por debajo de los 2 puntos mientras que los relacionados con el aumento de activación, especialmente problemas de sueño, fueron más evidentes. La media DTS fue 24 (±23) y 17 (±22) (p=0,002), con síntomas leves o moderados (≥ 24 puntos) en el 46% y 30% de los pacientes, a los 3 y 6 meses respectivamente. La media del LTCQ en la percepción de salud fue una mejora significativa con una puntuación media 2,41(±1,26) a 2,86 (±1,27) (p=0,001) y en el grado de satisfacción 6,89 (1,97) y 7,16 (2,09) (p=0,058) a los 3 y 6 meses.

Conclusiones

Los pacientes de UCI manifiestan síntomas de TEPT significativos que, aunque tienden a atenuarse con el tiempo, deben ser monitorizados.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) • Percepción de salud • Monitorización continua

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala 117***

ID 13

RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PILOTO

Mònica Maqueda Palau; M. Torres Juan; F. Verd Aulí; M. Riera Sagrera; MC. Barbado Monge; J. Homar Ramírez; MA. Colomar Ferrà; JI. Ayestaran Rota; J. Jiménez Benitez; J. Delgado Mesquida
Hospital Universitari Son Espases

Objetivos/Introducción

Las rondas de seguridad a tiempo real son prácticas específicas diseñadas para evaluar la seguridad del paciente e identificar áreas de mejora. ObjetivosEvaluar la viabilidad y efectividad de un programa piloto de rondas de seguridad en UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional realizado en una UCI polivalente de 36 camas, entre junio y septiembre de 2023. Población: pacientes ingresados en UCI. Variables: realización escala CAM-ICU, control del neumotaponamiento, elevación del cabezal de la cama, higiene bucal con clorhexidina, comprobación y registro de alergias, prescripción y administración correcta de fármacos, evaluación de la necesidad de catéteres y punto de punción, identificación inequívoca del paciente, traspaso de información interdisciplinar. Instrumento de recogida: se diseñó un formulario ad hoc con las variables descritas y se integró un código QR único. El acceso al formulario se realizó mediante escaneo del código QR correspondiente y completando el checklist asociado. Las rondas de seguridad se realizaron semanalmente de manera aleatoria por dos miembros del grupo Seguridad del Paciente en UCI. Se realizó un análisis descriptivo con la herramienta Microsoft Excel.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 101 rondas. En el 79% de pacientes no se realizó la escala CAM-ICU (RASS -4); el 76% mantuvo el cabezal >30 grados; el 90% tenía conectado el tubo orotraqueal a presión de neumotaponamiento continua; el 94% realizó higiene con clorhexidina. El 98% de pacientes tenían las alergias correctamente documentadas; el 78% prescribió fármacos según vía adecuada. El 93% evaluó la necesidad de catéteres y punto de punción. El 97% llevaba pulsera identificativa; en el 65% se realizó pase conjunto interdisciplinar. El 50,8% de rondas requirió acciones correctivas.

Conclusiones

El programa piloto de rondas de seguridad en UCI ha demostrado ser viable y efectivo para identificar áreas de mejora y corregir acciones a tiempo real que fortalecen la seguridad del paciente.

Palabras clave

seguridad del paciente • lista de verificación • rondas de seguridad • Unidad de Cuidados Intensivos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala 117***

ID 16

DESARROLLO DE LA TÉCNICA CRISÁLIDA PARA LA MANIOBRA DEL DECÚBITO PRONO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Anabel Roldos Gales; N. Calpe Damians; R. Rey Gómez; MG. Beneytez Fernández; M. Mirabete Rodríguez; R. Torrents Ros
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos/Introducción

El Decúbito Prono (DP) es un tratamiento postural común en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que requiere minuciosidad y esfuerzo físico considerable de los profesionales. El objetivo del estudio fue desarrollar una técnica de giro para el DP, estructurada, segura y que disminuyera la carga física de los profesionales.

Metodología/Observación clínica

Durante la segunda ola de pandemia por Covid-19 se analizó, mediante observación, la técnica "sándwich" de giro del DP usada en la UCI del Hospital de Sant Pau (HSP), identificando áreas de mejora. Además, se revisó la literatura existente. Posteriormente, se modificó la maniobra de giro, denominándola CRISÁLIDA.

Resultados/Intervenciones

La maniobra de giro CRISÁLIDA se estructuró por pasos:

1. Decidir hacia dónde se desplazará al paciente en función de las líneas del tren superior.
2. Proteger el hombro que quedará debajo en el giro, colocando la palma de la mano hacia arriba y cubrir con la sábana de abajo.
3. Colocar líneas, drenajes y cables, en lugares estratégicos para inmovilizarlos.
4. Colocación de la sábana superior: en la zona de la cabeza y sin cubrirla, doblarla en 2 pliegues. Por el lado sobre el que girará el paciente, introducirla por debajo para que asome una vez esté lateralizado, y permita traccionar de ella sin esfuerzo. Por el lado contrario, unir las dos sábanas enrollándolas hacia arriba de forma que, la lateralización del paciente se realizará entre los 4 miembros, repartiendo así el peso.
5. Giro en 3 movimientos: desplazamiento, lateralización y prono/supino. Este paso será coordinado por el profesional que sujeta el tubo endotraqueal y la cabeza.

Conclusiones

La Técnica Crisálida, desarrollada en el HSP como evolución de la popular técnica Sándwich, es segura y disminuye el esfuerzo físico de los profesionales, obteniendo gran aceptación entre éstos. -Para optimizar los cuidados enfermeros es necesario integrar evidencia científica con análisis y reflexión de nuestra práctica diaria.

Palabras clave

Decúbito prono • enfermería • seguridad • Unidad de cuidados intensivos

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala 117***

ID 52

EVOLUCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD Y ERRORES DE MEDICACIÓN (CISEM) DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mª del Ara Murillo Pérez; MªJ. Frade Mera; MD. Quintana Estellés; M. Morales Cifuentes; I. Palomino Sánchez; ME. Esteban Sánchez; SA. Torrente Vela
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La notificación de los incidentes de seguridad (IS) y su análisis constituyen una herramienta necesaria para conocer y mejorar la práctica asistencial.

Objetivo: Conocer la evolución de la notificación de IS a través del CISEM en UCI en los últimos 5 años.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo realizado en las UCI del Servicio de Medicina Intensiva(SMI) de un Hospital terciario de 2019-2023. Los incidentes se han extraído del registro informatizado del CISEM en las UCI. Variables de estudio: IS, IS No considerados EM(ISNEM), errores de medicación(EM), factores contribuyentes(FC) y daño causado. Las variables se expresan como frecuencia absoluta y relativa.

Resultados/Intervenciones

Se notificaron un total de 494 IS, de los cuales fueron EM 95 (18%). De estos fueron identificados por tipo de IS 362, siendo EM 86 (24%). Los ISNEM más notificados fueron: relacionados con dispositivos/equipamientos 54 (20%); cuidados/seguimiento 52 (19%); gestión/organización 39 (14%); accidentes 30 (11%); sangre/hemoderivados 18 (7%). Respecto a los FC de los ISNEM destacaron: relacionados con condiciones de trabajo-ambientales 123(45%), organizativos-estratégicos 119 (43%), individuales-profesionales 104 (38%), equipamientos-dispositivos 94 (34%), formación-aprendizaje 82 (30%) y protocolos 76 (28%). El ISNEM no llegó a causar daño al descubrirse antes de llegar al paciente en 103 (38%), alcanzó al paciente con posibilidad de causar daño en 66 (24%), y llegó al paciente pero no causó daño en 33 (12%). La incidencia de notificación de EM paso de 1 a 71 de 2019-2023. Los principales EM fueron: falta de conocimiento/formación 37 (43%), falta de cumplimiento procedimientos 30 (35%), lapsus/despiste 7 (8%). La distribución por años de los ISNEM, se presenta en la tabla 1 y por gravedad en tabla 2.

Conclusiones

La incidencia de notificación en nuestras UCI se ha mantenido. Los IS notificados más frecuentes son los EM por un importante incremento en el último año. Los factores contribuyentes más detectados por los notificantes son modificables y abordables con estrategias de mejora del entorno de trabajo. La mayoría de los incidentes no provocaron daño.

Palabras clave

Seguridad del Paciente • Cuidados intensivos • Incidente • Error medicación

sigue –>

Comunicaciones orales

TIPO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL 5 AÑOS
Gestión organizativa/citaciones. n (%)	14 (26)	6 (10)	9(16)	5 (13)	5 (7)	39 (14)
Dispositivos médicos/equipamiento/mobiliario clínico. n (%)	6 (12)	17 (29)	13 (22)	9 (23)	9 (13)	54 (20)
Identificación del paciente. n (%)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	4 (6)	5 (2)
Actividades preventivas. n (%)		1 (2)	1(2)	1 (3)	2 (3)	5(2)
Valoración clínica/diagnóstico. n (%)	5 (10)	5 (9)	3 (5)	2(5)	2 (3)	17 (6)
Procedimientos terapéuticos. n (%)	1 (2)	1 (2)	3 (5)	2 (5)	1 (1)	8 (3)
Accidentes del paciente. n (%)	12 (24)	4 (7)	1 (2)	7 (18)	6 (9)	30 (11)
Cuidados y seguimiento del paciente. n (%)	6 (12)	15 (26)	16 (28)	4 (10)	11 (16)	52 (19)
Otros. n (%)	1 (2)	6 (10)	2 (3)	6 (15)	6 (9)	21 (8)
Procedimientos quirúrgicos.Fr (%)		2 (3)	4 (7)	1 (3)		7 (3)
Documentación clínica/información/consentimiento informado. n (%)	2 (4)	0 (0)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	4 (1)
Pruebas diagnósticas. n (%)	3 (6)	0 (0)	2 (3)	1 (3)	5 (7)	11 (4)
Continuidad asistencial. n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Sangre y hemoderivados. n (%)	1 (2)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	16 (23)	18 (7)
Infraestructuras. n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (5)	2 (3)	4 (1)
TOTALES	51 (100)	58 (100)	58 (100)	40 (100)	69 (100)	276 (100)

Tabla 1. Distribución por años de los ISNEM.

EVOLUCIÓN	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL 5 AÑOS
Circunstancia o evento con capacidad de producir daño. n (%)	15 (29)	22 (39)	22 (39)	14 (37)	30 (44)	103 (38)
El suceso alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño. n (%)	5 (10)	6 (11)	6 (11)	6 (16)	4 (6)	27 (10)
El suceso llegó al paciente pero no le causó daño. n (%)	8 (16)	6 (11)	6 (11)	5 (13)	8 (12)	33 (12)
El suceso se produjo pero no llegó al paciente. n (%)	4 (8)	1 (2)	3 (5)	4 (11)	9 (13)	21 (8)
El suceso alcanzó al paciente y no le causó daño, pero ocasionó la suspensión de un procedimiento diagnóstico o terapéutico. n (%)	2 (4)	0 (0)	4 (7)	1 (3)	2 (3)	9 (9)
Otros. n (%)	3 (6)	3 (5)	3 (5)	0 (0)	2 (3)	11 (4)
El suceso alcanzó al paciente con la posibilidad de producir daño (no implica que el daño esté relacionado causalmente con el incidente). n (%)	14 (27)	18 (32)	13 (23)	8 (21)	13 (19)	66 (24)
TOTALES	51 (100)	56 (100)	57 (100)	38 (100)	68 (100)	270 (100)

Tabla 2. Distribución por años de los ISNEM según gravedad.

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala 117***

ID 73

INCIDENCIA COMPLICACIONES CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA/ MIDLINE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: A RAZÓN DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

Montserrat Zapater Bas; L. Puig Puig; M. Aliaga Marsillach; M. Gelis Centeno
CST Hospital de Terrassa

Objetivos/Introducción

La utilitzación catéter PICC/Midline, nos plantea la necesidad de evaluar la incidencia complicaciones derivadas de inserción, cuidado y mantenimiento, a la vez que realitzar un análisis con cuatro casos clinicos, durante el período Enero a Diciembre 2023.

Metodología/Observación clínica

Realizamos un estudio observacional descriptivo y retrospectivo.

El ámbito de trabajo es un hospital de segundo nivel con una única UCI polivalente. El equipo de accesos vasculares realizó la inserción, cuidado y mantenimiento de los catéteres PICC/Midline en planta hospitalización, urgencias, hospitalización domiciliaria y soporte para UCI.

En el estudio se incluyeron los pacientes que el equipo de accesos vasculares insertó un catéter PICC/Midline y/o participó en cuidado y mantenimiento. Se analizaron variables relacionadas con: antecedentes patologicos, tamaño vena, fármaco administrar, tiempo medio utilización, posición punta, número de catéteres retirados y sus causas.

Analizaremos cuatro casos clinicos, representativos de las principales complicaciones:
- Punción e inserción catéter en arteria humeral en paciente hipotenso por shock séptico.
- BRC por staphilococus epidermis en paciente con neoplasia de cavum.
- TVP en paciente con HDB y bacteriemia por celulitis EID.
- Rotura vena subclavia con migración punta catéter en paciente PPT con fracturas costales, clavicula y hemotórax.

Resultados/Intervenciones

Se insertaron 402 catéteres PICC/173 Midline, un total de 5077 días uso PICC/1955 días uso Midline, y un tiempo medio utilización de 12,62 días PICC/11,3 días Midline. La tasa incidencia complicaciones fue 2,95 PICC/5,62 Midline 1000 días catéter. De las cuales extravasación 0,19 PICC/0,51 Midline 1000 días catéter, BRC 0,39 PICC/0,51 Midline 1000 días catéter, rotura accidental 0,59 PICC/0,51 Midline 1000 días catéter, TVP 0,59 PICC/2,04 Midline 1000 días catéter y obstrucción 1,18 PICC/2,04 Midline 1000 días catéter.

Conclusiones

Un equipo de accesos vasculares formado y entrenado tanto en inserción como en cuidado y mantenimiento catéter, con una buena respuesta a las complicaciones y con capacidad de análisis, es un punto clave en la prevención de complicaciones.

Palabras clave

PICC • Midline • Complicaciones • Equipo accesos vasculares

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones orales

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala 117***

ID 162

APLICACIÓN DE LA SIMULACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

Juan José Rodriguez Mondéjar[1]; L. Moreno Ruiz[2]; M. Cánovas Hernández[3]; E. Muñoz Borrachero[3]; MªÁ. Ruiz Fernández[3]; MC. Alfonso Contreras[3]; A. Gómez Guillén[3]; F. Gutiérrez Galindo[3]; G. Querubina Ruiz Nortes[3]; M. Fernández Olmos[3]

1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Región de Murcia. SMS; 2. Facultad de Enfermería UMU. IMIB Arrixaca, UCI. HCUVA. Servicio Murciano de Salud; 3. UCI. HCUVA. Gerencia de Área I. Servicio Murciano de Salud

Objetivos/Introducción

El relevo entre equipos de un paciente con terapia de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es de gran interés y sería deseable contar con un documento estructurado que sea ágil y completo.

Objetivo: diseñar una lista de verificación que garantice una adecuada transmisión de información entre profesionales de enfermería para los enfermos con terapia ECMO

Metodología/Observación clínica

Tipo de estudio: descriptivo, cuasiexperimental, prospectivo, y transversal

Muestra: Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital de nivel III.

Temporalidad: primer cuatrimestre del 2023

Fuentes de datos: registro en cuestionario “ad hoc”

Desarrollo: Tres partes, primera con un Comité de Expertos, que elaboró una lista de verificación. Segunda, con la aplicación de simulación clínica, se organizaron dos escenarios de simulación clínica dónde la variable de uno a otro era la introducción del checklist para recibir y transmitir el relevo entre equipos. Tercera fase, se examinó el volumen de datos que los participantes aportaron.

Procesamiento estadístico: PC IBM SPSS Statistics, media y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para cualitativas.

Inferencia estadística con test de la T para muestras apareadas, significación estadística si $p<0,05$.Normas éticas: aprobación de la comisión de investigación del Área I.

Resultados/Intervenciones

Participaron 32 profesionales. Edades entre 24 y 53 años siendo el 51,6% mujeres y el 48,4% hombres. Experiencia entre los 3-24 años, el 80,6% había trabajado en el ámbito clínico más de 8 años, 50% tenía más de 5 años (2-20) en UCI. Experiencia con pacientes con ECMO entre los 2-8 años. Escenario sin el uso de la lista de verificación obtuvo una media del 39% (9%-44%) de los ítems cubiertos. Al introducir el checklist se elevaron a una media del 73,32% (39%-100%).

Conclusiones

El checklist diseñado ha demostrado ser una herramienta de control que mejora tanto la transmisión de información como la seguridad para los pacientes con terapia ECMO.

Financiación

No ha existido ninguna financiación ni ayuda económica para la realización de este estudio.

Palabras clave

Oxigenación por Membrana Extracorpórea • ECMO • unidades de cuidados intensivos • lista de Verificación • Enfermería • comunicación • seguridad del paciente

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala 117***

ID 184

ANÁLISIS DE LAS INTERRUPCIONES PRODUCIDAS DURANTE LA TRASFERENCIA DE INFORMACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO

Esmeralda Gutiérrez Ruiz; MT. Pulido Martos; L. Hernández López; L. Martíon Velázquez; R. Carboné Carreras; A. Serrano Escobar; MJ. Frade Mera; C. López López; MA. Murillo Pérez; SA. Torrente Vela
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Las interrupciones durante la transferencia de información en el cambio de turno de las enfermeras pueden comprometer la seguridad del paciente.

Objetivo: Analizar las interrupciones durante la Transferencia de Información (TI) en el cambio de turno de las enfermeras.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo realizado en noviembre-diciembre 2023, en 2 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de hospital terciario. Se realizaron auditorias de manera ciega por un observador durante los 3 cambios de turno. Variables: unidad, lugar, duración, turno, experiencia emisor, experiencia receptor, presencia de interrupción, número, duración y causa de interrupción. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico, y las cualitativas como frecuencia absoluta y relativa. Significación para $p<0,05$

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 214 observaciones de la TI, 101 (47%) en UCI Trauma-Emergencia (UCITE) y 113 (53%) UCI Polivalente (UCIP). Al cambio de turno noche/mañana correspondieron 65 (30%), mañana/tarde 62 (30%) y tarde/noche 80 (40%). El lugar más frecuente de TI fue “a pie de cama” 150 (70%). La duración de la TI fue de 4 (2-6) minutos, siendo más larga en mañana/tarde 5 (3,5-8) vs tarde/noche 4 (2-6) vs noche/mañana 3 (1-5) minutos; $p<0,0001$. Se observaron interrupciones en 169 (79%) cambios, fueron más numerosas en UCIP frente a UCITE 3 (1-5) vs 1(0-1); $p<0,001$ interrupciones. Se objetivaron un total de 465 interrupciones, justificadas 249 (54%) con menos de 10sg de duración 333 (77%). La experiencia de la enfermera emisora se asoció con el número de interrupciones, 3 (1-5) interrupciones con <1año vs; 1 (1-3) con 1-5 años y >5años: $p=0,002$. Al igual que el turno noche/mañana 1 (0-2), mañana/tarde 1 (1-3) y tarde/noche 2 (1-4) interrupciones:$p=0,002$.

Conclusiones

La transferencia de información en los cambios de turno suele ser rápida, a pie de cama con frecuentes interrupciones de corta duración. La experiencia de la enfermera emisora, el turno en que se realiza la transferencia de información y la unidad, son factores que influyen en la presencia de interrupciones durante los cambios de turno

Palabras clave

Communication • Interruption • Safety • Nursing

Comunicaciones orales

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala 117***

ID 271

ANÁLISIS DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI DE HOSPITAL NIVEL 3

Montserrat García González; M. Hernández Resuela; M. Aguilera Cortés; M. Nombela García; D. Tapial Rodríguez; R. Gómez Robles; JA. González; M. Morales Machuca; AB. Tojero Tejedo
Hospital Universitario de Toledo

Objetivos/Introducción

Durante el año 2023 se han recogido datos considerados imprescindibles en los registros de enfermería como parte del trabajo de la Unidad de Seguridad de nuestra UCI.

Las rondas de seguridad han demostrado su eficacia como herramienta para mejorar y garantizar la seguridad en el paciente crítico.

Objetivos:

- Analizar el cumplimiento de los registros de datos imprescindibles en materia de seguridad en nuestra UCI.
- Determinar el grado de adherencia a los registros.
- Identificar las áreas de mejora en materia de registro de datos.
- Evaluar la cultura de seguridad.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

De forma aleatoria, el equipo investigador realiza las rondas de seguridad, durante un periodo de 12 meses.

Se trata de un conjunto de 17 ítems en materia de seguridad, que incluye datos sobre identificación, registro de catéteres, revisión de tratamiento farmacológico, entre otros.

Las rondas de seguridad las lleva a cabo el equipo investigador, sobre una plantilla de datos de elaboración propia.

Resultados/Intervenciones

Durante el periodo de estudio se realizaron 35 rondas de seguridad.

El número de pacientes incluidos en las rondas de seguridad fueron 280.

Se realizó una modificación en los registros en el mes de septiembre debido a un cambio de funcionamiento y registro de documentación en nuestra unidad que no supone variación en el estudio.

Los ítems de mayor adherencia son: registro de peso, alergias e identificación en monitor.

Los ítems de menor adherencia son: firma de tratamiento médico por el médico y registros rigurosos de catéteres y dispositivos.

Durante los meses de verano se detecta una pérdida de datos a registrar significativa.

Se detectan problemas en el registro de pertenencias al ingreso, lo que motivó la modificación en los registros que hemos comentado anteriormente.

Conclusiones

Las rondas de seguridad son una herramienta muy potente para mejorar los registros de enfermería, para asegurar la continuidad de cuidados y permite identificar áreas de mejora.

Palabras clave

Seguridad • Ronda de seguridad • uci

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IV. ***Sala 117***

ID 292

EVITAR EL DOLOR "NO CONSCIENTE" EN PACIENTES CRÍTICOS

Ana Belén Sánchez Calderón; ML. Arencibia Villagra; Z. Manga Nina
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

Actualmente no existen métodos objetivos para medir los componentes de la anestesia (hipnosis, analgesia y relajación muscular). Hoy en día se realizan distintos enfoques que permiten obtener estimaciones válidas para ayudar en la toma de decisiones clínicas. La incapacidad para comunicarse por parte de un paciente no niega la posibilidad de que experimente dolor, quizás incluso un dolor "no consciente". Es común la monitorización de la nocicepción/analgesia cuando se trata de cirugías, sin embargo, no está estandarizada su medición/control en UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio sobre la experiencia en la utilización del dispositivo Conox® en la UCI del HURJC en pacientes críticos durante el último año, así como la recogida de datos y análisis. Búsqueda bibliográfica de referencias asociadas al dolor "no consciente", anestesia, analgesia y nocicepción.

Resultados/Intervenciones

La medición de los valores de nocicepción ha asegurado en la UCI un mayor control del dolor "no consciente" en pacientes críticos. La búsqueda bibliográfica ha determinado también que la alteración de los valores de sedación no necesariamente es la misma que la de los valores de nocicepción, por lo que su medición se vuelve aún más necesaria, habiendo incluso evidencia sobre el impacto en la recuperación.

Conclusiones

El dolor en paciente críticos ingresados en UCI puede aumentar la morbimortalidad ya que actúa en la fisiología cardiovascular, respiratoria y cerebral, pudiendo provocar estados de ansiedad y estrés postraumático generando un retraso en la recuperación y un aumento de días de estancia en UCI. Así, después del estudio del dolor "no consciente" la UCI del HURJC ha decidido comenzar a utilizar la monitorización basada en el SNC (Conox®) desde la sedación hasta su estabilización en pacientes críticos. El análisis de la nocicepción, en conjunto con la valoración de cambios a nivel hemodinámico, son necesarios para asegurar el estado óptimo del paciente durante la sedación y su posterior recuperación.

Palabras clave

Dolor • Anestesia • Analgesia • Nocicepción

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. ***Sala 118-119***

ID 27

UCIVERDE

María Ibarra Hernández[1]; J. Bonastre Julià[1]; S. González Martín[2]; S. López Tornero[1]; E. Martín Morente[1]; Y. Monsalve Cárdenas[1]; J. Remondo Blanco[1]; R. Rincón Domínguez[1]; JJ. Silva Leiguez[1]; M. Quintana Díaz[1]
1. Hospital Universitario La Paz; 2. Universidad Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

Introducción: La huella de carbono es un indicador que mide las emisiones de gases de efecto invernadero. A nivel hospitalario, los Servicios de Medicina Intensiva son uno de los que más impacto negativo tienen en ella.[1] La enfermería de la UCIPQ (Unidad de Cuidados Intensivos Politrauma y Quemados) del Hospital Universitario la Paz está desarrollando el proyecto UCIVERDE, donde realizando un uso más eficiente de los recursos y una segregación efectiva, se busca una disminución de la misma.[2,3]

Objetivo: Disminuir la huella de carbono de la UCIPQ.

Metodología/Observación clínica

Entre el 2 de octubre y el 29 de diciembre de 2023 se realizó una segregación de los residuos de envases y medicación por paciente y turno, en los 10 boxes de la UCIPQ. Adicionalmente, se registraron los totales de lencería por turno. Los datos se recogieron de forma diaria.

Resultados/Intervenciones

Los residuos generados por pacientes UCI fueron de media 350 (300-400) gramos/día/paciente de envases y 550 (400-700) gramos/día/paciente de medicación. Los pacientes politrauma generaron 450 (400-500) gramos/día/paciente de envases y 800 (700-900) gramos/día/paciente de medicación respectivamente. Los pacientes quemados, generaron 700 (500-900) gramos/día/paciente de envases y 750 (700-800) gramos/día/paciente de medicación de media. No se observaron diferencias significativas entre los distintos grupos. La media de residuos de envases de forma global fue de 450 (400-500) gramos/día/paciente y 800 (700-900) gramos/día/paciente de medicación respectivamente. Se objetivó una pérdida de registro de datos de un 42%. De lencería, se produjeron de media entre 20-40kg/día.

Conclusiones

Se consigue un aumento de la sostenibilidad de la UCIPQ con la introducción de contenedores de segregación en cada box. A la vista de los resultados, se propone una intervención omitiendo el registro por turno y box, incluyendo el vidrio, y aumentando los envases (residuos reciclables), permitiendo así reducir los residuos de medicación, éstos últimos no reciclables.

Comunicaciones orales

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala 118-119*

ID 30

HUMANIZACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA ENFERMER

Jaime González Torrijos; M. González Quinzaños; S. Serrano Montagud; A. Cano Moreno
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos/Introducción

En 2014 surge el proyecto de investigación internacional “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HU-CI), cuyo propósito es, a grandes rasgos, aproximar la cultura intensiva a la población y formar al profesional en habilidades humanizadoras. **Objetivo general:** Conocer si las enfermeras/os están capacitados para prestar cuidados humanizados y de calidad a pacientes críticos.

Objetivos Específicos:

- Descubrir si existen barreras que dificultan la transformación de las UCI en ambientes más humanos.
- Detectar si la individualidad de las enfermeras/os influyen en la práctica humanizada.

Metodología/Observación clínica

Revisión crítica de la literatura científica en las bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scopus, Lilacs, Dialnet en los últimos cinco años.

Pregunta de investigación elaborada a través del acrónimo PICO [Paciente/Problema, Intervención, Comparación y “Outcomes” (Resultados)]: ¿Están las enfermeras/os capacitados para prestar cuidados humanizados y de calidad a pacientes críticos?

Resultados/Intervenciones

Se obtuvieron un totalde 487 resúmenes seleccionando finalmente 21. De estos resumenes 12 son cualitativos, 2 cuantitativos, 6 revisiones y 1 proyecto de investigación. El análisis muestra actitudes que satisfacen las necesidades de los usuarios, y otras que deshumanizan la estancia. Además, se identifican barreras que dificultan la implementación de cambios e iniciativas en este ámbito.

Conclusiones

- Las enfermeras/os están capacitadas para prestar un cuidado humanizado, no se requiere ninguna competencia específica; la humanización, a nivel personal, exige únicamente su elección.
- Se evidencian formas distintas de cuidado según el profesional.
- La adopción de una actitud humanizada no es obligatoria, basta con poseer voluntad y predisposición para lograr ser un profesional comprometido con la humanización.
- Existen barreras en la práctica enfermera humanizada en la UCI: tecnología, condiciones laborales y sobrecarga, relegando las necesidades humanas y emocionales a un segundo plano.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones orales

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala 118-119*

ID 71

PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA (ERR) EN EL HOSPITAL DEL MAR

Maria Vidal Sanjuan; F. Belda Guerrero; J. Granado Soano; C. Mestre Somoza; M. Gas Amat; MP. Gracia Arnillas; JR. Masclans Enviz; A. Andrés Herrero; D. Ruiz Sánchez
Hospital del Mar

Objetivos/Introducción

El Equipo de Respuesta Rápida ofrece soporte y apoyo óptimo en la valoración de pacientes con sintomatología de deterioro clínico intrahospitalario, y una respuesta individualizada de actuación.

Objetivo: Evaluar las actitudes y expectativas del personal de enfermería frente a la implementación del ERR para mejorar la respuesta a emergencias clínicas y la eficiencia en el cuidado del paciente en el Hospital del Mar.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo de corte transversal. Instrumento: encuesta ad hoc anónima (Microsoft Forms®) de preguntas sobre percepciones sobre su necesidad y utilidad, preferencias respecto a la activación y respuesta y opiniones sobre su impacto en la práctica clínica y autonomía profesional. Muestra: personal enfermero de varias unidades de hospitalización.

Resultados/Intervenciones

n = 71 (100%). Años de experiencia laboral: 42% 20, 25% entre 10 y 20, y 33% <10 años. Turnos: 38% mañana, 25% tarde y 37% noche. Respecto a la activación del ERR basada en una Escala de Gravedad, el 93% reconoció su utilidad. El 42% no mostró una preferencia entre las opciones de activación (llamada a busca vs aviso en monitor). El 64% mostró predilección por una respuesta colaborativa de enfermería y medicina de críticos en la actuación del ERR. Destacó una percepción positiva del ERR en la práctica clínica: el 94% esperaba una mejora en la detección de signos de alarma y el 96% opinaba que el ERR podría reducir la carga de trabajo asistencial y aumentar la seguridad del paciente. Solo un 15% expresó preocupación por una potencial invasión en su campo de actuación profesional. La aprobación general hacia la implantación del ERR fue elevada, con un 97%.

Conclusiones

Se observa un alto interés y una actitud positiva del personal de enfermería hacia la implementación del ERR, reconociendo su potencial para mejorar la detección y manejo del paciente grave hospitalizado, así como para reducir la presión asistencial.

Palabras clave

ERR • paciente • UCI • crítico

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala 118-119*

ID 115

¿QUÉ SUCEDE CON LAS CONSTANTES Y EL CORTISOL DE NUESTROS PACIENTES CUANDO SUENA LA MÚSICA EN LA UCI?

María Ángeles de Pedro Sánchez; M. Artola Blanco; V. Mínguez Velasco; A. Francisco Amador; G. Posadas Pita; E. Bustamante Munguira; C. Tomillo Lázaro; MJ. Chacón Esteban; M. Polanco Serna; J. Arnáiz Rodrigo
Hospital Clínico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

La musicoterapia puede ser una herramienta no farmacológica efectiva en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

El objetivo es:

- Estudiar el efecto que la música produce en las constantes vitales (CV) y cortisol del paciente crítico.
- Conocer la opinión, mediante entrevista abierta, del paciente consciente tras cada sesión de musicoterapia (SM).

Metodología/Observación clínica

Análisis prospectivo con intervención durante 3 meses (octubre-diciembre 2023) en una UCI terciaria de 21 camas polivalentes. Se incluyeron pacientes (n=16) mayores de 18 años con estancia media > 10 días.

Se registraron CV y cortisol durante tres meses:

- Pre-SM a las 8h de la mañana.
- Post-SM, 20 min después de SM (15 min de duración).

Se procedió a su análisis mediante T de student y regresión logística, media (IC-95%) en cada uno de los pacientes y de manera global.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 16 pacientes, principales variables demográficas:

- Sexo: 11 varones (68,75%) y 5 mujeres (31,25%).
- Edad media: 71 años.
- Estancia media: 39,78 días.
- Apache II: 18,92.
- Principales factores de riesgos: HTA en 35,71% IRC en 21,42% y antecedentes psiquiátricos y ansiedad en 28,57%.
- Motivo de ingreso: 7 pacientes (50%) politraumatizados. 2 pacientes (14,28%) neumonía COVID y 2 pacientes (14,28%) hemorragia cerebral. 1 paciente (7,14%) parada cardiaca ictus isquémico y 1 paciente (7,14%) shock hemorrágico abdominal.
- Mortalidad: 6,25%, falleció un paciente.
- Consciente o sedado al momento de la inclusión: 11 pacientes (68,75%) conscientes y 5 (31,25%) sedado.
- Premusicoterapia: TA128/49, TAm72, FC 84.
- Postmusicoterapia: TA118/46, TAm68, FC 71.

Conclusiones

- No se observaron diferencias significativas, pero sí una tendencia a disminuir CV y cortisol de manera global en los pacientes (ver gráfico) y según el tipo de música; percusión (alteraba más) y piano (relajaba más).
- La entrevista con los pacientes muestra inicialmente rechazo a la música y posteriormente la demandan ellos (les tranquiliza y distrae).
- En pacientes sedados, observamos tendencia a aumentar el BIS en la sesión de música.

Financiación

Ninguna.

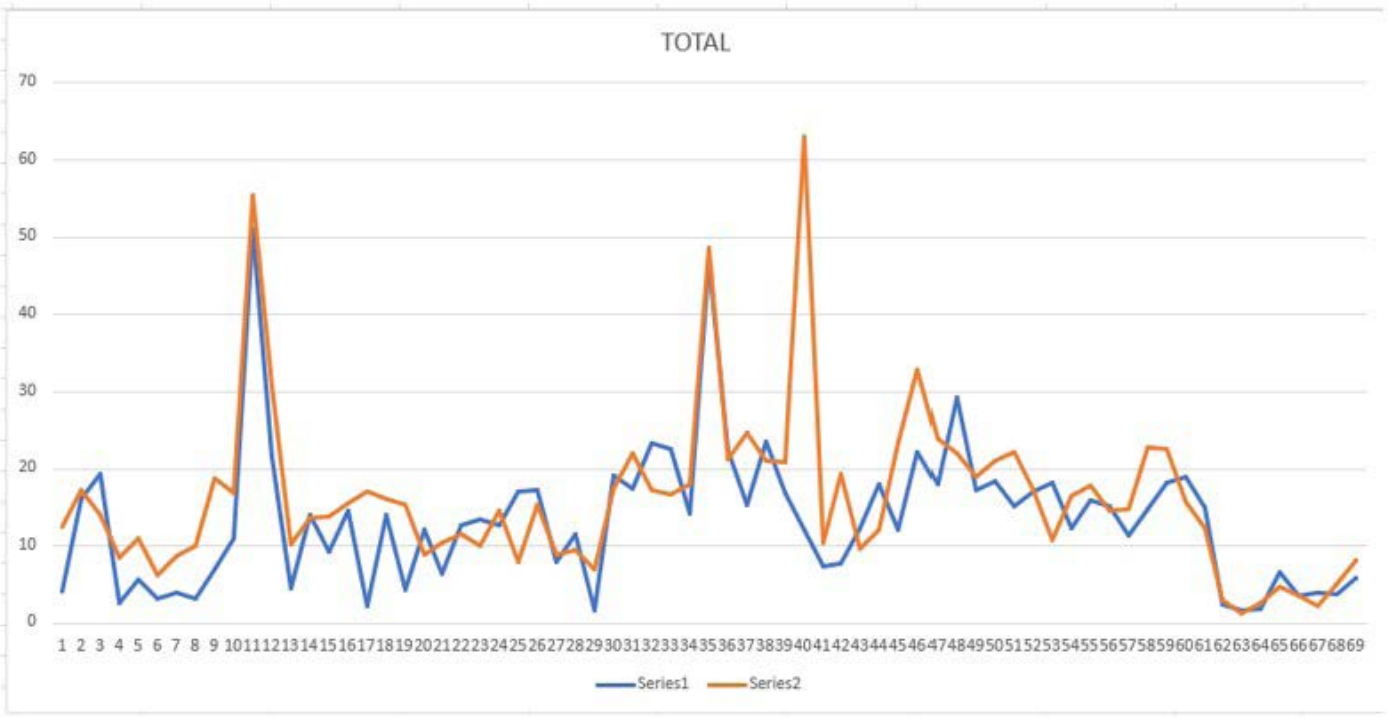
Palabras clave

Musicoterapia • Constantes vitales • Cortisol • UCI

sigue –>

XLIX
Congreso Nacional
de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo
de 2024

Comunicaciones orales



XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala 118-119*

ID 121

NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO

María José Pérez Urrejola; S. Martin de la Torre; C. Martín dal Gesso; AM. Copa Morales; J. Escobar Lavela; AM. de Pablo Hermida
Hospital Universitario Del Sureste-Arganda Del Rey (Madrid)

Objetivos/Introducción

Conocer las necesidades materiales y emocionales expresadas por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), para la puesta en marcha de un programa de prevención del síndrome postUCI familiar.

Dicho síndrome es frecuente entre los familiares de los pacientes de UCI. El disbalance entre necesidades y atención recibida constituye uno de los principales motivos de desarrollo de síntomas entre los familiares.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo mediante el cuestionario Critical Care Family Needs Inventory, por escrito y anónimo pasado a los familiares que acuden el primer día de ingreso en UCI.Se registraron datos demográficos de paciente y familiar. Los ítems se valoraron mediante escala de 4 ítems. Se incluyó pregunta sobre si el personal se había preocupado por el estado del familiar.Las necesidades se clasificaron en información, cuidados, cercanía y comodidad.

Resultados/Intervenciones

- Respondieron 10 hombres, 22 mujeres y 6 no identifican.
- Edad media 49 años. El 23% eran pareja, 59% hijos y 20 % otros.
- 33% convivían con el paciente.
- El 50% de los pacientes eran hombres, edad media 66 años.

La figura 1 refleja la importancia de cada ítem.

Las variables que con mayor frecuencia se marcaron como importantes o muy importantes pertenecían:

- Información: 63%.
- Cuidados: 21%.
- Cercanía: 10%.

El 78% de los familiares manifestó que el personal se había preocupado por su salud, el 5% solo algunas veces y el 11% no recordó ser preguntado.

Conclusiones

Las necesidades definidas como importantes o muy importantes fueron las relacionadas con la información y calidad de los cuidados.Aunque las variables relacionadas con la comodidad son peor valoradas, no tienen importancia para la mayoría de familiares.Acciones que mejoren la calidad de la información pueden repercutir en la percepción del ingreso por la familia y, probablemente, en la prevención del síndrome postUCI.La mayoría de los pacientes detectan la preocupación de los profesionales por su propia situación personal.

Financiación

No ha precisado.

Palabras clave

Necesidades • familiares • cuestionario • síndrome

sigue –>

Comunicaciones orales

NECESIDADES RELACIONADAS CON LA INFORMACIÓN	POCO/NADA IMPORTANTE (%)	IMPORTANTE/MUY IMPORTANTE (%)
Conocer el pronóstico	0	100
Explicaciones sobre entorno	5	95
Hablar con el médico a diario	0	100
Poder llamar al hospital	5	95
Respuestas honestas	0	100
Instrucciones durante visita	5	95
Conocer quién informa	25	75
Conocer al personal	0	100
Conocer qué se ha hecho	0	100
Conocer qué se está haciendo	0	100
Hablar con la misma enfermera	50	50
Conocer otros profesionales	28	72
Explicaciones comprensibles	11	89
Información sobre el alta	12	88
Llamada si hay cambios	0	100
Información diaria	0	100
Conocer hechos concretos sobre la evolución	0	100

NECESIDADES RELACIONADAS CON LA COMODIDAD	POCO/NADA IMPORTANTE (%)	IMPORTANTE/MUY IMPORTANTE (%)
Buena comida	10	90
Espacio para estar a solas	30	70
Sala de espera cómoda	36	64
Teléfono/cargador en sala de espera	43	57
Cuarto de baño en sala de espera	11	89

NECESIDADES RELACIONADAS CON EL CUIDADO	POCO/NADA IMPORTANTE (%)	IMPORTANTE/MUY IMPORTANTE (%)
Hablar sobre sentimientos	11	89
Tener personas de soporte	30	70
Asegurar mejor cuidado	0	100
Sentir esperanza	0	100
Sentirse aceptado por el personal	13	87
Ayuda con problemas burocráticos	43	57
Atención espiritual	66	34
Preocupación por su salud	16	84
Posibilidad ausentarse	0	100
Poder llorar	44	56
Preocupación por el paciente	0	100

NECESIDADES RELACIONADAS CON LA CERCANÍA	POCO/NADA IMPORTANTE (%)	IMPORTANTE/MUY IMPORTANTE (%)
Cambiar horario de visita	5	95
Visita abierta	21	79
Compañía durante la visita	28	72
Visita puntual	16	84
Ayudar en los cuidados	19	81
Visita frecuente	0	100
Sala de espera cercana	13	87

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala 118-119*

ID 161

INCIDENCIA DE RETIRADA NO PROGRAMADA DE DISPOSITIVOS INVASIVOS EN ENFERMOS CON COVID-19 EN CUIDADOS INTENSIVOS

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

Objetivos/Introducción

La tasa de retirada no programada de dispositivos invasivos (DI) es un indicador de los programas de calidad del enfermo crítico. Se desconoce el volumen de DI utilizados durante la pandemia y las tasas de retirada accidental. Nuestro grupo de investigación, tras 4 cortes de prevalencia desde 2010, realizó otro corte durante la pandemia. **Objetivo:** registrar la tasa de retirada no programada de tubos endotraqueales, catéteres (venoso central y arterial) y sondas enterales en la primera ola de la pandemia de COVID-19 y compararla con las tasas previas.

Metodología/Observación clínica

Estudio de prevalencia en una UCI con 18 camas. Realizados 4 cortes observacionales prospectivos (2010, 2011, 2018, 2019) y un corte retrospectivo (8 marzo-8 mayo 2020). Recogido diagnóstico, permanencia y motivo de retirada de DI [tubos endotraqueales(TE), catéteres venosos centrales, catéteres arteriales y sondas enterales] y tasa de reintubación tras autorretirada del TE. Calculadas tasas de retirada accidental por 1000 días-dispositivo y tasas de uso por 100 ingresos y por 100 estancias.

Resultados/Intervenciones

Seguidos 2026 pacientes (2010: 631, 2011: 724, 2018: 210, 2019: 361 y 2020: 100). Diferencias significativas entre periodos en diagnósticos ($p<0,001$), estancia en UCI ($p<0,001$), mortalidad ($p=0,016$) y tasas de uso por 100 días-estancia ($p<0,01$) y por 100 ingresos ($p<0,001$) en todos los dispositivos, salvo en catéter arterial. En 2020 observado aumento de obstrucción de TE ($p<0,01$), evento adverso sucedido en 36% de los pacientes (tasa 2020: 20,27 por 1000-dias intubación) y disminución de autorretiradas de TE (tasa 2020: 0,00 por 1000 días-intubación; $p<0,05$) y de sondas enterales (14,33 por 1000 días-sondaje) (resultados en tabla). Reintubación: 12,5% entre los 5 periodos.

Conclusiones

La tasa de autorretirada de dispositivos en enfermos COVID-19, en la primera ola de la pandemia, fue inferior a la observada en los cuatro períodos previos. Fue significativa y relevante la alta tasa de incidencia de obstrucción del TE en estos enfermos.

Palabras clave

calidad asistencial • retirada no programada • obstrucción • covid-19 • Prevalencia • pacientes críticos • evento adverso

sigue –>

	2020	2019	2018	2011	2010
Tubos endotraqueales, n	229	282	140	425	430
Permanencia, *días*, Mediana (Q1-Q3)	14 (9-24)	3 (1-8)	3 (1-7)	2 (1-5)	2 (1-6)
Autorretirada	0,00*	5,30*	4,26*	3,62*	2,96*
Causa externa al paciente	0,45	0,59	2,84	1,21	1,48
Mal funcionamiento	4,05*	1,18	4,26	5,42	0,00*
Obstrucción	20,27*	1,18*	4,26*	9,64*	3,94*
Sondas enterales, n	166	278	134	463	426
Permanencia, *días*, Mediana (Q1-Q3)	15 (9-25)	3 (1-8)	4 (2-8)	2 (1-5)	3 (1-7)
Autorretirada	14,33*	41,08*	30,77*	46,15*	37,36*
Causa externa al paciente	10,17	7,88	8,79	13,25	11,90
Mal funcionamiento	1,85	1,13	5,49	1,96	0,00
Obstrucción	1,85	0,56	0,00	5,89	2,46
Catéteres venosos centrales, n	173	378	184	620	555
Permanencia, *días*, Mediana (Q1-Q3)	16 (10-25)	4 (2-10)	4 (2-9)	3 (1-6)	4 (1-8)
Autorretirada	0,43	1,53	0,85	1,40	0,96
Causa externa al paciente	1,72	1,53	0,85	0,70	4,17
Mal funcionamiento	1,29	0,77	2,54	0,70	0,00
Obstrucción	0,00	0,00	0,00	1,05	0,96
Catéteres arteriales, n	179	397	234	775	688
Permanencia, *días*, Mediana (Q1-Q3)	15 (9-23)	3 (1-6)	2 (1-5)	2 (1-5)	2 (1-6)
Autorretirada	1,88	2,40	3,76	3,42	8,21
Causa externa al paciente	1,41	2,88	2,82	2,73	1,97
Mal funcionamiento	8,95*	26,39*	27,23*	3,08*	0,00*
Obstrucción	0,47	0,00	0,00	0,34	2,63

* Significación estadística entre período de 2020 y resto de periodos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala 118-119*

ID 312

EMPODERAMIENTO FAMILIAR EN LA UCI: UNA ESTRATEGIA INNOVADORA A TRAVÉS DE VIDEOS EDUCATIVOS EN FORMATO QR PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y EL CUIDADO INTEGRAL

M. Montserrat Aran Esteve; P. Saco Casado; N. Lizandra Barea; M. Rodríguez Gómez; L. Rafel Pérez; A. Solsona Rosell; RA. Tabernero Gallego; L. Vidal Tarrason; A. Nieto Ruiz; E. Gallart Vive
Hospital Universitario Vall Hebrón

Objetivos/Introducción

La presencia e implicación de las familias en los cuidados al paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) mejora, según la literatura, su experiencia, fortalece la comunicación con el equipo asistencial y mejorar la calidad del ambiente y cuidado proporcionado en la UCI. El objetivo principal es proporcionar conocimientos y herramientas prácticas a los familiares de los pacientes de UCI que les permitan participar activamente, si lo desean, en el cuidado los mismos.

Metodología/Observación clínica

Se identificaron actividades en las que podía participar el familiar y se desarrollaron videos educativos de corta duración, cada uno abordando una actividad específica. Estos videos fueron diseñados para ser accesibles mediante códigos QR, permitiendo a las familias acceder a ellos de manera rápida y sencilla a través de dispositivos móviles. Las actividades identificadas fueron: comunicación, acompañamiento, higiene bucal, higiene general, masaje, alimentación y manejo de la desorientación y el bienestar general. Se contó con la colaboración con profesionales de la salud, expertos en comunicación y cuidado del paciente en la UCI.

Resultados/Intervenciones

Se dispone de 12 videos informativos/formativos que se han grabado y transformado a formato QR. Estos videos se han colocado en sitios estratégicos de la unidad: salas de espera y en cada una de las habitaciones.

Conclusiones

Este enfoque innovador, utilizando videos accesibles a través de códigos QR, se revela como una estrategia efectiva para empoderar a las familias de la UCI. La mejora en la comunicación, el acompañamiento y las prácticas de cuidado, sugiere la relevancia de integrar estas actividades en la atención estándar en UCI. La aplicación de este enfoque puede tener implicaciones positivas en la experiencia global de la hospitalización en UCI y la participación activa de las familias en el proceso de recuperación de los pacientes.

Financiación

Proyecto no financiado

Palabras clave

cuidados intensivos de adultos • cuidados centrados en la familia • Intervenciones de enfermería

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES V. *Sala 118-119*

ID 330

AUTOCONFIANZA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Marina Valor Romero[1]; E. Jiménez García
1. Hospital Infanta Sofía; 2. Hospital Universitario de Móstoles

Objetivos/Introducción

Describir el grado de autoconfianza del personal de enfermería en la realización de la RCP; en las acciones relacionadas con la comunicación y coordinación durante la activación del protocolo, la realización del masaje cardiaco, monitorización, desfibrilación, vía aérea, ventilación y manejo de fármacos.

Analizar la relación entre las variables sociodemográficas edad y sexo, y las relacionadas con la formación, realización previa de RCP, experiencia profesional y unidad de trabajo, con el nivel de autoconfianza del personal de enfermería en las distintas áreas de la RCP.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal con metodología cuantitativa dirigido al personal de enfermería que desarrolla su labor profesional en España. Como herramienta de recogida de datos se empleó un cuestionario autoadministrado de elaboración propia, creado ad hoc, con una escala de respuesta tipo Likert del 1 al 6. El trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Resultados/Intervenciones

La esfera referida a las acciones relacionadas con el manejo de fármacos dentro del protocolo de RCP fue la que alcanzó una mayor puntuación con puntaje de 5. La categoría relacionada con la comunicación y coordinación obtuvo 4,5; la cardiocirculatoria 4,42; y la dimensión relacionada con la ventilación 4,40. Las variables sociodemográficas sexo y edad, así como las que abarcan la experiencia profesional, año de finalización de estudios, formación previa sobre RCP y realización de la técnica; mostraron una relación estadísticamente significativa con el nivel de autoconfianza.

Conclusiones

Se determinó un nivel de autoconfianza con una puntuación media entre 4,4 y 5; lo que sugiere un nivel entre bastante y mucha confianza. La totalidad de las variables propuestas en el estudio guardaron relación al obtenerse un nivel de significación $p<0,05$. Se observó una correlación positiva entre las variables edad y años de experiencia, considerando que un aumento de estas suponía un mayor nivel de autoconfianza.

Palabras clave

Reanimación cardiopulmonar • confianza

Comunicaciones orales

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. *Sala 120*

ID 12

DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA HOSPITALARIO: UNA PERSPECTIVA DE GESTIÓN Y TECNOLOGÍA

Jessica Granado Solano; C. Mestre Somoza; A. Andrés Herrero; M. Vidal Sanjuan; F. Belda Guerrero; MP. Gracia Arnillas; JR. Masclans Enviz; M. Gas Amat; R. Herrera Sebastián; D. Ruiz Sánchez
Hospital del Mar

Objetivos/Introducción

La implementación de Equipos de Respuesta Rápida (ERR) constituye una estrategia clave para la mejora de la atención del paciente con deterioro clínico intrahospitalario.

El ERR del Hospital del Mar está formado por un médico y una enfermera del servicio de medicina intensiva. Su incorporación efectiva y su potencial para reducir efectos adversos, se ve frecuentemente obstaculizado por barreras multifactoriales

Objetivo: Identificar las barreras operativas y organizativas, así como definir estrategias de mejora en la implementación del ERR en el Hospital del Mar de Barcelona.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo de corte transversal en un hospital de tercer nivel de 413 camas. Recogida de información mediante cuestionario ad hoc al equipo de enfermería del área de hospitalización convencional, junto con la revisión de registros y sistemas informáticos hospitalarios.

Resultados/Intervenciones

N= 71 (100%). El 97% del personal enfermero verían positivo la implantación del ERR.

Se identificaron desafíos tales como cambios frecuentes en la dirección hospitalaria, déficit de personal cualificado, ausencia de formación especializada en la identificación de signos de alerta temprana, la falta de dispositivos de toma de constantes con conexión WiFi y problemas de integración con la infraestructura informática existente. La asignación de una enfermera dedicada al ERR, la formación dirigida y especializada, la actualización e integración de aparatos de monitorización y la implicación activa del departamento de informática son estrategias identificadas para superar las barreras.

Conclusiones

La adopción de un enfoque integrado que combine la optimización de recursos, el desarrollo profesional continuo y la colaboración interdepartamental es crucial para mejorar la respuesta al paciente con deterioro clínico. Se destaca el apoyo e implicación de la dirección hospitalaria y la promoción de un cambio cultural.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

ERR • paciente • UCI

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. *Sala 120*

ID 21

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. AÑO 2023

Mª Isabel González Méndez; P. Bazán Baez; A. Vázquez Fernández; C. Martín Castaño; MªN. Anaya Carrión; R. Muriana Jiménez; E. Sánchez Payán; R. Cubero Senín; A. Muñoz Domínguez
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

El objetivo general: valorar el nivel de satisfacción laboral de los profesionales de la UGC de Cuidados Intensivos.

Objetivos específicos: conocer las características sociodemográficas-laborales de los trabajadores y analizar los aspectos que ejercen mayor influencia sobre la satisfacción laboral.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Participantes: La unidad de muestreo ha sido cada uno de los profesionales que trabaja en la UGC de Cuidados Intensivos

Fuentes de Información: Cuestionario de elaboración propia para la recogida de variables sociodemográficas-laborales y cuestionario de Font Roja para evaluar la satisfacción laboral. El cuestionario fue anónimo y autoadministrado. Los profesionales de la unidad fueron invitados a participar y se les proporcionó información sobre el estudio. Los datos fueron recogidos mediante selección no aleatoria y voluntaria de los participantes.

Resultados/Intervenciones

Un total de 228 profesionales cumplimentaron el cuestionario. La tasa de respuesta fue de un 61,95%.

Las dimensiones con mayor porcentaje de profesionales satisfechos son la dimensión 1 “Satisfacción por el trabajo” y la dimensión 7 “Relación interpersonal con los compañeros”. A destacar los ítems 10 (tengo interés por las cosas que realizo) con un 92,98% de profesionales satisfechos y el ítem 14 (las relaciones con los compañeros son cordiales) con un 90,35%. La dimensión con mayor porcentaje de profesionales insatisfechos es la dimensión 2 “Tensión relacionada con el trabajo”. A destacar los ítems 2 (tengo responsabilidad a la hora de tomar decisiones) con un 74,14% de profesionales insatisfechos y el ítem 5 (en el trabajo diario me tengo que emplear a fondo) con un 88,60% de profesionales insatisfechos.

Conclusiones

Parece imprescindible y urgente comenzar a diseñar estrategias que valoren la satisfacción del profesional y las variables asociadas y establezcan acciones de mejora que deberían ser dinámicas, continuas en el tiempo y múltiples para ajustarse a los diferentes profesionales existentes y a los diferentes momentos vitales.

Financiación

No

Palabras clave

Satisfacción en el Trabajo • Unidades de Cuidados Intensivos • Encuestas y Cuestionarios

sigue –>

Tabla 4. Resultados de las nueve dimensiones del cuestionario Font-Roja

Dimensión	Item	Profesionales satisfechos	Profesionales indiferentes	Profesionales insatisfechos
Satisfacción por el trabajo	F7: En mi trabajo me encuentro satisfecho	64,47%	18,85%	16,66%
	F10: Tengo interés por las cosas que realizo	92,98%	4,38%	263,00%
	F11: Tengo la sensación de que lo que hago vale la pana	78,95%	11,84%	9,21%
	F16: Ocupo el puesto que merezco por capacidad y preparación	76,76%	16,22%	7,02%
Tensión relacionada con el trabajo	F2: Tengo responsabilidad a la hora de tomar decisiones	10,09%	15,79%	74,12%
	F3: Al final de la jornada me encuentro muy cansado	8,33%	22,81%	68,86%
	F4: No desconecto del trabajo cuando llego a casa	50%	22,81%	27,19%
	F5: En el trabajo diario me tengo que emplear a fondo	2,63%	8,77%	88,60%
Competencia profesional	F6: Mi trabajo me altera el estado de ánimo	32,02%	23,24%	44,74%
	F22: Con frecuencia siento no estar capacitado para mi trabajo	76,32%	11,40%	12,28%
	F23: Siento que no tengo recursos suficientes para realizar mi trabajo tan bien como desearía	44,30%	17,98%	37,72%
	F24: La competitividad me causa estrés o tensión	50,44%	20,61%	28,95%
Presión del trabajo	F18: Me falta tiempo para realizar mi trabajo	35,09%	24,56%	40,35%
	F20: Creo que mi carga de trabajo es excesiva	31,58%	21,93%	46,49%
Promoción profesional	F9: Tengo oportunidad de aprender cosas nuevas	72,37%	16,23%	11,40%
	F12: Obtengo reconocimiento por mi trabajo	31,58%	23,25%	45,17%
	F17: Tengo muchas posibilidades de promoción	20,17%	28,07%	51,76%
Relación interpersonal con los jefes	F13: La relación con mis superiores es cordial	67,98%	17,98%	14,04%
	F19: Sé lo que se espera de mi trabajo	69,74%	21,93%	8,33%
Relación interpersonal con los compañeros	F14: Las relaciones con los compañeros son cordiales	90,35%	7,89%	1,76%
Características extrínsecas del status	F8: Tengo independencia para organizar mi trabajo	64,91%	19,30%	15,79%
	F15: El sueldo es adecuado	14,47%	31,14%	54,39%
Monotonía laboral	F1: Mi trabajo no varía, resulta monótono	63,60%	21,93%	14,47%
	F21: Los problemas personales de mis compañeros me afectan	41,23%	33,33%	25,44%

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. *Sala 120*

ID 33

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SIMULACIÓN IN SITU EN UNIDAD DE CRÍTICOS DE TERCER NIVEL

Gemma Leiva Aguado; MJ. Broch Porcar; E. Romero Santos; A. Delgado Maio; R. Jiménez Moreno; C. Soriano Cervera; E. López Gómez; S. Ruiz Cabo; V. Viera Rodríguez; I. Molina Gallego
Hospital La Fe

Objetivos/Introducción

Desde hace unos años la simulación in situ cada vez es más utilizada, pues al estar más alineada con la vida real, algunos objetivos se alcanzarán con mayor éxito. El objetivo principal de nuestro programa es entrenar a un equipo multiprofesional para mejorar el trabajo en equipo a través de diferentes métodos de evaluación.

Metodología/Observación clínica

Se creó un GdT multiprofesional para realizar simulación in situ empezando con un Curso de instructores en simulación clínica. Posteriormente se consensuó un listado de verificación con las reglas básicas para poder asegurar su realización antes del ejercicio de simulación in situ. Se programa una sesión mensual no anunciada que consta de briefing, test pre-Curso, caso simulado (objetivos técnicos y no técnicos) y participación de un equipo multiprofesional, debriefing posterior registrando amenazas latentes de seguridad, test post-curso y cuestionario de satisfacción. Los valores se expresan en números absolutos, porcentajes, medias y DE.

Resultados/Intervenciones

Durante el año 2023, se realizaron 6 sesiones de las 12 programadas (50%). Participaron 30 profesionales. El puntaje pre-test fue de 7,78(1,96) y el pos-test de 8,62 (1,67). Se detectaron 3 amenazas latentes de seguridad, relacionadas con aparataje y organización. La satisfacción con el programa fue muy positiva, destacando que el 94% de los participantes lo considera muy útil y utilizaran los conocimientos aprendidos en su puesto de trabajo.

Conclusiones

La simulación in situ es una herramienta efectiva para entrenar el trabajo en equipo. La aceptación positiva por parte del personal de nuestra UCI refleja su valor educativo subrayando su potencial para mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Estos resultados respaldan la continuación y expansión de esta metodología entre nuestros profesionales, animando al resto de unidades a su implementación.

Financiación

NINGUNA

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. *Sala 120*

ID 42

¿PODEMOS MEJORAR LA MORBIMORTALIDAD DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA?

Esther López González; Y. Grimaldo García; L. Medina Ramos; S. Balboa Esteve; I. Megias Oliva
Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante

Objetivos/Introducción

Introducción: En el año 2015 se crea en el Hospital General Universitario Doctor Balmis un protocolode atención a la PCRIH (parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria), lo queconocemos como “Código Parada”. En 2017 se inicia una recogida de datos de lasasistencias de PCRIH para analizar el funcionamiento de dicho código.

Objetivo: Evaluar los datos disponibles para analizar la situación del hospital ante el “CódigoParada” e implantar programas de mejora a la atención de la PCR (paradacardiorrespiratoria).

Metodología/Observación clínica

Análisis descriptivo retrospectivo. Se incluye la activación del “Código Parada” desde2017 a 2022. Las variables analizadas son: edad, sexo, planta, causa, horario, tiempode llegada a planta, ingresos en UCI y éxitus.

Las variables cuantitativas se expresan en media ± DT. Las variables cualitativas enporcentajes.

El análisis estadístico se realiza mediante Chi-Cuadrado.

Resultados/Intervenciones

Se analizan 231 registros, de los cuales 172 son PCR. La causa más frecuente de PCR esla cardiaca (16.6%), seguida de la respiratoria (10.8%). Sin embargo, la mayor tasa deéxitus se encuentra en pacientes oncológicos (71.4%). La tasa global de mortalidad esdel 59.3% pese a que el equipo de resucitación llega a planta en un intervalo de 1,75 a 6,09 minutos de media (3,92 min ± 2,17).

Como limitación más destacable nos encontramos con el sesgo de pérdida de datos(registros incompletos).

Conclusiones

Debido a la alta tasa de mortalidad secundaria a PCRIH, se inicia un programa deformación masiva y entrenamiento periódico en RCP (Reanimación Cardiopulmonar)para el personal sanitario del hospital (formación SIMIA), organizando dicha formaciónen función de los datos obtenidos por plantas con mayor tasa de mortalidad y mayorconcentración de PCR.

Para poder evaluar la calidad de la formación se propone facilitar la recogida de datosde la PCR mediante un nuevo formulario con acceso QR.

Financiación

ESTUDIO NO FINANCIADO

Palabras clave

Parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. *Sala 120*

ID 58

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y BACTERIEMIA ZERO EN CATÉTERES DE INSERCIÓN CENTRAL VS INSERCIÓN PERIFÉRICA EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

Virginia Lobo Bartol
Hospital Ramón y Cajal

Objetivos/Introducción

Comparar desde el punto de vista de la seguridad del paciente e infecciones relacionadas con la inserción, catéteres centrales de inserción central vs inserción periférica en el paciente crítico adulto, riesgos-beneficios.

Metodología/Observación clínica

Revisión sistemática de la literatura publicada sobre la seguridad del paciente y la bacteriemia relacionada con los CVC, tanto de inserción central como de inserción periférica en las UCI, a través de la principales bases de datos científicas: “Pubmed”, “Cuiden”, “Embase” y “Cochrane”, además de artículos de revistas electrónicas, GPC y Proyectos Zero, aplicando los criterios de inclusión de publicaciones en los últimos cinco años, idioma en inglés y español.

Resultados/Intervenciones

La elección entre el catéter venoso central de inserción central vs inserción periférica en las Unidades de Cuidados Críticos puede generar polémica en cuanto a las complicaciones que se producen ya que los CVCIC producen más episodios de bacteriemias asociadas a catéter y complicaciones mecánicas como la hemorragia además de neumotórax, por el contrario, el PICC presenta más riesgo de trombosis y complicaciones mecánicas como son la flebitis.

El tiempo de ingreso en las UCI es un factor predisponente.

La formación del personal de enfermería es importante para tomar decisiones en cuanto a la indicación, inserción, mantenimiento y cuidado de este, así como la retirada de forma temprana con el objetivo de reducir dichas complicaciones.

Conclusiones

La prevención de las bacteriemias relacionadas con el catéter es una prioridad en la asistencia sanitaria.

Los CVC presentan complicaciones tanto en el catéter de inserción central como en el catéter de inerción periférica, siendo este último el más recomendado en las UCI, ya que disminuye los costes sanitarios además de las infecciones asociadas a catéteres y las complicaciones durante la inerción de este.

La formación del personal de enfermería y la creación de grupos expertos además, evidencia la reducción de costes y aumenta la seguridad del paciente.

Palabras clave

Critical Care • Central Venous Catheter • Catheter Peripheral • Infections and Central Catheter • Bacteremia

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. *Sala 120*

ID 236

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DEL PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DEL CATETER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA POR PROFESIONALES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Cristina Merino Gómez[1]; N. Cubillo Miguel[1]; T. Niarra Martínez[1]; C. Márquez Romera[1]; A. Hervás Moñux[2]; D. Carnicero Vinuesa[1]
1. Hospital Santa Bárbara Soria; 2. Externo - Nuevas Ambulancias Soria

Objetivos/Introducción

El catéter central de inserción periférica (PICC) es una alternativa al catéter venoso de acceso central en pacientes que precisan administración de fármacos no compatibles con acceso periférico, terapias de larga duración o Nutrición Parenteral Total. Presenta menor riesgo para el paciente y es de fácil manejo.

Objetivo: Realizar un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) sobre las adversidades surgidas durante el periodo de estudio, así como describir los datos recogidos.

Metodología/Observación clínica

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los casos atendidos por los enfermeros adscritos al servicio de UCI de junio a septiembre de 2023. Los datos obtenidos fueron recopilados por los profesionales en base de datos Excel donde se incluían las variables de estudio como edad, motivo de inserción, número de luces, longitud, tiempo que permanece insertado, entre otras. Para el AMFE se reunió un grupo de 6 expertos profesionales con conocimientos en materia de inserción y de cuidados del catéter.

Resultados/Intervenciones

Durante el estudio se insertaron un total de 35 PICC en pacientes del Complejo Hospitalario. Las principales categorías obtenidas en el AMFE fueron:

- Desconocimiento de la técnica de inserción por parte de las enfermeras de la unidad, hasta el momento realizada por Facultativos. (NPR inicial 1000- NPR final 180).
- Falta de experiencia suficiente en el manejo de la técnica ecográfica. (NPR inicial 1000-NPR final 245).
- Escasa variedad de calibre, longitud y luces del catéter. (NPR Inicial 1000- NPR final 1000).

Conclusiones

A pesar de la inicial falta de competencias en la realización de la técnica por la mayoría de enfermeras, la amplia motivación del personal por la implementación de este nuevo procedimiento ha incentivado la formación presencial tanto en ecografía básica como en la propia técnica y cuidados. Como consecuencia de ello contamos con un equipo de profesionales capacitado para la implantación y manejo del PICC.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

PICC • Terapia intravenosa • Catéter venoso • Catéter venoso central • Cuidados intensivos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. *Sala 120*

ID 248

EACESP-UTI: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Daniele Delacanal Lazzari; D. Cristina Perin; A. Lorenzini Erdmann; V. Monteiro Moraes; L. Nazareth Amante, F. Carpes Ramos
UFSC/Brasil

Objetivos/Introducción

Los pacientes críticos necesitan atención especializada, anclada en la evidencia científica, proporcionada por profesionales que cuenten con habilidades y competencias técnicas.

La enfermera de cuidados intensivos debe presentar un alto nivel de competencia clínica, técnica, científica y gerencial. Por tanto, evaluar el nivel de competencia de la enfermera de cuidados intensivos es fundamental para la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Este estudio tuvo como objetivo construir y validar una escala para evaluar las competencias de enfermería para la seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Estudio metodológico y tecnológico de producción que consta de las siguientes etapas: Revisión del alcance; Construcción de artículos; Validación de escala.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 34 estudios donde se identificaron las principales competencias del enfermero de cuidados intensivos. A partir de las competencias identificadas se construyeron 26 ítems que fueron sometidos a validez de contenido, análisis de consistencia interna y análisis factorial exploratorio. El análisis factorial exploratorio demostró que la escala es unidimensional, explicando el 53% de la varianza total. En la evaluación de la confiabilidad, la escala mostró una excelente consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach: 0,93).

Conclusiones

La escala construida presentó fuertes evidencias de validez y confiabilidad para ser aplicada en el escenario de las unidades de cuidados intensivos brasileñas.

Financiación

FAPESC - Fundacao de Amparo à Pesquisa e Inovacao do Estado de Santa Catarina (Fundación de Apoyo a la Investigación y la Innovación del Estado de Santa Catarina)

Palabras clave

Competencia clínica • Seguridad del paciente • Enfermería de Cuidados Críticos • Enfermería • Unidades de cuidados intensivos

Comunicaciones orales

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VI. *Sala 120*

ID 375

ANÁLISIS DEL MANTENIMIENTO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES (CVC) SEGÚN EL PROTOCOLO DE BACTERIEMIA ZERO

Daniel Ruiz Bautista; C. García Navarro; MC. Luengo Vega; P. García Marcos
Hospital Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

El impacto clínico del COVID-19 sobre las tasas de infecciones relacionadas con dispositivos invasivos en las unidades de cuidados intensivos ha quedado patente. El presente estudio se realiza para analizar el grado de cumplimiento de las recomendaciones recogidas en la última actualización del año 2022 del protocolo Bacteriemia zero.

Metodología/Observación clínica

Para ello se realiza un registro durante 20 días de todos los paciente ingresados en la unidad portadores de un CVC/PICC mediante un check-list que recoge todas las recomendaciones del protocolo, evaluando mediante respuestas dicotómicas de si/no el cumplimiento de las mismas.

Resultados/Intervenciones

se llevaron a cabo un total de 222 en el periodo de tiempo comprendido entre el 01/12/2023 y 20/12/2023 en la UCI 1300 del HGUGM, una unidad que consta de 16 camas con una media de 11 registros diarios. En el check-list se recoge la necesidad de un acceso central, la existencia de vías sin utilizar, el empleo de tapones de clorhexidina, el cambio de sistemas de infusión (NPT, lipídicos), el cambio de conectores, disminuir el uso de alargaderas, conexión de perfusiones continuas sin tapón antirreflujo y la realización de la cura de forma estéril. Los resultados fueron negativos en la mayoría de las recomendaciones, siendo las de mayor porcentaje el cambio de conectores (96,4%), la conexión de perfusión continuas sin tapón antirreflujo (72,2%) y el minimizar el uso de alargaderas (59,1%), con porcentajes negativos.

Conclusiones

el grado de incumplimiento de algunas de las recomendaciones del protocolo de bacteriemia zero tiene un porcentaje demasiado elevado, por lo que sería necesario reforzar el cumplimiento de estas, e implementar el conocimiento y cumplimiento del protocolo en las unidades de cuidados intensivos.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. *Sala 120*

ID 7

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL EN PACIENTES GRANDES QUEMADOS SOMETIDOS A DESBRIDAMIENTO ENZIMÁTICO TEMPRANO VS PACIENTES GRANDES QUEMADOS SOMETIDOS A DESBRIDAMIENTO TARDÍO

Alfonso de Lorenzo Roder
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

Introducción: El síndrome compartimental agudo es un conjunto de signos y síntomas que se producen como consecuencia del aumento de presión en el compartimento osteofascial de una extremidad. Un gran porcentaje de síndromes compartimentales son producidos por quemaduras de tipo circular.La desbridación enzimática temprana es una técnica novedosa como alternativa a la desbridación quirúrgica convencional, que consiste en desbridar la piel quemada de manera selectiva a base de enzimas proteolíticas (bromelaína), principalmente en las primeras 24 horas tras la quemadura ocasionada, pudiendo verse afectada la incidencia del síndrome compartimental.

Objetivos: Describir y comparar la incidencia de síndrome compartimental, así como, analizar el balance hídrico, soporte vasoactivo y número de transfusiones sanguíneas, en GQDET frente a los GQNDET desde el ingreso hasta su paso a planta.

Metodología/Observación clínica

Diseño y ámbito: Estudio de Casos y Controles, observacional, analítico retrospectivo en el que se analizará la incidencia del síndrome compartimental en GQDET vs. GQNDET, tratados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario La Paz.

Duración: el estudio durará un año, entre el 1 de Enero de 2022 y 31 de Diciembre de 2022.

Fuente de datos: Registro del CSUR del 2022, previa autorización del CEIM.

Análisis de datos: Estadística descriptiva: media y desviación típica para las variables cuantitativas. Mediana para variables con distribuciones asimétricas. Para las variables cualitativas, frecuencia relativa. Se realizará un análisis descriptivo basal para comparar ambos grupos. Las variables cuantitativas se compararán mediante la “t de student” y “chi-cuadrado” para las cualitativas. Intervalo de confianza del 95% y significación estadística para una $p \leq 5\%$. Estadística analítica, para el objetivo principal, se comparará la incidencia de síndrome compartimental en ambos grupos y Odds ratio (OR). Para los objetivos secundarios, se cuantificarán y compararán, los aportes de fluidoterapia, soporte vasoactivo y número de transfusiones realizadas. Se medirá el efecto asociado entre ellos.

Financiación

NO

Palabras clave

Síndrome compartimental • Quemadura • Nexobrid • Bromelaína • Desbridamiento enzimático

sigue –>

Comunicaciones orales

ACTIVIDAD / TAREA	PERSONA/S INVOLUCRADAS		MESES E F M A M J J A S O N D
Presentación de proyecto al CEIM del HULP	ALR	1º Año	☐☐☐☐☐☐☒☐☐☐☐☐
		2º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ACTIVIDAD / TAREA	PERSONA/S INVOLUCRADAS		MESES E F M A M J J A S O N D
Solicitud de autorización por parte del CEIM del HULP y obtención de la base de datos CSUR	ALR	1º Año	☐☐☐☐☐☐☐☒☐☐☐☐
		2º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ACTIVIDAD / TAREA	PERSONA/S INVOLUCRADAS		MESES E F M A M J J A S O N D
Depuración y preprocesamiento de datos	ALR Y DSC	1º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☒☐☐☐
		2º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ACTIVIDAD / TAREA	PERSONA/S INVOLUCRADAS		MESES E F M A M J J A S O N D
Análisis de los datos	ALR, SGM MQD, BCG	1º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☒☒☐
		2º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ACTIVIDAD / TAREA	PERSONA/S INVOLUCRADAS		MESES E F M A M J J A S O N D
Obtención de resultados y discusión	ALR, SGM MQD, BCG	1º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☒
		2º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ACTIVIDAD / TAREA	PERSONA/S INVOLUCRADAS		MESES E F M A M J J A S O N D
Comunicación en congresos	ALR y MQD	1º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
		2º Año	☒☒☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ACTIVIDAD / TAREA	PERSONA/S INVOLUCRADAS		MESES E F M A M J J A S O N D
Redacción 1º manual y manuscritos	ALR	1º Año	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
		2º Año	☐☐☒☒☒☒☐☐☐☐☐☐

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. *Sala 120*

ID 10

COMPARACIÓN DE SISTEMAS DE INFUSIÓN SALINIZADOS VERSUS SOLUCIÓN HEPARINIZADA PARA EL MANTENIMIENTO DE ACCESOS VASCULARES EN EL PACIENTE CRÍTICO

Mònica Maqueda Palau; J. González Sánchez
Hospital Universitari Son Espase

Objetivos/Introducción

Evaluar la eficacia de la solución salina versus la solución heparinizada para el mantenimiento de la permeabilidad de catéteres intravasculares.

Metodología/Observación clínica

Ensayo clínico controlado, simple ciego, aleatorizado, unicéntrico. Realizado en una UCI polivalente, entre enero 2022 y junio 2023. Población: pacientes portadores de catéteres intravasculares arteriales y/o catéteres venosos centrales. Variables: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, tipo de catéter y localización, número días de permanencia, funcionalidad del catéter, motivo de la retirada, tratamiento antiagregante, valores de TTPA e INR. La recogida de datos se llevó a cabo mediante una hoja ad hoc, cumplimentada por la enfermera responsable del paciente. Se implementó un sistema de aleatorización simple para la asignación de un sistema salinizado o heparinizado. Se utilizó el software SPSS v.26 para el análisis estadístico: análisis descriptivo (mediana y RIC), prueba de U Mann-Whitney, asociación de variables (test chi-cuadrado) y regresión logística. Se consideró como indicador de diferencia significativa un valor de $p<0,05$.

Resultados/Intervenciones

Se recopilaron datos de 373 pacientes. El 68,4% fueron hombres. A 202 pacientes (54.2%) se les administró heparina y a 171 (45.8%) solución salina. Se analizaron 598 catéteres, 221 (37,1%) catéteres arteriales, 229 (38,5%) catéter venoso central de acceso central (CVC) y 145 (24,4%) catéteres venosos de acceso periférico (PICC). Se detectaron 51 complicaciones (8.6%), la incidencia fue mayor en el grupo de catéteres con heparina (10.4% frente a 6.3%). Del total de complicaciones, se observaron diferencias significativas en el tipo de catéter, con una incidencia de complicación del 11.8% en los arteriales frente al 7.4% en los CVC y del 5.5% en los PICC.

Conclusiones

No se han observado diferencias significativas en cuanto a la funcionalidad entre los catéteres con sistemas de presurización utilizando heparina sódica y aquellos empleando suero fisiológico. La utilización de suero salino resulta igualmente efectiva para el mantenimiento de catéteres en pacientes adultos críticos.

Palabras clave

heparina • cateterismo venoso central • cateterismo arterial periférico • suero • mantenimiento • obstrucción de catéter

Comunicaciones orales

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. *Sala 120*

ID 41

PLATAFORMA DE ENFERMERIA DE UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

Maria Pilar Regaño Vigil; S. Lázaro Roldán; B. Costa Navascués; AM. Ibáñez Pacheco; R. Simón Casamián; R. Escalona Almendro; A. Margalef Mancebón
Hospital Clínico Universitario (HCULB) de Zaragoza

Objetivos/Introducción

Se trata de un proyecto de mejora de la calidad asistencial del Servicio de Medicina Intensiva del HCULB, adscrito al acuerdo de gestión clínica 2022-2023 del Servicio Aragonés de Salud.

Objetivos principales:

- Aumentar la seguridad del profesional frente al paciente crítico.
- Atender las expectativas de los profesionales respecto a su formación continuada.
- Facilitar el acceso a los protocolos vigentes.
- Unificar conocimientos, criterios y pautas de trabajo.

Metodología/Observación clínica

La transmisión de los conocimientos en este formato es dinámico: códigos QR, PPTX, PDF, videos, videopresentaciones, infografías, articulos, así como los protocolos del HCULB como documentos de consulta. Facilita la integración de conocimientos y resulta metodológicamente mas didáctico, de manera que se permite la consulta rápida pero también, el abordaje más en profundidad de temas de interés.

Resultados/Intervenciones

La promoción de la plataforma, captación, matriculación, funcionamiento y accesibilidad, se hace a través de mails al personal, grupos difusión o los miembros integrantes de este proyecto, siendo accesible desde cualquier dispositivo electronico.

Este proyecto fue seleccionado por la dirección del hospital para su promoción en publicidad, en redes sociales y prensa, lo que propició que nos contactaran servicios de UCI de otros hospitales a nivel estatal.

Se estableció un monitoreo tanto de la actividad de la plataforma, como la valoración de los profesionales a través de encuestas de satisfacción.

Conclusiones

La creación de contenidos se ha completado casi al 100%, teniendo en cuenta que nuestro servicio está en continuo cambio y reciclaje. Consideramos que la acogida al proyecto ha sido muy buena, y, tal y como nos han manifestado en las encuestas, muy necesaria. La respuesta por parte del personal que ha accedido a la plataforma, se ha reflejado en un ascenso de las conexiones conforme íbamos introduciendo nuevos contenidos, no sólo por parte del personal de nueva incorporación, sino también por el ya consolidado en el servicio.

Financiación

Ninguna

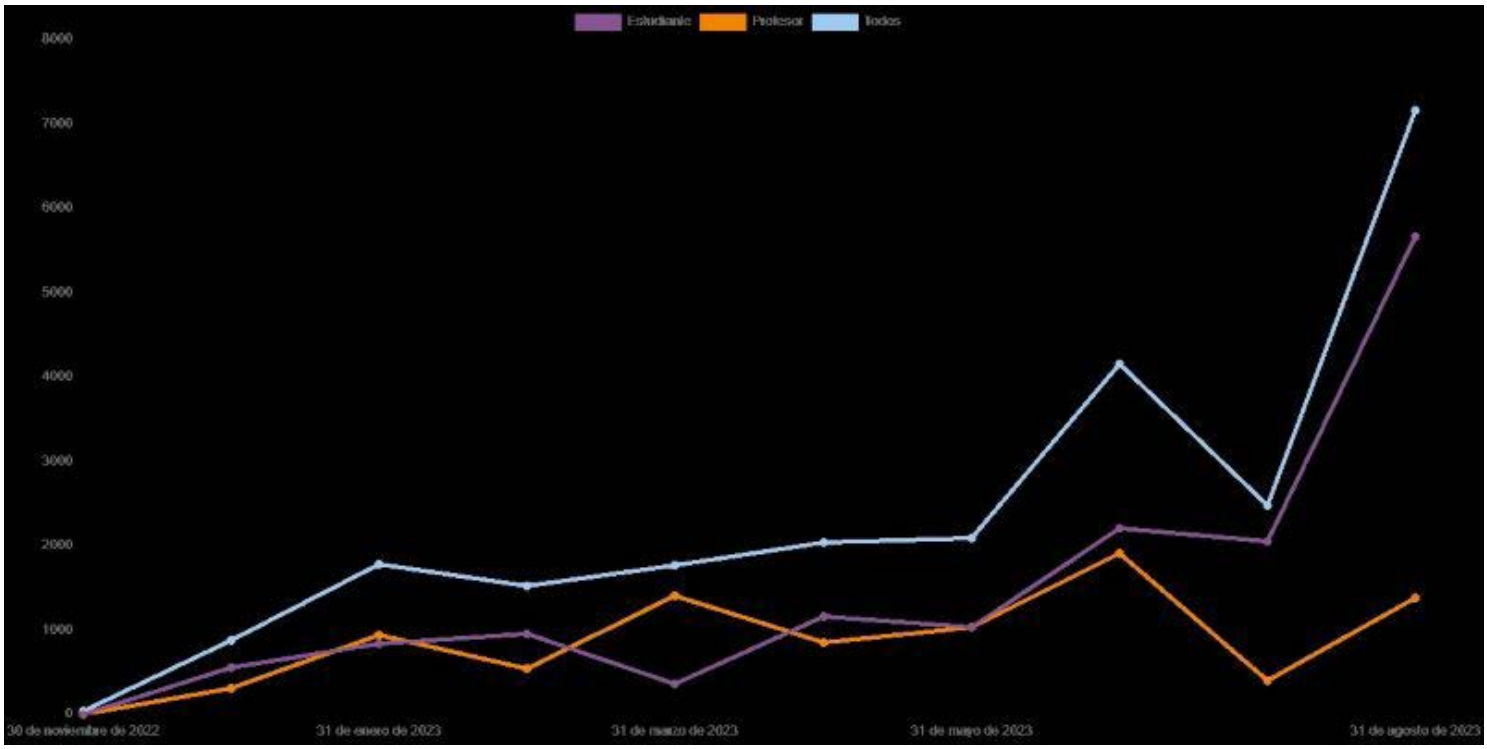
Palabras clave

Enfermería • Plataforma • UCI

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones orales



XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. *Sala 120*

ID 61

ESTANDARIZACIÓN DE LOS APÓSITOS SECUNDARIOS EN LA CURA DE QUEMADURAS Y ELABORACIÓN DE MATERIAL DE COBERTURA

Juan Manuel Alonso Fernández; MO. Martín Fernández; L. Muñoz Martínez; P. Fernández de Prado; MC. Concejo Casas; C. Ruano Hernansanz; S. Sainz Polanco; I. Rodríguez Benito; P. Araco González, I. Medina-Bocos Rodríguez
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Objetivos/Introducción

La cura de las heridas que afectan a una extensión importante de la piel por quemaduras o alteraciones de la piel precisan que el abordaje de los cuidados de piel se realice de manera estructurada, ágil y con la menor carga traumática posible. Se emplean materiales específicos a las zonas afectadas, cantidad de exudado o frecuencia de las curas que se adaptan a las necesidades del paciente.

Estandarizar el proceso de curas de pacientes quemados.

Determinar el material necesario para la cura de heridas de pacientes grandes quemados.

Evaluar la implantación, precisión e impacto del establecimiento de procesamiento de material disponible para la cura de quemaduras.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo de la implantación de un procesado de material para curas de grandes quemados mediante un cuestionario en Microsoft Forms realizado en enero de 2023 en una unidad de grandes quemados

Resultados/Intervenciones

Participaron en la evaluación 14 profesionales, 93% mujeres, con al menos 5 años de experiencia (57%). La estandarización del material procesado beneficia al paciente por la agilidad, mayor confortabilidad y disminución de la necesidad de analgesia. El profesional valora positivamente la mejor organización del tiempo, coordinación y planificación de las curas. El ahorro de tiempo por cura se considera entre 15 -45 minutos, empleando entre 15 -30 minutos en su elaboración previa. La calificación promedio del proceso fue de 4,53/5.Se aplica un protocolo de estandarización de la disposición de los apósitos secundarios que establece y coordina cómo se colocan y retiran de manera homogénea.

Conclusiones

La estandarización del proceso de elaboración y empleo del material de curas beneficia al paciente al proporcionar mayor agilidad, confortabilidad y menor carga traumática de las curas. Los profesionales valoran positivamente el procesado, mejorando la coordinación y planificación de las curas de quemados.

Financiación

El estudio no precisó de financiación para su realización.

Palabras clave

burns • nursing • dressing • Material Resource Management • critical care • standards

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. *Sala 120*

ID 174

COMPONENTES RELACIONADOS CON LA CARGA DE TRABAJO ENFERMERO EN UNIDADES CLÍNICAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Víctor Manuel Jiménez García[1]; Á. Corral Cortés[2]; E. Fernández García[3]; C. Reguera Carrasco[3]; MD. Gónzalez Caro[1]; FJ. Arroyo Muñoz[1]; MJ. Casado Vázquez[1]; A. Naharro Álvarez[4]; S. Barrientos Trigo[3]
1. Hospital Universitario Virgen Macarena; 2. Hospital Universitario Virgen del Rocío; 3. Universidad de Sevilla; 4. Centro de Emergencias Sanitarias 061 Sevilla

Objetivos/Introducción

Objetivo: Identificar los componentes relacionados con la carga de trabajo de las enfermeras en unidades clínicas de cuidados intensivos (UCI).

Introducción: Los estudios de investigación han relacionado la carga de trabajo enfermera con la calidad de los cuidados prestados y la mejora de los resultados en salud de los pacientes. Hasta ahora, no se han identificado qué componentes influyen en la carga de trabajo de las enfermeras en UCI.

Metodología/Observación clínica

Revisión sistemática por pares siguiendo declaración PRISMA entre julio y diciembre de 2023, incluyendo términos MeSH: “critical care”; “longitudinal studies”; “workload”, en las bases de datos CINAHL, PubMed, Embase, WOS, LILACS, PsycInfo, SCOPUS, ProQuest. Se incluyeron estudios observacionales, desarrollados en UCI y publicados entre 2013-2023, excluyendo población pediátrica.

Resultados/Intervenciones

Las búsquedas arrojaron un total de 944 artículos de los que se incluyeron finalmente 44. Los componentes relacionados con la carga de trabajo se relacionan con el paciente: gravedad de la enfermedad, comorbilidades, edad, sexo, IMC y tipo de admisión, con las enfermeras: nivel académico y años de experiencia como enfermera de UCI, y con el contexto: número de pacientes asignado, turno y día de admisión o alta vs resto de la estancia. Las escalas NAS y la NEMS son las más utilizadas para medir la carga de trabajo, pero los estudios cuestionan su validez ya que las enfermeras perciben que no reflejan su carga de trabajo real.

Conclusiones

Los componentes relacionados con la carga de trabajo enfermero en las UCI se relacionan con el estado del paciente, con la formación y antigüedad de las enfermeras y con el contexto de la unidad de ingreso. Además, los estudios reflejan controversias con el uso de escalas validadas que miden carga de trabajo y su relación con la percepción de las enfermeras.

Financiación

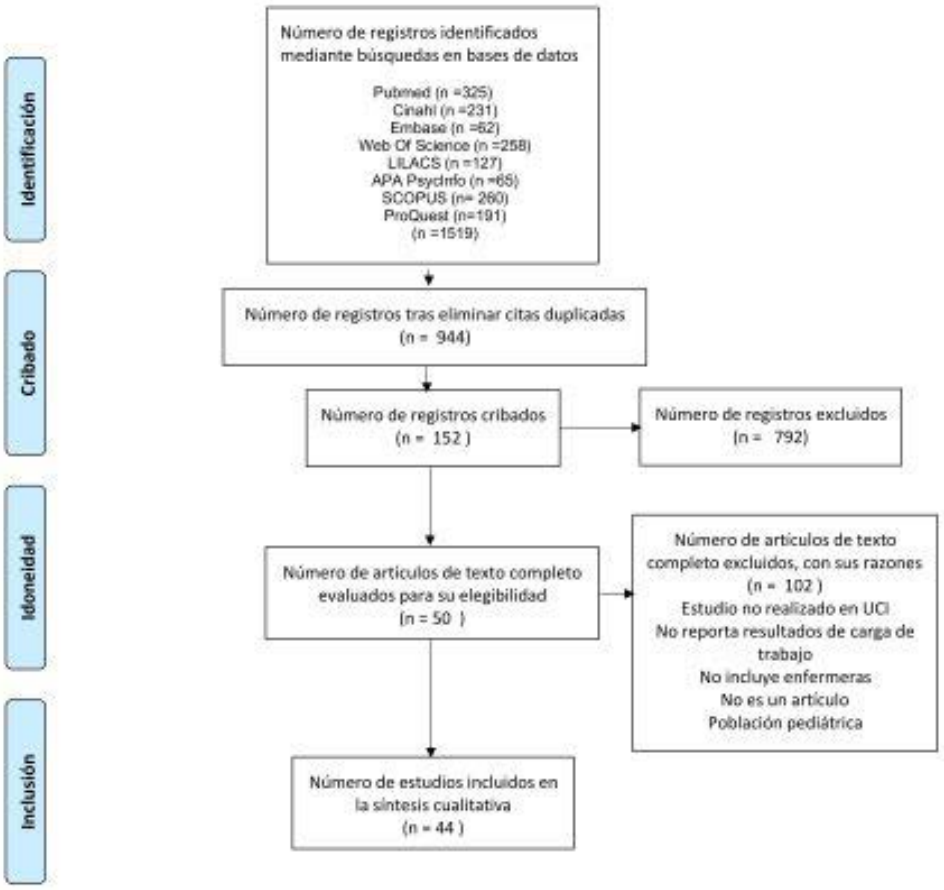
Este trabajo no ha recibido financiación.

Palabras clave

critical care • longitudinal studies • workload

sigue –>

Diagrama de Flujo PRISMA del proceso de selección



Comunicaciones orales

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VII. *Sala 120*

ID 299

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR EXTRACORPÓREA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ECMO

Elisabet Gallart; E. Argudo; L. Rafel; M. Martinez; S. Carmona; P. Torrella; S. Rojas; B. Nogué; L. Vidal; J. Riera
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

La utilización de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) en pacientes con parada cardiorrespiratoria se conoce como Resucitación Cardiopulmonar Extracorpórea (ECPR). Su recomendación aparece como estrategia válida en las últimas guías internacionales de Reanimación Cardiopulmonar. La ECPR en parada cardíaca refractaria ha mostrado resultados prometedores en varios ensayos clínicos en pacientes seleccionados y puede alcanzar una supervivencia con buen estado neurológico de alrededor del 30%.

Objetivo: Evaluar los resultados de un año de un programa de ECPR en un centro de referencia de ECMO.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que requirieron ECPR durante el año 2022 por parada cardiaca, tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria (IHCA y OHCA) con seguimiento a los 28 días. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas. Las variables cualitativas se describieron con frecuencia y porcentaje para cada categoría, las cuantitativas con media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) según normalidad. Para las comparaciones se utilizaron las pruebas estadísticas: Chi2, exacta de Fisher, U de Mann-Whitney y T de Student. Para el análisis de supervivencia se utilizó la curva de Kaplan Meier.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 26 pacientes tributarios de ECPR, 14 IHCA y el resto OHCA. La media de edad fue de 48,7 (DE 13,8) años, 20 (76,9%) eran varones. El ritmo inicial era desfibrilable en 13 (50%). La mediana de días en ECMO fue de 2 (1-4) y de estancia hospitalaria 10,5 (1-15). Sobrevivieron 10 (38,5%) pacientes, todos con rendimiento cerebral 1-2 según CPC scale, a los 28 días de seguimiento.

Conclusiones

La realización de ECPR por parte equipos experimentados obtiene buenos resultados en términos de supervivencia con buen estado neurológico en pacientes que presentan parada cardiaca.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. ***Sala 121***

ID 38

PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN PACIENTES CRÍTICOS CON TRAUMA GRAVE

Isabel Iglesias Prieto; Armando Sánchez Álvarez
Hospital Universitario 12 de Octubrer

Objetivos/Introducción

El objetivo principal de este proyecto de investigación es determinar el beneficio de la implantación de un protocolo de movilización temprana en los pacientes con patología traumática grave.

Metodología/Observación clínica

Estudio pre-post intervención de un protocolo de movilización temprana en pacientes críticos con trauma grave durante el ingreso en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Se realizará un pilotaje con 50 pacientes mayores de 18 años. Se incluirán 25 al protocolo de movilización temprana y, los 25 restantes, continuarán con la práctica habitual. Se diferenciarán varios niveles de movilización incluyendo movilización activa o pasiva, electroterapia y fisioterapia respiratoria, desde el nivel 0 hasta el nivel 5. Se realizará una primera evaluación con los datos del paciente, una segunda antes de comenzar la actividad, una tercera al finalizar y, la última, cuando el paciente abandone el estudio. Se valorará:

- Edad, sexo, peso y talla.
- Antecedentes personales.
- Tipo de trauma.
- Patrones hemodinámico, respiratorio y neurológico.
- DAUCI (Debilidad Adquirida en UCI).
- Confort con la escala “Comfort Scale”.
- Grado de movilidad con la escala IMS (“ICU-Mobility-Scale”).
- Nivel de sedación y analgesia con la escala RASS (Agitación-sedación de Richmond).
- Dolor con la escala EVN (Escala Visual Numérica) o ESCID (Escala de Conductas Indicadoras de Dolor).
- Despertar y comprensión del paciente con S5Q (“The standardized 5 questions scale”).
- Fuerza muscular con la escala MRC (“Medical Research Council”).

Se realizará un análisis estadístico descriptivo para recoger, analizar y representar los datos. También se realizará un análisis estadístico inferencial para deducir características de una población y se analizará la normalidad. Y, por último, un análisis bivariado para comprender las relaciones entre variables y su relevancia. El estudio se desarrolla en base a la Declaración de Helsinki y garantiza la confidencialidad de los datos. Además, se solicitará la aprobación por el Comité de Ética del hospital y el Consentimiento Informado.

Palabras clave

Enfermería • Patología traumática grave • Movilización temprana • Unidad de Cuidados Intensivos

sigue –>

NIVEL 0 (RASS, -5 MRC 0, S5Q <3)	Elevación del cabecero	Posición Anti-Trendelemburg	Cambios posturales	Higiene postural	
NIVEL 1 (RASS, ≤-2 MRC 0-1, S5Q <3)	Terapia pasiva	Electroestimulación	Fisioterapia respiratoria		
NIVEL 2 (RASS, -1, MRC 2, S5Q 3)	Sedestación al borde de la cama	Sedestación pasiva al sillón	Cicloergómetro	Terapia activa-asistida	Electroestimulación
NIVEL 3 (RASS, 0, MRC 3, S5Q >3)	Bipedestación	Sedestación	Cicloergómetro	Terapia activa	
NIVEL 4 (RASS, 0-1 MRC 4-5, S5Q >3)	Deambulación con apoyo	Cicloergómetro	Terapia resistida		
NIVEL 5 (RASS, 0-1 MRC 4-5, S5Q >3)	Deambulación sin apoyo				

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 66

BOLETÍN INFORMATIVO SEMANAL: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Eva Pérez Juan; E. Golobardes Ullé; ME. Barceló Llodra; R. Fernández Gracía
Hospital de Manacor

Objetivos/Introducción

Durante la pandemia de COVID-19 en el área de críticos de un hospital comarcal se creó un boletín informativo diario para mantener al equipo de enfermería actualizado sobre circuitos, protocolos y otros temas de interés. Posteriormente, en respuesta a la reducción de la demanda de información, con el fin de prevenir la infoxicación, se ajustó la periodicidad del boletín a semanal.

Objetivos: Evaluar la opinión de los profesionales de la UCI sobre los boletines informativos, abordando aspectos como la periodicidad, comprensión, interés y utilidad de los temas tratados.Identificar aspectos susceptibles de mejora.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal, realizado de octubre a diciembre de 2023. La población estuvo formada por 24 enfermeras y 14 TCAE. Se elaboró un cuestionario ad hoc mediante la aplicación FORM de Microsoft 365 que constaba de 15 preguntas, 11 cerradas y 4 preguntas abiertas. La cumplimentación y reenvío se realizó mediante WhatsApp. La participación fue voluntaria. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de datos. Las variables se almacenaron automáticamente en la base de datos Excel. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes.

Resultados/Intervenciones

Se enviaron 38 encuestas, con una tasa de respuesta del 64,7 %. Las TCAE respondieron en mayor medida que las enfermeras (78,6 vs 48,8%). El 50 % tenían > 5 años de experiencia laboral. El 100% contestaron que los boletines informativos eran una herramienta útil y con una periodicidad adecuada. El 54,4% consideró muy comprensible la información recibida. Los temas tratados fueron considerados bastante y muy adecuados. Ningún ítem fue evaluado negativamente. La puntuación media fue de 8 en una escala del 0 al 10. Solo el 13,6% expresó interés en participar redactando algún tema.

Conclusiones

Los boletines semanales son una herramienta útil, con una periodicidad apropiada. Proporcionan información adecuada, comprensible y relevante para la transferencia del conocimiento y la implementación de buenas prácticas.

Palabras clave

Boletín informativo • Sistemas de comunicación en hospitales • Opiniones • Unidad de cuidados intensivos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. ***Sala 121***

ID 74

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TRÁNSITO INTESTINAL EN EL PACIENTE CRÍTICO: RESULTADOS PRELIMINARES

Mercedes del Cotillo Fuente; RM. Peradejordi Torres; EM. Moreira Ruiz; J. Valls Matarín
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Objetivos/Introducción

Determinar el cumplimiento y la efectividad de un protocolo para el manejo del tránsito intestinal (PMTI) en una unidad de cuidados intensivos(UCI).

Metodología/Observación clínica

Los datos representan el 40% de la muestra de un estudio de intervención que se está llevando a cabo en dos UCI con 20 camas, donde se implementó un PMTI con un algoritmo dinámico. Se incluyeron pacientes con ventilación mecánica, nutrición enteral (NE) y más de 7 días de estancia. El protocolo comenzaba a las 24 h de iniciarse la NE. Se definió estreñimiento como ausencia de deposición a los 3 días del inicio de NE y diarrea como 5 o más deposiciones/día.

Se recogió edad, sexo, estancia, NE fibra, presencia de estreñimiento/diarrea, número deposiciones y tipo según escala Bristol y cumplimiento PMTI.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 43 pacientes (67,4% hombres) con una media de edad de 60,1(DE=12,5)años y una mediana de estancia de 16[10-29]días. El 62,8% de los pacientes recibieron NE fibra. El protocolo se aplicó correctamente en el 74,4% de casos y en un 18,6% se infrautilizó. Presentó un episodio de estreñimiento el 65,1%(n=28) y 2 episodios el 7% (n=3). El 20,9%(n=9) presentó diarrea. La primera deposición fue a los 4,2(DE=2,2)días y en el 52,4% de casos con heces Bristol 6-7. El 61,9% de los pacientes requirieron laxante osmótico, el 26,2% osmótico+estimulante y el 11,9% osmótico+estimulante+enema. La mediana de deposiciones diarias fue de 1,3[0,8-1,8].

Conclusiones

El protocolo se está utilizando, mayoritariamente, de manera correcta, aunque se ha reforzado su difusión para mejorar la adhesión de las enfermeras. La incidencia de estreñimiento es alta, pero la primera deposición es cercana al tercer día. Utilizar un PMTI no parece favorecer la diarrea. Una vez los pacientes comienzan a defecar, mantienen un ritmo regular sin volver al estreñimiento. Este análisis preliminar ha permitido conocer las dificultades de implementación e introducir puntos de mejora.

Palabras clave

estreñimiento • diarrea • protocolo • cuidados intensivos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 80

EFECTOS DE LA TERAPIA POSTURAL SOBRE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

María Dolores Rodríguez Huerta[1]; F. Suárez Sipmann[1]; JA. Sánchez Giralt[1]; MJ. Rodríguez Alonso[1]; M. Martín Rodríguez[2]; MA. Pérez Lucendo[1]; B. Abad Santamaría[1]; A. Díez Fernández[3]
1. Hospital Universitario La Princesa, Madrid; 2. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid; 3. Facultad de Enfermería de Cuenca

Objetivos/Introducción

En los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva confluyen diversos factores que afectan a la mecánica respiratoria. Siendo el sistema respiratorio uno de los más afectados por la gravedad, la movilización y la postura pueden ejercer una influencia importante en la función pulmonar, aspecto poco estudiado en el entorno clínico hasta ahora.

Objetivo: evaluar los efectos del reposicionamiento sobre la función pulmonar en estos pacientes.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional fisiológico analítico, incluyendo pacientes ventilados mecánicamente, sin contraindicación para las movilizaciones ni para la monitorización con impedancia eléctrica. Análisis estadístico mediante ANOVA de medidas repetidas, diferencia de medias significativa en el nivel 0,05. SPSS v-26.

Resultados/Intervenciones

De 35 pacientes valorados, 32 conformaron la muestra. Se observó un aumento de la ventilación del 5% en ambos pulmones en posición dependiente (P<0,004 y 0,002), a costa de los cuadrantes posteriores. Al final de las movilizaciones, la PO2 aumentó una media de 11,2 ± 20 mmHg, y el 75% de los pacientes mantuvieron una PaFi 7,4% superior a la basal. La PCO2 aumentó 2,75 y 1,90 mmHg en lateralización derecha e izquierda respectivamente volviendo a cifras previas en posición final. No se produjeron eventos adversos durante las movilizaciones derivados de alteración hemodinámica.

Conclusiones

El reposicionamiento postural en el paciente crítico sometido a ventilación mecánica induce cambios en la función respiratoria. Promueve la redistribución del gas produciendo un reclutamiento de zonas alveolares declives colapsadas, mejora la oxigenación en un importante número de pacientes sin provocar efectos perjudiciales en oxigenación ni ventilación. No hubo eventos adversos a nivel respiratorio ni hemodinámico, mostrando buena tolerancia a estas movilizaciones tan necesarias, las cuales, no obstante, deben realizarse bajo una monitorización estrecha de la función pulmonar de cada paciente y adecuarlas a su situación.

Financiación

Este estudio fue becado con el premio al mejor proyecto nacional por el Instituto de Investigación Sanitaria Marqués de Valdecilla en 2020 (IDIVAL).

Palabras clave

ventilación mecánica • cambio postural • función pulmonar • movilización

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 192

DE LA FICCIÓN A LA REALIDAD: CURSO DE TRASPLANTE PULMONAR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POSTQUIRÚRGICOS

María Elena Fernández de la Rosa[1]; B. Hernández Iglesias[1]; S. Ramos Sánchez[2]; V. Díaz Teruel[3]; VM. Fontecha Merino[1]; B. García González[1]; C. Bravo Paramo[1]; C. González Blasco[1]; MR. Hernández García[1]; FJ. del Pozo Sancho[1]
1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Centro de Salud Pacífico; 3. Hospital Universitario Infanta Leonor

Objetivos/Introducción

El paciente adulto trasplantado de pulmón requiere cuidados intensivos complejos con alto riesgo de complicaciones y mortalidad en sus primeros días.

Desde el 2008 esta unidad lleva más de 450 pacientes, lo que hace necesaria la protocolización de recursos, actuaciones y terapias dotando a la institución de una herramienta que aumenta la calidad de los cuidados con la creación de este curso de formación continuada acreditado con 35h y 8,1 créditos.

Objetivos de creación: Equipo docente, espacio virtual Moodle, acreditación y puesta en marcha, diseño de casos de simulación y evaluación de resultados.

Objetivos de aprendizaje: Adquisición de conocimientos, destrezas y recursos para el desarrollo de cuidados frecuentes en estos pacientes.

Metodología/Observación clínica

El equipo docente está formado por: supervisora de la unidad, 9 enfermeros/as y un Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). La modalidad fue semipresencial, contando con un total de 20 participantes y una duración de 3 meses en la edición piloto. La actividad teórica se desarrolla en entorno MOODLE evaluándose cada unidad mediante un test. La parte presencial se realiza en el Centro de Simulación y con 3 sesiones simultáneas y rotatorias:

- Recepción de trasplante pulmonar en box
- Hemorragia en postoperatorio inmediato
- Taller de ventilación mecánica y terapia de óxido nítrico

Resultados/Intervenciones

La nota media en la evaluación teórica fue de 9,32 basada en las calificaciones de la evaluación final. La satisfacción global fue de 8,7 en teoría y 9,35 en simulación basado en cuestionarios de 14 y 5 preguntas respectivamente. El curso fue completado por el 95% de los participantes.

Conclusiones

Tras valoración de resultados se confirma la necesidad y utilidad de actualización de conocimientos, decidiento la realización de dos ediciones al año. Los médicos residentes de anestesia solicitan su incorporación y actualmente se está trabajando en la adaptación del mismo para TCAE y el la exportación del curso a otros hospitales.

Palabras clave

Trasplante pulmonar • Cuidados intensivos • Reanimación

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 250

INCIDENCIA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRASTORNO DE DEGLUCIÓN ADQUIRIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES EXTUBADOS O TRAQUEOTOMIZADOS: ESTUDIO DE COHORTES

Francisca Calero Yáñez; MD. Saiz Vinuesa; C. Ruiz Iniesta; L. Muñoz de Luna Herrera; C. Carrilero López, M. Pérez Villena; E. Ros Serrano; EM. Guzmán Villodre; M. Martínez Andrés; P. Córcoles Jiménez
Hospital General Universitario de Albacete

Objetivos/Introducción

El Trastorno de la Deglución Adquirido en UCI (ICU-ASD)es un problema de origen multicausal que sufren los pacientes sobrevivientes en unidades de cuidados intensivos (UCIs), cuando se altera la eficacia y/o la seguridad de la deglución. Estas alteraciones, pueden ocasionar mayor riesgo de aspiración, complicaciones respiratorias y desnutrición, pudiendo conllevar mayor estancia hospitalaria, disminución de la calidad de vida, peores resultados asistenciales e incluso muerte. Pese a la importancia y repercusiones clínicas y sociales del trastorno, son pocas las investigaciones existentes. Estas mayoritariamente tratan sobre incidencia y factores asociados, escasamente sobre aparición de complicaciones y son inexistentes las que valoran calidad de vida de estos pacientes. En nuestro ámbito, los profesionales somos conscientes de la relevancia del problema, aunque desconocemos la incidencia real del ICU-ASD y la frecuencia de aparición de complicaciones respiratorias y nutricionales, y no hemos evaluado, hasta el momento, la calidad de vida de los pacientes con este trastorno.

Objetivos: Analizar la aparición de complicaciones respiratorias y nutricionales asociadas al ICU-ASD en pacientes intubados ≥ 48horas o traqueotomizados en UCI del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (UCI CHUA) y posibles factores relacionados con su aparición. Determinar la incidencia del ICU-ASD, determinar frecuencia de aparición de complicaciones respiratorias, valorar estado nutricional, evaluar calidad de vida y determinar mortalidad de los pacientes del estudio.

Metodología/Observación clínica

Material y método: Estudio observacional prospectivo, cohortes. Ámbito: UCI polivalente CHUA. Participantes: pacientes intubados ≥ 48horas o traqueotomizados, consentimiento firmado. Muestreo: consecutivo. Tamaño muestral: 414 participantes. Variables demográficas/clínicas. Variables resultado: aparición de complicaciones respiratorias, estado nutricional, calidad de vida. Instrumentos: evaluación modificada de volumen viscosidad (mV-VST), Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QoL). La Evaluación para detección de disfagia se realizará en 24 horas tras extubación y/o 4 días postraqueotomía. Se realizará seguimiento: estancia hospitalaria, tras alta a domicilio, hasta consulta postUCI. Análisis estadístico: frecuencias absolutas/relativas, medidas tendencia central y dispersión, nivel de significación de $p<0,05$, IC95%; Análisis bivariante: comprobación de homogeneidad de grupos y contraste de hipótesis: Chi-cuadrado, t de Student y U-Mann-Whitney, ANOVA o Kruskal-Wallis.

Financiación

no tiene

Palabras clave

disfagia • neumonia • ventilación mecánica • aspiración • desnutrición • cuidados criticos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 313

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA DISFAGIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. NECESIDADES INTERDISCIPLINARES

M. Ángeles de Pedro Sánchez; C. Sánchez Gil; L. García Berron; E. Bustamante Munguira; E. Portugal Rodríguez
Hospital Clínico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

La disfagia es una alteración presente en los pacientes críticos ya que la intubación orotraqueal y la realización de traqueotomías (TR), es uno de los principales factores de riesgo para desencadenar una disfagia. Su aparición influye en la evolución del paciente crítico, ya que desencadena distintas complicaciones: malnutrición, neumonías aspirativas, retraso en la decanulación, entre otras.Es importante determinar las necesidades presentes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para el diagnóstico y tratamiento precoz de la disfagia en los pacientes críticos.

Metodología/Observación clínica

Análisis descriptivo a través de una cohorte de 17 pacientes con disfagia atendidos por logopedas en una UCI de un hospital terciario de 21 camas y 674 ingresos en 2023.Los diagnósticos se realizar a través del test MECV-V y mediante una evaluación fibroendoscópica (FEES) por el Servicio de ORL, según necesidad.

Resultados/Intervenciones

Resultados demográficos: 57,58 años de edad media, varones el 70% muestra.

Diagnóstico de disfagia:

- 41,7% son trastornos neurológicos (ACVs, estatus epiléptico).
- 33,3% enfermedades respiratorias.
- 16,7% politraumatismos.
- 8,3% enfermedades autoinmunes.

Se realizan 43 TR en UCI 2023 (10 TR quirúrgicas y 33 TR percutáneas):

32,55% (n=14) son pacientes Neurocrítico.

41,86% (n=18) pacientes de Neurología y M Interna.

25,59% (n= 11) pacientes de Neumología.

64,75% de las disfagias se producen en pacientes con TR (de los que el 41,2% continuaron con TR al alta hospitalaria) frente al 29,4% sin ella.

Conclusiones

Es necesario un protocolo estandarizado e interdisciplinar (UCI, Otorrino, Logopeda, Nutrición) para detección precoz de disfagia y para reducir los tiempos de tratamiento después de la hospitalización y favorecer una pronta decanulación. Estandarizar comunicación enfermería-logopeda diariamente en la UCI ayudaría a establecer un diagnóstico temprano y planificar un tratamiento y seguimiento específico para estos pacientes.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

DISFAGIA • UCI • DIAGNÓSTICO PRECOZ • TRAQUEOTOMÍA • PROTOCOLO

sigue –>

TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA HOSPITALIZACIÓN		
DURACIÓN MEDIA	8,58 semanas de media (min. 2 y máx. 26 semanas)	
	11-15 semanas Enfermedades respiratorias	
	2-5 semanas resto enfermedades.	
REHABILITACIÓN	Higiene oral	
	Mejorar manejo secreciones	
	Entrenar habilidades deglutorias	
	Estimulación sensorial intraoral y gustativa.	
TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA POST-HOSPITALIZACIÓN		
ALTA PACIENTE DISFAGIA	EL 41,21% con	Tratamiento ambulatorio post-hospitalario
		Traqueostomía
		Modificación de dieta

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES VIII. ***Sala 121***

ID 354

COMPARACIÓN DE ECUACIONES PREDICTIVA Y CALORIMETRÍA INDIRECTA

Mireia Silva Fernández; E. Carrasco Garcia; D. Segura Berzosa
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

La optimización de la nutrición en el paciente crítico parece fundamental en su evolución. Es importante individualizar el tratamiento nutricional para evitar el exceso o el déficit calórico-proteico acumulado provoca un aumento de complicaciones, morbilidades y mortalidad. Con las ecuaciones predictivas o la recomendación de expertos (RE) se puede producir sobrealimentación o infranutrición cuando se compara con la calorimetría indirecta (CI). Se evidecia falta de literatura nacional.

Objetivo: Comparar la efectividad de las pautas calóricas basadas en las fórmulas de los expertos respecto a CI.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo retrospectivo en la UCI del HGTiP en tres meses se comparan valores nutricionales calculados en el tratamiento médico siguiendo recomendaciones de expertos (guías españolas SEMICYUC) con CI mediante mediaSD. Se incluyen pacientes ingresados > 48h, que cumplan los criterios necesarios para realizar CI. Se realizó una base de datos en la que se recopilaron todas las variables y a partir de esta se calculó la variabilidad entre el aporte calórico y la CI.

Resultados/Intervenciones

En un periodo de 3 meses, se incluyeron 57 pacientes. 23 hombres y 34 mujeres. Con una media de 1762 kcal/día (DS 424) en CI y 1673 kcal/día por RE (DS 498). Un 46% se está nutriendo por encima de sus necesidades y un 43% se encuentra infraalimentado, si valoramos el 100% de REE calculado por CI. Y tan solo en un 10% se lograban requerimientos adecuados en ambas fórmulas.Cabe remarcar que un 75% recibe un aporte Kcal superior al 80% con una media de 1383kcal/día (DS 339), obteniendo en ambos casos el mínimo de requerimientos energéticos (REE).

Conclusiones

Un 75% de los enfermos recibe REE por encima del 80%, por lo que en ambos casos se le está aportando al paciente los requisitos necesarios. La CI nos permite individualizar según las necesidades de REE y así evitaremos sobrealimentación o infraalimentación.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala 122*

ID 65

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN EL PACIENTE CRÍTICO. UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (CGM-UCI23)

Marc Pañero Moreno; C. Sánchez Romero; J. Tejero Arrabal; S. Manzano Gómez; V. Durán Trellez; A. Villamor Ordozgoiti; EM. Guix Comellas
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

Introducción: El riesgo de presentar hiperglucemia (RPH) es común en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una incidencia del 70%. Actualmente, el método estándar de control es la glucemia capilar a pie de cama (GC-POC), implicando punciones y períodos prolongados sin valores de glucemia, aumentando el riesgo de hipoglucemias inadvertidas.

A pesar del avance tecnológico hacia la Monitorización Continua de Glucosa (MCG), su validación en UCI queda pendiente. La MCG puede ser factible, precisa y segura, reduce la carga de trabajo en enfermería, mejora el control glucémico y minimiza las punciones. No obstante, la evidencia es limitada, subrayando la necesidad de nuevos ensayos clínicos.

Objetivo: Comparar el uso de la MCG en pacientes críticos con RPH en la UCI del Hospital Clínic de Barcelona, en comparación con el uso de la GC-POC. Además, evaluar el número de GC-POC, la morbilidad, la mortalidad y la opinión de enfermería sobre el uso de la MCG.

Metodología/Observación clínica

Metodologia: Ensayo clínico experimental, controlado y aleatorizado, con simple ciego, en las UCIs del Hospital Clínic de Barcelona, con una muestra de 370 personas. Los criterios de inclusión considerarán a personas mayores de 18 años, ingresadas en UCI y una glucemia superior a 180mg/dl. Se excluirán aquellos en final de vida, embarazo o alergia a apósitos. En el grupo control, se seguirán las intervenciones habituales utilizando una MCG con cegamiento, mientras que en el grupo experimental se empleará la MCG como base para la toma de decisiones.

Observación clínica: La variable principal medirá el tiempo en rango objetivo de glucosa (70-180mg/dl), además de hipoglucemias, coeficiente de variación, hemoglobina glicada, etc. Se aplicará la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de los valores y decidir el contraste de hipótesis, considerando un valor $p < 0,05$, un nivel de significancia $\alpha = 0,05$ y un nivel de confianza del 95%.

Financiación

Hasta la fecha actual, este ensayo clínico se encuentra en fase de búsqueda de financiación para cubrir los costes presupuestados. Con este objetivo, se ha sometido el estudio a diversas convocatorias, tanto de carácter público como privado, y estamos a la espera de obtener la resolución correspondiente que nos permita llevar a cabo el ensayo clínico asociado a la Tesis Doctoral del investigador principal.

Adicionalmente, se está tramitando una colaboración con Dexcom para obtener el material necesario para la MCG, esencial para la ejecución de esta investigación. Esta colaboración tiene como propósito principal obtener evidencia científica acerca del uso de la MCG en la UCI. La meta es ampliar el conocimiento sobre la eficacia y los beneficios de la MCG en el ámbito hospitalario, especialmente en las UCI. Es crucial destacar nuestro compromiso de publicar los resultados, tanto positivos como negativos, con el fin de contribuir al avance y la transparencia en la investigación clínica.

Palabras clave

Hiperglucemia • Unidades de Cuidados Intensivos • Asistencia del Enfermo Crítico • Enfermeros Clínicos • Monitorización Contínua de Glucosa

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. ***Sala 122***

ID 137

COMPROBACIÓN DEL CORRECTO POSICIONAMIENTO DE LA SONDA NASOGÁSTRICA MEDIANTE ECOGRAFÍA REALIZADA POR LA ENFERMERA: ESTUDIO PILOTO

María Robles González[1]; I. Zaragoza García[2]; Ó. Arrogante Maroto[3]; JA. Sánchez Giralt[4]; I. Ortuño Soriano[3]
1. Hospital Universitario de La Princesa, Facultad de Enfermería, Fisiología y Podología. Departamento de Enfermería; 2. Universidad Complutense de Madrid; 3. Facultad de Enfermería, Fisiología y Podología. Departamento de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid; 4. Hospital de La Princesa de Madrid

Objetivos/Introducción

La colocación de una sonda nasogástrica (SNG) es una técnica frecuente que realiza la enfermera en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La comprobación de su ubicación es fundamental para evitar el desarrollo de complicaciones. El gold standard es la radiografía de tórax que, aunque altamente sensible, supone una fuente de radiación para el paciente

OBJETIVOS

Principal: Analizar si la ecografía realizada por una enfermera a pie de cama en la UCI es un método válido para comprobar el posicionamiento de la SNG en el paciente crítico.

Secundario: Evaluar el grado de acuerdo interobservador entre una enfermera y un médico intensivista al visualizar directa e indirectamente la SNG mediante ecografía.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal. Una enfermera y un intensivista realizaron una ecografía abdominal al paciente tras la inserción de una SNG. La posición de la SNG se comprobó mediante visualización directa de la sonda en el estómago y visualización indirecta, inyectando agua y aire a través de la sonda para comprobar si existían signos indirectos de su presencia en el estómago (técnica “dynamic fogging”). Los resultados se compararon con lo obtenido con la radiografía para calcular la validez de la prueba.

Resultados/Intervenciones

Participaron 23 pacientes críticos ingresados en UCI. Se alcanzó una sensibilidad del 35% y una especificidad del 100% al visualizar directamente la SNG. La sensibilidad aumentó hasta un 85% al considerar la visualización indirecta. El grado de acuerdo interobservador fue de 0,88, indicando muy buena concordancia entre ambos profesionales.

Conclusiones

La baja sensibilidad obtenida para la visualización directa no permite establecer la ecografía como único método de comprobación. Sin embargo, sí puede ser utilizada para realizar comprobaciones periódicas de la posición de la SNG según lo obtenido para la visualización indirecta. El alto grado de acuerdo interobservador confirma la necesidad de formación y entrenamiento de las enfermeras al incorporar técnicas en la práctica asistencial.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Ultrasonografía • Nutrición enteral • Sonda de alimentación gástrica • Enfermería de Cuidados Críticos • Validez de la prueba

sigue –>

Comunicaciones orales

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala 122*

ID 171

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA: CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

María Salamero Amorós; AM. Parera Pous; M. Salut Gil Ballester; J. Valls Matarín
Hospital Universitario Mútua de Terrassa

Objetivos/Introducción

Evaluar el nivel de conocimientos de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sobre los catéteres centrales de inserción periférica (PICCs).

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo-transversal (junio-septiembre / 2023) en dos UCI de 20 camas y 60 enfermeras. Se utilizó un cuestionario “ad hoc” de 27 preguntas sobre inserción, mantenimiento, retirada y complicaciones además de formación, datos sociolaborables y 2 de autoevaluación mediante escala del 1 al 10 sobre conocimientos generales (CG) y ecografía. Estadística descriptiva, bivariante con t-Student. Significación p<0,05.

Resultados/Intervenciones

Se recogieron 55 cuestionarios (91,6%). Un 87,3% eran mujeres y la mediana de edad fue 36 [29-46] años. El 36,4% tenía formación. Inserción: El 85,5% indicaría un PICC por fármacos vesicantes, el 58,2% por tratamiento habitual >5 días. El 85,2% elegiría la vena basílica y el 18,5% el brazo derecho (sin contraindicación previa). El 77,4% conocía el ratio vena/catéter y el 51,9% hacía medición previa. Mantenimiento: El 36,4% realizaba un adecuado sellado post-inserción, el 69,1% lavado correcto tras administrar hematíes y el 79,6% utilizaba fijación sin sutura. El 63% valoraba necesidad del PICC diariamente. Retirada y Complicaciones: El 47,2% retiraría el PICC de forma rápida. Sí trombosis el 58,5% retiraría el catéter, y el 34% descoagularía antes. En sospecha de bacteriemia, el 46,3% lo retiraría sin esperar resultados de cultivos. La media de las respuestas correctas fue superior en los profesionales con formación (PCF) frente a los sin formación (PSF) p=0,1.(Tabla 1). Los PCF se autoevaluaron con 5,9 (DE=1,5) frente 4,2 (1,7) puntos de los PSF (p<0,001) en CG y en ecografía con 5,9 (DE=2) frente 4,1 (DE=1,8) puntos respectivamente (p=0,002).

Conclusiones

El nivel de conocimientos de las enfermeras en inserción de PICCs es alto, pero en mantenimiento, complicaciones y retirada existe margen de mejora. Sólo una tercera parte de las enfermeras tienen formación y perciben que tienen más conocimientos aunque no se traduce en un mayor número de aciertos. Es necesario establecer un proyecto de los PICCs con formación específica.

Palabras clave

Catéter central de inserción periférica • Enfermería • UCI

Tabla1:media de respuestas correctas en las diferentes secciones	Formación n=20	No formación n=35	p-valor
Inserción	6,9(DE=2)	6,1(DE=1,6)	0,2
Mantenimiento	4(DE=1)	3,6(DE=1,1)	0,2
Complicaciones	4,2(DE=1,3)	3,1(DE=1,6)	0,1
Retirada	4,1(DE=1,1)	4,3(DE=1,4)	0,5
Total respuestas correctas	19,1(DE=3,3)	17,6(DE=3,5)	0,1

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala 122*

ID 228

UNIDAD DE ACCESOS VASCULARES DEPENDIENTES DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

José Antonio Sarmiento Torres; B. Nieto Martino; M. Laguna Corredor; J. Rubio Campoy; J. León Concepción; L. Hurtado Aldea
Hospital Universitario Fuenlabrada

Objetivos/Introducción

Analizar las características y complicaciones de los pacientes hospitalizados que precisan canalización de un acceso venoso.

Metodología/Observación clínica

Estudio de cohortes retrospectivo con pacientes hospitalizados de un hospital de segundo nivel de 350 camas que precisaron canalización de un acceso venoso central entre 15 octubre 2021 y 31 diciembre 2023. Se diferencia cohortes de pacientes con colocación de PICC, MIDLIEN y CICC. Para describir las características de las cohortes se proporciona edad, sexo, motivo de canalización y retirada, incidencias, días de uso y motivo de retirada. Análisis estadístico: prueba de Kolmogorov-Smirnov para análisis de normalidad, media y desviación estándar para variables (v.) cuantitativas normales, mediana y rango intercuartílico para v. cuantitativas no normales, proporción para v. cualitativas. Software SPSS 22.

Resultados/Intervenciones

Se canalizaron 1281 accesos venosos a 947 pacientes diferentes, de los cuales 594 fueron PICC (48.9%), 487 fueron MIDLINE (40,1%), 124 CICC (10.2%) y 9 VVP (0.7%). La mediana de edad es de 68 años (DE 15.07) y la de días de catéter 18.8 (DE 212.49). La indicación más frecuente fue por falta de accesos en 654 (53.8%) y el principal servicio peticionario fue Medicina Interna con un 51,1% de las peticiones. La ubicación más frecuente del catéter fue la vena basílica con 774 (63.8%) inserciones. La tasa de complicaciones fue del 36.2%. La incidencia más común fue obstrucción parcial del catéter en 65 (7.6%) y el principal motivo de retirada fue el alta hospitalaria en 404 (47.6%). La tasa de bacteriemia fue de un 7% (83 casos).

Conclusiones

UAV dependiente de UCI es una opción factible y segura para los pacientes con una tasa de complicaciones significativamente baja durante la canalizacion aunque elevada durante la estancia hospitalaria. Se hace necesario el desarrollo de programas de seguimiento y formación específicos.

Palabras clave

Acceso vascular • PICC • CICC • ETI • UAV

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala 122*

ID 288

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL SÍNDROME POST-UCI

María Cobos Pacheco
Hospital Universitario Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

En la actualidad, existe una alta tasa de supervivencia de pacientes que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). En muchas ocasiones, los pacientes requieren de estancias prolongadas en estas unidades, lo cual no está exento de la aparición de secuelas, entre ellas, destaca el Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS), que agrupa alteraciones físicas, psicológicas, cognitivas y sociales, que repercuten negativamente en su vida diaria tras el alta del paciente.

El delirio es uno de los principales factores de riesgo identificado que aumenta la probabilidad de desencadenar este síndrome, por lo que, previniendo este, podría prevenirse el PICS.

El objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención del delirio durante la estancia del paciente en la UCI.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en PubMed, Cochrane Library y Scielo. Palabras clave: critical care, intensive care, post ICU syndrome, prevention delirium. Textos en inglés y español; Ensayos Clínicos, realizados en >18 años, con intervenciones no farmacológicas, en los últimos diez años y texto completo de forma gratuita. Criterio de exclusión: uso de intervenciones farmacológicas.

Resultados/Intervenciones

Artículos hallados: 158, artículos que cumplen requisitos: 17, Artículos seleccionados: 6, 5 ensayos clínicos aleatorizados y 1 ensayo clínico cuasialeatorizado. Intervenciones realizadas centradas en el apoyo familiar, fomentar la orientación temporo-espacial, manejo del ciclo vigilia-sueño y el manejo ambiental (reducción de ruidos externos, uso de musicoterapia).

En todos los estudios, existe una disminución de la incidencia del delirio en relación a los grupos controles, pero sin llegar a mostrar significación estadística.

Conclusiones

Existen pocos ensayos clínicos que aborden intervenciones no farmacológicas en la prevención del delirio y por tanto del PICS.

Los resultados de los estudios encontrados son poco concluyentes, aunque muestran diferencias entre los pacientes con intervenciones y los controles.

Se requieren más ensayos clínicos sobre la prevención del delirio en pacientes críticos mediante intervenciones no farmacológicas.

Palabras clave

critical care • intensive care • post icu síndrome • prevention • delirium

Comunicaciones orales

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala 122*

ID 310

IMPORTANCIA DEL FACTOR HUMANO EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA PARA CUIDADOS INTENSIVOS

Patricia Bazán Báez; A. Muñoz Domínguez; C. Martín Castaño; R. Muriana Jiménez; E. Sánchez Payán; A. Vázquez Fernández; MR. Alcaide Villa; MI. González Méndez
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

Describir estrategias que permitan minimizar el impacto ante el cambio que supone trabajar con una plataforma digital

Metodología/Observación clínica

Compuesta por tres fases:

Inicio:

- Planificar los Recursos Humanos: confeccionar equipo de trabajo multidisciplinar y equipo responsable para la implantación del sistema.
- Reuniones de inicio: definir prioridades, revisar y actualizar el diseño del proyecto y determinar fecha de inicio de implantación.
- Integración del equipamiento y aparataje de tipo y fabricantes variados en cada box, con el sistema ICCA
- Conexión al sistema de todos los boxes y software piloto (cama virtual con paciente ficticio,versión de prueba) para monitorizar el funcionamiento del sistema y detectar posibles errores.
- Formación de profesionales a través de sesiones.

Ejecución:

- Informar al personal de su puesta en marcha.
- Soporte in situ constante durante los primeros días con el personal técnico de la casa comercial, con médico y enfermero liberados para este proyecto
- Identificar deficiencias tecnológicas o recursos que pueden faltar para completar la implantación del sistema.
- Reuniones multidisciplinares dirigidas por grupo de expertos para ir personalizando el sistema, integrado por: Jefe de servicio, informático con dominio de arquitectura del sistema ICCA, equipo TIC hospitalario y provincial, equipo de electromedicina, médico, enfermero y administrativo.
- Realización de guías de seguimiento para enfermeros y TCAES en manejo de pacientes con ICCA, que se iban actualizando periódicamente.

Evaluación:

- Registro de Incidencias a través del Área Privada de Cuidados Intensivos
- Nivel de satisfacción del personal médico/enfermero, medido próximamente a través de encuesta.

Resultados/Intervenciones

Se implantó el sistema sin la pérdida de actividad en la unidad, compaginando el proceso de implantación secuencial y progresivo, con una capacitación adecuada de los profesionales

Conclusiones

En un proyecto informático de este calibre, tan importante como la parte técnica, Hardware,Software e Infraestructura utilizados para interactuar con el sistema, es el factor humano, “el Peopleware”. Los profesionales son una parte imprescindible y vital de todo ésto y suformación un paso crucial.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala 122*

ID 332

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pedro Luna Hormigo; MªL. Arencibia Villagrá
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

Introducción: Existe un aumento de pacientes que sobreviven al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con síndrome Post-UCI y/o delirium que implica aumento de estancia en las UCI y después en hospitalización, así como precisar tratamiento rehabilitador prolongado por las secuelas adquiridas; necesitando mayores recursos humanos, materiales y económicos (1,2).

OBJETIVOS:

I. General: Minimizar la estancia del paciente en UCI, disminuyendo secuelas físicas y cognitivas

II. Específicos:

- Prevenir y tratar el delirio y síndrome post-uci
- Agilizar el proceso de rehabilitación precoz
- Reducir el ingreso hospitalario, disminuyendo costes y afianzando la seguridad del paciente.

Metodología/Observación clínica

- **Población diana:** paciente de UCI con riesgo alto de aparición o desarrollo de delirium, síndrome post-UCI, afectación musculoesquelética, del Sistema Nervioso Periférico (SNP), Sistema Nervioso Central (SNC) y/o alteración en su desempeño ocupacional.
- **Criterios de derivación/inclusión:**
  - Delirium
  - Disminución de sedación
  - Puntuación -2 en escala de la agitación y sedación Richmond (RASS)
  - Nueva presentación neurológica que requiera valoración especializada: manejo del tono, deformidades, edema, posicionamiento
- **Herramientas de valoración:**
  - Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. (CAM-ICU)
  - Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
  - ICU Mobility Scale (IMS-ES)
  - Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Resultados/Intervenciones

Programa individualizado de estimulación cognitiva y sensitiva/sensorial multimodal en el que participará familiar y paciente, en colaboración UCI-Fisioterapia.

Utilizamos técnicas como terapia de observación de acciones e imaginería motora implícita mediante tareas de reconocimiento de lateralidad,faciles y seguras, mejorando el aprendizaje motor y la recuperación funcional.

Conclusiones

La atención del paciente crítico desde un abordaje multidisciplinar (medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional…) y holístico favorece la mejoría en la calidad de vida del paciente, de su recuperación en aspectos como la comunicación, colaboración en las diferentes intervenciones médicas y de enfermería, regulación del ciclo sueño-vigilia y empoderamiento de los familiares convirtiéndolos en agentes activos, útiles y de valor en el proceso de recuperación del paciente.

Palabras clave

Sindrome Post UCI • Delirium • Imagineria motora • Observacion de acciones

sigue –>

Comunicaciones orales

Tabla 1. Intervenciones	
Estimulación cognitiva	Programa individualizado basado en gustos y preferencias del paciente basándonos en entrevistas con paciente y su familia de estimulación cognitivas mediante la realización de actividades abarcando las diferentes áreas como son memoria, percepción, atención, concentración, lenguaje, funciones ejecutivas y orientación temporo-espacial.
Prevención de secuelas musculoesqueléticas y SNP debidas al inmovilismo.	Colaboración con el equipo de Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) y enfermería en asesoramiento e instrucción para mantener una correcta en la alineación y posicionamiento de las extremidades superiores de los pacientes para evitar/minimizar parálisis nerviosas periféricas, rigideces articulares y acortamiento de tejidos blandos.
Programa de estimulación sensitiva.	Valoración y confección de un programa de estimulación sensitiva/sensorial multimodal en el que participará el familiar y el paciente si presenta capacidades. Este programa se realizará utilizando objetos, texturas, olores, sonidos/música del espectro sensitivo/sensorial del paciente de forma graduada, controlada y consciente persiguiendo reinstaurar las aferencias sensitivas del paciente ayudando a minimizar los déficits sensoriomotores, cognitivos y por lo tanto los déficits funcionales.
Programa de rehabilitación funcional basado en técnicas de representación del movimiento	Mediante técnicas como la terapia de observación de acciones (OA) e imaginería motora implícita (IMI) mediante tarea de reconocimiento de lateralidad, de fácil realización y seguras, ayudamos a mejorar el aprendizaje motor y la recuperación funcional.
Programa de participación en Actividades de la Vida Diaria (AVDs)	Valoración e intervención favoreciendo la participación del paciente en las diferentes AVDs, en las que su estado le permita realizar, favoreciendo el funcionamiento cognitivo, recuperación motora repercutiendo sobre su estado anímico y psicológico.
Intervención con familiares	Instruimos a los familiares para ser agentes activos que contribuyan a la recuperación del paciente mediante: - Explicar pautas de comunicación y estimulación cognitiva - Instruir sobre la realización de OA e IMI (3,4) mediante la visualización de videos y APP específica en tablet - Explicar métodos de estimulación sensitiva/sensorial

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. SESIÓN COMUNICACIONES ORALES IX. *Sala 122*

ID 366

DESCRIPCIÓN DE LA TASA DE INFECCIÓN URINARIA EN EL USO DE SISTEMA CERRADO-PRECONECTADO DE SONDAJE VESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Marina del Carmen Mesa López Bajoz[1]; G. Cervero Martínez[1]; V. Casares Rodríguez[2]; A. Casas Cubells[2]; A. Nieto Ruiz[1]; E. Gallart Vive[1]; FJ. Nuvials Casals[1]; L. Vidal Tarrason[1]
1. Hospital Universitario Vall d'Hebron; 2. Vall d'Hebron Institut de Recerca

Objetivos/Introducción

La Asociación Europea de Enfermeras de Urología relacionó el uso de estos sistemas con la disminución de infecciones (1,4). La agencia española de medicamentos y productos sanitarios confirmó que el uso de sistemas cerrados redujo la incidencia de bacteriuria (50%) tras 14 días de SV (2). Según el Estudio Nacional de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales, las tasas generales de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en UCI disminuyeron en 2022. No obstante, la infección del tracto urinario relacionada con catéter (ITU), siguiendo criterios del European Center for Disease Control (5), continúa en segundo puesto (3).

Objetivo: Identificar la tasa de ITU asociada al uso de sistema cerrado-preconectado de SV en pacientes ingresados en UCI, así como las indicaciones de sondaje.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo serie de casos. Duración 6 meses. Incluyendo pacientes en UCI (n=186) hasta 48 h al alta y/o retirada de la SV, que requirieron sondaje (sistema cerrado-preconectado) siguiendo los criterios de inclusión/exclusión. Se recogieron datos de Centricity® y Excel®, además de check visual para confirmar la integridad de precintos. Variable dependiente: empleo sistema SV cerrado-preconectado; Independientes: inserción y retirada (servicio, motivo y fecha), indicación, permanencia, prevalencia (episodios ITU/100 pacientes sondados). El equipo investigador ha respetado las consideraciones éticas.

Resultados/Intervenciones

El control del balance hídrico fue la principal indicación de SV (n=77, 41%), manteniéndola 24 h, y siendo UCI el servicio de inserción y retirada habitual. La presencia de ITU fue negativa en la mayoría de pacientes (n=148, 88,6%). Al alta, numerosos pacientes marcharon con SV (n=76, 41%). Prevalencia de ITU 9,6 %.

Conclusiones

Las conclusiones sugieren la posibilidad de considerar métodos alternativos (colectores/pañales) para el control del balance, basándose en la principal indicación de sondaje. Además, destaca la importancia de una evaluación diaria para determinar la necesidad de mantener el SV al alta (n=76, 41%).

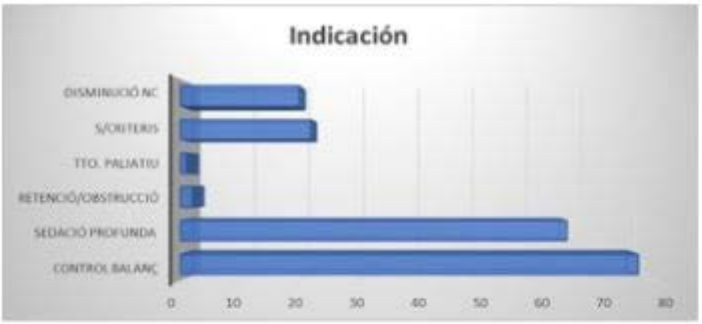
Palabras clave

SV • Cerrado-preconectado • Infección Urinaria • UCI

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones orales



Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 2

ASISTENCIA VENTRICULAR IMPELLA CP® CON SMARTASSIST®. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS. PROTOCOLO

Rocío Herrera Sebastián; E. Gil García; A. Andrés Herrero; J. Granado Solano; D. Ruiz Sánchez; R. Sánchez Ruiz; M. Báez Passarge
Hospital del Mar

Objetivos/Introducción

Impella CP® con SmartAssist® es una bomba microaxial de flujo continuo (no pulsátil) instalada de forma retrógrada en el ventrículo izquierdo a través de la válvula aórtica. El catéter Impella CP® aspira sangre del ventrículo izquierdo bombeándola de forma continua a la aorta ascendente aumentando el gasto cardíaco que provoca una mejora en la perfusión cardiaca y una disminución de la presión capilar pulmonar que conlleva una menor congestión a nivel pulmonar.

Al tratarse de un sistema novedoso en el Hospital del Mar se debe elaborar un protocolo de cuidados de enfermería.

El objetivo es crear el protocolo "Asistencia ventricular Impella CP® con SmartAssist®". Cuidados de enfermería en la unidad de críticos" con la finalidad de disminuir variabilidad en la práctica clínica y garantizar las Buenas Prácticas Clínicas (BPC).

Metodología/Observación clínica

Se crea un grupo de trabajo que consta de dos enfermeros, supervisión enfermera y dos médicos adjuntos del servicio de cardiología. El equipo declara no tener conflicto de interés. Se realiza una revisión bibliográfica con los términos de búsqueda en Google Scholar y Pubmed: asistencia ventricular de corta duración, Impella CP® con SmartAssist®, hemodinamia y unidad de críticos. Y se revisan las guías proporcionadas por la casa comercial.

Resultados/Intervenciones

Se elabora el protocolo "Asistencia ventricular Impella CP® con SmartAssist®". Cuidados de enfermería en la unidad de críticos". Se estructura de la siguiente manera: introducción, ventajas, inconvenientes, indicaciones, contraindicaciones, objetivos, método (cuidados al ingreso, actividades de enfermería por turno, movilización del paciente, gestión del caset de purga, registro de datos, complicaciones y retirada del catéter), bibliografía y anexos.

Conclusiones

Una vez elaborado el protocolo se implanta en la unidad de cuidados intensivos del Hospital del Mar con el fin de evaluar el impacto en términos de cuidados a los pacientes portadores de Impella CP® con SmartAssist.

Palabras clave

Impella Cp® • Protocolo • Asistencia ventricular de corta duración

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 11

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; A. Puebla Martín; JC. Muñoz Camargo; S. García-Velasco Sánchez-Morago; MP. Rubio Serrano; MG. García Fernández; AB. Aguirre Romero; C. Carrero Ruiz; R. Díaz Salcedo; JF. Soto Luna
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Las Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TRRC) son terapias extracorpóreas de depuración sanguínea, que sustituyen la función renal alterada, de manera continua durante las 24 horas del día, a diferencia de las técnicas intermitentes.

La enfermera tiene un papel fundamental en el manejo de la TCRR, que ha ido evolucionando paralelamente a la terapia, donde su objetivo principal es reducir las posibles complicaciones que puedan surgir en el paciente.

El objetivo planteado es revisar los artículos científicos publicados sobre cuidados de enfermería en los pacientes sometidos a Técnicas Continuas de Reemplazo Renal

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos científicos con las palabras claves en inglés: “(Nursing care) and (Continuous Renal Replacement Therapy)” “(Nursing care) and (Continuous Renal Depurative Therapy)” y en español: “Cuidados de enfermería en Técnicas Continuas de Reemplazo Renal”, “Cuidados de enfermería en Técnicas Continuas de Depuración Extrarrenal” en las bases de datos, Cochrane, Dialnet, Epistemonikos y Google Académico, Pubmed y Scielo.

Criterios de inclusión: Todos los artículos científicos publicados desde enero el 2019 hasta septiembre del 2023, sin restricción de idioma.

Criterios de exclusión: Artículos no disponibles en Open Acces, trabajos de fin de grado (TFG) y trabajos de fin de máster (TFM).

Resultados/Intervenciones

Los artículos seleccionados fueron 77; 69 fueron excluidos por título y resumen, 1 por duplicado, siendo seleccionados: 7 (tabla adjunta)

Conclusiones

Los cuidados de enfermería en Técnicas Continuas de Reemplazo renal van encaminados vigilar y controlar el acceso vascular, los sistemas, evaluar las presiones de los monitores y prevenir y detectar las posibles complicaciones del paciente crítico. Los profesionales enfermeros formados y especializados en esta técnica mejora la supervivencia de los pacientes.

Financiación

Propia

Palabras clave

Terapia Continua de Reemplazo Renal • Cuidados de Enfermería • Revisión • Unidad de Cuidados Intensivos • Enfermería de Cuidados Críticos

sigue –>

Comunicaciones póster

ESTUDIO	AUTORES Y PUBLICACIÓN	BASE DE DATOS	INTERVENCIÓN	CONCLUSIONES
High-Fidelity simulation nurse training reduces unplanned interruption of continuous renal replacement therapy sessions in critically ill patients: The simher randomized controlled trial	Lemarie P, Husser Vidal S, Gergaud S, Verger X, Rineau E, Berton J, et al. Critical Care and Resuscitattion. July **2019**;129(1);121-128	Pubmed	Ensayo clínico aleatorizado doble ciego en la UCI quirúrgica del Hospital Universitario de Angers (Francia) enero 2014 - junio 2016, 2 fases: ● Fase de formación, 30 enfermeras se sometieron a un programa de formación de 6 horas y fueron asignados al azar para formar parte del grupo de intervención o del grupo control para recibir una prueba adicional de alta fidelidad. El entrenamiento de simulación fueron 6 horas. ● Fase de evaluación, la gestión de las sesiones TCRR fue asignados al azar a enfermeras del grupo intervención o de control. Las sesiones se definieron como interrupciones no planificadas si la interrupción no fue prescrita por escrito con más de 3 horas de antelación.	La formación de enfermeras con simulación de alta fidelidad redujo la tasa de interrupciones no planificadas en las sesiones CRRT y la necesidad de que las enfermeras soliciten asistencia. Esta intervención puede ser particularmente útil en el contexto de la frecuente rotación del personal de enfermería
Práctica y cuidados enfermeros en la hemofiltración continua en UCI	Rodríguez D, Tortosa P, González M. Ocronos. **2020**;3(8):1	Google Académico	Revisión bibliográfica de práctica y cuidados enfermeros en la hemofiltración continua en Unidades de Cuidados Intensivos desde el 2013-2020, siendo seleccionados 30 citas bibliográficas.	Hay que destacar el papel del profesional de enfermería en la mejoría y supervivencia del paciente con respecto a los cuidados y conocimiento de la técnica de hemofiltración continua. Los criterios y temporalidad, tanto de inicio como de suspensión de la terapia dependen del criterio del equipo médico involucrado, siguiendo las recomendaciones existentes.
Intervención de enfermería en las terapias de reemplazo renal continuo.	Noriega E, Milanés AM. NPunto. Julio **2021**;40(4):100-106	Dialnet	Búsqueda bibliográfica de 50 artículos, se analizaron 28, con las palabras claves: «Terapias Continuas de Reemplazo Renal » y «Enfermería».	La TRRC es un técnica invasiva y compleja, indicada en la actualidad, como sustituta de la función renal del paciente crítico. No precisa de un enfermero especializado en hemodiálisis para llevarlas a cabo, es algo que realiza la propia enfermera de UCI, lo que permite un mejor aprovechamiento de los recursos humanos.
The Effectiveness of a Specialized Nursing Team Intervention in the Unplanned Interruption of Continuous Renal Replacement Therapy	Lu Z, Hong Y, Tian Y, Zhang L, Li Y. Iran J Public Health. Mar **2022**;51(3):544-551	Pubmed	66 pacientes ingresados en la UCI del Hospital de la provincia de Jiangsu, China, para recibir TCRR y que experimentaron interrupciones no planificadas de agosto 2020 - marzo 2021. ● Grupo control a 24 pacientes con cuidados convencionales ● Grupo experimental a 42 pacientes con equipo de enfermería especializada.	Los equipos de enfermería especializados podrían reducir la aparición de interrupciones no planificadas en pacientes sometidos a TCRR en UCI y permitir mejorar la calidad de la atención, los resultados clínicos, reducir la carga financiera y psicológica de los pacientes, garantizando la eficacia de la TCRR.
Técnicas continuas de depuración renal extracorpórea en el paciente crítico: Cuidados de enfermería: Manejo del monitor de TCDE. Tiempos de enfermería y salud.	Gutiérrez P. Tiempos de enfermería y salud. **2022**;.2(10):13-17.	Google Académico	Revisión de los cuidados enfermeros en Técnicas Continuas de Depuración Extracorporea al inicio del tratamiento, en la preparación, conexión del paciente, durante la terapia, finalización de la misma y desconexión del paciente; así como las complicaciones y las diferentes presiones del sistema.	Los cuidados van dirigidos a la vigilancia y el control del sistema y del acceso vascular junto con la prevención y detección de las complicaciones propias del estado crítico de cada paciente
Seguridad en el manejo de los sensores de presión en terapia renal depurativa continua	Berrocal FJ, Guix EM, Mateos A. Enfermería Intensiva. **2022**;33:S10-S16.	Google Académico	Revisión de los sensores de presión en terapia continuad de depuración renal para determinar la importancia de cada uno e interpretar los datos que ofrece el monitor.	La evaluación continua de las presiones de tratamiento en los monitores de TCRR resulta de gran utilidad en el paciente crítico. El hecho de llegar a tiempo en su correcto análisis ofrece mucha seguridad en la terapia y con ello el paciente es tratado de forma más eficaz y eficiente.
Historia y desarrollo de las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR): El papel realizado por la enfermera.	Berrocal FJ. Temperamentvm, **2023**;v19:e14322	Dialnet Google Académico	Revisión bibliográfica de diversas fuentes documentales procedentes de libros y literatura científica relacionada con las palabras claves palabras claves: «Historia», «Unidad de Cuidados Intensivos», «Hemodiálisis», «Terapia Continua de Reemplazo Renal», «Enfermería».	Los progresivos avances científicos y tecnológicos han dado lugar a que las TCRR sean una de las técnicas más utilizadas y seguras realizadas en cuidados intensivos, donde la enfermera, desde sus inicios, juega un papel fundamental en la implementación de esta técnica.

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 24

DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

María Isabel Ruiz López; V. Colomer Codoñer; JJ. de León Belmar
Hospital de Manises

Objetivos/Introducción

Describir en función del sexo el pronóstico de los pacientes con SCA, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Manises, entre los años 2019 y 2021.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. n=410 pacientes, el total de pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de SCA, en el periodo establecido. La población de hombres y mujeres se ha relacionado con la supervivencia de UCI, de sala de hospitalización y al año, así como con otras variables clínicas y analíticas.

Resultados/Intervenciones

Existe relación significativa entre la supervivencia de sala de hospitalización y el sexo (p=0,037), con peor pronóstico para las mujeres, sin diferencias significativas respecto a la salida de UCI y al año. Se observa relación entre el primer contacto médico y el diagnóstico: las consultas por SCA con elevación del ST se concentran en las primeras 2 horas principalmente, sin diferencias respecto al sexo. En las mujeres se establece mayor porcentaje de lesiones de 1 vaso y SCA sin lesiones, mientras que en los hombres se ve repartido entre 1, 2 y 3 vasos, sin relación con la supervivencia. Respecto a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) la media es menor en hombres y se establece relación significativa con la supervivencia de UCI. La troponina I (Tnc I) ultrasensible, no aporta diferencias respecto al sexo, ni a la supervivencia. La clínica previa en mujeres es de características atípicas, así como los síntomas presentados en el momento del episodio, y en relación con la supervivencia ambas variables están relacionadas con un peor pronóstico. La APACHE II se confirma como factor pronóstico de mortalidad, respecto a la estancia en UCI, la estancia hospitalaria y la supervivencia al año.

Conclusiones

Existen diferencias en función del sexo en el SCA con peor pronóstico para las mujeres, durante el ingreso hospitalario.

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 32

PRIMERA ASISTENCIA DE LARGA DURACIÓN, HEARTMATE III, EN LA UCI DEL H. U. MIGUEL SERVET

Maria Jesús Ruiz Fuentes; B. Romanos Calvo; M. García Royo
Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos/Introducción

Heartmate III es un dispositivo de asistencia ventricular izquierda de larga duración. Consiste en una bomba implantada en la cavidad cardiaca que extrae sangre del apex del ventrículo izquierdo y la bombea a la aorta ascendente manteniendo un gasto cardiaco adecuado para los órganos vitales. La importancia de los cuidados y su autocuidado es clave para su recuperación, además requiere unos cuidados específicos y de calidad para su buen funcionamiento.

Objetivo: Elaborar un Plan de Cuidados individualizado

Metodología/Observación clínica

Paciente de 66 años con insuficiencia cardiaca avanzada, con una FEVI del 22% y un ventrículo izquierdo severamente dilatado. Dado que el trasplante cardiaco se encuentra contraindicado se acepta para asistencia ventricular de larga duración como terapia de destino. Ingresa pre cirugía a la UCI Postcardiaca. Tras la implantación, ingresa estable hemodinámicamente. Se consigue descenso de soporte inótropo con DBT entre 1-2mcg/kg/min, manteniendo TAM 65mmHg, FA con RV a 80lpm. Portador de Óxido Nítrico para protección de Ventriculo derecho, retirado a las 12h del ingreso.A las 48h se consigue extubar, al quinto día comienza la sedestación y al séptimo sube a la planta de hospitalización.

Resultados/Intervenciones

Se aplicó el proceso enfermero y plan de cuidados según taxonomía NANDA-NIC-NOC.NANDA: Riesgo de sangrado (00206). NOC: Severidad de la pérdida de sangre (413) NIC: Prevención de hemorragias (4010) NANDA: Riesgo de disminución del Gasto Cardíaco (00240). NOC: Efectividad de la bomba cardiaca (400) NIC: Monitorización hemodinámica invasiva (4210).

Conclusiones

Los cuidados enfermeros estandarizados y de calidad en pacientes con dispositivos de larga duración mejoran larecuperación y disminuye la incidencia de efectos adversos.

Financiación

No se ha necesitado.

Palabras clave

Heartmate III • Insuficiencia Cardiaca • NANDA

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 36

PROTOCOLO DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA RECIRCULACIÓN DEL SISTEMA DE HEMOFILTRO EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO

Maria Micó Beneyt; G. Leiva Aguado; FJ. Rubio Sola; S. Husein García
Hospital Universitario la Fe

Objetivos/Introducción

La terapia de reemplazo renal continuo es, cada vez, la mejor opción de tratamiento para pacientes con insuficiencia renal aguda en las unidades de críticos. Por ello, los conocimientos del manejo de las máquinas y sus prestaciones, permiten a los enfermeros/as, realizar cuidados con seguridad y calidad.

Objetivo general: Garantizar la seguridad y calidad del cuidado al paciente ante la suspensión temporal de la terapia renal.

Objetivos Específicos:
- Evitar coagulación precoz del circuito extracorpóreo.
- Optimizar gestión de recursos materiales (fungible).
- Optimizar tiempo de actuación de enfermería (Recursos de personas).

Metodología/Observación clínica

Se realizó revisión bibliográfica en las principales bases de datos (Pudmed, google académico, Scopus, Dialnet, Medline) sin obtener resultados.

Resultados/Intervenciones

Tras la falta de evidencia científica, se elaboró un protocolo de recirculación del circuito extracorpóreo en técnica de depuración extrarenal en máquinas Primax y Multifiltrate Pro. Los cuidados se agruparon en:

Máquina: Recirculación con sangre. Recirculación con suero. Paciente: Cuidados en el sellado del catéter.

Conclusiones

Enfermería juega un papel importante a la hora del cuidado, mantenimiento y optimización de los filtros de hemodiálisis, ya que permiten favorecer la salud de los pacientes, realizar un buen uso de los recursos materiales y, de esta manera, contribuir en las terapias sostenibles respecto al gasto económico que conlleva. Por todo esto, es imprescindible la elaboración de protocolos y procedimientos estandarizados de los cuidados de enfermería:

1. Conocer las prestaciones de las máquinas de hemodialiásis.
2. Implantar formaciones internas y crear protocolos para conocer el manejo de las máquinas.

Con esta implementación de cuidados, podemos garantizar el éxito de las terapias de reemplazo renal, haciéndolas a su vez más sostenibles, tanto de manera económica, como de recursos personales.

Palabras clave

Hemodiálisis • Recirculación • Baxter • Fresenius

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 46

ROTURA DE PARED LIBRE DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO POST- IAM: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Javier Vega Vázquez; J. Robles Carrión; JA. Pérez Merino
Hospital Regional Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Las tres principales complicaciones mecánicas posteriores al IAM son: las comunicaciones interventriculares, la rotura de pared libre del ventrículo izquierdo y la insuficiencia mitral aguda severa secundaria a rotura de músculo papilar.La incidencia ha disminuido del 6% al 1% con la aparición de la ICP primaria. Cerca del 40% de las rupturas ocurren dentro de las primeras 24 horas y 85% dentro de la primera semana. El tratamiento de la ruptura es quirúrgico. La mortalidad de los pacientes es elevada. Enumeramos los factores de riesgo.

Objetivo principal, describir la evolución de un paciente ingresado en UCI en el post-operatorio inmediato y tardío.

Objetivo específico, dar a conocer la rotura libre de pared del ventrículo izquierdo.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo, analizando la evolución de un paciente ingresado en UCI, en el post-operatorio de un paciente que presentaba rotura libre de pared del ventrículo izquierdo, en el Hospital Regional Virgen Macarena (Sevilla). Revisión bibliográfica y actualización principales bases de datos.

Resultados/Intervenciones

Paciente de 59 años, en post-operatorio de cirugía emergente por taponamiento cardíaco debido a rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo como complicación del IAM de cara postero-inferior. Tiempo de CEC 55 minutos.P.I. UCI: 9 días. P.T. UCI:10 días. LET IIIC. Éxitus.

Conclusiones

La rotura de pared libre del ventrículo izquierdo es la complicación mecánica más frecuente del IAM, con una elevada mortalidad, por encima del 60%.

A pesar de técnicas diagnósticas y las tratamientos, la aparición de complicaciones implican un gran reto terapéutico, donde los Cuidados de Enfermería son fundamentales, dentro de un equipo multidisciplinar, para garantizar la seguridad del paciente crítico y poder asegurar la calidad de los cuidados en la práctica enfermera diaria.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Rotura pared libre • Ventículo izquierdo • IAM • UCI

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 47

PACIENTE CON KLEBSIELLA PNEUMONIAE OXA-48 EN UCI: UNA EXPERIENCIA CON TERAPIA ECMO

Francisco Javier Vega Vázquez; J. Robles Carrión; JA. Pérez Merino
Hospital Regional Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Durante los últimos años se ha producido la aparición y dispersión de enterobacterias productoras de enzimas que confieren resistencia a todos los antibióticos b-lactámicos, incluyendo los antibióticos carbapenémicos. Como objetivo, describir la evolución de una paciente de 64 años con Insuficiencia respiratoria hipoxémica refractaria en contexto de neumonía bilateral por S. Pyogenes, en tratamiento inmunosupresor con Adalimumab, presentando Klebsiella pneumoniae productora de OXA 48, que precisó terapia ECMO, en UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional retrospectivo de una paciente con cultivo positivo de OXA- 48 ingresada en UCI del Hospital Regional Virgen Macarena (Sevilla), entre junio y julio de 2023.

Resultados/Intervenciones

Paciente, mujer, de 64 años, que ingresa en UCI del Hospital Regional Virgen Macarena, que procede de Hospital de referencia, tras 8 días en UCI.

Se traslada a UCI del HVM, tras canulación y comienzo de terapia ECMO V-V femoro-femoral (Drenaje 25 F: femoral dcha. Retorno 21 F: femoral izda.).(16 días de Terapia ECMO). Aislamiento. Conectada a VM con parámetros ultraprotectores. Estancia en UCI 25 días.

Conclusiones

Las infecciones producidas por bacterias multirresistentes han demostrado condicionar gravemente la evolución de los pacientes en UCI, con elevadas tasas de mortalidad, siendo mayoritariamente de origen nosocomial.

Los tratamientos combinados se han asociado con una menor mortalidad que la monoterapia.

Las medidas de prevención y control son eficaces para reducir la transmisión de los BGN-MR y se basan en poner barreras a los medios de transmisión mediante el uso de las medidas de control de infecciones, actuando en diversos ámbitos, así como como la utilización de estrategias combinadas junto al proyecto Resistencia Zero.

La terapia ECMO VV, está considerada como una terapia de rescate en insuficiencia respiratoria refractaria tras fracaso de otras medidas, siendo su inicio precoz, esencial para la recuperación de nuestra paciente.

Consideramos que las enfermeras/os son fundamentales en el reto del control de la infección y de la diseminación.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Klebsiella Pneumoniae • OXA-48 • ECMO • UCI

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 67

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE TRAS CIRUGÍA CARDIACA. CASO CLÍNICO

Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; A. Puebla Martín; JC. Muñoz Camargo; S. García-Velasco Sánchez-Morago; MG. García Fernández; MP. Rubio Serrano; C. Carrero Ruiz; AB. Aguirre Romero; AM. Espinar Ochoa; L. Claudia Dan Dan
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Los pacientes críticos que han sido intervenidos de cirugía cardiaca son pacientes complejos con un elevado riesgo de complicaciones que requieren una vigilancia intensiva y unos cuidados de enfermería estrictos.

El objetivo planteado con este trabajo es proporcionar los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica necesarios en un paciente crítico tras una cirugía cardiaca.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 74 años ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital de Segundo Nivel, el 16 de octubre 2023 tras intervención de cirugía cardiaca: sustitución mitral/anuloplastia tricúspidea, para destete.

Antecedentes personales:

- No alergias conocidas.
- Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus. Dislipemia.
- Fibrilación Auricular anticoagulada.
- Valvuloplastia mitral, 1990 y 2000.
- Infarto anterolateral 2022. Enfermedad coronaria de descendente anterior. Disfunción ventricular izquierda grave. Ventrículo derecho dilatado con contractilidad deprimida
- Hipertensión pulmonar severa.
- Ictus isquémico en territorio vertebro-basilar.
- Ictus cardioembólico en territorio de Arteria Cerebral Media derecha en julio 2023
- Espondiloatrosis lumbar. Abombamiento discal posterior L4-L5.

Evolución en la Unidad:

- Síndrome compartimental abdominal.
- Destete prolongado por polineuropatía del paciente crítico
- Episodios de sangrado peritraqueal
- Púrpura infecciosa, candidiásica / pseudomona.
- Shock hemorrágico con hematoma del recto anterior y sangrado a nivel de arteria epigástrica.
- Shock mixto, con Fallo Multiorgánico.
- Se realiza Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV), tras consenso del equipo de UCI, con la familia.
- La paciente fallece, el 7 de noviembre 2023

Resultados/Intervenciones

Las intervenciones enfermeras para un paciente tras ser intervenido de cirugía cardiaca, se establecen según los 11 Patrones funcionales de M. Gordon. (Tabla)

Conclusiones

Los profesionales de enfermería que atienden a los pacientes críticos que han sido sometidos a una cirugía cardiaca, deben proporcionar unos cuidados seguros y de calidad mediante la aplicación de procesos enfermeros sistematizados.

Financiación

Propia

Palabras clave

Cirugía cardiaca • Cuidados postoperatorios • Enfermería de Cuidados Críticos
Atención de enfermería • Enfermería basada en la evidencia

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud	Patrón 2: Nutricional - Metabólico	Patrón 3: Eliminación	Patrón 4: Actividad - Ejercicio	Patrón 5: Sueño y Descanso	Patrón 6: Cognitivo - Perceptual	Patrón 7: Autopercepción y Autoconcepto	Patrón 8: Rol y Relaciones	Patrón 9: Sexualidad - Reproducción	Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés	Patrón 11: Valores Y Creencias
*Paciente enferma. *Conoce enfermedad.	*Edema. *Nutrición parenteral *Nutrición enteral. *Pérdida de peso. *Problemas de cicatrización, resequedad, lesiones cutáneas *Urticaria. *Palidez. *Reacción anafiláctica	*Sangrado. *Uso de laxantes. *Uso de sondas. *Diarrea. *Estreñimiento. *Incontinencia fecal y urinaria. *Diaforesis *Disuria *Poliuria *Retención urinaria.	*Disnea *Cianosis *Tos *Uso de oxigeno *Hipoxia *Hipotensión arterial *Taqui y bradicardia *Edema *Cansancio excesivo *Hipotonía *Inmovilizaciones *Ulceras por presión.	*Necesita ayuda farmacológica para dormir/descansar en la noche *Dificultad para conciliar el sueno *Inversión del ciclo circadiano *Somnolencia diurna *Confusion o cansancio por falta de descanso *Disminucion de la capacidad de funcionamiento *Conducta irritable por falta de descanso *Insomnio	*Alteración de los sentidos *Dolor *Nauseas *Inconsciente *Desorientado *Deficiencias en cualquiera de los sentidos *Confusion *Fobias *Miedos	*Dificultad en la percepción de la imagen corporal *Trastornos de la imagen corporal. Impotencia *Cambios del estado de ánimo (emotividad, voluntad...) *Deterioro de la valía	*Procesos familiares disfuncionales *Conflicto del rol que desempeña	*Problemas y cambios en las relaciones sexuales	*Se encuentra tenso, estresado, irritable, enojado, agresivo *Presenta crisis importantes	*Se siente desahuciado *Tiene problemas para realizar sus prácticas religiosas.

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 91

TRANSPORTE EN ECMO PRIMARIO DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A NEUMONÍA NEUMOCÓCICA VS GRIPE A

José Andrés Pérez Merino; J. Robles Carrión; FJ. Vega Vázquez
Hospital Regional Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Entendemos por transporte en ECMO primario aquel en que un paciente que requiere ECMO se encuentra en un hospital que no tiene capacidad para iniciar dicha terapia, por lo que requiere el desplazamiento de un equipo experto para la canulación e inicio de la ECMO y el posterior transporte hasta el centro dónde recibirá tratamiento.

Objetivos

- Describir transporte en ECMO primario.
- Exponer y analizar líneas de mejora con el uso de check-list para optimizar la seguridad del paciente ante estos episodios de alta complejidad.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de un paciente crítico, afectado de IRA secundaria a neumonía neumocócica que precisó soporte con ECMO VV y transporte primario a la UCI del HUVM (Sevilla).Mujer de 53 años que acude a Hospital Regional de Rio Tinto, diagnosticada de neumonía bilateral neumocócica+gripe A. Precisó soporte invasivo más pronación. Tras fracaso de medidas se decide escalar activando equipo de ECMO de HUVM, se organiza transporte con ECMO primario.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron los pertinentes check-list (hospital emisor, material de transporte, vehículo, canulación y hospital receptor) así con las evaluaciones posteriores.

Tras la llegada del equipo experto se procedió a la correspondiente canulación en quirófano e inicio de terapia con ECMO VV.

Una vez estabilizada la paciente, se inicia el transporte hacia HUVM por carretera. Alli tras una perfecta coordinación se produce la recepción de la paciente por el equipo multidisciplinar de la UCI para continuar con su tratamiento.

Conclusiones

Se trata de un episodio de alta complejidad que requiere de un equipo multidisciplinar experto y en continua formación. Debe estar protocolizado, así como se ha de seguir un check-list de forma minuciosa con el fin de garantizar la seguridad del paciente.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 94

EFICACIA DEL DECÚBITO PRONO EN EL DISTRES RESPIRATORIO

Nira Idaira González González; C. Marrero Verde; C. Ramos Viera; JM. Yánez Ramírez; YC. Zerpa Pérez
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

Determinar los efectos de la posición prono sobre la mecánica ventilatoria en pacientes con distrés respiratorio.

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una enfermedad pulmonar inflamatoria aguda y difusa que tiene como consecuencia un aumento de la permeabilidad vascular pulmonar y una disminución del tejido pulmonar aireado. Se caracteriza por presentar hipoxemia, disminución de la compliance, aumento del shunt intrapulmonar y del espacio muerto fisiológico(1). La posición del decúbito prono (DP) ha mostrado alta eficacia en la aplicación clínica en pacientes críticos que requieren mejorar su ventilación(2,3).

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa. Para la realización del trabajo se han buscado artículos en pubmed. Search: (prone position[MeSH Terms]) AND (acute respiratory distress syndrome[MeSH Terms]) Filters: Free full text, in the last 1 year, Adult: 19+ years (4-10).

Resultados/Intervenciones

La posición prono puede conducir a mejoras en la clínica del paciente. Esto depende entre otros factores en el inicio temprano o tardío de la terapia, la adecuada sedación del paciente y el manejo por parte del personal. Se recomienda además, la estandarización de los cuidados en cuanto a esta posición, para aumentar la calidad de los mismos.

Conclusiones

Diversos estudios han logrado demostrar que el empleo temprano de la posición prono reduce el porcentaje de mortalidad en pacientes con SDRA, logrando un mejor intercambio gaseoso y disminuyendo la estancia hospitalaria.

Palabras clave

Posición prono • Síndrome distrés respiratorio

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 112

¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LA DIÁLISIS CONVENCIONAL Y HEMOFILTRACIÓN EN NUESTROS PACIENTES?: CARACTERÍSTICAS Y SITUACIÓN DE LOS PACIENTES DE UVI HEMODIÁLISIS VERSUS HEMODIAFILTRACIÓN

María Ángeles de Pedro Sánchez; M. Bustamante Munguira; A. Sancho Moreno; E. Bustamante Munguira; M. Franco Martí; A. Coca Rojo; R. Alcalde Susi; P. de la Torre Vélez
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivos/Introducción

Estudiar si existen diferencias, en cuanto a situación y confort de los pacientes en diálisis convencional frente a aquellos que se someten a hemofiltración durante 3 meses (octubre-diciembre 2023) en una unidad de cuidados intensivos (UCI) terciaria.

Metodología/Observación clínica

Cohorte observacional prospectiva con intervención (diálisis- hemofiltración), se analizan variables demográficas, escalas de dolor y confort, así como terapia en 8 pacientes ingresados en UCI (oct-dic 2023) con necesidad de terapia extrarrenal.

Resultados/Intervenciones

8 pacientes de los cuales, 62,5% (n=5) son mujeres frente al 37,5% (n=3) son varones.
Edad media: 59,5 años.Apache II medio: 17 con 24 % de probabilidad de muerte.
Factores de riesgo: 52% HTA, 25% insuficiencia renal crónica, 15% diabetes mellitus, 25% inmunodepresión.
Motivo de ingreso: shock séptico 25%, IRA 50%, PCR 12,55
Pancreatitis aguda grave 12,5%
Mortalidad intrauci 12,5%.
Estancia media: 27,3 días.87,5% requirió ventilación mecánica frente a 12,5% no.
El acceso venoso: 60% VYD, 30% SD, 5% FD 5% FI.
En la fase inicial de observación todos requirieron aminas y precisaron terapia de hemodiafiltración continua, posteriormente se procede a comparar hemofiltro frente a diálisis.

Conclusiones

- La estabilidad clínica y necesidad de aminas (dosis dependiente) son los parámetros que nos van a marcar la diferencia entre diálisis y hemofiltro, nuestra pequeña cohorte así lo muestra, iniciando la diálisis en el periodo de estabilidad o recuperación clínica.
- En cuanto al dolor, se observa menos dolor (movilizaciones o por UPP) en pacientes en diálisis probablemente porque ya están en fase de recuperación frente a hemofiltración.
- El dolor en aquellos pacientes sedados y con aminas se observa en las movilizaciones o aseos.
- No existen diferencias entre las observaciones de mañana y tarde, aunque el paciente refiere estar más cansado en la tarde. Sin diálisis nocturna.
- En cuanto a la carga de enfermería, no hemos detectado diferencia alguna.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

UCI • Diálisis • Hemodiafiltración • Dolor

	PAM	FCm	AMINAS	EVA	SEDACIÓN
DIALISIS	109,65	75,25	12,5%	0,42	10%
HEMOFILTRACIÓN	63,31	104,97	87,5%	3,42	80%

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 175

COMPARATIVA DEL TIEMPO DE CONSULTA DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO DESDE EL INICIO DE LOS SINTOMAS PRE VS POSTPANDEMIA: ¿HAY UNA BUENA EDUCACIÓN SANITARIA?

Israel Talavera Blanco[1]; L. Segovia García de Marina[1]; JF. Muñoz Moreno[1]; MC. Martín Rodríguez[1]; M. Portilla Botelho[1]; CM. Marín Marín[1]; C. Carrero Ruiz[1]; M. Prado Peinado Peral[1]; J. Mateo Sotos[2]; A. Puebla Martín[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Universidad de Castilla La Mancha

Objetivos/Introducción

- Evaluar el tiempo que tardan en consultar los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) desde el inicio de los síntomas hasta su llegada al sistema sanitario en la provincia de Ciudad Real.
- Comparar los tiempos entre el período pre y postpandemia con el objeto de evaluar si la población tiene consciencia de la enfermedad y si hay una buena educación sanitaria.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo utilizando los datos recogidos de pacientes con SCA que ingresan en la unidad coronaria del Hospital General Universitario de Ciudad Real

Resultados/Intervenciones

- En el año 2019 se incluyeron 91 pacientes y en el 2023, 100. Como se muestra en la tabla 1, más del 50% de los SCA eran SCACEST.
- En el tiempo de consulta, como se indica en la TABLA 2, se evidencia una disminución en los minutos de retraso en la llegada de los pacientes al sistema sanitario con una media de 244,51 min en 2019 respecto a 173,66 min en el periodo post-pandémico.
- En el caso de SCASEST, ha disminuido el tiempo en 80,37 min y en el SCACEST en 61,31 minutos respecto al período prepandemia.

Conclusiones

Ha habido una disminución en el tiempo de consulta de los pacientes con SCA desde el inicio de los síntomas hasta su llegada al sistema sanitario en el periodo postpandemia de hasta unos 80,37 minutos en el caso del SCASEST y de 61,31 min en el SCACEST. Esto puede deberse a las campañas de educación sanitaria en la población que se están realizando en nuestra provincia para identificación de los síntomas.

Financiación

No hay financiación reseñable para esta comunicación.

Palabras clave

Síndrome coronario agudo • tiempo • diagnóstico • educación sanitaria

sigue –>

NÚMERO PACIENTES	AÑO 2019	AÑO 2023
SCASEST	46 (47%)	39 (39%)
SCACEST	51 (53%)	61 (61%)
TOTAL	97	100

TABLA 1. Número de pacientes incluidos en el estudio.

TIEMPO DE CONSULTA	TIEMPO DE CONSULTA AÑO 2019 (MINUTOS)	TIEMPO DE CONSULTA AÑO 2023 (MINUTOS)
SCASEST	294,82	214,45
SCACEST	194,19	132,88
TOTAL	244,51	173,66

TABLA 2. Comparativa de promedios del tiempo de consulta desde inicio de los síntomas hasta la llegada al sistema sanitario en minutos del SCACEST vs SCASEST de los años 2019 y 2023.

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 188

ICTUS ISQUÉMICO TRAS ESTERNOTOMÍA MEDIA BAJO CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Cristina García Álvarez; E. Malmierca González
Hospital Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

Actualmente, los avances en la cirugía cardiaca son continuos y extraordinarios. Analizaremos la afectación directa que tienen estas cirugías cardiacas, realizadas bajo la circulación extracorpórea, sobre todos los sistemas orgánicos, mediante un caso clínico observado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Vamos a analizar la repercusión de los trombos cardioembólicos que pueden formarse en la cirugía cardiaca, siendo el momento de mayor riesgo el momento del clampaje aórtico.

Metodología/Observación clínica

Estamos ante un síndrome aórtico agudo procediéndose a la sustitución aórtica y un doble pontaje coronario, realizándose una esternotomía media bajo circulación extracorpórea de forma urgente.

Estudiamos el caso clínico con las pruebas complementarias realizadas durante su estancia, así como su evolución clínica.

Resultados/Intervenciones

Tras la revisión de varios estudios y casos clínicos, obtenemos como resultado que la incidencia de las complicaciones neurológicas de origen cardioembólico dependen de la metodología utilizada durante la cirugía. Se observa que existe una mayor incidencia en cirugías de reemplazo valvular que en las de resvacularización coronaria.

Cabe destacar que cobran un gran papel, el tiempo de hipoperfusión sistémica y la embolización perioperatoria de macro y microembolias desde la aorta, desde las cavidades cardiacas o desde el propio circuito de circulación extracorpórea, ya que también hay diversos estudios en los que se ha observado que hay una menor frecuencia de complicaciones neurológicas causadas por trombos de origen cardioembólico en pacientes que se han operado sin hacer uso de la bomba extracorpórea.

Conclusiones

Debemos tener en cuenta las complicaciones que conlleva una cirugía cardiaca realizada bajo circulación extracorpórea, siendo de gran repercusión funcional las complicaciones neurológicas. Imprescindible la valoración integral en el postoperatorio inmediato y tardío, siendo vitales las primeras 24-48 horas.

Aunque existan causas multifactoriales, adquieren especial relevación el tipo de técnica quirúrgica realizada, el tiempo de circulación extracorpórea y de hemostasia y los antecedentes médicos.

Palabras clave

Cirugia cardiaca • Circulación extracorpórea • Trombo cardioembólico • Complicaciones neurológicas • Unidad de Cuidados Intensivos • Clampaje|Ictus isquémico

sigue –>

ICTUS ISQUÉMICO TRAS ESTERNOTOMÍA MEDIA BAJO CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Álvarez, Cristina; Malmierca González, Esther.
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Salamanca.

Las complicaciones neurológicas en pacientes sometidos a cirugías cardíacas con sistemas de circulación extracorpórea son relativamente frecuentes, siendo más frecuente la afectación del sistema nervioso central por causa embólica en los 2-3 primeros días de postoperatorio.

Esto conlleva una elevada morbi-mortalidad, el aumento de las estancias hospitalarias, un elevado gasto de recursos sanitarios y, por supuesto, graves consecuencias en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

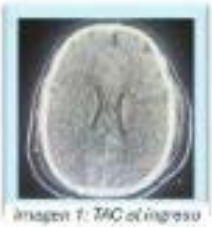


Imagen 1: TAC al ingreso

Antecedentes: Varón. 73 años, IABVD, exfumador y dislipémico. Resto de antecedentes sin relevancia.

Diagnóstico principal: síndrome aórtico agudo por úlcera penetrante en aorta ascendente con hematoma hasta aorta ascendente distal.

Ingreso: Paciente sin clínica neurológica. Se realiza Tomografía Axial Computarizada cerebral (TAC) de control (imagen 1). Sin alteraciones significativas

Intervención quirúrgica: Al día siguiente de su ingreso, se realiza: esternotomía media bajo circulación extracorpórea con carácter urgente. Sustitución aórtica + doble pontaje coronario. Sin incidencias relevantes.

Día 1 post-IQ: Tras ventana de sedación, apertura ocular espontánea sin conectar con el medio. Sin respuesta al estímulo doloroso.

TAC cerebral: hipodensidades corticosubcorticales sugerentes de lesiones isquémicas en hemisferio derecho, (respetando ganglios basales), en hemisferio izquierdo, en áreas de pequeño tamaño frontales y en región parieto-occipital. Focos hipodensos de similar etiología en ambos hemisferios cerebelosos.

Día 3 post-IQ: ***TAC cerebral:*** Lesiones isquémicas establecidas en región de arteria cerebral media derecha y parietal izquierda y hemisferios cerebelosos. Edema cerebral con desviación de líneas media y obliteración del ventrículo lateral derecho.

Día 5 post-IQ: Pupilas mióticas, reactivas. Asimetría de oximetría cerebral. Tras ventana de sedación, apertura ocular con supraversión de la mirada y nistagmo. Sin conexión con el medio. Sin respuesta ante estímulos dolorosos.

Imagen 2: ictus isquémico establecido (día 5 post-IQ)

TAC cerebral: ictus isquémico establecido en territorio de arteria cerebral media derecha con mayor efecto masa sobre líneas media (imagen 2). Efecto compresivo contra ventrículo homolateral. Signos de herniación transtentorial descendente. Sin modificaciones en el resto de las lesiones isquémicas ya descritas previamente. Sin signos de hemorragia.

Día 6 post-IQ: Reflejo de amenaza ausente. Babinski positivo bilateral. Respuesta extensora al dolor. Pronóstico funcional desfavorable. Informada familia, limitan esfuerzo terapéutico.

Conclusiones: Las complicaciones neurológicas originadas por un trombo cardioembólico son relativamente frecuentes en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, aumentando el riesgo si se emplea la circulación extracorpórea, siendo el momento del clampaje aórtico donde mayor riesgo hay. Imprescindible realizar valoración integral en el postoperatorio.

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 225

CON TANTAS VUELTECITAS TIENES MÁS IMPEDANCIA DE LA QUE NECESITAS

Laura Romero Mancha; M. Funes Alberto; S. Gianinetto López
Hospital de la Linea

Objetivos/Introducción

Mujer 78 años, noRAM. Antecedentes: HTA, Dislipemia, Diabetes Mellitus II. Fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta, con implante de marcapasos definitivo en 2019. IAM tipo 2. Ictus isquémico. Dependiente para ABVD, obesidad mórbida. Grado de demencia. Seguimiento en consultas de marcapasos con aumentos de umbral e impedancia.

Metodología/Observación clínica

1. Aumento de umbrales e impedancia en los seguimientos. Se realiza Radiografias que muestran cable ventricular con enrollamiento sobre su eje en zona distal y proximal.
2. Se explica la necesidad del recambio del cable ventricular por impedancias muy altas. Durante la entrevista vemos como palpa el generador y lo rota sobre su eje. Se informa de ello y se comunica cambio inmediato. Se introduce nuevo cable ventricular sobre generador antiguo. A las 24 h de su recolocación se objetiva dislocación temprana del electrodo.
3. Durante la revisión tras 8 días se observa control de captura total. Radiografía de tórax muestra nuevamente dislocación completa de electrodo.

Resultados/Intervenciones

Se libera el electrodo ventricular y pieza de sujeción liberando looping proximal y volviendo a su posición inicial de forma espontanea, sin embargo persiste el looping inferior y se registran impedancias de 2500ohm con umbral de 2.5mV salida de 0.4. Se decide inserción de nuevo cable ventricular en septo Ventrículo Derecho con impedancias 650ohm, umbral 0.50mV. En revisión observamos que el marcapasos no capta, visualizándose en Radiografía cable ventricular en entrada de aurícula, precisando abertura de antigua herida quirúrgica y nuevo implante de electrodo en ápex Ventrículo Derecho. Tras 8 dias reingresa en UCI por nueva dislocación de cable ventricular mediante manipulación externa, precisando administración de aleudrina para mantenimiento de FC a 60Latidos minuto.

Precisa nuevo MCP profundizado posterior a pectoral.

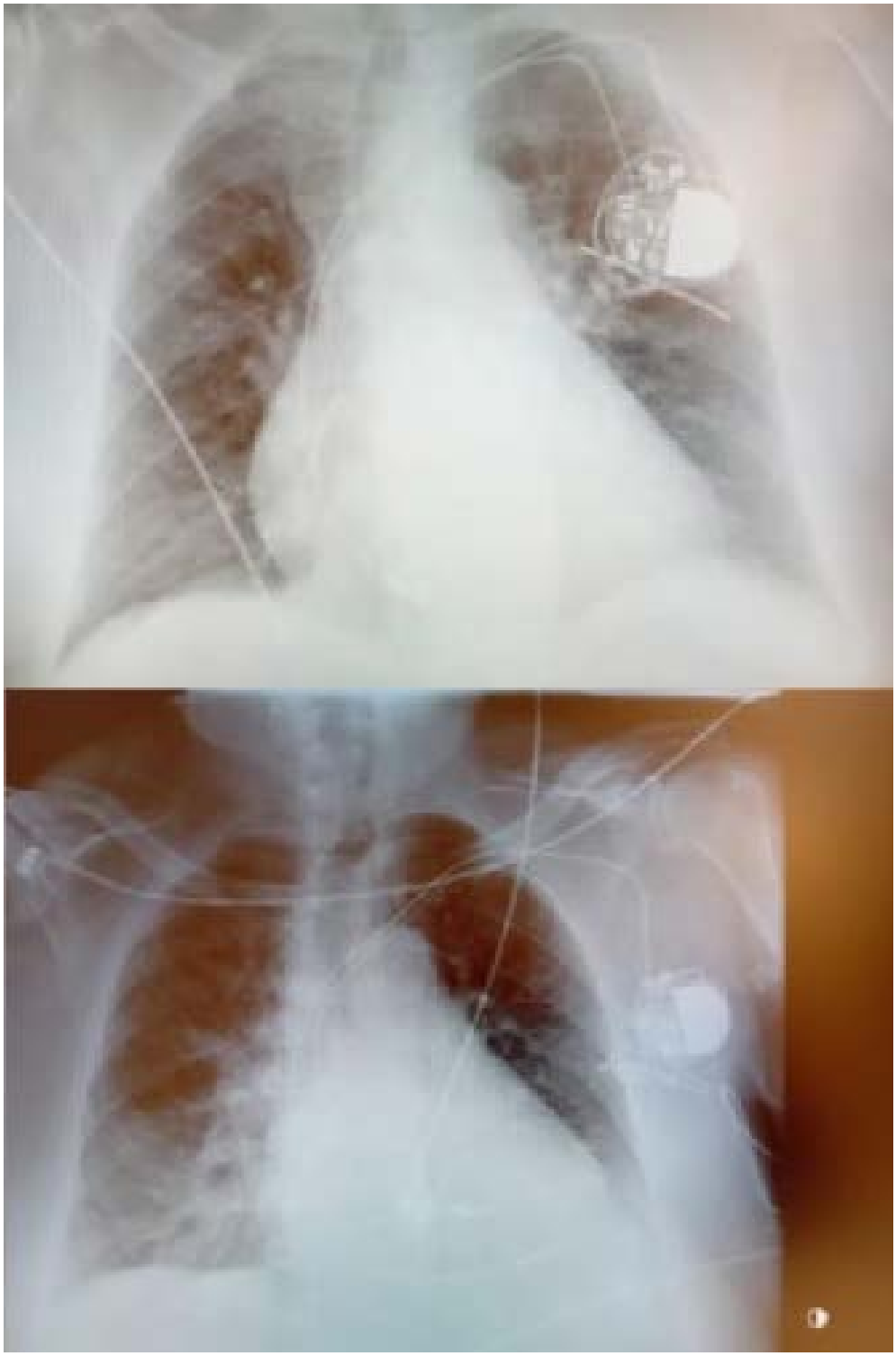
Conclusiones

Un MCP hace latir el corazón proporcionando calidad de vida, evitando riesgos derivados de problemas de conducción. Le ayudará a controlar su HTA y su movimiento.

Palabras clave

marcapsos • impedancia • Síndrome de Twiddler

sigue –>



Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 233

PROTOCOLO DE EXTUBACIÓN EN PACIENTES POST CIRUGÍA CARDÍACA

Raissa Bastos Teixeira; A. Tanta Álvarez; M. Herrera Juan
Hospital Universitari Clinic de Barcelona

Objetivos/Introducción

Introducción: En los últimos años la cirugía cardíaca ha avanzado exponencialmente y con ello los cuidados aplicados en la UCI. Se ha visto la necesidad de establecer protocolos para mejorar la calidad de los cuidados aplicados a los pacientes de post cirugía cardíaca con el objetivo de disminuir la morbimortalidad y días de estancia en UCI. Un ítem contemplado en dicha mejoría es la extubación precoz a fin de disminuir los riesgos asociados a la ventilación mecánica (VM).

Objetivo: Diseñar un protocolo de extubación en pacientes post cirugía cardíaca.

Metodología/Observación clínica

La elaboración del proyecto se lleva a cabo mediante el método del Círculo de Deming, del cual se desarrollarán las dos primeras fases. Para ello se elabora un protocolo a partir del análisis crítico de diferentes artículos y protocolos oficiales, además de la experiencia de diferentes profesionales de unidades de cuidados intensivos. En el se describen los pasos que se deben llevar a cabo para proceder con el weaning en un paciente post cirugía cardíaca teniendo en cuenta la estabilidad hemodinámica del paciente. También se mencionarán las posibles complicaciones y cómo actuar al respecto.

Resultados/Intervenciones

Las intervenciones son aquellas acciones que se llevarán a cabo por el personal de enfermería y que estarán recogidas en el protocolo elaborado. Dicho protocolo contempla los siguientes ítems:

- Evaluación hemodinámica
- Evaluación respiratoria
- Evaluación neurológica

Conclusiones

La escasa bibliografía sobre el proceso de un destete en un paciente post cirugía cardíaca y la ausencia de un protocolo específico para llevarlo a cabo han reafirmado la necesidad de crear un protocolo consensuado, sencillo y fácil de utilizar para todos los profesionales implicados.

Financiación

No procede.

Palabras clave

weaning • destete • extubación precoz • cirugía cardíaca

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 238

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN VASO/CATÉTER EN LA CANALIZACIÓN ARTERIAL RADIAL EN UCI

Javier Perdiguero Garé[1]; A. Ibarrola Ekiza[1]; T. Castro Sánchez-Bermejo[1]; M. Santos González[1]; C. Moreno Cerrada[1]; MP. Rodríguez Gómez[2]; ME. Lázaro Varas; V. Benito Rojas[1]
1. Hospital Fundación Jiménez Díaz; 2. Escuela Fundación Jiménez Díaz-UAM

Objetivos/Introducción

La canalización arterial es uno de los procedimientos indispensables en la práctica diaria que podemos encontrar en las unidades de cuidades intensivos, quirófanos o UCI quirúrgicas entre otras.

Nuestra profesión, tanto en el ámbito de Anestesia como de Cuidados Intensivos, juega un rol importante en la investigación y formación en este tipo de acceso vascular, teniendo una visión privilegiada para ello. Sin embargo, falta mucho por investigar y no encontramos evidencia acerca de aspectos que influyen de manera significativa en la canalización de accesos vasculares en general, como:

1. Cuál es la ratio idónea entre el diámetro del catéter utilizado habitualmente en las arterias radiales respecto a la medida del vaso.
2. Qué consecuencias pueden conllevar una alta ocupación del vaso a nivel de circulación en el miembro en el que se encuentra colocado del catéter arterial.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado previamente una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, cuyos resultados más significativos se comentan en “Conclusiones”. Tras esta búsqueda, la hipótesis de una mayor necesidad de estudiar la evaluación de la ratio catéter-vaso en las canalizaciones arteriales se fortalece.

Resultados/Intervenciones

Tras la realización de la revisión se ha propuesto un estudio observacional que está siendo valorado por el Comité de Ética del Hospital para llevarlo a cabo. Esperamos poder hablar del proyecto y de los resultados en el Congreso.

Conclusiones

El espacio ocupado por el catéter arterial debería estar entre un 33 y un 45% según la literatura. Termina de surgir la hipótesis principal de esta revisión: el escaso diámetro que presenta la arteria radial conlleva que el catéter más utilizado en nuestro hospital, el “LEADERCATH ARTERIAL PUR L. 8 cm. 20 G”, ocupa un espacio superior.

En cuanto a la segunda cuestión (efectos en la circulación del vaso y del miembro superior en el que se realiza la canalización), la literatura es escasa.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 239

INFARTO DE MIOCARDIO ALÉRGICO POR PICADURA DE ABEJA

Beatriz Gómez Martín
Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivos/Introducción

El Síndrome de Kounis es la asociación del síndrome coronario agudo (SCA) en el contexto de una reacción de hipersensibilidad cuya prevalencia es difícil de filiar y su etiología es multifactorial (1,2), lo que dificulta su detección temprana y manifiesta la importancia de conocer entidades menos comunes (3,4). El objetivo es, a propósito de un caso, definir las intervenciones de enfermería y el plan de cuidados que se llevó a cabo en el Servicio de Cuidados Cardiológicos Agudos.

Metodología/Observación clínica

A partir de la presentación de un caso se ha configurado un plan de cuidados, en el que, según la valoración de enfermería se identificaron los diagnósticos enfermeros a partir de la taxonomía NANDA y se enumeraron los objetivos que cumplimentar ante este escenario clínico.

Resultados/Intervenciones

Se presenta el inusual caso de una mujer que sufre un infarto agudo de miocardio (IAM) con parada cardiorrespiratoria (PCR) secundario a la picadura fortuita de una abeja. Los diagnósticos enfermeros principales son la perfusión tisular ineficaz (0024), la disminución del gasto cardiaco (0029) y el deterioro del intercambio de gases (0030). Las intervenciones de enfermería deberán alcanzar la perfusión tisular cardiaca, pulmonar y cerebral para que el manejo en fase aguda sea óptimo y acompañe al tratamiento médico, la reperfusión urgente y la supresión de la reacción alérgica.

Conclusiones

El Síndrome de Kounis es una patología emergente e infradiagnosticada por lo que resulta fundamental definir intervenciones específicas para instaurar un diagnóstico médico precoz, así como un plan de cuidados que mantenga el abordaje holístico de esta entidad tan poco común.

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. ***Sala 121***

ID 261

CUIDADO DE LOS SISTEMAS DE PRESIÓN ARTERIAL: SOLUCIÓN SALINA VS HEPARINA

Rayco Álvarez Díaz; V. Padrón Noda; Z. Álvarez Díaz; ÁS. Pérez Martín; ME. Hernández Pérez; JA. Sosa Hernández; MJ. López Mesa; LM. García Clemente; JD. González Soca
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Objetivos/Introducción

Dentro de los cuidados de los sistemas de presión arterial, es vital un correcto manejo de la Solución Salina (SF) en el manguito presurizador. Hoy en día, se sigue haciendo uso de la heparina (Hp) para mantener la permeabilidad del sistema. Este estudio plantea conocer la evidencia científica de la utilización de la Hp en el cuidado de los sistemas de presión arterial.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cochrane Library y Biblioteca Virtual del Servicio Canario de la Salud. Se utilizaron los siguientes descriptores: “Heparina”, “monitorización hemodinámica”, “transductores de presión”, “presurizador”, “catéteres”, “arterias”. Se incluyó literatura relacionada con el correcto manejo de los sistemas de presión y el uso de Hp en catéteres arteriales publicada entre 2010 y 2023.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvo un total de 465751 resultados. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, eliminar los duplicados y realizar una lectura de título y resúmenes, se eligieron 6 artículos y 2 libros como de interés. (ver tabla anexa)

Conclusiones

En general, no se observan diferencias significativas entre los sistemas de presión con SF o Hp. Sin embargo, existen recomendaciones que sí han demostrado efectividad en los cuidados y mantenimiento de los sistemas, como comprobar el nivel flebostático y el sistema presurizador, además de realizar el cero de presión y el test de lavado de onda cuadrada mínimo cada 8 horas. Por otro lado, se ha demostrado que no es necesario el uso de Hp siempre que el presurizador del SF sea de 500 ml con una presión de 300 mmHg, ya provoca una entrada continua de 2-3 ml/h aproximadamente de SF según la presión arterial evitando la coagulación del sistema. Por último, se recomienda cambiar el SF cuando quede 1/4 del mismo.

Palabras clave

Heparina • Monitorización Hemodinámica • Transductores de Presión • Presurizador • Catéteres • Arterias

sigue –>

Año y Autor	Metodología	Resultados
2010, Vázquez-Calatayud M et al.	Revisión sistemática	1 metaanálisis y 2 ensayos avalan el uso de heparina, pero otro metaanálisis y 4 ensayos no encontraron diferencias significativas. Los últimos estudios sugieren que no es necesario el uso de heparina para mantener permeable el catéter arterial.
2014, Robertson-malt S et al.	Ensayo clínico aletorizado	Los resultados de estudios que compararon el uso de heparina a 1-2 ui/h bajo presión continua fueron imprecisos y no arrojaron una evidencia definitiva en el mantenimiento y funcionalidad del catéter arterial radial contra la infusión normal de suero salino.
2015, Alizadehasl A et al.	Ensayo clínico aletorizado	En los 3 primeros días posoperatorios de cirugía cardíaca no hubo significación estadística entre el grupo con presurizador heparinizado con el no heparinizado en relación al correcto trazado de la curva arterial. Todos los $P > 0.05$.
2015, M. E. Lough	Libro	Fundamentos de la monitorización hemodinámica. Formas de la curva arterial. Aplicaciones clínicas en monitorización hemodinámica.
2015, Ziyaeifard M et al.	Ensayo clínico aletorizado	El 8% del grupo de SF se obstruyó, el 6% del grupo Heparinizado también lo hizo. No existe una diferencia significativa entre ambos grupos.
2018, McGee W. T. el al	Libro	Correcto cuidado, manejo y configuración de los sistemas de presión. Respuesta dinámica del sistema.
2019, Xiong J et al.	Estudio de cohorte (170 SF vs 2930 heparina).	La Administración de heparina al sistema salino presurizado no reduce la incidencia de trombosis de catéter. Se ha visto pequeñas variaciones analíticas en el uso de heparina.
2023, Oh C et al.	Estudio observacional descriptivo	Cambios en la nivelación del sistema de presión varían en los resultados de la presión. Importancia del cuidado de los sistemas de presión, distancia entre el nivel flebostático y el sistema presurizador.

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 278

SIGNO DE JOSEPHSON COMO INDICADOR DE TAQUICARDIA VENTRICULAR. EN RELACIÓN A UN CASO

Santiago García Velasco Sánchez Morago; A. Puebla Martín; A. Gómez Sobrino; S. García del Castillo Muñoz; G. García Fernández; M. Herrera del Campo; I. Rivero Merino; I. Vázquez Rodríguez Barbero
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El electrocardiograma (ECG) sigue constituyendo un método rápido, sencillo e indoloro en la exploración de los pacientes que tienen arritmias o un episodio coronario. Añadido a la monitorización continua de los pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), proporcionan una valiosa información.

Metodología/Observación clínica

En los pacientes con procesos cardiacos, la realización de ECG seriados nos informa sobre su evolución. En caso de arritmias de reciente aparición, el ECG sigue siendo una fuente de información rápida y reproducible de su estado. Cuando la arritmia que aparece es una taquicardia con QRS ancho, hay que discernir entre supraventricular (TSV) con aberrancia o taquicardia ventricular (TV) con diferentes criterios electrocardiográficos.

Resultados/Intervenciones

Se trata de un varón de 68 años ingresado en UCI por taquicardias de repetición para diagnóstico y ajuste de tratamiento. En la monitorización hace rachas de taquicardia con QRS ancho, no valorables por su duración. En un episodio más prolongado se puede realizar ECG en el que muestra unos complejos en las derivaciones septales (V1-V2) con una muesca en la zona más baja de la rama descendente de la onda S, denominado signo de Josephson que orienta a un origen ventricular de la taquicardia (figura 1). Ante la recurrencia de las arritmias a las medicaciones antiarrítmicas habituales, el paciente comenzó tratamiento con mexiletina, remitiendo tras la misma la aparición de las TV.

Conclusiones

La realización del ECG en pacientes con taquicardias de QRS ancho pueden orientar el diagnóstico del origen de la arritmia. Criterios como la disociación AV, los latidos de captura, la concordancia de eje en derivaciones precordiales, el signo de Brugada y el presentado signo de Josephson orientan a un diagnóstico de TV.

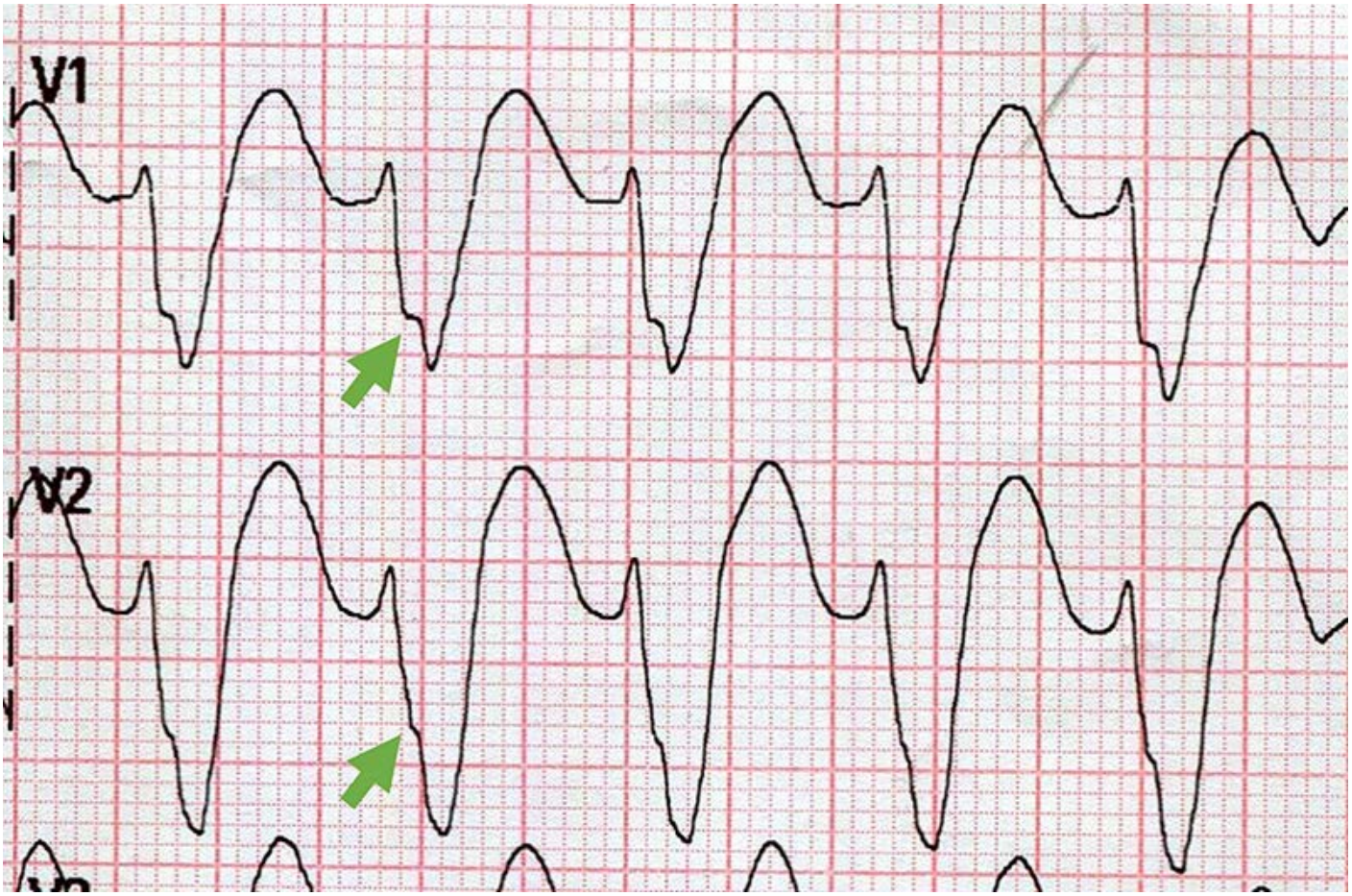
Palabras clave

Arritmias • Taquicardia ventricular • Mexiletina • Signo de Josephson • Electrocardiograma

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster



Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES I. *Sala 121*

ID 335

SEDESTACIÓN Y MOVILIZACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE PORTADOR DE ASISTENCIA VENTRICULAR - IMPELLA 5.5 TRANSAXILAR

Roser Soler Selva; M. Santano Rojas; L. Beltrán Folch; A. Castillo Ibáñez; C. Guerrero Pérez; L. Ferrer Bañolas
Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos/Introducción

El impella es un dispositivo de asistencia ventricular izquierda que se puede utilizar como asistencia durante la angioplastia coronaria de alto riesgo, en el tratamiento del shock cardiogénico y como terapia puente a trasplante cardíaco.

El objetivo del caso es establecer un plan de cuidados de enfermería para los pacientes portadores de Impella 5.5 implantada transaxilar en movilización y sedestación precoz.

Metodología/Observación clínica

Se presenta caso de un varón de 60 años afecto de una miocardiopatía hipertrófica por MYH7 (mutación genética) evolucionada en fase dilatada con disfunción ventricular severa. Se le implanta dispositivo ventricular Impella 5.5 vía axilar como puente a trasplante cardíaco, se encontraba en situación de insuficiencia cardíaca avanzada con signos de bajo gasto cardíaco.Se realizó una valoración enfermera según las 14 necesidades de Virginia Henderson en la movilización precoz y sedestación en butaca del paciente.

Resultados/Intervenciones

Se lleva a cabo la valoración enfermera siguiendo el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson se elaboró el plan de cuidados con los diagnósticos (NANDA), los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) con los indicadores de resultado y actividades; se evaluaron según la escala Likert. Como diagnóstico enfermero principal destacamos: Deterioro de la movilidad física y Riesgo de intolerancia a la actividad física. Como problemas de colaboración, riesgo de infección, riesgo de sangrado, riesgo de disminución del gasto cardiaco.

Conclusiones

El número de pacientes que llega a trasplante cardiaco en situación urgente con la ayuda de dispositivos de asistencia ventricular ha aumentado con el paso de los años. El dispositivo Impella 5.5 puede suponer una alternativa como puente al trasplante cardiaco. Este dispositivo es implantado en arteria axilar, a diferencia del Impella CP transfemoral, que obliga al paciente a permanecer encamado. El papel de enfermería es clave para promover la movilización segura y precoz, ayudando a prevenir y reducir las complicaciones asociadas al encamamiento prolongado.

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 18

MANEJO ENFERMERO DEL PACIENTE CRÍTICO CON DISPOSITIVO DE MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRACRANEAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Mercedes Fernández González; N. Jiménez Lucas
Hospital Clínico San Carlos Madrid

Objetivos/Introducción

- Conocer los cuidados enfermeros sobre el manejo del paciente con dispositivo de medición de presión intracraneal en unidades de cuidados intensivos.
- Adquirir conocimientos acerca de un método estandarizado para proporcionar una atención adecuada a los pacientes neurocríticos, mediante la realización de una búsqueda bibliográfica y respaldando esta información a través de un caso clínico real.

Metodología/Observación clínica

A través de un caso clínico real de nuestra unidad se decidió realizar una búsqueda bibliográfica amplia sobre el tema a tratar, debido a la importancia de los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes. Usando bases de datos como Scielo, Pubmed, Cuiden y acotando la búsqueda a los últimos diez años.

Resultados/Intervenciones

El caso clínico utilizado como referencia se trata de un paciente con diagnóstico de hematoma hipertensivo de ganglios basales izquierdo que precisó de monitorización de la presión intracraneal en la unidad de cuidados intensivos mediante un cáteter. La técnica de monitorización continua de la PIC nos permite el registro de la presión en la cavidad craneal. Sus valores normales son de 5-15 mmHg. Con alteraciones neurológicas puede aumentar, ejerciendo una presión adicional sobre el cerebro.Muchas intervenciones enfermeras realizadas diariamente, como la movilización o la aspiración de secreciones, pueden provocar su aumento, por ello debemos planificar los cuidados. Utilizaremos para la planificación de los cuidados una regla mnemotécnica de Jean Louis Vincent: “FAST HUG al least once a day”; donde cada letra representa un aspecto relevante en estos pacientes.

Conclusiones

Es esencial que el personal de enfermería cuente con conocimientos específicos para estructurar los cuidados enfermeros dirigidos a pacientes con alteraciones de la presión intracraneal. En este sentido, hemos llevado a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica, utilizando la información más actualizada y reflejándolo a través de un caso clínico real.

Financiación

Hospital Clínico San Carlos.

Palabras clave

Dispositivo de medición de presión intracraneal • Paciente neurocrítico y presión intracraneal

sigue –>

FAST HUG	
F- FEEDING (ALIMENTACIÓN) Se procedió con el sondaje nasogástrico (debido a bajo nivel de conciencia) e inicio precoz de nutrición enteral, con buena tolerancia.	**H-Head of the bed elevated (cabecero de la cama elevado)** Elevar el cabecero 30º disminuye la PIC favoreciendo el drenaje venoso.
A-ANALGESIA La presencia de dolor eleva los niveles de PIC. Se inicio analgesia continua con PC Remifentanilo, así como analgesia convencional. Además del uso escalas para valorar el nivel de dolor.	**U-STRESS ULCER PROPHILAXIS (PROFILAXIS DE ÚLCERA POR ESTRÉS)** Utilización de tratamiento farmacológico (antagonistas H2 o IBP), así como inicio precoz de nutrición enteral; para neutralizar el ácido gástrico y mejorar el flujo sanguíneo de la mucosa. Se inicio el tratamiento con Omeprazol c/24h, así como la NE.
S-SEDACIÓN Se inicia para reducir el nivel de estrés y la adaptación a VMI. Se inicia PC propofol, que con el avance a nivel respiratorio y neurológico es sustituida por PC Dexmetomidina.	**G- CONTOL DE GLUCEMIA** Se realiza control glucémico en todos los turnos.
T-PREVENCIÓN DE TROMBOEMBOLISMOS	Debido al éxtasis venoso y a la inmovilidad; así como al componente hipertensivo no controlado del paciente, aumenta el riesgo de formación de trombos. Para ello, se toman medidas antitrombosis. Se inician medidas mecánicas, ya que el paciente tiene componente hemorrágico y el tratamiento farmacológico podría agravarlo.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 37

GUÍA DE CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS

Francisco Millán Castilla[1]; GM. Lozano Carnerer
1. Hospital universitario Virgen de la Victoria; 2. Agencia Sanitaria Costa del Sol

Objetivos/Introducción

La donación de órganos y tejidos es un acto voluntario y altruista que permite realizartratamientos con trasplantes. El trasplante de órganos es, a veces, la única alternativaterapéutica en muchas enfermedades con fallo terminal de órganos. Para satisfacer la demanda de órganos y que estos tengan una calidad adecuada, hace falta: Sensibilizar e informar a la población acerca de la importancia y necesidad de lasdonaciones. Motivar y formar al personal sanitario de las distintas unidades generadoras parafavorecer su actuación y disminuir el estrés que dicha situación genera.

Nuestro hospital, actualmente, es el segundo de España en donaciones en su categoria; hospital no trasplantador y sin neurocirúgia.

Metodología/Observación clínica

Motivar y formar al personal de enfermería describiendo la organización logística de ladonación de órganos, así como el mantenimiento fisiológico del potencial donante.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron acciones formativas sobre las posibles alteraciones del potencial donante deórganos y los cuidados a realizar, incluidas en el “curso de enfermería de UCI” de nuestrohospital. Así como la elaboración de material didáctico y colocación de cartelería específica,para la rápida consulta del personal sanitario de nuestra unidad.

Conclusiones

La calidad del mantenimiento es probablemente el factor más importante en el resultadofavorable del trasplante y, consecuentemente, en la supervivencia del paciente e injerto.

El mantenimiento fisiológico y control del donante debe ser: precoz, estricto y realizado porprofesionales expertos.

Con una enfermería experimentada, dedicada en exclusiva al cuidado desde el diagnóstico demuerte encefálica hasta la entrada en quirófano, junto con un equipo multidisciplinar tambiénformado, puede llegar a reducirse hasta cero la pérdida de donantes por asistolia irreversible.

Palabras clave

trasplantes • Donante

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 59

CASO CLÍNICO: EXPERIENCIA INICIAL EN DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON ECMO-MÓVIL (MAASTRICH III)

Irene Rivero Merino; AB. Aguirre Romero; S. García del Castillo Muñoz; MT. Tapiador Aceñero; R. Sánchez García; L. Bravo Dondarza; A. Puebla Martín; C. Carrero Ruiz; M. Herrera del Campo; S. García Velasco Sánchez Morago
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El 42% de los donantes en España lo son en asistolia. Además, este tipo de donación ha pasado de ser exclusivamente renal a transformarse en multiorgánica, gracias a la generalización de un innovador procedimiento de preservación basado en dispositivos de circulación extracorpórea (ECMO).

El profesional de enfermería juega un importante papel en el proceso de la donación de organos, ya que posee los conocimientos, experiencia clínica y habilidad en la gestión.

Objetivo: Proporcionar cuidados de enfermeria basados en la evidencia cientifica que permitan el mantenimiento de los organos del paciente para conseguir una donación optima.

Metodología/Observación clínica

Varón de 63 años con diagnóstico de TCE grave, tras varios días de ingreso en UCI sufre un empeoramiento irreversible de su situación, se realizan las pruebas para el diagnóstico de muerte encefálica siendo negativas en varias ocasiones. Como el hospital no cuenta con soporte de ECMO, el equipo coordinador de trasplantes activa el equipo de ECMO móvil para la realización de DA controlada (Maastricht III).

La familia permaneció en todo momento junto al paciente, hasta el traslado a quirófano donde el equipo de ECMO móvil realizó la canulación. A continuación, se llevó a cabo LTSV, tras certificar la defunción por asistolia de 5 minutos se conectó a ECMO móvil, y se inició la perfusión regional normotérmica.

Resultados/Intervenciones

Evaluación del paciente siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon. (Se adjunta tabla)

Conclusiones

- Gracias a este tipo de donación, 5 familias obtuvieron una nueva oportunidad de vida.
- El papel de enfermería de cuidados intensivos es de vital importancia en el proceso de donación por el acompañamiento familiar y el cuidado del posible donante

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Critical care nursing • Ecmo • Tissue and organ procurement

sigue –>

Comunicaciones póster

NANDA	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección.	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso.	6540 Control de infecciones.
00108 Déficit de autocuidado: baño.	0305 Autocuidados: Higiene	1610 Baño. 1710 Mantenimiento de la salud bucal. 1650 Cuidados de los ojos.
00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.	0601 Equilibrio hídrico.	4120 Manejo de líquidos.
000195 Riesgo de desequilibrio electrolítico. 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.	0606 Equilibrio electrolítico. 0504 Función renal.	2000 Manejo de electrólitos. 1876 Cuidados catéter urinario.
00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular. 00032 Patrón respiratorio ineficaz. 00201 Riesgo de perfusión tisular ineficaz	0400 Efectividad de la bomba cardíaca. 0415 Estado respiratorio. 0909 Estado neurológico.	4210 Monitorización hemodinámica invasiva. 3350 Monitorización respiratoria. 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva. 2620 Monitorización neurológica.
00172 Riesgo de duelo complicado.	1304 Resolución de la aflicción.	6260 Obtención de órganos. 7140 Apoyo a la familia.
00206 Riesgo de sangrado	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	6650 Vigilancia

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 83

USO Y VENTAJAS DEL SISTEMA FLOWTRACK PARA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA EN SITUACIÓN DE SHOCK EN PACIENTES CRÍTICOS

Mónica Sanz Gutiérrez; J. Ubaldo Domínguez Martín; A. Canalejo Caballero; J. López Goya; T. Castro Sánchez-Bermejo; M. López Pazos; A. Sánchez Peláez; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Vargas; C. Moreno Cerrada
Hospital Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La monitorización hemodinámica en pacientes críticos es primordial, ya que sirve para conocer el diagnóstico, evaluar y valorar su situación, optimizando así las medidas terapéuticas y los cuidados de enfermería.

Existen diferentes tecnologías diseñadas para aportar una serie de datos hemodinámicos avanzados, que en situación de shock ayudan a conocer la causa y adecuar el tratamiento de manera precoz. De estas, ninguna cumple todos los requisitos: no invasiva, fiable, continua, reproducible, exacta y con los mínimos efectos secundarios.

El objetivo de esta revisión es conocer el sistema de monitorización Flowtrack o Vigileo, elegido por considerarse mínimamente invasivo y calcular parámetros hemodinámicos avanzados de manera continua.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una búsqueda sistemática a través de Google Chrome academy, Pubmed, Dialnet y Scielo, y la lectura crítica de manuales académicos durante los meses de octubre a diciembre del 2023. Palabras clave utilizadas: monitorización hemodinámica, shock, UCI, flowtrack, vigileo. De entre la recopilación, se han incluido 9 artículos.

Resultados/Intervenciones

El sistema flowtrack es en un sensor que mide la variación de la presión arterial. Cuando se conecta con el monitor Vigileo, es cuando obtenemos los datos hemodinámicos.

Para conseguirlo utiliza datos de la presión arterial junto con la edad, el sexo y la superficie corporal del paciente; así, a partir de la presión de pulso el sensor es capaz de calcular el volumen sistólico. Es capaz de ajustarse continuamente según el tono vascular sin requerir calibración manual externa. La única condición necesaria para su uso es el acceso de un catéter arterial, sin distinción de su localidad anatómica.

Conclusiones

- Es funcional con cualquier catéter arterial con la sustitución del transductor de presión.
- Autocalibración continua según el tono vascular.
- Aporta parámetros de flujo cada 20 segundos.

Ante un shock en el paciente crítico, contar con un sistema de fácil instalación mínimamente invasivo es fundamental para optimizar el cuidado.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 90

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO (DVE)

Teresa Dolarea Recio; MR. Rodríguez Puerta; M. Martínez Paul
Hospital Universitario Puerta del Mar

Objetivos/Introducción

En la Unidad de Cuidados Intensivos donde trabajamos hay una Unidad específica para el paciente Neurocrítico. Donde la colocación de un DVE está indicado como herramienta tanto diagnóstica como terapéutica, en pacientes con hidrocefalia, asociada a diferentes patologías.

Enfermería es la responsable de los cuidados, manejo y prevención de complicaciones asociados a este dispositivo.

Es importante tener los conocimientos necesarios para garantizar la seguridad del paciente y su correcto manejo clínico.

Para conseguir este objetivo realizamos una sesión clínica de manera presencial con los compañeros de la unidad, donde explicamos de forma básica los cuidados, material necesario para la colocación y principales problemas y resolución de los mismos.

Metodología/Observación clínica

Realizamos dos sesiones presenciales de veinte minutos de duración. Utilizamos y mostramos todo el material necesario para la colocación de un DVE y explicamos todo lo necesario para el correcto manejo de este paciente por parte del personal de enfermería.

Resultados/Intervenciones

Llevamos un registro de la asistencia a las sesiones.

El personal que asiste queda satisfecho con el contenido de la sesión.

El nivel de satisfacción mejora con la posibilidad de la consulta a través de la web del hospital de dicho contenido, ante la incorporación de nuevos profesionales a la unidad.

Conclusiones

La realización de este tipo de sesiones mejora el conocimiento sobre los cuidados de este dispositivo.

El personal se siente más seguro ante la información proporcionada en este tipo de formato formativo presencial.

Palabras clave

drenaje • enfermeria • cuidados • neurocritico

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 149

IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO NEUMONÍA ZERO EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Yaiza Ferrer Lanchares; C. Vergara Pérez; S. Pérez Gutiérrez; E. Cabo Garrote; MV. Fuentes Pérez
CAUPA

Objetivos/Introducción

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) es la infección nosocomial más prevalente en UCI. Durante la pandemia hubo un incremento nacional de tasa de incidencia, por ello en 2021 se actualizó y relanzó el proyecto neumonía zero (NZ), cuyo objetivo es reducir la tasa NAVM a <7 casos/1000 días VM.

Nuestro objetivo es la creación de un proceso secuencial y el establecimiento de estructuras encaminadas a implementar el paquete de medidas recomendadas NZ para prevenir y disminuir la NAVM en UCI CAUPA.

Metodología/Observación clínica

Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar (médicos, enfermeras y TCAE) con dos responsables.

Se revisó individualmente cada medida del paquete de diez recomendaciones NZ, identificando responsables específicos para aquellas que precisaban implementación. Se diseñó un programa de formación continuada, mediante talleres y sesiones formativas para todos los trabajadores de distintas categorías. Se elaboró y difundió material divulgativo (posters, dípticos) y se actualizaron o crearon protocolos.

Resultados/Intervenciones

El equipo de NZ se conformó con 7 profesionales (2 médicos, 4 enfermeras, 1 TCAE) en enero 2023. Se impartieron 30 sesiones teóricas y talleres formativos. Se elaboraron/actualizaron los siguientes protocolos: Aspiración secreciones bronquiales, Lavado de manos y utilización de guantes, Higiene bucal con clorhexidina, Control de presión del neumotaponamiento, Retirada precoz de sedación, Destete, Aspiración de secreciones subglóticas, Descontaminación selectiva del tubo digestivo. En Diciembre 2023 ya se aplicaban las 10 recomendaciones NZ de forma rutinaria. Finalmente se elaboró una lista de verificación (checklist) del cumplimiento de objetivos diarios. Actualmente >80% de personal ha realizado los cursos de formación de la plataforma NZ con certificado acreditativo.

Conclusiones

Mediante la creación de un equipo de trabajo y el compromiso de profesionales se ha logrado implantar el proyecto NZ en nuestra unidad. Es necesario mantener la formación continuada, reforzar el cumplimiento de las recomendaciones e identificar los puntos débiles y objetivos de mejora propuestos.

Financiación

no

Palabras clave

neumonía • ventilación mecánica • UCI • proyecto

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 181

ESTUDIO SOBRE LA VALORACIÓN PUPILAR EN PACIENTES CRÍTICOS

Udaree Fernández Manandu[1]; H. Fernández Manandu[1]; H. Barrasa González[2]; Y. López de Audicana Jiménez de Aberasturi[3]; J. Rivas Sáez[1]; L. Astigarraga Odriozola[1]; A. Muñoz Expósito[1]; M. Garay Alberdi[1]

1. Hospital Universitario de Álava; 2. Hospital Universitario de álava (UCI); 3. Escuela de Enfermería de Vitoria (Osakidetza)

Objetivos/Introducción

La valoración pupilar es fundamental en la exploración neurológica de los pacientes sedados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), especialmente en el paciente neurocrítico. Esta exploración puede realizarse de forma objetiva mediante un pupilómetro digital o bajo la valoración subjetiva por valoración visual (VV). El objetivo del estudio es estudiar la concordancia entre ambos métodos y los posibles factores que pueden influir en la misma.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo prospectivo. Se incluyeron pacientes neruocríticos de UCI, ventilados y sedados (RASS: -4/-5). Se realizó la valoración pupilar mediante dos sistemas: pupilómetro digital y bajo valoración visual (criterio enfermero) de forma cuantitativa (1-9) y categórica subjetiva y objetiva (miótica:<2mm; intermedia:2-5mm; midriática>5mm). Se recogieron las condiciones luminosas y la experiencia previa. Variables cuantitativas expresadas como mediana (mn) y rango intercuartílico (RIC) y comparadas mediante el test U de Mann-Whitney y cualitativas como porcentajes. Cálculo de correlación mediante el test Rho de Spearman. Grado de concordancia de la clasificación mediante el test W de Kendall. Nivel de significación 0,05.

Resultados/Intervenciones

Se realizaron 29 mediciones. La mn del diámetro fue 2,6 (RIC 2,3-3,5) con PD y 3 (2-3) con VV, siendo la diferencia de 0,26 mm (0,15-0,64), sin diferencias estadísticamente significativas. De forma subjetiva las pupilas fueron clasificadas como 34,5% mióticas, 55,2% intermedias y 10,3% midriáticas mientras que según la clasificación de referencia el 100% eran intermedias. La correlación fue de 0,4 ($p<0,05$) y hubo acuerdo de clasificación en el 55,4% de los casos (W de Kendall de 0,13, NS). Las condiciones de luz o la experiencia del evaluador no tuvo repercusión significativa en los resultados.

Conclusiones

La mayor precisión en la valoración pupilar realizada por PD no ofrece cambios significativos sobre la valoración visual. La valoración cuantitativa sobre la categórica es más objetiva, ofrece más información y permite detectar cambios en un mismo rango de clasificación (intermedias).

Palabras clave

Neurocritical care • Neurological examination • Pupillary size • Pupillometer

sigue –>

Estadísticos

		Pup digital dcha	Pup digital izda	Pup visual dcha	Pup visual izda	Años experiencia neuro	Años experiencia uci
N	Válido	29	29	29	29	29	29
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		2,9452	2,9672	2,69	2,67	5,138	6,914
Mediana		2,6400	2,6500	3,00	3,00	3,000	5,000
Desv. Desviación		,72043	,73126	,712	,685	7,1362	7,5282
Mínimo		2,18	2,17	2	2	,1	,5
Máximo		4,20	4,35	4	4	29,0	29,0
Percentiles	25	2,3300	2,4050	2,00	2,00	,500	1,500
	50	2,6400	2,6500	3,00	3,00	3,000	5,000
	75	3,5300	3,4550	3,00	3,00	7,000	8,500

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 198

EVOLUCIÓN EN LA DONACIÓN DE TEJIDOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y MOTIVOS DE RECHAZO A LA DONACIÓN

Mª Pilar Rodríguez Contreras; JR. Juan Villanueva; A. Cabrejas Ayuso; D. Ribas Merino; C. Vidal Biosca; A. Badoch Zambrano; G. Via Clavero; L. González Barrera
Hospital Universitario de Bellvitge

Objetivos/Introducción

La donación de tejidos de origen cadavérico, es una opción en final de vida que debe ser ofrecida a las familias de todos los pacientes que cumplen criterios para la donación. La extracción se realiza post mortem, pudiendo ser extraídos tejido ocular, válvulas cardíacas, tejido osteotendinoso, vascular y cutáneo. Analizar la evolución en la prevalencia de aceptación y rechazo a la donación de tejidos en pacientes fallecidos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y determinar las causas de la no donación.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional retrospectivo realizado en 3 UCI polivalentes de un hospital de tercer nivel entre 2021 y 2023. Se incluyeron los pacientes fallecidos en UCI durante el periodo de estudio. Las variables principales fueron la decisión de aceptación/rechazo familiar a la donación de tejidos y los motivos para la no donación (negativa familiar o contraindicaciones clínicas). Se realizó estadística descriptiva.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron un total de 862 fallecidos de los cuales 201(23,3%) fueron donantes de tejidos, 176 (20,4%) negativas familiares y 476 (55,2%) contraindicaciones clínicas. De 2021 a 2023, se observa un incremento progresivo (20% versus 28%) en el número de donantes, y un cambio en las contraindicaciones clínicas para la no donación, siendo en 2021, la infección por SARS-Cov2 [n=109 (45%)] y en 2023 infecciones por VIH, VHB, VHC, CMV, TBC, hongos y levaduras [n=66 (29%)]. Las negativas familiares se han incrementado a lo largo de los años siendo en 2023 la principal causa de no donación [n=83 (36%)].

Conclusiones

La prevalencia en la autorización para la donación de tejidos se ha incrementado en los últimos tres años debido, principalmente, a una reducción en las contraindicaciones clínicas tras la pandemia COVID-19. Futuras estrategias deberían dirigirse a la sensibilización e información a las familias sobre la importancia de la donación de tejidos, con el objetivo de reducir las negativas familiares.

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 204

PROTOCOLO DE CUIDADOS AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Adrián Jesús Hernández Padilla; S. Herrera Hernández; J. Jiménez García; T. Rigopoulos Acosta; S. Luis García; A. Jiménez Álvarez; A. Pérez-Llombet Quintana
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Objetivos/Introducción

La complejidad inherente al cuidado del paciente crítico, la incorporación frecuente de procedimientos y técnicas nuevas, la presión asistencial en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) y la incorporación de personal sin experiencia a las mismas, son factores que hacen de las UCIs escenarios donde el riesgo de que se produzca un evento adverso sea elevado. La utilización de protocolos basados en la evidencia científica y continuamente actualizados evitará que cada profesional realice una técnica o procedimiento de manera distinta. Ante la ausencia de un protocolo de cuidados al paciente traqueostomizado en nuestra unidad y que cada profesional realizaba dichos cuidados según les parecía oportuno, vimos la necesidad de crear un protocolo de cuidados al paciente traqueostomizado.Objetivo: Establecer un protocolo de cuidados al paciente traqueostomizado basado en la evidencia científica más actualizada para unificar criterios a la hora de realizar dichos cuidados.

Metodología/Observación clínica

Se estableció un grupo de trabajo conformado por los profesionales de la unidad a los que más inquietud les producía el hecho de que no hubiera un protocolo de traqueostomías. Está conformado por 5 enfermeros/as, 1 médica y 1 logopeda. Además se contactó con profesionales del servicio de otorrinolaringología para contar con su colaboración. Se dividieron temas de trabajo: Introducción y tipos de cánula, traqueostomía quirúrugica vs percutánea, cuidados del paciente traqueostomizado, valoración logopédica, test de deglución e inicio de la ingesta, decanulación... y se realizó una búsqueda bibliográfica sobre cada uno de ellos, revisando artículos y protocolos de otros hospitales, que tuvieran menos de 10 años de antiguedad.

Resultados/Intervenciones

Se encontró una gran discrepancia entre distintos temas planteados para el protocolo, no hayándose una evidencia clara que garantice la correcta ejecución de los cuidados.

Conclusiones

Se redactó, con la colaboración de un equipo multidisciplinar del servicio de otorrinolaringología, unas indicaciones comunes para cada uno de los temas del protocolo.

Palabras clave

traqueostomía • protocolo • UCI

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 221

PROTOCOLO PARA EL CUIDADO ESTANDARIZADO DEL PACIENTE CRÍTICO PORTADOR DE TRAQUEOTOMÍA

Carla Moreno Cerrada; T. Castro Sánchez Bermejo; M. López Pazos; A. Sánchez Peláez; M. Sanz Gutiérrez; A. Canalejo Caballero; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; S. García Sánchez; J. Perdiguero Garés
Hospital Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La traqueostomía como medida para controlar la vía aérea de manera segura en pacientes necesitados de ventilación mecánica (VM) en largos períodos de tiempo, con problemas relacionados con las secreciones o el nivel conciencia; se ha convertido en una técnica bastante frecuente en pacientes en estado crítico ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se trata de una incisión en la zona inferior del cuello para mantener la vía aérea permeable (temporal o permanentemente) que mantiene la continuidad anatómica de la vía respiratoria. El objetivo de este póster es el de realizar un plan de cuidados estandarizado sobre traqueostomías en pacientes de UCI unificando los cuidados a proporcionar en base a las últimas evidencias científicas.

Metodología/Observación clínica

Enfermería es la encargada de realizar los cuidados iniciales del traqueostoma, por lo que es primordial conocer las situaciones clínicas a las que nos podemos enfrentar y cuales son las actuaciones más correctas. Nace la necesidad de crear una guía consensuada de UCI, visual y de rápida consulta, para aumentar la seguridad y evitar posibles errores al manejar pacientes traqueotomizados.

Resultados/Intervenciones

Partes de la cánula: cánula externa; interna o camisa; fiadór o guía; balón piloto y balón de neumotaponamiento. Tipos de cánulas (imágenes de aquellas que utilizamos en la unidad).

Conclusiones

Cuidados estoma:

- Cura diario protocolizado (valorando si requiere más ocasiones en estomas infectados con abundantes secreciones)
- Cambio y limpieza de cánula interna por turno.
- Procurar que la presión de la cánula sobre la piel del estoma no sea excesiva.

Realización de una tabla visual de qué cánula interna debe portar mi paciente, si debe tener balón inflado o desinflado y si debe llevar tapón o no y cúal en cada una de las siguientes situaciones: aspiración de secreciones bronquiales, comer, hablar, conexión a VM, uso de mascarilla Venturi traqueal y uso de oxigenoterapia a través de nariz o boca.

Financiación

No precisa

Palabras clave

traqueostomía • estoma • cuidados • UCI

sigue –>

Comunicaciones póster

Cuando	Cánula interna	Balón	Tapón	Notas
Aspiración SB	No fenestrada	Inflado (si existe control de SB no requiere uso de balón)	NO	Con cánula interna no fenestrada para evitar lesiones
Deglución	No fenestrada	Sin balón O desinflado	NUNCA	El balón debe estar parcialmente desinflado e irse desinflando de forma progresiva hasta hacerlo en su totalidad
	Fenestrada		SI/NO	
	Sin camisa		SIEMPRE (Tapón rojo)	
Fonación	Fenestrada	Sin balón o desinflado	SI, siempre	Uso de camisa fenestrada siempre será útil en cánulas externas con fenestra.
	Sin camisa			
VM	No fenestrado	Inflado	NO	
Venturi traqueal	No fenestrado	Inflado a desinflado	No	El balón se irá desinflando progresivamente para valorar control de SB (deglución salivar y expectoración)
Oxigenoerapia Nariz/boca	Fenestrada		SI (Tapón blanco)	
*Siempre que el paciente tenga tapón el balón debe estar completamente desinflado y con GN o VMSK si el paciente necesita aporte de O2				

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 231

REBOA INFLADO PARCIAL VERSUS REBOA INFLADO COMPLETO

María Leticia Castro Barrio; A. Serrano Escobar; A. Morales Rincón
Hospital 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Se estima que alrededor de 5.8 millones de personas mueren al año en todo el mundo por lesiones traumáticas, de las cuales del 30 al 40% son por hemorragia potencialmente reversible.

De esta necesidad surge REBOA (Resuscitative balloon oclusion of aorta), un nuevo dispositivo de control hemorrágico y una buena alternativa a la toracotomía de urgencia en pacientes hemodinámicamente inestables y en situaciones in extremis. Sin embargo, las consecuencias de su uso son claras: el tiempo de oclusión del globo es directamente proporcional a las consecuencias por isquemia-reperfusión posteriormente derivadas del uso de este dispositivo.

En los últimos años, se han abordado diferentes maneras para combatirlas. Entre ellas, el planteamiento de una oclusión parcial del balón en lugar de una oclusión completa.

Esta forma intermitente descrita como REBOA parcial podía entenderse en dos categorías: como un inflado incompleto del propio balón o como un inflado intermitente en el tiempo del mismo.

Objetivos:
- Describir las ventajas e inconvenientes de su uso.
- Exponer las complicaciones y efectos secundarios asociados.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed. Se obtuvieron 4 artículos reseñables.

Resultados/Intervenciones

- Ventajas e inconvenientes de la oclusión parcial del balón versus completa.
- Complicaciones y efectos asociados.

Conclusiones

Numerosos autores destacan el beneficio claro de REBOA parcial tanto en el inflado incompleto del balón como en el inflado intermitente en el tiempo de éste.

La supervivencia en el grupo de pacientes en los que se aplicaba REBOA parcial era mayor así como eran menores los efectos asociados por la isquemia-reperfusion producida.

No debemos olvidar aún así la dificultad notable para mantener el equilibrio y poder conseguir una presión arterial óptima por encima y debajo del balón y a la vez mantener la estabilidad hemodinámica en el paciente y controlar el foco de sangrado. Encontrar este punto óptimo de máximo beneficio para el paciente será el gran reto para este dispositivo.

Palabras clave

Reboa parcial • Isquemia

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 252

HEMOTÓRAX SECUNDARIA A HERIDA POR ARMA DE FUEGO

José Andrés Pérez Merino; J. Robles Carrión; FJ. Vega Vázquez
Hospital Regional Virgen Macarena

Objetivos/Introducción

Analizar de forma crítica el manejo de las lesiones producidas por arma de fuego, con el fin de conocer de manera precisa los mecanismos para conseguir un control de las lesiones.

Describir la evolución de nuestro paciente crítico, identificando áreas de mejora en nuestros cuidados enfermeros, si procede.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo y retrospectivo del caso de un paciente ingresado en UCI del HUVM (Sevilla) por hemotórax secundario a herida por arma de fuego, así como revisión y actualización en principales bases de datos de artículos publicados sobre estas heridas.

Resultados/Intervenciones

Paciente de 31 años de edad que ingresa en UCI postquirúrgico inmediato de lobectomía superior izquierda secundaria a herida por arma de fuego. Se realiza toracotomía postero-lateral a través del 5º espacio intercostal.

Se objetiva orificio de entrada y de salida, que son de pequeño tamano. Se deja insertado drenaje nº 28 Fr tipo Argylle antero-basal, conectado a Pleur-Evac®.

Disección de VPS y VPI, así como disección de la arteria pulmonar.

El orificio de entrada, se encontraba a nivel paraesternal izquierdo a la altura de la 3º-4º costilla. En TAC, se evidenciaba fractura con minuta por impacto del ángulo del 7º arco costal izquierdo y cuerpo de la escápula izquierda. Enfisema que diseca la musculatura de pared torácica izquierda extendiéndose hasta región supraclavicular y paravertebral.

Conclusiones

Las heridas por armas de fuego son heridas penetrantes que constan de entrada, trayectoria por el interior el cuerpo y puede haber o no herida de salida dependiendo del intercambio de energía entre el cuerpo y el proyectil. En nuestro caso, el paciente estuvo tres días en UCI, con evolución favorable. El papel de enfermería es fundamental dentro del equipo interdisciplinar en el post-operatorio inmediato, sobretodo en el manejo de la ventilación mecánica y su destete, manejo del dolor, cuidado de las heridas, así como el manejo de la ansiedad.

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 253

EFECTIVIDAD DE LA ESCALA FULL OUTLINE OF UNRESPOSIVENESS FRENTE A LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW EN PACIENTES INTUBADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ane Muñoz Expósito[1]; L. Astigarraga Odriozola[1]; U. Fernández Manandu[1]; J. Rivas Sáez[1]; M. Garay Alberdi[1]; L. Tejado Sáez[2]; L. Agirretxe Sánchez[3]; AC. San Martín Garraza[1]; I. Ganzabal Barinaga[4]; A. Pérez Ramirez de Ocariz[1]
1. Hospital Universitario Alava - Txagorritxu; 2. Hospital Universitario Alava - Santiago Apostol; 3. Hospital Universitario Basurto; 4. Hospital de Palamós

Objetivos/Introducción

Comparar la efectividad de la escala Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) y la escala de Coma de Glasgow (GCS) en la evaluación neurológica de pacientes intubados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), analizando su sensibilidad y capacidad predictiva.

La evaluación neurológica en pacientes intubados en UCI representa un desafío clínico, ya que la intubación limita la respuesta verbal, un componente clave en la escala Glasgow. La escala FOUR ha surgido como una alternativa prometedora para superar esta limitación. Esta revisión se enfoca en explorar la efectividad de la escala FOUR en comparación con la escala de Glasgow en pacientes intubados en UCI, abordando la necesidad de una evaluación neurológica precisa en este grupo.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura utilizando bases de datos médicas, como, PubMed, Scopus, Google Académico, Cuiden y Medline. Palabras claves: FOUR SCALE, GLASGOW COMA SCALE, INTUBATED PATIENTS, INTENSIVE CARE, NEUROLOGICAL ASSESSMENT.

Resultados/Intervenciones

La revisión reveló que la Escala FOUR mantiene su sensibilidad en pacientes intubados, siendo capaz de detectar cambios sutiles en el estado neurológico. Además, se observó que la Escala FOUR tiene una mayor capacidad para diferenciar la severidad del coma en comparación con la Escala de Glasgow. En términos de resultados clínicos, la Escala FOUR demostró ser comparable o superior en la predicción de mortalidad y otros desenlaces a largo plazo.

Conclusiones

La escala FOUR emerge como una herramienta efectiva en la evaluación neurológica de pacientes intubados en UCI. Ofrece beneficios y aborda limitaciones específicas de la escala Glasgow. La inclusión de la respiración espontánea y la capacidad para detectar cambios sutiles son características notables que facilitan la identificación de alteraciones y la clasificación de la gravedad del coma. Estos resultados subrayan la importancia de considerar la escala FOUR como una alternativa valiosa en la evaluación neurológica en pacientes críticos que requieren ventilación mecánica.

Palabras clave

four scale • glasgow coma scale • intubated patients • intensive care•neurological assessment

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 259

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN TERAPIA ECMO PARA SDRA PEDIÁTRICO. ESTUDIO CASO CLÍNICO ÚNICO EN UN CENTRO HOSPITALARIO CON EXPERIENCIA LIMITADA

M. Martínez Martín; C. Salmerón Ros; L. Baños Hernández; A. Rojo Rojo
Clínico Universitario Virgen Arrixaca, Murcia

Objetivos/Introducción

Introducción: El SDRA por SARM adquirido en la comunidad, es una causa rara pero extremadamente grave de penumonía que genera buyas pulmonares y pneumotórax, por necrosis del tejido pulmonar. Esto impide la VMI y precisa del apoyo de ECMO V-V.

Objetivo: Analizar el desenlace de terapia ECMO V-V en centro sanitario con poca experiencia.

Metodología/Observación clínica

Estudio de Caso Único. Caso: varón de 7 años de edad y 23 kg de peso, Sin AP de interés, salvo erosión cutánea leve 3 días antes. Ingresa en UCI-P por SDRA, pneumotorax bilateral y deterioro hemodinámico. Se procede a IOT, VMI, sedo-analgesia y soporte inotrópico. Se canalizan 5 tubos de drenaje pleural con fuga aérea. Se inicia terapia ECMO V-V usando cánulas de calibre 15Fr en femoral derecha y en yugular derecha tanto como para drenaje como para retorno respectivamente. Se establece terapia ECMO 4500 rpm con un flujo de 2,2 lmp, presiones de -71; 190 y 165 mmHg en P1, P2 y P3 respectivamente y gas-flow de 4 lpm con FiO2 de 100%. La PaFi PostM registrada fue superior a 480; sin embargo la PO2 del niño fue inferior a 45 mmHg, lactato inferior a 1,5 mg/dl y GC con Pulsion© de 4 lpm, a lo largo de todo el proceso. Tras 56 días de soporte extracorpóreo, el paciente fallece HC masiva.

Resultados/Intervenciones

La terapia ECMO V-V está indicada en este paciente, pero el empleo de cánulas de drenaje de tamaño inadecuado, pudo limitar la efectividad del tratamiento de oxigenación, resultando en un estado crónico de hipoxia, posible causa de la hemorragia cerebral y el fallecimiento del paciente.

Conclusiones

El manejo de esta terapia por parte de personal entrenado en paciente pediátrico, con material específico es una prioridad en el manejo de este tipo de pacientes. En caso contrario es recomendable realizar otro enfoque terapéutico.

Financiación

-

Palabras clave

ECMO V-V • SDRA • canulas • hipoxia

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 286

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO (DVE) EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)

Rogelia Jiménez Moreno; V. Gómez Pérez; AC. Cabellos García; V. Mullor Soriano; MÁ. Sánchez López; D. Babiloni Aspas; M. Aliaga Arnal; P. Moreno Frances; L. Polo Cases; C. Folgado Bisbal
Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Objetivos/Introducción

Objetivo: Analizar las complicaciones que presentan los enfermos que ingresan con HSA y que son portadores de DVE como tratamiento de la hidrocefalia.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo observacional. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de HSA ingresados en el servicio de medicina intensiva del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2022 hasta el 15 octubre de 2023.

Resultados/Intervenciones

Ingresaron con diagnóstico de HSA 65 pacientes (41,5% hombres y 58,5% mujeres), edad media 56,7 años. El 33,8% de los pacientes con HSA presentó hidrocefalia (22 pacientes). Se colocó DVE únicamente a 21 pacientes puesto que se produjo una pérdida por fallecimiento. De los pacientes portadores de DVE el 48% presentó alguna de las siguientes complicaciones: infección (10%), obstrucción del DVE (19%) y la salida accidental de este (19%). Respecto a la mortalidad de los pacientes asociada a una complicación, esta fue del 50% en el caso de la infección, un 100% por obstrucción y un 25% por salida accidental del DVE.

Conclusiones

La salida accidental del DVE supone un porcentaje alto (19%) dentro de las complicaciones del DVE, junto con la infección (10%). Ambas complicaciones están directamente relacionadas con el manejo adecuado del DVE, por lo que se debe dar mayor importancia a la estandarización y actualización periódica de protocolos acerca del manejo adecuado del DVE para los profesionales que atienden a pacientes con este tipo de dispositivos. La complicación con mayor mortalidad es la obstrucción del DVE en relación a la probable situación de sangrado intraventricular severo, por lo tanto, menos evitable a pesar de un correcto manejo del DVE.

Palabras clave

Drenaje ventricular externo • Complicaciones

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 297

CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR INTERVENIDO DE ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE LAS ARTERIAS PULMONARES (ABAP) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCI)

Vicenç Martínez Lombardo[1]; A. Barbero Rumí[2]; L. Riudavets Victory[1]; A. Villalta Boza[1]; L. García Martínez[1]; JJ. Castelló Gomis[1]; S. Ortega Baleiron[1]; C. Calvo García[1]
1. Hospital Clinic de Barcelona; 2. Hospital Moisès Broggi

Objetivos/Introducción

La Anglioplastia con balón de las arterias pulmonares (ABAP) es una alternativa terapéutica para los pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) no operable o con hipertensión pulmonar residual tras la cirugía. La postintervención de estos pacientes se realiza en una cama de cuidados intermedios, que si no aparecen complicaciones/ incidencias estaran ingresados 24-48h. Allí, el equipo multidisciplinar, junto a enfermería que tiene un papel esencial, ofrecen los cuidados necesarios para asegurar el confort del paciente, su seguridad y prevenir, detectar precozmente y tratar posibles complicaciones posteriores. El objetivo principal del Protocolo Normativo de Trabajo (PNT), es estandarizar y sistematizar los cuidados enfermeros de ingreso y mantenimiento durante las primeras 24 horas del paciente pos-ABAP que ingresan en la unidad de cuidados intermedios (UCI).

Metodología/Observación clínica

La metodología empleada consta de una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos, estudios y protocolos, tanto intra como extra-hospitalarios sobre los cuidados de los pacientes con HPTEC post-ABAP.

Resultados/Intervenciones

Antes de la llegada del paciente, la habitación de UCI, debe estar debidamente preparada. Cuando el paciente llega a la unidad de intermedios, se llevan a cabo los cuidados estandarizados del paciente semicrítico y se realiza una revaloración continua y exhaustiva por sistemas o siguiendo el método ABCDE. Además, debe hacerse un control exhaustivo dirigido a prevenir, detectar precozmente y tratar las principales complicaciones: hemoptisis, edema de reperfusión o daño parenquimatoso pulmonar, complicaciones relacionadas con la zona de acceso, sangrado y otras complicaciones relacionadas con el uso de anticoagulación.

Conclusiones

La realización del PNT, pretende considerarse la herramienta para guiar la práctica de las enfermeras que trabajen en esta área específica. Estandarizando los cuidados, maximizando los índices de calidad, disminuyendo el riesgo de complicaciones y aumentando la seguridad de los pacientes ingresados en la UCI post-ABAP.

Palabras clave

Cuidados críticos • Cuidados posoperatorios • Hipertensión Pulmonar • Angioplastia con balón de las arterias pulmonares

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 306

PROTOCOLO PARA LA CAPTACIÓN DE DONANTES POTENCIALES DE TEJIDOS Y CORNEAS EN ENFERMERIA DEL BLOQUE DE CRITICOS EN EL H.U. VIRGEN DE LA VICTORIA

María Ruiz Díaz[1]; MJ. Molero Pardo[1]; A. Prieto Molina[1]; E. Estévez Escobar[1]; M. Morales Puerto[1]; P. Fernández Plaza[1]; J. Vallejo Báez[2]; M. Jordan García[2]; JM. Fernández Añón[1]; R. Aguilar Muñuz[1]
1. Hospital Universitario Virgen de la Victoria; 2. Hospital Regional de Málaga

Objetivos/Introducción

El uso de tejidos y corneas procedentes de cadáveres son una alternativa terapéutica segura y eficaz para el tratamiento de diversas patologías donde el órgano afectado requiere ser sustituido. En el Hospital Universitario Virgen de la Victoria, durante los años 2022-2023, la Comisión intrahospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos se encargó, mediante trípticos divulgativos, de implicar al personal sanitario (enfermeros y facultativos de hospitalización) en la captación de donantes potenciales de tejidos, donde el único criterio de inclusión fue pacientes fallecidos menores de 80 años. Se reclutaron 259 pacientes que fueron valorados por la coordinación de trasplante. El 73,1% fueron excluidos por contraindicación médica, problemas logísticos y negativa familiar a la donación, siendo un 27,41% donantes efectivos. Del total de los pacientes reclutados, el 56,75% fue por parte de la enfermería de hospitalización, 9,65% por facultativos de diferentes especialidades y un 33,59% de Intensivistas, destacando casi el inexistente porcentaje de la Enfermería de los procesos críticos.

Metodología/Observación clínica

Objetivo Principal:

1. Aumentar la captación de donantes potenciales de tejidos y corneas por la enfermería del bloque de críticos.

Objetivos Secundarios:

1. Incrementar la sensibilidad de la población por la donación de tejidos y corneas
2. Reforzar la captación de donantes por la enfermería de hospitalización aguda

Resultados/Intervenciones

- Sesiones formativas dirigidas a enfermería del bloque de críticos.
- Sesiones formativas dirigidas a enfermería de hospitalización.
- Elaboración de trípticos informativos para sensibilizar a la población sobre la donación de tejidos/corneas.

Conclusiones

En la actualidad, el Hospital Universitario Virgen de la Victoria, maneja los porcentajes más altos en cuanto a donantes efectivos de tejidos y corneas a nivel Andaluz, destacando la captación de sujetos por parte de la enfermería de hospitalización aguda. La implantación de protocolos formativos para la enfermería del bloque de críticos junto a la información ciudadana sobre dicho proceso aumentaría sustancialmente el número de potenciales donantes.

Palabras clave

Protocolo • Donación de Tejidos/Cornea • Enfermería

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES II. *Sala 122*

ID 361

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA DONACIÓN DE TEJIDOS

Maria Jaume Lliteras; V. Zafra Lamas; M. Cervigon Pérez
Hospital Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

Existe entre las enfermeras una demanda general y constante de formación sobre a donación y el trasplante de órganos y tejidos. Se ha demostrado que los profesionales formados ganan más confianza y recursos personales para afrontar la donación en sus unidades, pueden obtener superiores resultados en número de donantes y mejorar su actitud ante la donación y el trasplante. Una de las principales razones a la escasez de donantes de tejidos son las negativas familiares, habitualmente inferiores en la donación de órganos. Ante la dificultad para la generación de donantes y en las necesidades de mejora percibidas, visto desde la experiencia profesional, las preguntas que sugiere el problema son: ¿Las enfermeras tienen conocimientos suficientes en donación y trasplante de tejidos para poder garantizar el derecho a la donación de la población?

Los objetivos principales de este proyecto son comparar los conocimientos y actitudes de las enfermeras ante la donación y trasplante de tejidos según su participación o no en una intervención educativa y evaluar el impacto de esta intervención sobre la donación y el trasplante de tejidos.

Metodología/Observación clínica

El estudio se llevará a cabo en las unidades de cuidados intensivos, urgencias y unidades de cuidados paliativos y oncología de los centros hospitalarios de Catalunya con convenio para la donación de tejidos.

Para ello se realizará el diseño y validación de un cuestionario para medir los conocimientos y la actitud de las enfermeras ante la donación y el trasplante de tejidos.

Mediante el cuestionario diseñado, se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal para conocer los conocimientos y la actitud de las enfermeras.

Se ralizará un ensayo clínico aleatorizado para conocer impacto de una intervención educativa digital enfermera en la tasa de donación y el trasplante de tejidos.

Autorización director

Financiación

No se dispone de financiación

Palabras clave

educación en enfermería • obtención de tejidos y órganos • donantes de tejidos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 55

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CRÍTICO CON OBESIDAD MÓRBIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Belén Aguirre Romero; C. Carrero Ruiz; L. Bravo Dondarza; I. Vázquez Rodríguez Barbero; JC. Muñoz Camargo; S. García del Castillo Muñoz; R. Sánchez García; M. Ordoñez Díaz; JF. Soto Luna; A. Puebla Martín
UCI Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

La obesidad (índice de masa corporal [IMC] ≥ 30) se asocia con un incremento del riesgo de sufrir múltiples enfermedades, como las cardiovasculares. La incidencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y mortalidad es superior en las personas con mayor grado de obesidad (IMC ≥ 40). En nuestro país se ha observado una tendencia creciente de la prevalencia de obesidad en los últimos años.

Objetivos: Proporcionar cuidados de enfermería basados en la evidencia necesaria para un paciente con pluripatología y obesidad mórbida.

Metodología/Observación clínica

Varón de 54 años. NAMC. HTA. No DM. No LDP. Obesidad mórbida grado III (IMC 70), pendiente de valoración para cirugía bariátrica. Fumador de 20 cig/día. Hernia lumbar intervenida, recidivada y herniorrafía. Historia de curas de UPP en genitales, ambas ingles y muslo. DABVD.

Exploración física:

- MEG. Palidez, sudoración.
- FC: 133lpm
- TA 70/40
- FR: 30rpm
- SatO2 82%
- Tª: 38. 1º
- Peso 207kg
- Altura 172cm

Pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con shock hemorrágico por hemorragia digestiva alta secundaria a esofagitis necrotizante severa. Se inicia sedoanalgesia, intubación orotraqueal, canalización de catéter venoso central, shaldom, catéter arterial, sondaje vesical. Se inicia terapia de Hemodiafiltración veno-venosa continua (HDFVVC). Complicaciones asociadas a las movilizaciones. Mala evolución durante su estancia (23 días) con shock séptico respiratorio secundario a neumonía. Fracaso hemodinámico, renal y hepático. Shock refractario y exitus.

Resultados/Intervenciones

Tabla adjunta

Conclusiones

La obesidad mórbida es una enfermedad con una alta morbilidad asociada. Los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica son necesarios para la mejora de la calidad asistencial, pero pueden verse alterados por factores externos, como una correcta movilización del paciente para evitar el agravamiento de las úlceras o evitar la aparición de nuevas.Ante este caso la enfermería se enfrenta a un reto para ofrecer cuidados de calidad, ya que, conoce los cuidados pero la escasa movilización del paciente se lo impide.

Financiación

PROPIA

Palabras clave

Obesidad • Atención de Enfermería • Enfermería de Cuidados Críticos
Planificación de Atención al Paciente • Terminología Normalizada de Enfermería

sigue –>

Comunicaciones póster

NANDA	NOC	NIC
00001. Desequilibrio nutricional por exceso	1612. Control del peso	1260. Manejo del peso 1100. Manejo de la nutrición
00004. Riesgo de infección	1902. Control del riesgo 1608. Control de los síntomas	2380. Manejo de la medicación 6540. Control de infecciones
00007. Hipertermia	0800 Termorregulación	3900 Regulación de la temperatura corporal
00016. Deterioro de la eliminación urinaria	0503. Eliminación urinaria	0610. Manejo de la eliminación urinaria
00025. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	602. Hidratación 1608. Control de síntomas 1902. Control del riesgo	4120. Manejo de líquidos 4200 Terapia intravenosa
00030. Deterioro del intercambio de gases	0402 Estado respiratorio: intercambio de gases	3320 Oxigenoterapia 3350 Monitorización respiratoria
00046. Deterioro de la integridad cutánea	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1103. Curación de la herida por 2º intención	3500. Manejo de presiones 3660. Cuidado de las heridas 0740. Cuidados del paciente encamado
00205. Riesgo de shock	0802 Estado de los signos vitales	6680. Monitorización de los signos vitales
00232. Obesidad	1627. Conducta de pérdida de peso	5246. Asesoramiento nutricional

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 62

DESCRIPCIÓN DE DATOS SOBRE LESIONES POR PRESIÓN DURANTE 2023 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Verónica del Amo Rodríguez; LF. Ortiz Mejía; T. Olivas Asensio; L. Torres Fernández; A. García Rodrigo; MJ. Lanillos de la Cruz; MI. Jiménez López-Peláez; C. Pereo Yagüe; MT. Gutiérrez Cerezo; PP. Muñoz Sánchez
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

Las Lesiones por Presión (LPP) siguen suponiendo un reto en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por su impacto directo sobre la seguridad del paciente y su elevado coste

- Describir los datos registrados sobre LPP en nuestra unidad durante 2023
- Mostrar las características de las personas que presentan LPP y de las lesiones identificadas
- Comparar los datos obtenidos con los recogidos durante 2022

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo retrospectivoRecogida de datos de hoja de registro guiado a base de datos Revisión de Indicadores de Calidad en el enfermo crítico

Resultados/Intervenciones

549 pacientes ingresados en nuestra Unidad durante 202346 pacientes presentan LPP, 36 las desarrollan durante su estancia en UCI resultando una tasa de incidencia (TI) del 6.5%Se presentan un total de 95 lesiones de las que casi un 10% son categoría I y un 66,3% categoría IILa localización más frecuente es “otros” (miscelanea de localizaciones menos habituales) seguida de talón y sacro. Un 25% son causadas por dispositivos sanitarios La edad media de los pacientes con LPP es de 63 años y más de la mitad son varones, un 63%.

Conclusiones

La tasa de incidencia en 2023 es mayor a la de 2022, este aumento puede ser debido a una mayor tasa de registro en LPP categoría I y la predominancia de localizaciones no habituales para LPP (posible diagnostico de lesiones por otras causas como lesión por presión)La TI supera el estandar de calidad Seeiuc que apuesta por cifras menores al 5%Estos resultados ponen de manifiesto que es necesario seguir insistiendo en mejorar losprogramas de prevención, los conocimientos y motivación de los profesionales y los recursos puestos a su disposición, mediante la implantación de la Guia de buenas prácticas de Valoración de Riesgo y Prevención de Lesiones por Presión que se está llevando a cabo en nuestra Gerencia y concretamente en nuestra unidad.

Palabras clave

lesiones por presión • unidad de cuidados intensivos • tasa de incidencia • indicadores de calidad

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 79

EFECTO DEL TRATAMIENTO CON ECTOIN (MUCAVI) SOBRE EL DESARROLLO DE XEROSTOMÍA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Jesús del Pozo Bargueño; S. Crespo Herrnández; S. Fernández Rubio; D. Bazzi Otero
Hospital HM Sanchinarro

Objetivos/Introducción

En el paciente intubado y en aquellos sometidos a oxigenoterapia existe una disminución de un flujo salival adecuado lo que favorece el desarrollo de xerostomía.

En este estudio se analiza la eficacia de ectoin en la resolución/curación de xerostomía en aquellos pacientes que desarrollan dicha complicación durante su estancia en una UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo observacional. Se administró el producto al paciente cuando cumplía criterios de Xerostomía. La administración del producto se realizó mediante colutorio/8h y en el caso de pacientes intubados el producto se aplicó mediante torunda impregnada encias y paladar blando. Se recogieron datos demográficos y antecedentes, motivo de ingreso, grados inicial y final de xerostomía y tiempo de aplicación del producto.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 46 pacientes consecutivos que desarrollaron xerostomía durante su ingreso en UCI. La mediana de edad fue 66 años, con similar distribución entre sexos (23 hombres y 23 mujeres). En 26 casos (56,5%) el motivo de ingreso fue postoperatorio inmediato de cirugía mayor. Un elevado porcentaje de pacientes (63%) tenían antecedentes oncológicos, y 16% de diabetes. En 24 casos (52,2%) se trataba de pacientes intubados al ingreso. 28 pacientes (61%) mostraban xerostomía moderada-grave, con una mediana de grado de xerostomía = 2 (RIQ 1). Tras la administración del producto, solo 3 pacientes (6,5%) presentaban xerostomía moderada, y ninguno grave, siendo la mediana del grado final de xerostomía 0 (RIQ 0) con una $p<0,001$. La mediana de tiempo de administración de ectoin fue de 3 días siendo la mediana de tiempo hasta mejoría similar, 3 días.

Conclusiones

La incidencia de xerostomía fue elevada en nuestra cohorte de pacientes. Ectoin administrado fue eficaz para el control de esta complicación. Un tratamiento de 3 días demostró ser suficiente para mejorar el cuadro. Se trata pues de un producto eficaz y seguro que debe valorarse para tratar esta complicación en pacientes críticos.

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 98

VALIDEZ DE LAS ESCALAS EVARUCI Y BRADEN EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Paula Balaguer Escutia; E. Balaguer López; P. García Molina; L. Plá Marzo; A. Tendero Jover, C. Macian Puig; T. Climent Aunes; R. Sanjosé Ferrer; J. Aleixandre Dura
Hospital Clínic Universitari de València

Objetivos/Introducción

Los pacientes críticos, por su estado clínico, están expuestos a factores de riesgo que los hacen más propensos a desarrollar alguna Lesión Cutánea Relacionada con la Dependencia (LCRD). Es por ello que el uso de una escala específica de valoración del riesgo de LCRD es clave para la identificación de los pacientes con riesgo y la prevención de estas lesiones.

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo principal del presente estudio es determinar la validez de las escalas EVARUCI y BRADEN en cuanto al desarrollo de LCRD en cuidados críticos en pacientes adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Clínico de Valencia.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, realizado entre los meses de noviembre y enero de 2023-2024 en la UCI del HCUV. Se recogieron datos mediante las escalas BRADEN y EVARUCI, se compararon los resultados de clasificación y categorización de los pacientes con la incidencia de LCRD.

Resultados/Intervenciones

La incidencia de LCRD fue de 27,6% (n=24) para una muestra total de 87 pacientes. La escala BRADEN considera el 92% (n=80) de los pacientes con riesgo de desarrollar una LCRD, mientras que la escala EVARUCI considera el 52,9% (n=46). Además, la escala BRADEN muestra mayor sensibilidad, mientras que la escala EVARUCI demuestra tener mayor especificidad, precisión, VPP y VPN tal y como se muestra en la tabla.

La relación entre ambas escalas y la aparición de LCRD ha resultado estadísticamente significativa ($p<0,05$).

Conclusiones

Las escalas EVARUCI y BRADEN resultan válidas para la valoración del riesgo de aparición de LCRD en las UCI, siendo más precisa la escala EVARUCI.

ESCALA	SENS	ESPEC	VPP	VPN	PRECISIÓN	CHI CUADRADO	P
EVARUCI	0,83	0,59	0,43	0,90	0,65	12,341	0,000
BRADEN	0,96	0,09	0,29	0,86	0,33	8,841	0,031

*SENS: sensibilidad, ESPEC: especificidad, VPP: Valor predictivo positivo, VPN: valor predictivo negativo.

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 100

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA (LCRD) EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (HCUV)

Paula Balaguer Escutia[1]; E. Balaguer López[1]; P. García Molina[1]; L. Plá Marzo[1]; T. Climent Aunes[1]; R. Sanjosé Ferrer[1]; A. Tendero Jover[1]; V. Sanchís Alonso[2]; J. Aleixandre Dura[1]
1. Hospital Clínic Universitari de València; 2. Universitat de València

Objetivos/Introducción

Los pacientes hospitalizados en Unidades de Críticos debido a su enfermedad tienen una mayor predisposición a desarrollar lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD)[1], que suponen un empeoramiento del pronóstico y de la calidad de vida[2]. El último estudio de prevalencia nacional del GNEAUPP del año 2019, indica que la prevalencia de LCRD y Lesiones por presión (LPP) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) fue de un 18,3% y un 14,9% respectivamente y en Unidades de Anestesia y Reanimación (REA) del 14,7% y 14%.

Por todo lo anterior, el objetivo principal de este estudio es establecer la prevalencia de LCRD en las Unidades de Críticos (UCI y REA) del Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, transversal de corte de prevalencia realizado el día 13 de diciembre de 2023, en las Unidades de Críticos (UCI y REA) del HCUV.

Resultados/Intervenciones

La muestra final (n=24), 15 pacientes pertenecientes a UCI y 9 pertenecientes a REA. La prevalencia de LCRD fue del 41,7% (n=10). Se encontraron 24 lesiones (18 LPP y 6 desgarros cutáneos). El 50% (n=12) de los pacientes se clasificó con riesgo alto de desarrollar LCRD. La causa del 38,9% (n=7) de las LPP fue el tubo endotraqueal (TET) y el 83,3% de los desgarros cutáneos por MARSI (Medical Adhesive Related Skin Injury).

Los factores de riesgo estadísticamente significativos ($p<0,05$) han sido: pluripatología ($p=0,027$), intervención quirúrgica ($p=0,045$), uso de sonda nasogástrica (SNG) ($p=0,013$). No se encontraron factores preventivos significativos ($p<0,05$).

Conclusiones

Las Lesiones Cutáneas Relacionadas con la Dependencia son frecuentes en las Unidades de Críticos, siendo los principales factores de riesgo la pluripatología, las intervenciones quirúrgicas y el uso de dispositivos (SNG, TET y MARSI).

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 135

EFICACIA DE LA BRIDA NASAL EN LA SUJECCIÓN DE LA SONDA NASOGÁSTRICA FRENTE A OTROS MÉTODOS DE FIJACIÓN

Lorena Baños Hernández; C. Salmerón Ros; A. Rojo Rojo
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos/Introducción

Una sujección adecuada de la sonda nasogástrica, determinará la consecución del tratamiento sin interrupciones, retrasos, daños ocasionados por la movilización o reinserciones de la misma. Esta revisión intenta establecer la eficacia de la brida nasal frente a suturas, apósitos, manoplas y observación estrecha; así como evaluar la relación riesgo-beneficio de su uso.

Metodología/Observación clínica

Redactamos una pregunta PICO en la que se basará la revisión realizada. Se tomaron las bases de datos Embase, Pubmed, CINAHL, Índice Médico Español (IME), Lilacs,Virtual Health Library (VHL) y CUIDENplus; en los idiomas inglés y castellano, estudios que filtramos entre los años 2013 y 2024, en humanos y haciendo uso de los Tesauros MeSH y DeCS. Se incluyeron estudios controlados aleatorios y observacionales, realizados sobre pacientes con diferentes patologías y con independencia de su tamaño muestral,exposición de casos únicos y cuestionarios. Los trabajos se evaluaron conforme a los criterios GRADE.

Resultados/Intervenciones

Las búsquedas identificaron 30 referencias; tras eliminar duplicados, revisiones y metanálisis; 15 estudios fueron incluidos para lectura a texto completo. En los estudios se incluyó un total de 2.696 participantes, expuestos desde un caso único hasta un seguimiento de siete años. Encontramos estudios observacionales, cuasi-experimental, presentación de casos y análisis de un cuestionario. Al utilizar el método GRADE para evaluar la calidad de la evidencia, se consideró de calidad media o alta.

Estos estudios además de encontrar pocos casos de complicaciones, demostraron que el uso de la brida reducía el tiempo de hospitalización, la pérdida de sondas nasogástricas, la exposición radiológica, y mejoraba la consecución de objetivos nutricionales.

Conclusiones

La brida nasal es una herramienta que utilizada adecuadamente y colocada en base a una formación previa, permite un mejor y prolongado uso de la sonda nasogástrica, con respecto a otro tipo de sujecciones. Planteamos la necesidad de crear un programa de formación y aplicación de la brida nasal.

Palabras clave

Intubation, gastrointestinal • Bridle • Securement • Feeding tube • PEG • Tape

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 165

PERCEPCIONES DE LA ENFERMERÍA INTENSIVA ACERCA DE LA TÉCNICA “BURRITO ROLL” DURANTE LAS MANIOBRAS DE PRONO

María López Poveda; C. Santos del Pino; F. Paredes Garza; C. Sánchez Gamir
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

Durante la pandemia por SARS-COV2, las maniobras de prono en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) aumentaron exponencialmente hasta un 22,9%. La necesidad de optimizar el procedimiento (mejorar la seguridad del paciente y reducir tiempos de exposición), hizo revisar los protocolos, realizar checklist y adoptar nuevas técnicas (como la del “burrito roll”) que satisficieran los propósitos descritos. Esta técnica consiste en envolver al paciente en una crisálida, mediante sábanas bajera y encimera (incluyendo las almohadas necesarias), de forma que el giro pueda hacerse con todo el cuerpo en bloque. Actualmente, en nuestra unidad, ante la necesidad de realizar una maniobra de pronación, coexisten la técnica de pronación convencional y la “burrito roll”.

Objetivos: Analizar, tras la finalización de la pandemia, la percepción de los profesionales de enfermería sobre la nueva técnica adoptada en dicho periodo.

Metodología/Observación clínica

Estudio cualitativo, fenomenológico, realizado a 4 grupos focales, cada uno integrado por 5 profesionales de enfermería (reclutados por muestreo de conveniencia), de una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel entre los meses de julio y septiembre de 2023. Los datos recogidos durante las reuniones con los grupos fueron sometidos a un análisis en la modalidad temática (según la estrategia de Braun & Clarke) tras la grabación digital, transcripción y posterior codificación.

Resultados/Intervenciones

Las categorías comunes que emergen entre los 20 participantes sobre esta técnica fueron:
1) gran aceptación por el equipo;
2) mayor rapidez, sujeción y comodidad para el paciente;
3) perdida de visibilidad de los dispositivos y
4) especialmente útil en pacientes voluminosos.

Conclusiones

Las percepciones de los profesionales tras la pandemia sobre la técnica “burrito roll” nos permite conocer sus pros y contras, adecuarla a las necesidades de los pacientes y aprender de los errores cometidos para mejorar la seguridad del paciente.

Palabras clave

Pronación • Burrito roll • COVID 19

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 186

PROCEDIMIENTO PARA EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL ENFERMO CRÍTICO. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Montserrat Gil Ariño; R. Pascual Climent; M. Miro; S. Companys Gyles; R. Merce Oller; El. García Águila; M. Escarp Sans; I. Sabaté Cordero
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos/Introducción

La movilización de pacientes críticos supone un riesgo para el paciente y la posibilidad de la aparición de complicaciones por lo que es necesario valorar el riesgo-beneficio antes de realizarla.

Es importante unificar la manera de actuar antes, durante y despues del traslado.

Objetivos: Unificar criterios entre todos los profesionales que intervienen en el traslado y que sean capaces de solucionar cualquier complicación que surja durante el mismo. Crear protocolos u otros instrumentos para el traslado de paciente crítico.

Metodología/Observación clínica

Partiendo de la ultima versión del Procedimiento para el transporte intrahospitalario del enfermo crítico con fecha de 2018 se revisa y actualiza.

Se realizaron una serie de modificaciones basadas en los cambios en el material disponible en la unidad en el momento de la revisión y en la creación de una lista de verificación del mismo.

Resultados/Intervenciones

- Actualización del material disponible.
- Registro del check list de Transporte Intrahospitalario en el registro informatico.
- El traslados se dividirá en tres fases:

1. Preparación de paciente en el box incluyendo la preparación de la medicación a administrar.
2. Ejecución: inicio del traslado desde el box hasta la vuelta al mismo.
3. Retorno y control: recolocación del paciente en el box, reconexiones,estabilización, reinicio de perfusiones, control y registro del traslado.

Conclusiones

Para realizar un traslado seguro es necesario:

- Estandarización y protocolización del proceso.
- Planificación y organización rigurosa, incluyendo check list.
- Comunicación entre profesionales y entre equipos.
- Valorar la indicación del traslado: riesgo-beneficio.
- Realizar a pie de cama aquellos procedimientos que asi lo permitan.
- Competencia y entrenamiento del equipo.
- Uso del material y equipo especifico para tralados.

Financiación

No hay financiación

Palabras clave

Transporte intrahospitalario

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 201

UCI ABIERTA LAS 24 HORAS DEL DÍA. ¿QUÉ PIENSAN LOS PROFESIONALES?

Andrea Cabré Ramírez; D. Dorobantu; GV. Mbopda Nembot; V. Hidalgo Aranda; R. Molina Chueca
Salut Sant Joan de Reus - Baix Camp

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo con metodología cualitativa y una posterior intervención. Consta de dos fases. Una encuesta para conocer la opinión de los trabajadores. Participantes: profesionales de la unidad reclutados con un muestreo intencionado y sin criterio de exclusión. Posteriormente, la realización de una propuesta de mejora del horario atendiendo con los resultados de la encuesta en formato de tríptico.

Resultados/Intervenciones

Según las respuestas obtenidas (68 respuestas) un 88% considera que la presencia de los familiares ayuda a la recuperación del paciente y un 92% que pueden colaborar en los cuidados. Sin embargo, solo un 31,8% considera que es necesaria la presencia de ellas las 24 horas. En el momento de realización de la encuesta, el régimen de visitas era UCI abierta 24 horas y se observaron una gran variedad de opiniones. La decisión de imponer ese horario no fue consensuada con los trabajadores y un 97% consideran que deben ser partícipes en la elección.

Conclusiones

La presencia de los familiares las 24 horas genera un aumento de las cargas de trabajo por la falta de cumplimiento de la normativa de la unidad. Según los resultados, el mejor horario sería de 13 a 22 horas, limitando la presencia de dos familiares por box para garantizar la intimidad y las curas de los pacientes.

Palabras clave

perspectiva • familias • profesionales • UCI abierta

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 227

MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE PLEURAL

Esther Malmierca González; Cristina García Álvarez
Hospital Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

La presencia de aire y/o líquido en la cavidad pleural impide la expansión pulmonar completa, evitando un correcto intercambio gaseoso. El drenaje torácico pretende la evacuación del contenido presente en la cavidad pleural, recuperando así la presión negativa necesaria para un correcto funcionamiento pulmonar.

Objetivos: Destacar aspectos relacionados con los cuidados de enfermería en el manejo de estos dispositivos y prevenir complicaciones asociadas a un mal funcionamiento del drenaje pleural.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica, consultando diferentes bases de datos (Pubmed, Scielo, Medline y Cuiden) además de otros recursos: protocolos, manuales y revistas científicas. Los descriptores utilizados fueron: drenaje pleural, cuidados de enfermería, complicaciones, hemotórax.

Resultados/Intervenciones

Uno de los dispositivos más utilizado es el Pleur-Evac®. Los cuidados de enfermería deben de ir dirigidos a:

- Vigilancia y cuidados del punto de inserción.
- Vigilancia de la permeabilidad del drenaje.
- Vigilar la oscilación/burbujeo de la cámara de agua.
- Vigilancia del líquido de la cámara de control de aspiración.
- Asegurar las conexiones y fijación de este.
- Movilizaciones cuidadosas del paciente.
- Abordaje precoz de posibles complicaciones.
- Se desaconseja su pinzamiento, salvo en situaciones concretas.

Conclusiones

El personal de enfermería es protagonista en el manejo de estos dispositivos y en el cuidado de los pacientes portadores de ellos. Por lo tanto, es necesaria una adecuada formación y actualización en este tema, creándose protocolos o actualizándose periódicamente los ya existentes. Una valoración integral y continua del paciente permite evitar posibles riesgos y complicaciones que aumenten la morbi-mortalidad, alarguen las estancias hospitalarias, eleven el consumo de recursos y, por supuesto, empeoren la salud y la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Palabras clave

Drenaje pleural • Cuidados de enfermería • Complicaciones • Hemotórax

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DRENAJE PLEURAL

Malmierca González, Esther; García Álvarez, Cristina
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: La presencia de aire y/o líquido en la cavidad pleural impide la expansión pulmonar completa, evitando un correcto intercambio gaseoso y pudiendo ocasionar, incluso, el colapso pulmonar.

El drenaje torácico es una técnica que pretende la evacuación continua del contenido presente en la cavidad pleural, recuperando así la presión negativa necesaria en la pleura para un correcto funcionamiento pulmonar.

OBJETIVO: Destacar aspectos importantes relacionados con los cuidados de enfermería en el manejo de estos dispositivos y ayudar a prevenir las complicaciones asociadas a un mal funcionamiento o control del drenaje pleural.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de los últimos años, consultando diferentes bases de datos (Pubmed, Scielo, Medline y Cuiden) además de otros recursos como: protocolos asistenciales, manuales y revistas científicas. Los descriptores utilizados fueron: drenaje pleural, cuidados de enfermería, complicaciones, hemotórax.

RESULTADOS: Uno de los dispositivos más utilizado es el Pleur-Evac ®.
Los cuidados de enfermería deben de ir dirigidos a:
- Vigilancia y cuidados del punto de inserción, para evitar posibles infecciones.
- Vigilancia de la permeabilidad del drenaje (evitar obstrucciones y/o acodaduras).
- Vigilar la oscilación/burbujeo de la cámara de agua.
- Vigilancia del nivel de líquido de la cámara de control de aspiración constante.
- Asegurar las conexiones y fijación de este, manteniéndolo por debajo del tórax del paciente.
- Recomendar al paciente movilizaciones cuidadosas, ayudándole si es necesario.
- Reducción y abordaje precoz de posibles complicaciones: hemorragia activa, enfisema subcutáneo, infección, edema pulmonar, empiema, alteración de la función respiratoria...
-Pinzamiento del tubo: está desaconsejado salvo al cambiar el drenaje o su cámara recolectora o para valorar la retirada de este.

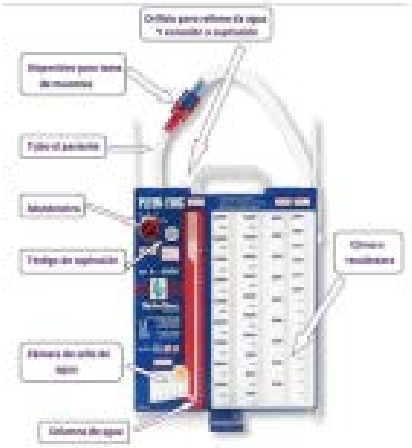


Imagen 1: Dispositivo Pleur-Evac®

CONCLUSIONES:

El personal de enfermería es protagonista en el manejo de estos dispositivos y en el cuidado de los pacientes portadores de ellos. Por lo tanto, es necesaria una adecuada formación y actualización en este tema, creándose protocolos o actualizándose periódicamente los ya existentes.

Una valoración integral y continua del paciente permite evitar posibles riesgos y complicaciones que aumenten la morbi-mortalidad, alarguen las estancias hospitalarias, eleven el consumo de recursos y, por supuesto, empeoren la salud y la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 241

TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO PRIMARIO DE PACIENTES EN ECMO VV. ACTIVACIÓN DEL EQUIPO ECMO

Rebeca Gómez Barbero
Hospital de Salamanca

Objetivos/Introducción

El crecimiento progresivo del empleo de las terapias de soporte, ha supuesto un punto de inflexión en la organización de los recursos disponibles en el ámbito sanitario. La creación de centros de referencia especializados en ECMO (Oxigenador de Membrana Extracorporea), constituyen un factor clave a la hora de mejorar los pronósticos y resultados disminuyendo considerablemente, las tasas de morbi-mortalidad; y ofreciendo de esta forma, una mayor seguridad y una mejor relación coste-beneficio. Para poder garantizar un acceso universal a la terapia ECMO, es necesario el transporte interhospitalario; por lo que el entrenamiento y la experiencia de los equipos, constituyen los dos ejes centrales sobre los cuales se asienta un gran porcentaje de la tasa de éxito, disminuyendo los potenciales riesgos existentes tanto para el paciente como para el profesional. Con el objetivo de conocer el manejo de estos pacientes y mejorar la calidad de sus cuidados, se hace necesario elaborar guías de asistencia en continua actualización, que permitan a los profesionales, adquirir los conocimientos necesarios para elaborar planes terapéuticos dirigidos a cada paciente según sus necesidades, prestando una asistencia sanitaria personalizada basada en evidencias científicas y criterios de seguridad y calidad.

Metodología/Observación clínica

- Revisión bibliográfica: bases de datos, literatura descrita.
- Documentos clínicos hospitalarios.
- Documentación de elaboración propia.

Resultados/Intervenciones

- Activación del equipo ECMO.
- Preparación previa, canulación y conexión del sistema.
- Estabilización, traslado y transferencia del paciente.

Conclusiones

La elaboración de guías de asistencia, permite a los profesionales adquirir una serie de conocimientos científicos y mecanismos de trabajo aplicables a las situaciones ya descritas, con posibilidad de adaptación a las necesidades de cada paciente; permitiendo una mejora en la calidad de los cuidados y un avance hacia la especialización de la Enfermería de Cuidados Críticos. Los profesionales con experiencia, conocimiento y habilidades en cuidados críticos, trabajan con mayor seguridad y esto repercute en la calidad asistencial del paciente.

Palabras clave

traslado interhospitalario • ECMO • enfermería

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 242

ENFERMERÍA, LA ESENCIA DEL SOPORTE VITAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL PACIENTE CRÍTICO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Rebeca Gómez Barbero
Hospital de Salamanca

Objetivos/Introducción

Los pacientes de cirugía cardíaca requieren de un ingreso posterior a la intervención quirúrgica en Unidades de Cuidados Intensivos dada su potencial inestabilidad hemodinámica, por lo que precisan de una estrecha vigilancia mediante una monitorización continua y unos cuidados exhaustivos de calidad. Las primeras horas posteriores a la intervención, son las más delicadas ante el riesgo de aparición de potenciales complicaciones de mayor o menor gravedad y es por ello, que la enfermería juega un papel esencial en todas cada y una de las etapas del postoperatorio respondiendo a las necesidades que puedan surgir con el paso de las horas mediante la implementación de una serie de procedimientos y maniobras específicas para este tipo de pacientes. En base a esto, surge la necesidad de desarrollar guías de asistencia que permitan a los profesionales adquirir los conocimientos necesarios para el manejo de este tipo de usuarios elaborando mapas de ruta específicos y personalizados para cada paciente.

Metodología/Observación clínica

- Revisión bibliográfica: bases de datos, literatura descrita.
- Documentos clínicos hospitalarios.
- Documentación de elaboración propia.

Resultados/Intervenciones

- Actuaciones de enfermería: distribución de funciones y protocolo de ingreso.
- Cuidados de enfermería durante las 4 primeras horas tras la recepción del paciente: monitorización, valoración y actuaciones.
- Signos de alarma en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones

El manejo de este tipo de pacientes es complejo, por lo que se requiere personal con una formación específica para ejercer este tipo de trabajo, pues deben ser capaces de adaptarse y reaccionar en el menor tiempo posible a los diferentes escenarios que puedan presentarse; elaborando planes de cuidados de enfermería adaptados a la patología que se trate en ese momento.

Por todo ello, se hace necesaria la creación de una especialización de enfermería en cuidados críticos que recoja ámbitos de actuación con competencias enfermeras complejas dando de esta manera solución a las necesidades reales de este tipo de pacientes.

Palabras clave

Cirugía Cardíaca • Críticos • Cuidados • Enfermería

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 247

EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CRIOCOMPRESIÓN EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Ana Belén Mora Eleno; Mónica Bernal Sanz
Clinica CEMTRO

Objetivos/Introducción

Evaluar la efectividad de un sistema de criocompresión versus el protocolo habitual de recuperación en el post operatorio temprano de pacientes intervenidos para artroplastia total de rodilla (ATR) con sistema robótico.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo, randomizado y descripitivo. Quedaron incluidos 21 pacientes a los que se le realizo ATR en nuestra institución. Los pacientes fueron dividido en dos grupos: Grupo A, tratados con criopresoterapia (n=11) y Grupo B (n=10) tratados con protocolo habitual. Se evaluaron las variables cualitativas: edad, sexo, IMC, dominancia, lateralidad, grado K-L, altura, peso; y cuantitativas: dolor post operatorio mediante la escala visual analógica (EVA), el grado de flexión y extensión, la calidad de vida, uso de analgesia e inflamación el día 0, 1 y 7 del post operatorio. Se estableció el umbral estadísticamente significativo ($P<0.05$)..

Resultados/Intervenciones

No hubo diferencias entre las variables cualitativas, salvo en la lateralidad derecha ($p=0.048$). En el análisis univariante no se encontraron diferencias en el dolor, calidad de vida o estado de salud. Tampoco hubo diferencias en el grado de inflamación ni movilidad. En el análisis mutlivariante, no se encontró diferencias entre los grupos en el dolor, calidad de vida, salud, inflamación y movilidad. Tampoco se observó diferencias en cuanto al consumo de analgésicos. No hubo efectos adversos asociados a ninguno de los dos protocolos.

Conclusiones

El uso de criopresoterapia no demostró diferencias significativas en el nivel del dolor percibido, consumo de analgesia, calidad de vida y estado de salud general de los pacientes. Se necesitan realizar estudios con un mayor tamaño de muestra para poder definir el uso potencial de la criopresoterapia en el post operatorio inmediato de cirugía de reemplazo de rodilla.

Financiación

No se requiere

Palabras clave

criocompresión • dolor • prótesis de rodilla

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 256

PROYECTO DE ESTUDIO ANALÍTICO Y POSTERIOR PROTOCOLO SOBRE CUIDADOS OCULARES EN EL PACIENTE CRÍTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Teresa Olivas Asensio; MJ. Lanillos de la Cruz; A. García Rodrigo; L. Torres Fernández; LF. Ortiz Mejía; V. del Amo Rodríguez
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

A razón de un caso clínico, donde uno de nuestros pacientes tuvo que recibir un trasplante de córnea por una úlcera desarrollada en nuestra unidad, nos cuestionamos los cuidados oftálmicos que estábamos administrando. Utilizar un protocolo de cuidado ocular reduciría la incidencia de queratitis, y por tanto, de úlceras corneales.

Ante el inminente traslado a una UCI nueva y la preocupación suscitada tras dicho caso, nos planteamos la necesidad de desarrollar el boceto de un proyecto de estudio que en el futuro permita el desarrollo de un protocolo estandarizado. Objetivo general: optimizar los cuidados oculares.

Objetivos específicos:

- Plantear estudio que permita recopilar datos para seleccionar las mejores intervenciones.
- Prevenir úlceras corneales y posteriores deterioros visuales.
- Desarrollar protocolo de actuación.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica para tener una visión actualizada que permitirá programar un estudio observacional analítico de cohortes. En una primera fase se monitorizarán los cuidados aplicados. Durante la segunda fase, se recopilarán y analizarán todos los datos, comparando qué modo de proceder es más beneficioso. Finalmente, se desarrollará un protocolo de cuidados oftálmicos del paciente crítico sedado.

Resultados/Intervenciones

En la nueva unidad, más grande y dividida en dos módulos diferenciados y separados, se monitorizarán dos tipos de cuidados:

- **MÓDULO 1:** Lavado ocular con SSF + Gel oftálmico Carbómero 0,2%.
- **MÓDULO 2:** Lavado ocular con SSF + Gel oftálmico Aquoral.

Requisitos de inclusión: RASS 4/5, sin patología ocular previa y con revisión corneal con fluoresceína.

Conclusiones

Se evidencia la necesidad de mejorar la hidratación corneal con productos más eficientes a los utilizados hasta ahora. La implementación de un protocolo mejoraría los cuidados aplicados y prevendría futuros deterioros visuales.

El desarrollo de un estudio analítico de cohortes una vez nos asentemos en la nueva unidad es primordial para cumplir con la estrategia de Seguridad del Paciente que minimice al máximo las secuelas oculares en el enfermo crítico.

Palabras clave

Úlceras corneales • Protocolo • Cuidados oftálmicos • Estudio analítico • Paciente sedado

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 268

OPTIMIZAR LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN: EFECTO CHECKLIST

Maider Etxeandia Juaristi; A. Arana Azula; M. Sánchez-Bayton Griffith
UCI Osi Barrualde Galdakao (Osakidetza)

Objetivos/Introducción

La comunicación y el trabajo en equipo son fundamentales para una asistencia de calidad y segura.

OBJETIVOS:

El objetivo primario es mejorar la calidad percibida en comunicación interprofesional y seguridad del paciente, tras la implantación de una lista de verificación (checklist). Como objetivos secundarios, se valorará la adherencia del personal al checklist y se comparará el número de incidentes de seguridad.

Metodología/Observación clínica

Estudio cuasiexperimental antes-después desarrollado en una UCI polivalente de 12 camas sobre 50 profesionales (médicxs y enfermerxs). Consta de 3 fases:

1) Fase exploratoria (01/24): mediante un cuestionario de calidad percibida con respecto a la situación actual.
2) Fase de intervención (02-12/24): implantación de un checklist de pase de visita diario a realizar de forma conjunta.
3) Fase de evaluación (01/25): valorar la intervención, aspectos referidos a la comunicación y seguridad mediante un nuevo cuestionario. Por otro lado, la adherencia al checklist comparando el número de listados recogidos por día con el censo y, comparativa de incidentes de seguridad del mismo periodo con los posteriores a la intervención.

Criterios de inclusión: el personal (médicxs y enfermerxs) activos en la UCI en el momento de estudio. Para el análisis descriptivo se utilizarán medidas de tendencia central y dispersión, porcentajes y frecuencias según proceda. Para el bivariante se utilizará test de McNemar y t-Student para datos apareados. Se tendrá como valor de referencia $p<0,05$ para la significancia estadística empleando el programa SPSS.

Las limitaciones esperables son: el tamaño muestral estimado, voluntariedad del personal, efecto Hawthorne y la eventualidad de personal (posibles pérdidas).

Se cuenta con la aprobación del CEIC para la realización del estudio.

Autorización director

Palabras clave

Checklist • comunicación • cuestionario • pase visita

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 270

EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN MUSICAL EN LOS NIVELES DE CORTISOL DEL PACIENTE CRÍTICO

David Zuazua Rico; A. Maestro González; M. Antuña Sanemeterio; C. García García; Á. González; C. Rilo Arango; S. Villalgordo García; T. Criado González; C. Fernández Álvarez
HUCA

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos representan escenarios estresantes para los pacientes, especialmente aquellos bajo ventilación mecánica invasiva, lo que hace necesario que reciban sedación y analgesia para garantizar sucomodidad y reducir los niveles de estrés y ansiedad. La musicoterapia está ganando terreno en la práctica clínica, e incluso la Organización Mundial de la Salud recomienda incorporar la música como una forma de terapia no farmacológica para aliviar los síntomas mencionados. Considerando que el cortisol es la hormona más estudiada en relación con el estrés, sería interesante explorar el impacto de la música en los niveles de esta hormona.

Objetivo: Evaluar, a través de una revisión sistemática de la literatura científica, los efectos de la intervención musical sobre los niveles de cortisol.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión sistemática de acuerdo con las directrices de la Cochrane Collaboration y de la declaración PRISMA entre los meses de diciembre de 2022 y enerode 2023 en las siguientes bases de datos: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase, Pubmed, CINAHL y Web Of Sciences, sin restricciones en cuanto a la fecha de publicación e idioma.

Resultados/Intervenciones

En total se cribaron 6874 artículos y sólo 5 reunieron los criterios de inclusión. Tres de ellos encontraron diferencias entre los niveles de cortisol de los pacientes sometidos a musicoterapia y los que no recibían dicha terapia, mientras que en los dos restantes no se encontraron diferencias significativas entre la música y los niveles de cortisol.

Conclusiones

La musicoterapia podría mejorar la respuesta al estrés de los pacientes ingresados en UCI, además sería un método no farmacológico idóneo tanto por sus efectos como por su bajo coste. Cabe destacar la necesidad de probar la intervención musical en pacientes críticos con una muestra más grande para una mejor evaluación de ésta.

Palabras clave

Critical Care • Music Therapy • Cortisol

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 284

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) Y LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD (LESCAH): UN LUGAR PARA CADA COSA Y CADA COSA EN SU LUGAR

Estíbaliz Ortiz Yartu; E. Alonso Domínguez; I. Caballero Carracedo; E. Cardo Castro; E. da Silva Santos; S. Martínez González; A. Moralejo Esquilas; V. García Pérez; ML. Millán Salazar; Y. Gómez Gómez
Hospital Universitario Cruces

Objetivos/Introducción

La gran variedad de productos sanitarios existentes en el mercado relacionados con la prevención y tratamiento de UPP y LESCAH y la variabilidad en la oferta disponible en las unidades puede ocasionar dificultad y dudas en la elección del producto adecuado.

El objetivo es organizar y clasificar los productos en relación a su indicación y no por marca comercial con el fin de minimizar errores y mejorar la calidad asistencial. Además de facilitar la comprensión de las propiedades y usos de los productos.

Metodología/Observación clínica

La UCI y la Unidad Coronaria trabajan en la guía de buenas prácticas "Valoración del riesgo y prevención de UPP" actualmente en fase de sostenibilidad y adherida al proyecto Centros Comprometidos con la Excelencia En Cuidados (BPSO).

Los impulsores del proyecto revisaron la Guía de Osakidetza sobre UPP y la infografía existente sobre productos sanitarios usados en cura en ambiente húmedo publicada en 2019 en la Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri Cruces.

Resultados/Intervenciones

Se revisó el material existente relacionado con la prevención y tratamiento de las lesiones relacionadas con la dependencia (UPP y LESCAH) y se clasificó según indicación. Se organizó por familias de productos y se rotuló según su nombre genérico.

Se establecieron localizaciones específicas dentro de las dos áreas de la UCI y la Unidad Coronaria con el mismo criterio y se difundió de forma interna a través del briefing y mediante los impulsores de la guía.

Conclusiones

El uso de terminología genérica en detrimento de las marcas comerciales, ayuda a unificar criterios y mejorar el registro en la herramienta informática de la unidad.

La organización por familias de productos permite la durabilidad del sistema implantado a pesar de los cambios constantes de marcas comerciales y permite una mejor gestión del tiempo empleado en la elección del material. Favorece la adquisición de conocimiento y estandarización de la práctica asistencial.

Palabras clave

Úlcera por presión • Cuidados de Enfermería • Almacenamiento de productos

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 305

LESIONES POR PRESIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) HOSPITAL SANTA BÁRBARA UNIVERSITARIO DE SORIA: UN RETO PARA ENFERMERÍA

Sara Soria Romera; N. Cubillo Miguel; E. Pérez Franco; C. Merino Gómez; R. Pérez Hidalgo; E. Herrero del Río
Complejo Asistencial de Soria

Objetivos/Introducción

Las lesiones por presión (LPP) son consideradas un evento adverso importante en la práctica clínica asistencial. Su aparición aumenta la morbi mortalidad y como profesionales de la salud tenemos el deber de comprometernos con la seguridad de nuestros pacientes ingresados. El objetivo es analizar si un paquete de cuidados; care bundles (CB) es una herramienta adecuada para la prevención de LPP.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Scielo y Cuiden utilizando las palabras clave: lesiones por presión, UCI, cuidados de enfermería y prevención. Se han obtenido un total de 39 referencias bibliográficas, siendo necesaria una lectura crítica exhaustiva. Se trata de un análisis descriptivo de casos acontecidos durante los 2 últimos años en la unidad, examinando tanto datos de aparición y evolución de las LPP ante la ausencia de un CB.

Resultados/Intervenciones

Actualmente existe una gran variabilidad en la aplicación de las medidas de prevención de LPP en el medio hospitalario, a pesar de todos los mecanismos de los que disponemos para evitar o disminuir la aparición de LPP. La implementación de un CB de prevención de las LPP enfocada a mejorar la calidad y seguridad del paciente constituyen un papel fundamental en el abordaje del paciente crítico. En caso de que ya estén presentes; planificar el abordaje más idóneo de las mismas, mediante registro estandarizado y unificación de criterios de cuidados basados en la más actual evidencia científica.

Conclusiones

La prevención constituye un plan efectivo para evitar la aparición de las LPP. La aplicación firme de CB preventivos, obtiene el mejor resultado en el tratamiento y evolución de LPP en los pacientes de UCI siendo este, un indicador significativo de la calidad asistencial y seguridad del paciente crítico

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Lesiones por presión • UCI • Cuidados de enfermería • Prevención

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 327

ESTRUCTURANDO EL CONOCIMIENTO: GUÍA DE FORMACIÓN PARA ALUMNOS DE ENFERMERÍA Y NUEVAS INCORPORACIONES A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS (UCIC)

Jon Sánchez Aramburu; E. Cardo Castro; G. Uranga Hernández; M. Vicente Esparza; I. Larraona Pradera; E. Armendariz Solera; A. Moya Mondéjar; Y. Gómez Gómez; A. Sampedro Olivas
Hospital Universitario de Cruces

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) se caracterizan por ser unidades especializadas, constituídas y dotadas para la asistencia de pacientes en estado crítico.

Debido a la creciente complejidad y a la naturaleza holística de los cuidados intensivos, es necesario que las enfermeras de UCIC tengan una combinación específica de habilidades, conocimientos y actitudes.Los alumnos y el personal de enfermería recién llegado a la unidad, puede sentir ansiedad y miedo por falta de destreza y/o conocimientos de las técnicas, organización propia del servicio y patologías tratadas. Nuestro objetivo es, tanto proporcionar a los profesionales de nueva incorporación una guía escrita que responda a las necesidades y situaciones que afrontan en su día a día, como dar a conocer a los alumnos de enfermería, previo al inicio de sus prácticas en UCIC, un conjunto de competencias básicas que haga posible un mejor aprovechamiento de éstas.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos publicados entre los años 2013 y 2023 en distintas bases de datos (SciELO), páginas web de sociedades científicas y guías de práctica clínica sobre las competencias enfermeras en cuidados intensivos cardiológicos.

Resultados/Intervenciones

Se elaboró un Checklist como guía de formación tanto para los profesionales de enfermería recién llegados a UCIC, como para los estudiantes de enfermería que realizan sus prácticas entre nosotros, y se redactó una guía práctica de enfermería en el paciente crítico cardiológico.

Conclusiones

Gracias a la actitud y al esfuerzo desplegado por los profesionales de la Unidad, contamos con una nueva herramienta de trabajo que va a ser básica para mejorar no sólo la competencia de los profesionales, sino también para optimizar los recursos.

Palabras clave

Docencia • Cuidados Críticos • Lista de verificación

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 333

IMPLANTACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI) PARA LA ASISTENCIA DE EMERGENCIAS INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA

Erika Moreno Burgueño; E. Moreno Fernández; E. Verde Valbuena
Hospital Universitario Donostia

Objetivos/Introducción

Introducción: La intervención de emergencias en el entorno hospitalario debe ser rápida, efectiva, coordinada y de calidad. En nuestro caso, durante el año 2022 se atendieron 51 emergencias intrahospitalarias por lo que decidimos crear un equipo multidisciplinar para atender dichas necesidades.

Objetivos: Ofrecer una respuesta eficaz diseñando un protocolo de actuación que establezca actividades específicas de cada miembro para así optimizar la coordinación, reorganizar el material y actualizar los conocimientos de los profesionales.

Metodología/Observación clínica

Para ello creamos un grupo de trabajo, formado por tres médicos, tres enfermeras y un técnico auxiliar de enfermería del SMI.

Elaboramos un protocolo para el manejo de la parada cardiorrespiratoria en y desde SMI basándonos en las últimas recomendaciones de la European Resuscitation Council Guidelines 2021. Además, organizamos un curso con una parte teórica y otra práctica.

Resultados/Intervenciones

Durante el año 2023 impartimos un curso teórico-práctico dirigido a médicos y enfermeras del servicio. La parte práctica la realizamos en grupos de 5 enfermeras y 2 médicos en una habitación de hospitalización, recreando 4 escenarios de emergencia. Definimos el material a utilizar. Hasta ese momento empleábamos una mochila de emergencia y un DESA y actualmente se ha adquirido un nuevo desfibrilador con opción de monitorización completa y se ha añadido el dispositivo mecánico de compresión LUCAS.

Conclusiones

Durante el año 2023, dicho equipo ha dado respuesta a 53 emergencias intrahospitalarias, de las cuales, 32 han sido paradas cardiorrespiratorias.

Se realizaron 28 intubaciones y 2 traqueotomías urgentes en las que el equipo multidisciplinar actuó siguiendo el protocolo implantado, de una forma adecuada y segura para el paciente.

Queda así patente la necesidad de integrar la figura de la enfermería en dicha actuación.

Palabras clave

Parada Cardiorrespiratoria

Lunes 13 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES III. *Sala 121*

ID 348

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA: CONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS NECESARIOS EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

José Ubaldo Domínguez Martín; M. Sanz Gutiérrez; J. López Goya; A. Canalejo Caballero; V. Benito Rojas; ME. Lazaro Varas
Hospital Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La intubación orotraqueal en pacientes críticos es fundamental para controlar la vía aérea y evitar así el empeoramiento clínico del paciente.

Un buen conocimiento de la técnica, así como de los materiales que se usan y de la medicación necesaria, ayudará a reducir el tiempo de respuesta y minimizar los errores.

Metodología/Observación clínica

Se presenta una secuencia de pasos a seguir en el SRI mediante la revision de manuales y protocolos a traves de PUBMED, DIALNET, SCIELO y google academy.

Resultados/Intervenciones

Nos hemos centrado en tres aspectos considerados básicos para la técnica: Pasos a llevar a cabo en el procedimiento planteando diferentes escenarios, daptando la actuación en función de cada uno. Conocimiento y manejo del aparataje y material que puede llegar a necesitarse durante la intervención. Medicación necesaria, desde la más común como sedación, analgesia y relajantes, a aquella más específica según la patología que presente el paciente.

Conclusiones

Trabajar siguiendo un orden preciso, estrcuturado y racional hace de la secuencia de intubación rápida un procedimiento seguro y eficaz, previniendo las dificultades y consiguiendo un manejo óptimo de la vía aérea. Además, mejora los conocimientos y funcionales a realizar por cada miembro del equipo, incidiendo directamente en el trabajo interdisciplinar. Es indiscutible la importancia de la educación y el entrenamiento, por lo que se plantea la siguiente secuencia de pasos a llevar a cabo:

1. Preparación del escenario
2. Preoxigenación
3. Verificación de material y medicación preparada
4. Colocación del paciente en supino
5. Administración de sedoanalgesia y relajación
6. IOT
7. Cuidados post procedimiento.

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. *Sala 121*

ID 23

ENCUESTA DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS CLIENTES INTERNOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Mª Isabel González Méndez; A. Muñoz Domínguez; A. Vázquez Fernández; C. Martín Castaño; R. Muriana Jiménez; P. Bazán Báez; MªN. Anaya Carrión; E. Sánchez Payán; MªR. Alcaide Villa
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tienen una cartera de clientes internos bien definida integrada por unidades derivadoras de pacientes, tanto médicas como quirúrgicas, y unidades receptoras de pacientes al no ser la UCI unidad finalista. Se completa esta cartera de clientes internos con las unidades prestadoras de servicios como Laboratorios, Anatomía Patológica, Microbiología, Hematología, Radiodiagnóstico o Farmacia.

Objetivo: evaluar la relación de la UCI con sus clientes internos y la adecuación de los servicios que presta para poder orientar estas relaciones a la mejora continua en la prestación sanitaria al paciente y su familia.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Participantes: La unidad de muestreo ha sido cada uno de los profesionales que trabajan en unidades consideradas clientes internos de la UCI.

Fuentes de Información: Cuestionario de elaboración propia anónimo y autoadministrado.

Los profesionales fueron invitados a participar mediante correo electrónico enviado por la Unidad de Calidad a los responsables de unidades y a los miembros de todas las comisiones hospitalarias. Los datos fueron recogidos mediante selección no aleatoria y voluntaria de los participantes a losa que se garantizó la confidencialidad de las respuestas.

Resultados/Intervenciones

Un total de 18 unidades respondieron a la encuesta. Las más respondedoras fueron Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Medicina Interna y Neumología-Cirugía Torácica. En todos los ítems se obtuvo una puntuación media por encima de 7 y el grado de satisfacción global con la respuesta de la UCI ha sido de un 7,96

El ítem que ha presentado una satisfacción media menor ha sido el de satisfacción sobre la disponibilidad de camas solicitadas a UCI de forma urgente.

Conclusiones

Una gran área de mejora es volver a consolidar la Unidad de Cuidados Intermedios permitiendo facilitar el flujo de pacientes en las áreas de urgencias y/o evitando ingresos en planta de hospitalización.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Unidades de Cuidados Intensivos • Unidades hospitalarias
Encuestas y Cuestionarios • Satisfacción en el Trabajo

sigue –>

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL HUVR

RESPECTO A LA UGC CUIDADOS INTENSIVOS

Desde la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío, nos sería de gran utilidad conocer su grado de satisfacción con el Programa de la Atención al Paciente Crítico:

1. Unidad o Servicio en el que trabaja

2. Profesión

3. Frecuencia con la que ha contactado en el último año en una consulta urgente a la UGC de Cuidados Intensivos

   < 2 veces 2-4 veces 5-8 veces > 8 veces No Aplica

4. Razones por la que más frecuentemente ha consultado de modo urgente a la UGC de Cuidados Intensivos

   - Solicitud de ingreso de un paciente en Cuidados Intensivos
   - Consulta, sin solicitud de ingreso, de un paciente
   - Emergencias (shock, Parada cardio respiratoria, otros)
   - Otros
   - No Aplica

5. En una escala de 1 a 10 exprese su satisfacción con los **tiempos de respuesta** de los médicos intensivistas en situación de consulta urgente.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No Aplica

6. En una escala de 1 a 10 exprese su satisfacción con la **calidad de la respuesta** en consulta urgente de los médicos intensivistas.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No Aplica

7. En una escala de 1 a 10 califique su satisfacción sobre la **disponibilidad de camas** solicitadas a UCI de modo **reglado.**

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No Aplica

8. En una escala de 1 a 10 califique su satisfacción sobre la **disponibilidad de camas** solicitadas a UCI de modo **urgente**.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No Aplica

9. Exprese su grado de **satisfacción global** con la respuesta de la UGC de Cuidados Intensivos.

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No Aplica

10. Comentarios y sugerencias.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 26

PLAN LOCAL DE HUMANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Mª Isabel González Méndez; MªN. Anaya Carrión; C. Martín Castaño; A. Vázquez Fernández; MªR. Alcaide Villa; R. Muriana Jiménez; P. Bazán Báez; A. Muñoz Domínguez; E. Sánchez Payán; MªR. Cubero Senín
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

Objetivo: Identificar los objetivos del Plan de Humanización de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cuidados Intensivos enmarcándolo en las líneas definidas en el Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Metodología/Observación clínica

En el año 2021 se aprobó el Plan de Humanización del SSPA alineándolo con el resto de estrategias y políticas de salud. Se desplegaron 14 objetivos específicos enmarcados en 4 líneas estratégicas: organizacional, estructural, asistencial y relacional. A partir de estas, se planteó una propuesta de objetivos específicos y acciones. Se nombraron tres referentes de humanización con pertenencia a la Comisión de Humanización Hospitalaria. Elaboraron una propuesta del Plan local de Humanización, utilizando como referencia los objetivos específicos del Plan de Humanización del SSPA, que se presentó al Consejo de Dirección de la UGC para su aprobación.

Resultados/Intervenciones

Se contemplaron 12 objetivos de los que cuelgan 16 acciones:

- Implicar a los cargos intermedios en el modelo de humanización de la asistencia
- Favorecer la participación de los profesionales en iniciativas de humanización
- Generar cultura de humanización mediante sesiones clínicas
- Facilitar la integración de los nuevos profesionales
- Favorecer unas condiciones de trabajo adecuadas para los profesionales
- Impulsar una arquitectura humanizada
- Incorporar los valores de humanización a los avances e innovaciones científico-técnicos
- Garantizar la comunicación con las familias, así como sus derechos de información sobre la Unidad
- Garantizar la visita de la familia
- Reforzar los derechos fundamentales de pacientes y familias
- Enfocar la calidad de la práctica clínica a lo que tiene valor para las personas en el proceso de atención
- Garantizar un marco de relación basado en el respeto a la dignidad de las personas

Conclusiones

Se ha considerado un marco temporal de tres años con evaluación posterior. Con periodicidad trianual se volverán a establecer nuevos objetivos con sus correspondientes indicadores y a continuar trabajando con los ya instaurados.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Humanización de la Atención • Unidades de Cuidados Intensivos • Planificación

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 29

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Anna Andrés Herrero[1]; R. Herrera Sebastián[1]; J. Granados Solano[1]; J. Emilio López Bordoy[1]; N. Santamaría Nicolás[1]; D. Ruíz Sánchez[1]; M. Vidal Sanjuán[2]; A. Granado García[1]
1. Hospital del Mar; 2. PSMAR

Objetivos/Introducción

La comunicación siempre ha desempeñado un papel esencial en el proceso del cuidado, especialmente al transferir información. Para el personal enfermero el cambio de turno es un momento clave, ya que permite intercambiar información relevante del paciente, así como asegurar una atención de calidad.

Objetivo: Describir la percepción de calidad de la transmisión de información que tiene el equipo enfermero durante el cambio de turno en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología/Observación clínica

Estudio transversal mediante una encuesta ad hoc elaborada con Microsoft Forms®, enviada al personal de enfermería de la UCI de un Hospital de tercer nivel.

Resultados/Intervenciones

Tasa de respuesta: 99% (148 de 150 personas), 74% enfermeras y 25% TCAEs.Experiencia en el servicio: el 48% de los encuestados tienen una experiencia inferior a 5 años, de 5 a 10 años un 23%, un 11% de 10 a 20 años, y más de 20 el 16%.

Un 15% respondió, sí recibió toda la información necesaria en el cambio de turno, un 11% no y un 72% a veces. A su vez, un 55% opina que a medida que pasan los turnos, se pierde información relevante, frente al 36% que solo a veces y un 8% que no.

En cuanto a qué información se pierde: un 24% la relacionada con situaciones clínicas, un 27% decisiones clínicas, un 15% técnicas realizadas y un 15% pruebas. A la pregunta “te sería útil disponer de una guía para hacer la trasmisión de información en el cambio de turno”: 70% respondió sí, 27% indiferente y 2% no. En contra, un 53% considera implicaría más carga laboral.

Conclusiones

La percepción expresada por los profesionales es que parte de la información del paciente se pierde en el proceso de cambio de turno. Por consiguiente, se decide generar una herramienta capaz de abordar dicho problema.

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 49

¿CUÁNTO SABEN NUESTROS PACIENTES SOBRE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Maya Zapatero de Castilla; B. Romanos Calvo
Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos/Introducción

Con el fin de mejorar la comunicación con nuestros pacientes y disminuir la ansiedad que conlleva un ingreso en UCI, elaboramos un díptico informativo con un lenguaje claro y cercano para ofrecer una visión general de la UCI Postcardiaca. Para poder valorar la eficacia de los mismos realizamos encuestas a 35 pacientes que iban a ser operados de Cirugía Cardiaca. Se realizcon preguntas antes y después de leer el díptico que les entregamos previamente.

Metodología/Observación clínica

Primero se elaboró un díptico visual con información clara y sencilla.

Después subimos a la planta de hospitalización de cirugía cardiaca para presentarlo a los pacientes y realizar las preguntas que evaluarían la satisfacción del díptico. Realizamos preguntas pre y post díptico, dando un tiempo prudente de lectura y comprensión.

Resultados/Intervenciones

- Previo a la encuesta, un 76.5% creían que el ambiente de UCI es muy tranquilo. El 11.8% que contestó que la "UCI no es nada tranquila" era por experiencia propia o por haber sido familiar.

Tras la entrega del díptico, un 47.1% interpretaron que existía un ambiente tranquilo y un 41.2% que no iba a serlo.

- A un 88,6%, el díptico les sorprendía gratamente y les tranquilizaba conocer que iban a ser visitados por su familiares.
- Un 82,9% conoció mediante el díptico que tienen la posibilidad de tener objetos personales como un libro, el móvil, gafas, sonotone...

Conclusiones

- Ha sido una experiencia muy positiva ya que ha quedado patente que tras la lectura muchas ideas erróneas se han solucionado.
- Los pacientes nos comentaron que les parecía una gran idea y agradecían muchísimo la información
- Les hacía disminuir la ansiedad tanto a ellos como a sus familiares
- Los profesionales vimos nuestro trabajo recompensado.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Cuidados críticos • Comunicación • Satisfacción

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 72

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN EN LOS PACIENTES CON UNA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA Y VENTILACIÓN MECÁNICA EN UCI

Ana Gómez Alcíbar; MB. Bustamante Álvarez
Osakidetza. Hospital de Basurto

Objetivos/Introducción

El paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que recibe ventilación mecánica (VM) y se le realiza una traqueostomía no puede comunicarse por vía oral. Hay que formular estrategias seguras y efectivas para revertir esta situación y que el paciente se encuentre más cómodo asi como conocer la importancia que tiene la comunicacion en el proceso de destete en los usuarios con ventilación mecánica.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de la literatura científica en Pubmed, Cinahl y Cuiden.

Resultados/Intervenciones

La frustración, malestar, dolor o ansiedad de los pacientes en UCI con traqueostomía y VM es muy elevada por no poder comunicarse de forma eficaz, debidas a la incapacidad fonatoria que presentan. Por lo tanto, hemos detectado que hay una necesidad importante de comunicación.

En algunos casos, se utiliza la escritura. No obstante, en aquellos pacientes cuyo estado no les permite usar esta herramienta se podrían utilizar nuevas formas para “hacerse entender”, como por ejemplo, las señas. Otros estudios emplean tarjetas representando diferentes necesidades, incluso métodos de última generación a través del movimiento ocular.

También existen diferentes tipos de cánulas que facilitan la fonación gracias al estímulo directo de estructuras laringo-faringeas desde el paciente con VM hasta el proceso de decanulación.

Conclusiones

La comunicación por parte de un paciente con traqueostomía en UCI con VM es de vital importancia para estar confortable y permitir conocer sus necesidades. De esta manera, las intervenciones de las enfermeras serán mucho más eficaces, logrando un mejor acople terapéutico. No hay que olvidar la importancia del conocimiento de las estructuras implicadas en el acto deglutorio y respiratorio para poder retirar la VM y así poder decanular e implantar un sistema de comunicación verbal y de alimentación oral.

Financiación

No existe conflicto de interes

Palabras clave

paciente traqueostomizado • comunicacion • ventilacion mecanica

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 93

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL TRASPASO DE INFORMACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

Patricia Suárez Arbelo[1]; BN. Santana López[2]; J. Reyes Díaz[1]; AD. Navarro Sosa[1]
1. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín; 2. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín / Universidad Fernando Pessoa Canarias

Objetivos/Introducción

Analizar la percepción sobre el traspaso de información de enfermería en UCI del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, transversal y comparativo, diseñado ad hoc incluyendo variables dicotómicas y de tipo likert, además de preguntas sociodemográficas y ocupacionales. Difundido mediante cuestionario electrónico elaborado por los autores del trabajo presente a través de Google Forms. Se obtuvo la aprobación por parte de supervisión de enfermería, recogiéndose los datos entre el 19/11 al 29/12 de 2023. Tras la muestra final (n=65) se llevó a cabo el análisis estadístico.

Resultados/Intervenciones

En general, las enfermeras consideraron que el tiempo necesario en minutos para dar una guardia completa por paciente es de 8.85 (± 3.89). Sin embargo, los enfermeros que llevan más de 5 años en la unidad expresan que el tiempo necesario es menor, en comparación con aquellos que llevan menos tiempo (7.41 ± 3.05 vs 10.45 ± 4.08; p=0.001).
La mayoría de los encuestados cree que sería útil establecer un horario de inicio y de fin para los cambios de turno (n=45; 70,0%). Sobre si la puntualidad es un factor que afecta al traspaso de información, el 95,4% (n=62) refleja que sí.
Un alto porcentaje creen que hay una falta de planificación/protocolización del traspaso de información (n=45; 69,2%). Afirman la utilidad de asistir a cursos de formación sobre el traspaso de información (n= 55; 84,6%) siendo los enfermeros con menos de 5 años trabajado los que más de acuerdo están (93,9% p=0,037).
Solamente el 9.0% de los enfermeros conoce algún método reglado de traspaso de información verbal sobre el paciente.

Conclusiones

El traspaso de información es importante para garantizar la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente. A través de nuestros resultados se tratará de aplicar medidas que palien las áreas donde la comunicación no es del todo eficaz, por ejemplo instaurando el IDEAS.

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. *Sala 121*

ID 101

PUESTA EN MARCHA EIAV (EQUIPO DE INFUSIÓN Y ACCESOS VASCULARES)

Gonzalo Puebla Molinero; E. Salmerón Crespo; A. Noci Cerro; C. Torregrosa Camin; M. Moratilla Roa; L. Torres Fernández; JM. Román Sánchez; M. Aranzazu Moya López
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

En enero de 2023, por necesidades del servicio, se pone en marcha el EIAV (equipo de infusión y accesos vasculares) por parte del personal de UCI. Formado por 5 enfermeras, con 3 años de experiencia mínima en la canalización, TCAEs (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) y personal médico. Dicho personal ha recibido la formación pertinente en cuanto a las últimas recomendaciones referentes a la elección de dispositivo, inserción, uso adecuado, mantenimiento y retirada.

Objetivos:

- Creación de una agenda para la canalización.
- Correcta elección e inserción del dispositivo.
- Óptimo mantenimiento y cuidado.
- Docencia al resto del hospital.
- Disminución de la incidencia de bacteriemia y riesgos derivados.
- Dotación de catéteres Midline.
- Dotación de PICC (catéter central de inserción periférica) con localización de la punta mediante electrocardiograma intracavitario.

Metodología/Observación clínica

- Creación y formación de un equipo experimentado de profesionales.
- Revisión de los registros de actividades de canalización y seguimiento de catéteres.
- Revisión bibliográfica.
- Elaboración de un protocolo y formación al resto de profesionales.

Resultados/Intervenciones

- Se registran 118 Midline en el año 2023, una media de 10/mes.
- Se registran 346 PICC canalizados en el año 2023, una media de 29/mes, frente a los 321 PICC del año 2022 y los 229 PICC canalizados en el año 2021.
- Ponemos en marcha un control de PICC domiciliarios, reduciendo la inserción de reservorios y bajando la incidencia de bacteriemia.

Conclusiones

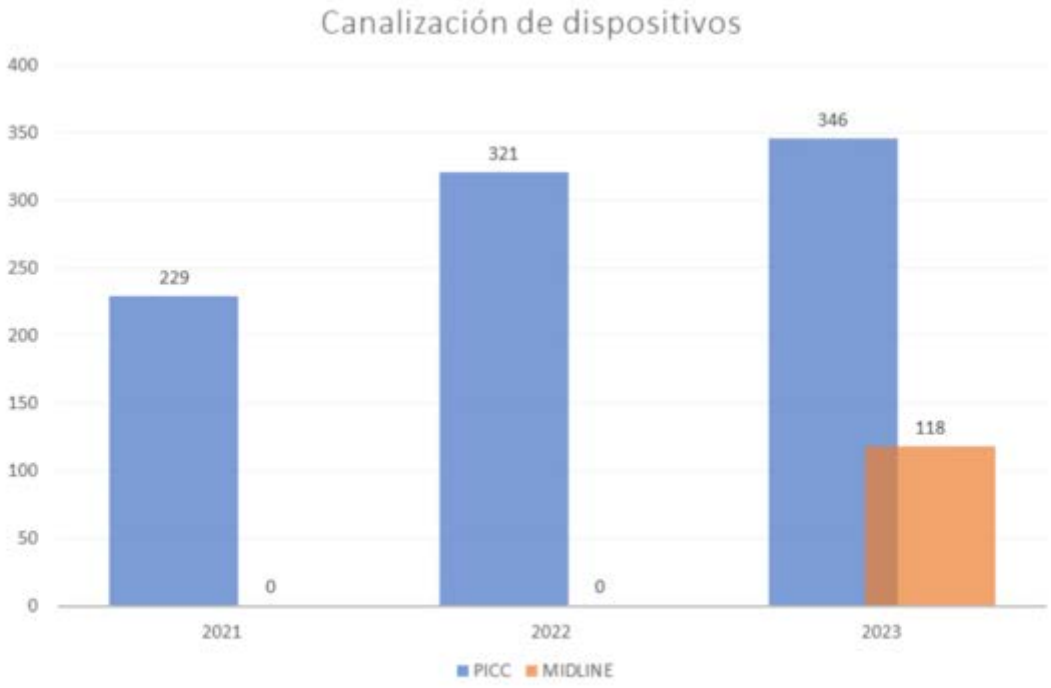
Se ha reducido la canalización de CICC, disminuyendo riesgos de este tipo de catéteres, en comparación con PICC.
Se logra dotar al hospital de catéter tipo Midline.
En proyecto, creación de una agenda de canalización y revisión de catéteres intrahospitalarios y domiciliarios.
En proyecto, dotación de PICC con localización de la punta mediante electrocardiograma intracavitario, para aumentar seguridad del paciente y reducir costes.
Reducción de la incidencia de bacteriemia y riesgos asociados.

Palabras clave

PICC • Midline • Inserción • Cuidados de enfermería

sigue –>

Comunicaciones póster



Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. *Sala 121*

ID 163

ESCALA ICE COMO PREVENCION DEL ICANS. UN RETO PARA ENFERMERIA

Cristina Santos del Pino; C. Sánchez Gamir; F. Paredes Garza; M. López Poveda
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

La terapia de células CAR-T o Receptor de antígeno quimérico de células T, es un tratamiento basado en la utilización de células del paciente para destruir células malignas de enfermedades hematológicas.

Debido a la inmunodeplección tras este tratamiento, los pacientes ingresarán en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) para una vigilancia estrecha. Entre las posibles reacciones adversas podemos encontrar el Síndrome neurológico asociado al tratamiento con células inmunoefectoras (ICANS), en el cual destacan efectos neurológicos graves.

Para una estrecha vigilancia es preciso administrar la escala ICE (Encefalopatía asociada a Células Inmunoefectoras) al menos una vez cada seis horas o cuando se detecte un deterioro neurológico.

Metodología/Observación clínica

Debido a la gravedad de los pacientes sometidos a la terapia de células CAR-T en los servicios de Hematología, surge la necesidad de un seguimiento exhaustivo por parte de las UCIs. Es aquí donde se valorará el grado de ICANS mediante la escala ICE.

Resultados/Intervenciones

La escala ICE mediante la valoración de sus 5 ítems (orientación, capacidad de nominar objetos, capacidad de obedecer órdenes sencillas, destreza para escribir una oración y capacidad de atención), obtiene una puntuación de 0 a 10.Según los resultados obtenidos se dispondrá de una puntuación concreta:

- Grado I (7-9): desorientación temporo-espacial, alteración en la escritura y somnolencia.
- Grado II (3-6): afasia de expresión, apraxias, anomias y problemas de concentración.
- Grado III (0-2): afasia global grave, incapacidad de hablar o seguir órdenes, episodios convulsivos o edema.
- Grado IV (0): estupor, coma, convulsiones y signos de presión intracraneal elevada.
- Grado V: muerte atribuida al ICANS.

Conclusiones

La escala ICE para la prevención del ICANS es una herramienta que permite una estrecha vigilancia de los signos de neurotoxicidad en pacientes sometidos a la terapia de células CAR-T, siendo la enfermería protagonista principal de su evaluación.

Palabras clave

prevención • ICE • enfermería

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 189

LA PLASMAFERESIS, UNA TÉCNICA EN ASCENSO

Raquel Ambit Lemus; E. García Trijueque; T. Martín Peláez; T. Martínez Martínez; A. Serrano Pérez; E. Abileo Rodríguez; I. Arribas Cantalejo; JA. Barroso Pellico
Hospital de Fuenlabrada

Objetivos/Introducción

La plasmaferesis es una terapia de sustitucion plasmática, en la que se realiza un intercambio del plasma de forma extracorporea, separando el plasma de la sangre del paciente mediante una membrana especifica y al paciente se le repone con otro liquido, generalmente albumina. Esta técnica, debido a su complejidad, requiere una formacion teorica y práctica por parte del equipo de enfermeria, en nuestra unidad lleva realizandose cinco años y queremos analizar cual ha sido la evolucion.

Nuestro objetivo con este analisis es valorar los resultados conseguidos para evaluar como hemos implementado esta técnica en la unidad y estudiar áreas de mejora.

Metodología/Observación clínica

El metodo analitico elegido ha sido la recopilacion de datos de las terapias realizadas. Para realizar esta revision se han ido recogiendo distintos datos de la terapia realizada en una hoja de calculo de Excel. En este documento se recogen datos tanto de la tecnica como de quien la ha realizado.

Resultados/Intervenciones

Segun estos datos hemos realizado 269 sesiones a 38 pacientes, con variabilidad en funcion de los años y la patologia a tratar.

Se ha conseguido formar adecuadamente a un numero de personas que facilitan la realizacion de la tecnica incluyendo fines de semana.

Conclusiones

La plasmaferesis es una técnica cada vez mas utilizada, con buenos resultados en distintas patologias (colaborando con distintos servicios) y que necesita enfermeros y TCAE formados en la realizacion de esta terapia.

Realizar esta técnica en el mismo hospital supone un beneficio para el paciente, que recibe el tratamiento mas adecuado en los tiempos mas adecuados: antes de realizarse aqui, el paciente tenia que ser trasladado a otro hospital para que se le pudiera tratar su patologia.

Recabar informacion nos ayuda a conocer mejor la terapia, ver como aumentan las indicaciones y conocer las potenciales complicaciones y como prevenirlas o tratarlas.

Palabras clave

plasmaferesis • terapia • formacion

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 196

LA ENFERMERÍA DE UCI, FUERA DE LA UCI

Roberto Gómez Santos; JP. Avilés Parra; D. Manzano Moratinos; MT. Sanchís Estarlich; M. Martínez González; D. Rodríguez Montoya; B. Valenzuela Santamaría; L. Cabrera Sánchez; EM. Manteiga Riestra
Hospital Universitario Infanta Cristina

Objetivos/Introducción

Describir los procedimientos realizados por el personal de UCI del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla "fuera de la UCI".

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo descriptivo incluyendo procedimientos realizados/asistidos "fuera de UCI" desde 1/01/2022 hasta el 31/12/2022 por personal de enfermería de UCI.

Procedimientos: Las variables cualitativas son expresadas como porcentaje. Los datos han sido analizados con IBM SPSS statistics 25.

Resultados/Intervenciones

Se incluyen 300 procedimientos, de los cuales 54.4% (163) son PICC ecoguiados procedentes de otros servicios, canalizados por el personal de enfermería de UCI. Tan sólo en 7 (2.3%) pacientes (4% del total de PICC solicitados) no fue posible realizar la técnica y precisaron colocación de CVC por parte de facultativos de UCI.

En el resto de procedimientos la enfermería realiza asistencia al personal facultativo que realiza el procedimiento.

En inserción de catéteres intravenosos para diferentes terapias 27.3% (82) el personal realiza instrumentación. Se realizó implante de catéter tunelizado o reservorio para QT/NPT 19.75% (59), catéter tunelizado para diálisis 2.3% (7) y retirada de dispositivos implantados 5.3% (16).Un 16% del total de procedimientos son implante de MCP definitivo 13.3% (40), cambios de generador de MCP 2% (6) y recolocaciones de cable de MCP 0.7% (2) en los que en un 100% se encarga de análisis de parámetros electrocardiográficos durante el implante.

Conclusiones

El personal de enfermería de UCI se caracteriza por una formación avanzada que nos permite la asistencia y participación en distintas técnicas necesarias en el hospital, fuera de nuestra Unidad. Con la canalización de catéteres PICC en plantas de hospitalización, hospital de día y hospitalización a domicilio está actividad se ha visto incrementada exponencialmente en los últimos años.

El registro de estas técnicas es un punto de partida para refinar parámetros y pulir bases de datos para complementar futuros estudios.

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. *Sala 121*

ID 213

PREVENCIÓN UPP EN VMNI

Mónica Funes Alberto; S. Gianinetto López; L. Romero Mancha
Hospital de la Linea

Objetivos/Introducción

ONAF:

- Cuidar sequedad fosas nasalesLimpiar secreciones
- Cuidar zonas de apoyo del sistema (mejillas, orejas,cuello entre otras)

MASCARILLA FACIAL:

- Proteger los ojos con lagrimasartificiales
- Limpiar secreciones
- Retirar prótesis dental
- Cuidar sequedad de la boca
- Cuidar zonas de apoyo del sistema (mejillas, orejas,cuello entre otras)

MASCARILLA ORO-FACIAL:

- Sequedad ocular por fuga de lamascarilla
- Proteger piel del puente nasal y zonas sensibles a la presión conapósitos de espuma de poliuretanoo hidrocoloide
- Limpiar secreciones
- Retirar prótesis dental
- Cuidar sequedad de la boca

Metodología/Observación clínica

CUIDADOS GENERALES PERIODICAMENTE:

- 2-4h: Evaluar estado de piel y mucosas
- 4h: Hidratar piel con aceites hidrocoloides
- 24h: Valorar rotación con otros dispositivos. Modificación apósitos de apoyo

Resultados/Intervenciones

- Percepción sensorial: totalmente limitada (1), muy limitada (2), ligeramente limitada (3), sin limitaciones (4)
- Exposición a la humedad: totalmente húmeda (1), muy húmeda (2), ligeramente húmeda (3), rara vez húmeda (4)
- Actividad: en cama (1), en silla (2), camina en ocasiones (3), camina con frecuencia (4)
- Movilidad: totalmente inmovil (1), muy inmovil (2), ligeramente limitada (3), sin limitaciones (4)
- Nutrición: 15%(1) 25% (2) 50% (3) 75% (4)
- Fricción: es un problema (1) es un problema potencial (2) sin problema aparente (3)
- PUNTOS: MUY ALTO RIESGO <9, ALTO RIESGO 10-12, RIESGO MODERADO 13-14, RIESGO LEVE 15-18, SIN RIESGO 10-23

Conclusiones

Escala De Braden-Bergstrom: Herramienta utilizada para medir el riesgo de desarrollo de una úlcera por presión, superficies de apoyo o dispositivos de alivio de presión diseñados específicamente para el manejo de la misma en pacientes dependientes o independientes.

Palabras clave

escala braden • ulceras por presion • ventilacion mecanica no invasiva

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Prevención UPP en VMNI

ONAF: Oxigenoterapia Nasal Alto Flujo
- Cuidar sequedad fosas nasales
- Limpiar secreciones
- Cuidar zonas de apoyo del sistema (mejillas, orejas,cuello entre otras)

MASCARILLA FACIAL:
- Proteger los ojos con lagrimas artificiales
- Limpiar secreciones
- Retirar prótesis dental
- Cuidar sequedad de la boca
- Cuidar zonas de apoyo del sistema (mejillas, orejas,cuello entre otras)

MASCARILLA ORO-FACIAL:
- Sequedad ocular por fuga de la mascarilla
- Proteger piel del puente nasal y zonas sensibles a la presión con apósitos de espuma de poliuretano o hidrocoloide
- Limpiar secreciones
- Retirar prótesis dental
- Cuidar sequedad de la boca

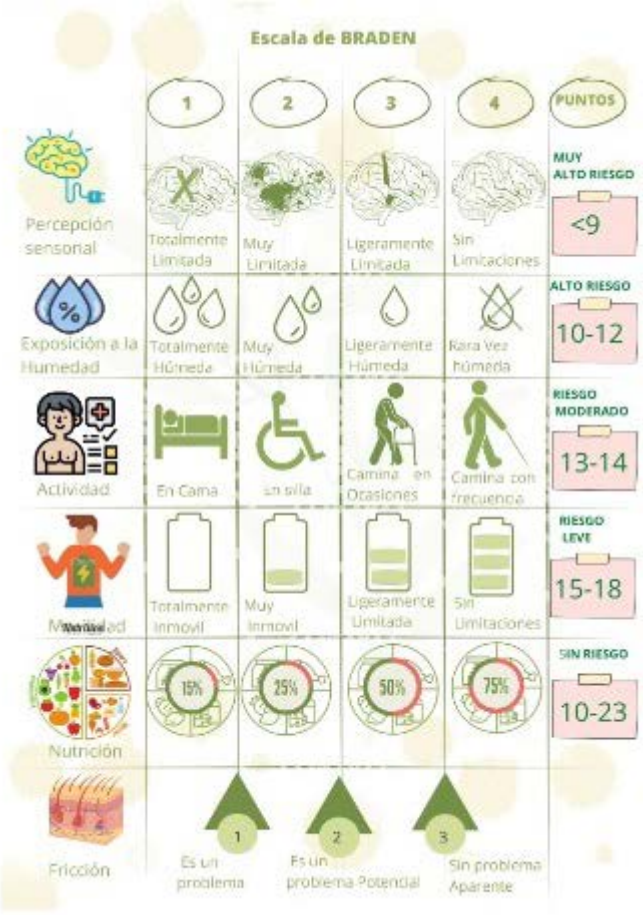
CUIDADOS GENERALES PERIODICAMENTE

2-4H → Evaluar estado de piel y mucosas

4H → Hidratar piel con aceites hidrocoloides

24H → Valorar rotación con otros dispositivos. Modificación apósitos de apoyo

Pasar escala de BRADEN



Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 245

RATIOS DE ENFERMERÍA EN UCIS

Guiomar García Mateos; M. Iglesias Porras; A. Román Galeano; L. Márquez Requejo; M. Muñoz Jiménez
HSPA Cáceres

Objetivos/Introducción

El esfuerzo del trabajo de enfermería es importante para brindar buenos servicios de salud, especialmente en las UCIs, ya que es más probable que ocurran complicaciones y eventos adversos entre los pacientes por lo que requieren una atención y unos cuidados más rigurosos de enfermería. Nuestro objetivo es llevar a cabo una revisión sistemática que analice/examine la relación entre los ratios de enfermera-paciente adecuados según la carga de trabajo en una UCI.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de la literatura científica existente con una búsqueda bibliográfica exhaustiva y sistemática a través de las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo y el motor de búsqueda Google Académico. Todos los artículos han sido publicados con una antigüedad menor a 5 años y restricción de texto íntegro en inglés y español.

Resultados/Intervenciones

Se ha demostrado que la carga de trabajo y una menor proporción enfermera-paciente a la recomendada está relacionada con un aumento de infecciones nosocomiales, perdida de la calidad en los cuidados de enfermería, aumento del número de errores y complicaciones iatrogénicas, alargando la estancia hospitalaria y comprometiendo la seguridad del paciente; y todo ello repercute en mayor agotamiento y estrés por parte de enfermería. Se deben cumplir los ratios, como indica la proposición de Ley del 13 de Abril de 2023: las UCIs deben contar con la relacion enfermera-paciente 1:2 y en el caso de las unidades coronarias podrá aumentarse excepcionalmente hasta 1:3.

Conclusiones

Como conclusión se deben realizar más investigaciones en relación con los recursos disponibles para reducir eventos adversos y asegurar los ratios enfermera-paciente para poder dar unos cuidados de calidad. Al estimar la proporción enfermera-paciente, se deben considerar diferentes factores como la carga de trabajo, la dependencia de los pacientes, la combinación de habilidades y las variaciones en el tiempo y las actividades de atención de enfermería durante el turno.

Palabras clave

Ratios • Nursing • UCI

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 263

UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS PARA FAVORECER LA MICCIÓN ESPONTÁNEA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Rosa María Iribarren Romera; C. Dopico Ramos; L. Pont Fabregas; V. Giménez Villa; RM. Gil Figueroa; A. Martínez Aguilar; N. Dalmau Torres; C. Mendoza Jiménez
Hospital universitari Bellvitge

Objetivos/Introducción

La cirugía bariátrica constituye una terapia eficaz en pacientes con obesidad mórbida. Al ser cirugías inferiores a 3 horas, no hay indicación para el sondaje uretral (SU). La falta de movilidad producida por el elevado índice de masa corporal, el dolor y el efecto de la anestesia hacen dificultosa la micción espontanea. Pasadas 6 horas sin micción espontánea, es necesario realizar el SU. La utilización de técnicas para favorecer la micción espontanea, puede evitar el sondaje.

Los objetivos son describir la prevalencia de SU en una cohorte de pacientes postoperados de cirugía bariátrica tras la aplicación de técnicas para favorecer la micción espontánea en una unidad de reanimación postquirúrgica (RPQ).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en una unidad de RPQ de un hospital de tercer nivel de octubre a diciembre de 2019. Se incluyeron pacientes posoperados de cirugía bariátrica mediante un muestreo no probabilístico y consecutivo. A las 4 horas post intervención se favoreció la micción espontánea con técnicas, posturales, aplicación de frío local o sonido de agua. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Se realizó estadística descriptiva y de correlación.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 23 pacientes de los cuáles n=18 (78,3%) fueron mujeres. La mediana de edad fue 52 años (mín: 27, máx: 59). El cruce duodenal de una anastomosis se realizó en el n=7 (30,4%) de los pacientes. Dos pacientes (8,7%) requirieron SU a pesar de las técnicas aplicadas tras una mediana de 9,5 h sin micción. La mediana de horas hasta la micción espontánea fue de 4 (mín:2, máx:8). Ninguna variable sociodemográfica, ni clínica se correlacionó con la necesidad de SU.

Conclusiones

La prevalencia de SU en pacientes con cirugía bariátrica es baja tras la aplicación de técnicas dirigidas por las enfermeras para favorecer la micción espontánea mejorando el confort y reduciendo el riesgo de infección asociado a SU.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

micción espontánea • sondaje uretral•cuidados enfermeros

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 266

PLAN DE ACOGIDA A PACIENTES EN UCI Y SUS FAMILIARES

Miriam Moratilla Roa; L. España Jara; S. Checa Heras; M. Mora Ramírez; T. Alonso Herranz
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

Las UCI son áreas altamente tecnificadas para proporcionar vigilancia y cuidados continuos a los pacientes críticos. El riesgo vital que presentan hace que los cuidados físicos adquieran mayor relevancia. Pacientes y familiares consideran la UCI un ambiente hostil, y definen el ingreso como estresante, con miedo, angustia, etc. Por ello, es primordial considerar las dimensiones psicosociales del cuidado, incluidos los familiares como elementos fundamentales y no simples visitas.

Una de las principales necesidades expresadas es sentirse informado, de ahí la importancia de elaborar un plan de acogida para intentar aliviar este sentimiento de desinformación.

El objetivo principal es la creación de una guía que proporcione información básica sobre la estructura y funcionamiento de la UCI, de forma que pacientes y familiares puedan comprender más fácilmente dicha unidad, generando su estancia menos emociones negativas.

Metodología/Observación clínica

En la creación de la guía va a trabajar un equipo multidisciplinar de UCI, teniendo en cuenta los recursos de los que dispone el hospital y las necesidades de pacientes y familiares, pudiendo mejorar aspectos actuales.

Resultados/Intervenciones

Todavía no se cuenta con resultados, a la espera del desarrollo del plan.

La guía se va a componer de una serie de apartados donde se describen la UCI, equipo asistencial, box, cuidados diarios, horarios y normas de la unidad y recursos disponibles. Los resultados esperados con la creación de la guía son reducir la ansiedad provocada por la delicada situación vivida, optimizar la convivencia entre familias y profesionales, mejorar la comunicación con los pacientes y familiares, potenciar la colaboración de los familiares en los cuidados y proporcionar cuidados específicos a familiares.

Conclusiones

Consideramos que el traslado de la UCI a una nueva ubicación, unido a la necesidad de humanización de los cuidados prestados actualmente, precisan de la elaboración de una guía de acogida, donde pacientes y familiares encuentren respuesta a las preguntas más frecuentes.

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 274

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR LOS CONOCOMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS ANTE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE TEJIDOS

Valeria Lamas; M. Jaume Lliteras; M. Cervigon Pérez
Hospital Clínico

Objetivos/Introducción

Un trasplante es un tratamiento clínico complejo que consiste en la sustitución de un órgano o un tejido afecto por uno sano. En España se realizan alrededor de más de 4500 trasplantes de órganos y 11.200 de tejidos por año. En Catalunya mueren alrededor de 60.000 personas, más de la mitad se producen en las las unidades de Cuidados intensivos, y muchas en situación de Muerte encefálica. Durante esta última etapa de final de vida, la enfermera tiene un papel clave y fundamental en el circuito de detección de posibles trasplantes. La formación e implicación enfermera en donación de trasplantes está poco definida. Por ello, se hace imprescindible medir y evaluar los conocimientos y actitudes sobre el tema, mediante preguntas específicas que aporten claridad y especificidad permitiendo establecer intervenciones de mejora.

Objetivos:

1. Diseñar y validar un cuestionario ad hoc para evaluar los conocimientos y las actitudes de las enfermeras ante la donación y trasplante.

2. Evaluar las propiedades métricas del cuestionario, que contemple:
- Evaluar la validez del cuestionario de contenido y criterio
- Medir la fiabilidad del cuestionario a través de la consistencia interna y la estabilidad temporal.

Metodología/Observación clínica

Se elaborará un cuestionario ad hoc para medir los conocimientos y la actitud de las enfermeras ante la donación y el trasplante de tejidos. Se recogerán datos: sociodemográficos, profesionales y de formación de la población de estudio.

Dicho cuestionario comprenderá los ítems agrupados en dos dimensiones:

1. Conocimientos basales de las enfermeras en donación y trasplante de tejidos.

2. Actitud de las enfermeras ante la donación.

Se realizará una prueba piloto con la finalidad de estudiar la validez de contenido, se realizará consenso con el grupo de expertos a través de grupos focales, para identificar la comprensibilidad y adecuación de los ítems evaluados, así como conocer los errores de formato y el análisis de las valoraciones cualitativas.

Autorización director

Palabras clave

educación enfermera • donación de organos y tejidos

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 323

CUIDADOS INTENSIVOS Y SOSTENIBILIDAD: UN FUTURO RESPONSABLE

Adoración Nieto; E. Gallart Vivé; L. Vidal Tarrason; R. Tabernero Gallego; X. Nuvials Casals; R. Ferrer Roca
Hospital Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

La crisis climática representa una amenaza global, con la necesidad imperante de reducir las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) para limitar el calentamiento global y abordar los impactos del cambio climático. La transición hacia una reducción del consumo de recursos son elementos esenciales en las políticas actuales. Los sistemas de salud, como grandes consumidores y generadores de residuos, deben liderar una transición hacia la sostenibilidad ambiental. Las unidades de cuidados intensivos (UCI) en hospitales, siendo puntos críticos de carbono, contribuyen significativamente a las emisiones de GEI.

Objetivos: Identificar oportunidades para promover la sostenibilidad en UCI, con objetivos secundarios que incluyen concientizar al personal hospitalario sobre la importancia de la sostenibilidad.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo transversal. Se implementó una iniciativa visual en la entrada de la UCI con el lema "Fem cura intensiva del planeta". Se hizo difusíon a profesionales y familiares a contribuir con ideas durante un período de 4 meses mediante la instalación de un vinilo tipo pizarra para la recopilación de propuestas.

Resultados/Intervenciones

Se recopilaron 83 tarjetas con ideas de profesionales y familiares. Las propuestas se categorizaron en grupos, destacando que el 35,5% abordaba el consumo de materiales, el uso de electricidad y agua representó el 10%, un 19,2% expresó preocupación por el uso de papelería, y un 17,7% se centró en movilidad y alimentación.

Conclusiones

El análisis de las ideas recopiladas reveló conclusiones significativas que guiarán el desarrollo de un programa de sostenibilidad. Se iniciará con acciones para mejorar consumo de materiales, electricidad y agua, así como reducir el uso de papelería. La viabilidad y factibilidad de implementar estas propuestas deben ser consideradas, reconociendo que algunas acciones pueden ser realizables a corto plazo, pero otras pueden requerir un enfoque a más largo plazo o recursos adicionales. La conciencia y participación del personal hospitalario son esenciales para el éxito del programa.

Palabras clave

green hospitals • sustainability • green ICU

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. *Sala 121*

ID 334

DESARROLLO DE UN MODELO INNOVADOR DE FORMACIÓN EN ENFERMERÍA: COLABORACIÓN INTEGRAL ENTRE ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y ALUMNOS DE GRADO PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN EL ENTORNO DEL PACIENTE CRÍTICO

Elvira López Fuentes; S. González Ruiz; A. Gómez Álvarez; J. Carretero Verde; V. Alonso Hernandez; E. Maillo Jiménez; M. García Arias
Hospital Universitario del Henares, Coslada

Objetivos/Introducción

La formación de los estudiantes de grado en enfermería, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), desempeña un papel fundamental en la preparación de profesionales de la salud altamente competentes. Este modelo busca establecer una dinámica de colaboración que maximice el aprendizaje y fomente la creación de un feedback entre los alumnos y los enfermeros tutores. El objetivo principal de este trabajo, describir y evaluar el impacto de un modelo innovador de formación en enfermería en la UCI, con un enfoque particular en:

- Optimizar la Adquisición de Competencias
- Reformar la Tutorización
- Facilitar el Feedback Bidireccional
- Considerar la Perspectiva del Alumno y del Enfermero Tutor

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo en varias fases con el objetivo de implementar y evaluar la efectividad de un modelo innovador de formación en la UCI. Las etapas empleadas:

1. Encuesta a Profesionales
2. Formación de Grupo de Trabajo.
3. Encuesta a Alumnos Iniciando la Rotación.
4. Elaboración de Check-list de competencias.
5. Encuesta de Evaluación al Finalizar la Rotación.

Resultados/Intervenciones

- El 68,75 % de los profesionales expresaron la necesidad de modificar la forma tradicional de tutorización en la UCI.
- El 37,5% considera que el interés y la actitud del alumno durante la rotación, es determinante a la hora de adquirir la formación adecuada.
- El 90% de los profesionales considera efectivo la utilización del Check-list como herramienta de evaluación continua, permitiendo un monitoreo efectivo del progreso
- El 85% de los profesionales fue bien recibido los recursos interactivos en la Guía del Alumno.
- El 100% de los alumnos indicaron como efectivas guías rápidas y los videos QR en la Guía del Alumno.

Conclusiones

A pesar de su reciente puesta en marcha ha demostrado un impacto positivo en la adquisición de competencias críticas, reformando eficazmente la tutorización con participación activa y una Guía del Alumno.

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. ***Sala 121***

ID 342

GUÍA DE TUTORIZACIÓN DE ALUMNOS DE GRADO DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Mónica Sánchez Hernández; C. Sénico Alves; P. Goicoechea Navarro
Hospital Universitario Puerta de Hierro

Objetivos/Introducción

El día a día laboral de los profesionales de enfermería que trabajamos en unidades de cuidados críticos nos lleva a estar en contacto con los alumnos de grado de enfermería en sus rotatorios de prácticas en estas unidades especiales.

Metodología/Observación clínica

Debido a la complejidad que presentan este tipo de pacientes, en el 2014 creamos en la unidad un protocolo de tutorización que sirva de acompañamiento y guia de aprendizaje durante su rotatorio por nuestro servicio.

Resultados/Intervenciones

De esta manera priorizamos y explicamos de una manera organizada cuales son los objetivos de aprendizaje a lo largo de las semanas. Por otro lado, para los profesionales que trabajamos en estas unidades también nos sirve de guía para saber qué criterio se ha de seguir y conocer en qué etapa de aprendizaje se encuentra el alumno. Cada alumno se asocia a un grupo de tutores, lo cual permite hacer un seguimiento o evaluación del mismo durante su periodo de prácticas. Tal situación, transmite una gran satisfacción y seguridad a los alumnos en cada rotatorio.

Conclusiones

A lo largo de este tiempo, hemos podido comprobar, que la elaboración e implantación de una guía de tutorización de los alumnos de grado permite una enseñanza más protocolizada y facilita el trabajo tanto a los alumnos como a los profesionales que les acompañamos como tutores en su desarrollo como profesionales.

Palabras clave

Alumnos grado • tutorización • tutores

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES IV. *Sala 121*

ID 350

GRUPOS DE TRABAJO COMO ESTRATEGIA MOTIVADORA PARA EL EQUIPO ASISTENCIAL

Laura Vidal Tarrasón; A. Nieto Ruiz; E. Gallart Vive; RA. Tabernero Gallego
UCI HG Hospital Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

La unidad de cuidados intensivos precisa de una constante formación, revisión de protocolos y actualizaciones. Con un equipo asistencial de más de 300 profesionales, es un gran reto llevar a cabo estos aspectos. Garantizando la correcta difusión y cumplimiento. La implementación de grupos de trabajo en la unidad de cuidados intensivos es una estrategia efectiva.Con el objetivo de aumentar la motivación e implicación del equipo de enfermería en la formación, actualización de protocolos y seguridad de paciente, en una unidad de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Creación de Grupos de trabajo de enfermería por temáticas: Neurocrítico, Sedación - Analgesia, Respiratorio, Hemodinámica, Nutrición, Humanización, Renal, Trasplante, Seguridad de Paciente y Sostenibilidad.

Los grupos de trabajo están formados, principalmente, por profesionales de enfermería de cada turno. Algunos de ellos también cuentan con la participación de otros profesionales del equipo multidisciplinar: equipo médico, fisioterapeutas, logopeda, farmacéutica… Estos grupos están coordinados por las enfermeras clínicas de la Unidad y la enfermera supervisora de esta.

Resultados/Intervenciones

Se organizaron grupos de trabajo de enfermería con profesionales de cada turno. Coordinados por las enfermeras clínicas de la Unidad y la enfermera supervisora de esta.

- Plan de actuación.
- Reuniones mensuales.
- Sesiones trimestrales a todo el equipo por parte de los referentes de cada grupo de trabajo.
- Refuerzo diario por parte de los referentes de cada grupo a todo el equipo. Acompañamiento y soporte.

Conclusiones

La metodología de grupos de trabajo en la unidad de cuidados intensivos ha demostrado ser eficaz para afrontar el reto de la formación en un equipo numeroso. Por otro lado, genera empoderamiento entre los profesionales implicados.

Los resultados obtenidos respaldan la importancia de seguir implementando y mejorando este enfoque, para garantizar la excelencia en la atención y seguridad de los pacientes.

Financiación

-

Palabras clave

Grupo de trabajo • Referentes • Equipo Multidisciplinar • Formación • Protocolización • Seguridad de paciente • Motivación

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. ***Sala 122***

ID 17

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) EN VÍA AÉREA DIFÍCIL. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL EQUIPAMIENTO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Santiago Lluch Palomares; AV. Murillo Escutia; N. Valle Cárcel; MC. Zapata Meseguer
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos/Introducción

El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) permite prever los modos de fallo y sus posibles causas en un proceso clínico, para poder priorizar y ejecutar acciones preventivas. La enfermera de cuidados críticos tiene una gran responsabilidad en el proceso de organización y manejo del equipamiento de la vía aérea difícil (VAD).

Las deficiencias en este proceso pueden dar lugar a complicaciones en el manejo de la VAD, cuyas consecuencias pueden ser fatales en el paciente.

Objetivos: Detectar modos de fallo posibles en el proceso: Organización y manejo del equipamiento para la VAD por el profesional de enfermería. Proponer acciones correctoras acorde a los resultados obtenidos.

Metodología/Observación clínica

Análisis mediante herramienta AMFE del proceso:Esquematización del proceso en actividades. Detección de modos y causas de fallo por actividad. Asignación de número prioritario de riesgo. Emisión de recomendación.(Tabla adjunta)

Resultados/Intervenciones

Se detectaron 5 modos de fallo que superan el criterio de prioridad de mejora, establecido en Número Prioritario de Riesgo (NPR) >100 La revisión deficiente del carro y la dificultad para localizar los dispositivos y materiales que no forman parte de éste tuvieron las puntuaciones mayores: (NPR >800).

El desconocimiento del personal, la mala señalización del carro y la carencia de ayudas cognitivas para la práctica obtuvieron valores de NPR > 300. Se consideró el efecto común para todos los modos de fallo el retraso en el manejo de la VAD y/o complicaciones en el paciente.

Se propusieron acciones de tipo organizativo: rediseño del carro VAD, mapeado y agrupación de equipamiento; así como sesiones formativas prácticas para el personal y mejora del acceso a protocolos y guías.

Conclusiones

El empleo de herramientas recomendadas para la seguridad del paciente nos ha permitido evaluar y priorizar los aspectos de mejora en nuestra unidad.

En futuros proyectos analizaremos los resultados de las acciones propuestas con indicadores de seguimiento y evaluación continua.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Vía aérea difícil • enfermería • seguridad • AMFE

sigue –>

Comunicaciones póster

AMFE EN EL PROCESO: ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL EQUIPAMIENTO EN VÍA AÉREA DIFÍCIL (VAD)							
ACTIVIDAD	**MODO DE FALLO**	**CAUSA DE FALLO**	**D**	**G**	**F**	**NPR**	**RECOMENDACIÓN**
Facilitar el abordaje de la VA a pie de cama mediante un carro de VAD	Carro no localizable	Falta de señalización	9	10	4	360	Crear ubicación fija, de fácil acceso y señalizada para que en situación de urgencia hasta personal inexperto pueda localizarlo.
	Revisión del carro deficiente	Carencia de registro protocolizado de la actividad.	9	10	9	**810**	Instaurar un registro situado en el lateral del carro que incluya checklist del material e indicadores de calidad: revisión periódica, caducidades, funcionamiento y firma responsables.
Agrupar los elementos de manejo de la VAD que estén situados fuera del carro.	Dispositivos y materiales para la VAD no localizables	Limitada capacidad de almacenaje del carro actual Excesiva dispersión de almacenaje de los dispositivos de VAD	10	10	8	**800**	Petición de un nuevo carro que dé respuesta a la necesidad actual. -Reagrupar el material VAD que no vaya en el carro en una localización señalizada. -Creación de un mapa de ubicación del equipamiento.
Organización de los dispositivos según las guías clínicas.	Disposición inadecuada del equipo en el carro.	Diseño del carro no ayuda a la práctica. Falta de ayudas cognitivas visuales.	10	8	9	720	Uso de iconos, códigos de colores o números para alinear el diseño del carro con las guías clínicas haciendo de él una prolongación de la ayuda cognitiva.
Optimizar el tiempo de asistencia.	Desconocimiento de los dispositivos.	Falta de formación y entrenamiento de la plantilla.	10	8	8	640	-Cursos prácticos en VAD. Simulación y entrenamiento en habilidades específicas, incluyéndose en plan de formación continua. -Creación de infografías de consulta rápida mediante QR del material disponible.
EFECTOS DE TODOS LOS MODOS DE FALLO: Retraso o fallo en el manejo de la vía aérea, lo que puede ocasionar daño cerebral hipóxico – muerte en el paciente, entre otros							

NPR: número prioritario de riesgo (D x G x F)

D: detectabilidad del fallo (1-10) ; G: gravedad del efecto (1-10); F: frecuencia del fallo (1-10)

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. ***Sala 122***

ID 28

PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CRÍTICOS SOBRE LA ORGANIZACIÓN Y MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL

Santiago Lluch Palomares; AV. Murillo Escutia; N. Valle Cárcel; MC. Zapata Meseguer
Consorcio Hospital General Universitario Valencia

Objetivos/Introducción

El abordaje de la Vía Aérea Difícil (VAD) en el paciente crítico es un procedimiento de riesgo que requiere de conocimientos y habilidades específicos. En nuestra UCI esto supone un factor de riesgo para el paciente por el alto índice de temporalidad y rotación de personal.

Los proyectos de seguridad integral recomiendan evaluar la opinión del equipo para analizar y priorizar los aspectos que condicionen la seguridad de los procesos clínicos.

Objetivos: Conocer la opinión del equipo de enfermería sobre los factores que afectan a la seguridad en la organización y manejo de la VAD. Proponer actuaciones acorde a los resultados.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo, mediante encuesta autoadministrada de creación propia.

Variables: demográficas y específicas sobre formación, protocolos y equipamiento en VAD.

Intervinieron 69 enfermeras (78% del total) y 19 TCAE (22%) de la UCI del Consorcio Hospital General de Valencia.

Resultados/Intervenciones

Del personal encuestado, el 82% no ha recibido formación en VAD el último año. El 98,9% se muestra a favor de recibirla regularmente.

Según el 42% los protocolos no son suficientemente accesibles y útiles; sólo el 23% los considera adecuados.

El 97% considera necesaria la creación y difusión de guías actualizadas; prefiriendo un 86% que se puedan consultar a través de un código QR.

El 62% de los encuestados considera el equipamiento adecuado para la VAD, aunque solamente la mitad (51%) opina que es de fácil localización y tan sólo un 40% cree que el acceso a este equipamiento sea inmediato.

Consideramos que esta situación puede afectar la seguridad del paciente. Se propone:
- Solicitar un plan de formación específico en VAD.
- Creación de infografías de acceso rápido mediante QR con guías y protocolos para manejo de VAD.
- Mejora del carro VAD que facilite su accesibilidad y ayuda a la práctica clínica.

Conclusiones

Conocer la opinión del equipo nos ha permitido proponer intervenciones realistas, adaptadas a nuestro propio contexto, que mejoren la seguridad del paciente.

Financiación

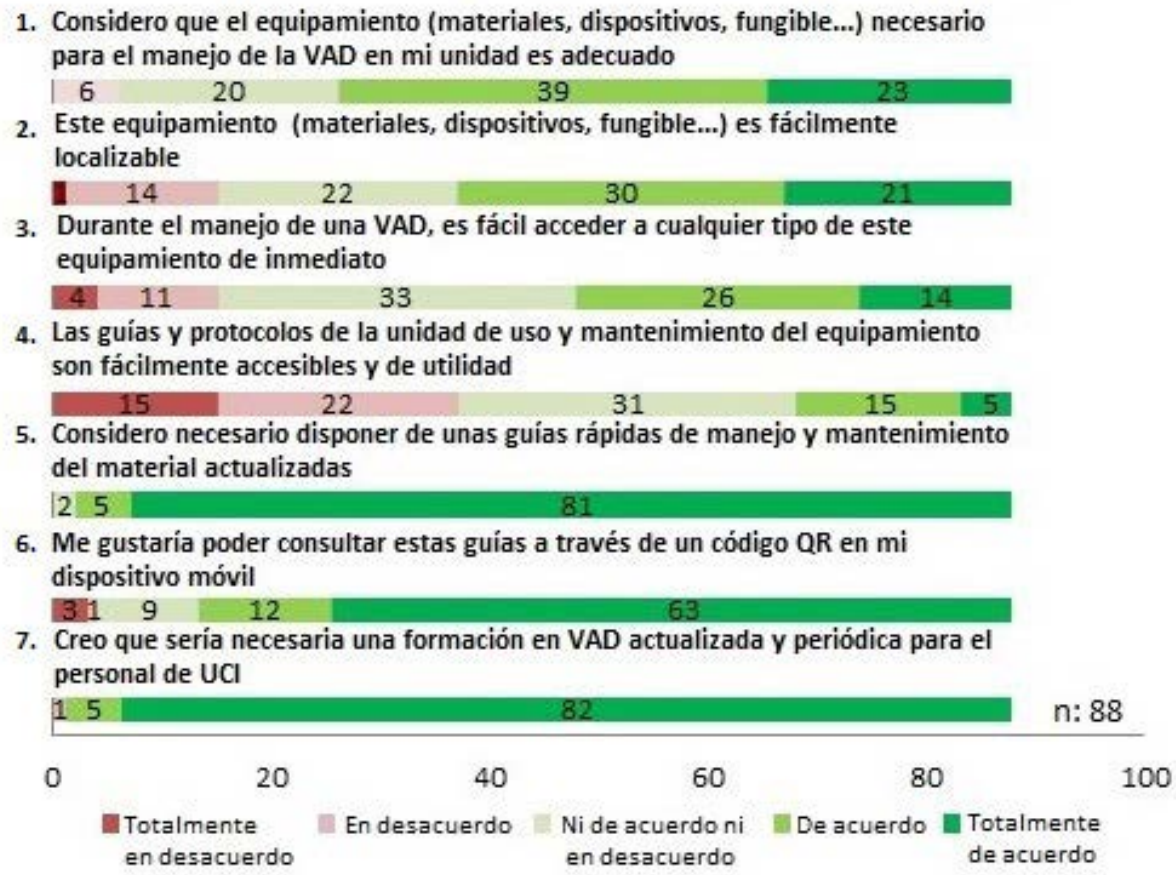
Ninguna

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

ORGANIZACIÓN Y MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. UCI CHGU VALENCIA



Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 35

PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Antonio Vázquez Fernández; MI. González Méndez; MªR. Alcaide Villa; P. Hidalgo Lobato; R. Muriana Jiménez; P. Bazán Báez; E. Sánchez Payán; C. Martín Castaño; A. Muñoz Domínguez; MªN. Anaya Carrión
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

Los principales estudios llevados a cabo en nuestro medio, concluyen que en torno al 5% de los ingresos hospitalarios son motivados por errores de medicamentos. Además, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) calcula que el 1.4% de los pacientes ingresados pueden sufrir acontecimientos adversos por errores de medicación, siendo el coste medio por estancia de 3.000 €.

- Establecer pautas para la administración segura de medicamentos.
- Prevenir errores de medicación.

Metodología/Observación clínica

Organización de grupo de trabajo: 7 profesionales expertos en el tema a abordar. El grupo se seleccionó según perfil profesional y constituido por: Un coordinador líder de grupo, responsable de la organización y cumplimiento del plan de trabajo.

Un profesional formado y experiencia acreditada en búsqueda bibliográfica, lectura crítica y metodología de investigación. Cinco profesionales con labor asistencial y experiencia acreditada, mínimo 5 años en la unidad. Se elaboró cronograma y plan de trabajo con calendario específico.

Resultados/Intervenciones

Preparar, verificar y administrar el medicamento es responsabilidad de la enfermera referente del paciente.La enfermera referente del paciente solo administrará la medicación prescrita por el profesional sanitario autorizado, comprobando la hoja de prescripción y extrayendo del armario dispensador solo la medicación a administrar.

Toda la medicación que se administre como perfusión continua utilizará bombas de infusión inteligentes.

Etiquetar las jeringas, frascos o bolsas a los que se añaden medicamentos claramente con nombre del principio activo añadido, dosis, vía de administración y dos identificadores válidos del paciente al que se le va a administrar (nombre, NHC...).

La enfermera de apoyo para supervisión por pares rellenará el check-list de preparación de medicación (archivo adjunto).

Conclusiones

Implementar líneas de trabajo que garanticen todo el proceso de utilización de los medicamentos es un componente clave de la seguridad del paciente y un aspecto de primer orden desde el punto de vista sanitario, económico y, por supuesto, humano.

Palabras clave

Administración del Tratamiento Farmacológico • Revisión por pares • Enfermería de cuidados críticos

sigue –>

ANEXO 1

CHECK LIST PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN

Check-list de sustitución de supervisión por pares	SI	NO	INCIDENCIAS
¿Tiene la hoja de prescripción de medicación las ordenes médicas expresadas de forma clara, completa y sin rectificaciones?			
¿La enfermera ha comprobado que el horario establecido del medicamento, así como su dosis, coincide con la orden médica y el horario actual?			
¿La enfermera ha comprobado las alergias del paciente?			
¿La enfermera ha extraído del armario de dispensación de medicamentos, la medicación a preparar en ese momento?			
¿Está el área de preparación de medicación limpia, ordenada, bien iluminada y sin ruidos?			
¿La enfermera ha realizado higiene de manos antes de preparar la medicación?			
¿Ha utilizado guantes en la preparación de la medicación?			
Las jeringas y los frascos o bolsas preparados, ¿se han rotulado identificando el nombre del principio activo añadido, dosis y vía de administración?			
¿Se ha identificado el medicamento con 2 identificadores válidos del paciente?			
¿Se han administrados todos los medicamentos prescritos y recién preparados a la hora correcta?			
Tras la administración de los medicamentos, ¿el paciente ha tenido reacciones adversas?			
¿Se ha realizado NOTIFICA si se han producido incidentes de seguridad en la prescripción, transcripción, preparación o administración de un medicamento?			
¿Se ha registrado todo el procedimiento?			
¿Se ha realizado supervisión por pares?			

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 68

AHONDANDO EN HUMANIZACIÓN: CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE. ESCUELA DE FAMILIAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Priscila Metola Banderas; Evelin Bernal Pérez, Concepción Faura Santos
Hospital Universitario Torrejón

Objetivos/Introducción

Disminuir la ansiedad que provoca una unidad altamente hostil, instrumentada y tecnificada en los familiares de los pacientes ingresados en UCI.

La presencia de secuelas físicas, cognitivas y psicofectivas se encuentra presente en los pacientes y acompañantes de UCI. Por tanto, es fundamental prevenir o evitar estas secuelas a mayor escala mediante una información previa al ingreso o durante el mismo. Informar por el equipo multidisciplinar acerca de la unidad y su ejecución, puede ayudar a aliviar la preocupación que supone ingresar en una unidad de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

El equipo multidisciplinar a cargo del cuidado integral del paciente, derrollará diversas líneas de intervención.

1. Folleto informativo al ingreso de la Unidad con horarios de visita y la información sobre escuela de familias para aquellos interesados en participar en ella.
2. Explicación de lo que supone formar parte de la Escula de Familias de UCI.
3. Intervención presencial semanal para dar a conocer la unidad y su funcionamiento básico.
4. Figura del cuidador principal. Implicación en cuidados básicos.
5. Ruegos y preguntas de manera colectiva e idividual.

Resultados/Intervenciones

Sesión semanal con la proyección de un vídeo explicativo de las instalaciones de la unidad y su funcionamiento. Presentación y explicación de elementos estresantes presentes a través del equipo multidisciplinar de la unidad. Escucha activa de impresiones y resolución de dudas.

Conclusiones

A través de esta herramienta informativa, se pretende fomentar la tranquilidad y bienestar de los pacientes y acompañantes durante su estancia en la unidad. Intentar resolver sus dudas, poder implicarse en el cuidado y poder ser parte activa en el tratamiento de sus familiares.

Palabras clave

Escuela de familias • Cuidador principal • Ingreso UCI • Familia • Cuidado integral • Humanización de los cuidados

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 75

CAMINO HACIA LA EXCELENCIA: PLAN DE MEJORA DE CONOCIMIENTOS EN PROYECTOS ZERO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Lorea Ercoreca Jauregui; J. Gutiérrez Sánchez; I. Egurrola Alcibar; T. Ozcáriz Crespo; JL. Barroso Canales; M. Amezaga Miranda; M. Fernández de Troconiz Sáez de Ibarra; A. Caro Irazu; MR. Rodríguez Martiño
Hospital Universitario Basurto

Objetivos/Introducción

Introducción: Desde 2009, se han incorporado a la práctica diaria los programas de seguridad Proyectos Zero (PZ) en los pacientes críticos, para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Durante la pandemia, han incrementado las cargas de trabajo, dificultando a enfermería aplicar los paquetes de medidas (bundles) establecidos por los PZ. El deterioro de la adherencia del personal experimentado y la falta de aprendizaje por parte del personal de nueva incorporación, justifica la necesidad de realizar un plan de mejora para recuperar y mantener una buena cultura de seguridad.

Objetivo general: Instaurar un plan de mejora para optimizar los conocimientos de enfermería de UCI del Hospital Universitario Basurto en PZ.

Objetivos específicos:
1. Implementar una herramienta de aprendizaje interactivo online.
2. Actualizar conocimientos en PZ.
3. Mejorar su adherencia en la práctica clínica.

Metodología/Observación clínica

Diseñar una encuesta ad-hoc a enfermería de UCI en relación a su situación con los PZ pre y post-implantación del plan de mejora.Se utilizarán, mediante la herramienta interactiva, cuestionarios online que el profesional resuelva aprendiendo de forma lúdica y divertida.

Resultados/Intervenciones

Durante 2024 se evaluarán los datos de las encuestas pre y post-implantación de la herramienta interactiva, a fin de conocer el grado de necesidad y satisfacción de la formación enfermera en los PZ para posteriormente compararlos con los resultados de la encuesta post-implantación.

Para la realización y evaluación de las encuestas se utilizará Google Forms.

Conclusiones

Tras la pandemia, ha habido un deterioro en la implementación de los PZ en UCI. Por consiguiente, existe la necesidad de instaurar un plan de mejora que permita recuperar y fomentar las buenas prácticas.

El ambiente distendido de la herramienta interactiva online, puede propiciar la participación, aumentar el conocimiento basal y recuperar niveles pre-pandémicos de la implementación de los PZ.

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

DIAGRAMA DE GANT

TIEMPO / 2024	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CREAR EL EQUIPO DE TRABAJO	■																																														
DISEÑAR LA HERRAMIENTA INTERACTIVA		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																			
REALIZAR ENCUESTA PRE-IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA							■	■																																							
EXPONER LA HERRAMIENTA EN LA UNIDAD												■																																			
IMPLANTAR LA HERRAMIENTA EN LA UNIDAD													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■														
REALIZAR ENCUESTA POST-IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA																																		■	■											
VALORAR LOS RESULTADOS																																				■	■	■	■							
EXPONER LOS RESULTADOS A LA UNIDAD																																							■	■						

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 81

COMPARACIÓN DE LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES DE SEGURIDAD Y ERRORES DE MEDICACIÓN EN UCI FRENTE A LAS DEL RESTO DEL HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

María Delicias Quintana Estellés; MJ. Frade Mera; M. Morales Cifuentes; MA. Murillo Pérez; I. Palomino Sánchez; ME. Esteban Sánchez
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

La seguridad clínica del paciente, entendida como asistencia sanitaria exenta de daño o riesgo innecesario, es prioridad en organizaciones sanitarias. Los sistemas de notificación de incidentes y su análisis constituyen una herramienta de gestión del riesgo.

Comparar notificaciones de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) identificados en los últimos 5 años en Servicio de Medicina Intensiva (SMI) respecto al resto del Hospital.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo realizado en un Hospital terciario entre 2019-2023. Se exportan datos del registro informatizado Comunicación Incidentes Seguridad y Errores Medicación (CISEM) de la Comunidad de Madrid. Variables estudio: IS en SMI (ISSMI), IS No en SMI (ISNSMI), EM en SMI (EMSMI) y EM No en SMI (EMNSMI). Las variables se expresan como frecuencia absoluta y relativa.

Resultados/Intervenciones

Se identificaron 2167IS y 415EM en Hospital desde 2019-2023, siendo 276(13%) y 86(21%) del SMI respectivamente. La evolución de la notificación de ISSMI y ISNSMI clasificados por tipo de IS en estos 5 años se muestra en la tabla 1. Se observa incremento del 35% de ISSMI vs 277% de ISNSMI. La evolución de la notificación de EMSMI y EMNSMI identificados en estos años se muestra en la tabla 2. Se identifica un incremento del 7000% de EMSMI vs 532% de EMNSMI.

Conclusiones

En el SMI la notificación de IS no ha disminuido durante estos años, a pesar de superar la pandemia, pero no se ha conseguido una recuperación tan rápida de notificaciones de IS como en el resto del Hospital. Sin embargo, en relación a la notificación de EM el incremento ha sido mucho más importante en el SMI frente al Hospital.

En general IS relacionados con dispositivos/equipamiento/mobiliario y los relacionados con cuidados/seguimiento fueron mayores el SMI frente al Hospital, probablemente por el entorno del paciente. Mientras que los relacionados con gestión/organizativa/citaciones fueron mayores en el Hospital.

Palabras clave

seguridad paciente • cuidados intensivos • incidente

sigue –>

Comunicaciones póster

TIPO INCIDENTE	2019		2020		2021		2022		2023	
	INTENSIVOS	NO INTEN	INTENSIVOS	NO INTEN	INTENSIVOS	NO INTEN	INTENSIVOS	NO INTEN	INTENSIVOS	NO INTEN
Gestión organizativa/citaciones. n(%)	14 (26)	23(11)	6 (10)	34 (19)	9(16)	87 (28)	5 (13)	69 (18)	5 (7)	79 (10)
Dispositivos médicos/equipamiento/ mobiliario clínico. n(%)	6 (12)	37 (17)	17 (29)	18 (10)	13 (22)	25 (8)	9 (23)	31 (8)	9 (13)	57 (7)
Identificación del paciente. n(%)	0 (0)	8 (4)	1 (2)	9 (5)	0 (0)	12 (4)	0 (0)	22 (6)	4 (6)	80 (10)
Actividades preventivas. n(%)		5 (2)	1 (2)	9 (5)	1(2)	14 (5)	1 (2)	7 (2)	2 (3)	8 (1)
Valoración clínica/diagnóstico. n(%)	5 (10)	31 (14)	5 (9)	21 (12)	3 (5)	31 (10)	2(5)	18 (5)	2 (3)	31 (4)
Procedimientos terapéuticos. n(%)	1 (2)	6 (3)	1 (2)	8 (5)	3 (5)	6 (2)	2 (5)	9 (2)	1 (1)	28 (3)
Accidentes del paciente. n(%)	12 (24)	29 (14)	4 (7)	9 (5)	1 (2)	15 (5)	7 (18)	10 (3)	6 (9)	29 (4)
Cuidados y seguimiento del paciente. n(%)	6 (12)	20 (9)	15 (26)	34 (19)	16 (28)	59 (19)	4 (10)	42 (11)	11 (16)	79 (10)
Otros. n(%)	1 (2)	20 (9)	6 (10)	17 (10)	2 (3)	14 (5)	6 (15)	35 (9)	6 (9)	66 (8)
Procedimientos quirúrgicos. n(%)		7 (3)	2 (3)	2 (1)	4 (7)	23 (7)	1 (2)	27 (7)		32 (4)
Documentación clínica/información/consentimiento informado.	2 (4)	10 (5)	0 (0)	3 (2)	2 (3)	3 (1)	0 (0)	11 (3)	0 (0)	20 (2)
Pruebas diagnósticas. n(%)	3 (6)	8 (4)	0 (0)	5 (2)	2 (3)	16 (5)	1 (2)	79 (21)	5 (7)	156 (19)
Continuidad asistencial. n(%)		4 (2)	0 (0)	1 (1)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	7 (2)		15 (2)
Sangre y hemoderivados. n(%)	1 (2)	4 (2)	0 (0)		1 (2)	0 (0)	0 (0)	6 (2)	16 (23)	110 (14)
Infección relacionada con asistencia sanitaria. n(%)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	4 (0)
Infraestructuras. n(%)		1 (0)		7 (4)		6 (2)	2 (5)	9 (2)	2 (3)	12 (1)
TOTALES	51 (100)	214 (100)	58 (100)	177 (100)	58 (100)	311 (100)	40 (100)	383 (100)	69 (100)	806 (100)

AÑO	EMSMI	EMNSMI	AL EM HOSP
2019	1 (4)	22 (96)	23 (100)
2020	3 (7)	43 (93)	46 (100)
2021	3 (4)	64 (96)	67 (100)
2022	8 (12)	61 (88)	69 (100)
2023	71 (34)	139 (66)	210 (100)
TOTAL	86 (21)	329 (79)	415 (100)

AÑO	ISSMI	ISNSMI	TAL IS HOSP
2019	51 (19)	214 (81)	265 (100)
2020	58 (25)	177 (75)	235 (100)
2021	58 (16)	311 (84)	369 (100)
2022	40 (9)	383 (91)	423 (100)
2023	69 (8)	806 (92)	875 (100)
TOTAL	276(13)	1891 (87)	2167 (100)

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. ***Sala 122***

ID 84

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE 2022-2023 DE INSERCIÓN CATÉTERES PICC/MIDLINE

Marta Gelis Centeno; V. Guerrero Canto; M. Zapater Bas; M. Aliaga Marsillach
Hospital de Terrassa

Objetivos/Introducción

Realizamos estudio comparativo del número inserción PICC/Midline y de las complicaciones derivadas del procedimiento durante los años 2022-2023. En 2023 se realizaron medidas formativas tanto a nivel de inserción como mantenimiento del dispositivo y la prevención de complicaciones, dirigido a personal de enfermería de hospitalización, urgencias y críticos. Nuestro objetivo es valorar los resultados post medidas formativas.

Metodología/Observación clínica

Realizamos estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Valoramos variables:obstrucción, BRC, flebitis, autorretirada, TVP, número catéteres insertadados, número total días catéter, tiempo medio utilización catéter y incidencia complicaciones por mil días catéter.

Resultados/Intervenciones

Tasa incidencia complicaciones Total PICC/Midline 2022 8,1/1000 dias catéter, 2023 6,8/1000 dias catéter.

2022 se realizaron 487 interconsultas con 5945 días uso catéter.

Se canalizaron 83 Midline con una media días utilización (12,01) y 997 días totales utilización catéter. Tasa incidencia complicación 19/1000 días catéter (19), obstrucción 0, BCR 1/1000 días catéter (1), autorretirada 10/1000 días(10) y TVP 8/1000 días catéter (8). 340 PICC con una media días de utilización (14,5) y 4917 días totales utilización catéter. Tasa incidencia compliación 5,89/1000 días catéter (29), obstrucción 2/1000 días catéter (10), BCR 0,61/1000 días catéter (3), autorretirada 2,44/1000 días catéter (12) y TVP 0,81/1000 días catéter (4). 2023 se realizaron 631 interconsultas con 7032 días uso catéter. Se canalizaron 173 Midline con una media días utilización (11,3) y 1955 días totales utilización catéter. Tasa incidencia complicaciones 10/1000 días catéter (20), obstrucción 2,5/1000 días catéter (5), BCR 0,5/1000 días catéter (1), autorretirada 4,6/1000 días (9) y TVP 2,5/1000 días catéter (5). 402 PICC con una media días utilización 12,62 y 5077 días totales utilización de catéter. Tasa incidencia 5,7/1000 días catéter (29), obstrucción 0,9/1000 días catéter, BCR 0,39/1000 días catéter (2), autorretirada 3,1/1000 días (16) y TVP 0,9/1000 días catéter (5).

Conclusiones

Un equipo de accesos vasculares formado y entrenado tanto en la inserción como en la cuidado y mantenimiento del catéter, con capacidad formativa, es un punto clave en la prevención de complicaciones.

Palabras clave

PICC • Midline • Complicaciones • Formación • Equipo accesos vasculares

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 87

UTILIDAD DE LA ESCALA NEWS EN LA DETECCIÓN DE PACIENTES CON POTENCIAL RIESGO VITAL. VISIÓN DESDE LA USP (UCI SIN PAREDES)

Roser Pascual Climent; M. Gil Ariño; M. Miró Graus; S. Companys Gyles; R. Merce Oller; El. García Aguila; M. Escarp Sans; I. Sabaté Cordero
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos/Introducción

Valorar la efectividad del proyecto VIDA como herramienta para detectar de forma precoz el riesgo vital potencial de los pacientes.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, transversal, obervacional y retrospectivo.

La muestra fue recogida diariamente durante 7 meses, entre mayo y diciembre de 2023, se revisaron 37769 pacientes ingresados en las plantas de hospitalización de agudos del HUAV. La revisión fue realizada por el equipo de enfermería de la USP, valorando los pacientes de icono azul (riesgo vital) según la escala NEWS. Una vez identificado, se comprobó en los registros qué parámetros estaban alterados y si el registro era correcto se comunicaba al facultativo de USP y se valoraba el paciente in-situ.

El equipo de la USP se reunía con el médico responsable del paciente para consensuar las medidas a realizar y poder decidir el ingreso o no en la UCI y evitar su empeoramiento.

Resultados/Intervenciones

Después de analizar el registro de pacientes valorados por la USP obtuvimos un total de 37769, el 0,80% de los cuales correspondieron a pacientes graves potenciales con icono azul. El 94% eran “falsos azules”, la mayoría de ellos por no haberse cumplido los criterios de exclusión.

También observamos que pacientes que ingresaban en UCI por llamada urgente al servicio, previamente tenían iconos de baja gravedad.

Conclusiones

El uso de esta escala en las plantas de hospitalización requiere ser estricto con los criterios de inclusión y exclusión ya que pueden dar errores.

Es una limitación el hecho de que sea necesario cumplimentar 5 de los 7 parámetros incluidos para obtener la valoración, ya que no permite registro automático de alguno de ellos.

El proyecto VIDA basado en la escala NEWS es una buena herramienta para identificar al paciente en riesgo, minimizar sus complicaciones, evitar su ingreso en UCI o la muerte; pero en nuestro caso el error de registro ha hecho que no se así.

Palabras clave

Escala News • respuesta rapida • escala NEWS 2 • USP

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 113

CARTAS DE AGRADECIMIENTO COMO INDICADOR EN EL PROCESO DE HUMANIZACIÓN EN UNA UCI DE UN HOSPITAL TERCIARIO

María Ángeles de Pedro Sánchez; M. Artola Blanco; E. Bustamante Munguira; E. Portugal Rodríguez; M. Méndez Pascual; J. Arnáiz Rodrigo; C. Sancho Ramos; A. Callejo González; E. Pérez Escudero; I. Camargo López
Hospital Clínico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCIs) se caracterizan por ser lugares cerrados, muy tecnificados, donde las relaciones humanas se complican.

Es indispensable evaluar mediante indicadores el esfuerzo que realizan numerosas UCIs para humanizar los cuidados asistenciales (HCA) y tratar de mejorar la estancia del paciente, familiar y profesional.

- Analizar las experiencias manifestadas voluntariamente mediante cartas de agradecimiento escrito (CAE) por pacientes o familiares, que han sido hospitalizados en UCI en el último año (2023) para poder evaluar la HCA.
- Valorar la motivación que genera este tipo de actuación voluntaria en los profesionales.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio cualitativo con diseño de análisis temático de 23 CAE en papel y enviadas por pacientes y familiares hospitalizados en UCI y dados de alta (a planta o fallecidos) durante el año 2023 en un hospital terciario.

Resultados/Intervenciones

Tras analizar las CAE se observa:

- El 78,26% (n=18) de las estancias, son varones, frente al 21,73% (n=5) son mujeres.
- Al alta de UCI el 69,56% (n=16) sube a planta, frente al 30,43% (n= 7) que fallece.
- Escriben las cartas el 69,56% (n=16) son familiares (padres, parejas y hermanos) frente al 30,43% (n=7) escritas por pacientes.
- Se evidencian siete variables de repetición: Empatía (17,39%), calidad humana (73,91%), profesionalidad (60,86%), esfuerzo (17,39%), cuidados recibidos (47,82%), cariño (30,43%) y flexibilidad en visitas y acompañamiento (puertas abiertas) (43,47%). En una carta manifiestas la posibilidad de mejorar las infraestructuras.

Conclusiones

- Las CAE nos permiten conocer el grado de satisfacción de pacientes y familiares.
- Las CAE nos ayudan a evaluar el trabajo de la unidad en el camino de la HCA. Son, por tanto, un buen indicador de valoración de Humanización en UCI.
- Esta actuación voluntaria provoca una gran motivación y satisfacción al profesional de la unidad, además de una sensación del trabajo bien hecho.

Financiación

Ninguna.

Palabras clave

humanización • UCI• cartas de agradecimiento

sigue –>

Comunicaciones póster

	CARTAS 2023	SEXO PACIENTES	ESTADO AL ALTA DE UCI	ESCRIBEN LA CARTA
PACIENTES/FAMILIAS AGRADECIMIENTO ESCRITO	23	21,73% (5 mujeres) 78,26% (18 varones)	30,43% (7 Fallecidos) 69,56% (16 vivos)	69,56% (16 familiares) 30,43% (7 pacientes)
PACIENTES/FAMILIAS QUEJAS ESCRITA	0			
TIPO DE AGRADECIMIENTO (% de aparición)				
EMPATÍA	17,39%			
CALIDAD HUMANA	73,91%			
PROFESIONALIDAD	60,86%			
ESFUERZO	17,39%			
CUIDADOS RECIBIDOS	47,82%			
CARIÑO	30,43%			
FLEXIBILIDAD VISITA Y ACOMPAÑAMIENTO (PUERTAS ABIERTAS)	43,47%			

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 141

ENCUESTA A LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE. DESPEDIDA DE LOS FAMILIARES EN CASO DE ÉXITUS Y GESTIÓN DEL DUELO EN UCI

Mª del Carmen Martín Gigorro; J. Escobar Lavela; P. González Pascual
Hospital Universitario del Sureste

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos, han de posibilitar que los familiares puedan acompañar a los pacientes en los últimos momentos de su vida, en situaciones tales como es la limitación del esfuerzo terapéutico o pre-éxitus.

Lo ideal es que en estos momentos estén acompañados de los profesionales sanitarios y se les brinde el mayor confort e intimidad posible.

Nuestra UCI (con seis camas) sólo dispone de dos boxes de asilamiento situados en los extremos de la unidad.

Objetivos, conocer:

- Si los profesionales brindamos las mismas comodidades y apoyo a los familiares.
- Valorar el conocimiento del protocolo de actuación en caso de éxitus.
- Si todos considerarían adecuado trasladar al paciente al primer box de la UCI, que facilita la intimidad, las vísitas y la comodidad de los familiares.
- Revisar nuestro protocolo de actuación, unificar criterios y actuaciones.
- Mejorar la gestión de la despedida de los familiares y el proceso de duelo de las familias.

Metodología/Observación clínica

Elaboración de un encuesta anónima y voluntaria con un total de 14 preguntas, combinadas de respuesta única, múltiple y abiertas.

Envío de la misma, a los Diplomados de Enfermería y Auxiliares, por correo corporativo, con un enlace para su realización. Análisis de los resultados.

Resultados/Intervenciones

- Encuesta enviada a 41 profesionales.
- Encuesta realizada por 8 profesionales.

Resultados más representativos de la encuesta:

- Un 100 % consideran importante abordar este punto en cursos o talleres.
- Un 42,9 % manifiesta estrés en estas situaciones.
- Un 25 % cuestiona, por exceso o por defecto, los sentimientos manifestados por los familiares y han evitado el contacto con los mismos por miedo a no saber qué decir.

Conclusiones

- Los resultados reflejan una baja implicación de los profesionales en relación a este aspecto.
- Valorar la formación a los profesionales en estas cuestiones.
- Revisar el protocolo de la unidad y difusión del mismo.
- Revisar la mejor gestión en estas situaciones para la humanización de la despedida con la infraestructura de nuestra unidad.

Financiación

No precisa.

Palabras clave

Familia • Duelo • Humanización • Gestión

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 148

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN MUSICOTERAPIA: COMPLEMENTANDO LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CRÍTICO

Guacimara Molina Sosa[1]; L. Santana Cabrera[1]; MD. Bernat Adell[2]; C. Escot Rodríguez[1]; JM. Yánez Ramírez[1]; JJ. Blanco López[1]
1. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 2. Hospital General de Castellón

Objetivos/Introducción

Los pacientes y sus familias anhelan una atención integral, más aún en el contextode crisis que significa la hospitalización en una UCI (Rojas, 2019). Teniendo estapremisa como foco y, dentro del enfoque de humanización, se decidió incorporar la Musicoterapia como terapia complementaria en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI). Para dicha incorporación se estableció un protocolo de intervención. El objetivo de este póster es mostrar dicho protocolo y los resultados de su implementación.

Metodología/Observación clínica

La metodología de Musicoterapia Hospitalaria (Ferrari, 2022) respalda el desarrollo de protocolos, así como la observación de objetivos claros y su evaluación. Se diseña un protocolo interdisciplinar que incluye: recogida de información y derivación por parte de equipo sanitario a los musicoterapeutas, tipos de intervención en musicoterapia (intervenciones con pacientes por alta percepción de dolor, por ansiedad u otros aspectos emocionales o por control de delirio, y sesiones de musicoterapia ambiental), y evaluación de las sesiones (efectos observados por parte de musicoterapeutas y sanitarios, feedback de pacientes y escalas implementadas).

Resultados/Intervenciones

Se expone los resultados de la implementación del protocolo según los datos cuantitativos del año 2023. Estos datos incluyen número de pacientes atendidos (360), de sesiones realizadas (581), los tipos de técnicas de musicoterapia empleadas, así como los objetivos abordados en cada sesión.

Conclusiones

La implementación del protocolo de musicoterapia ha permitido incorporar al equipo de musicoterapia en el abordaje integral del paciente crítico.

Además, este protocolo ha definido las intervenciones de los musicoterapeutas en la unidad, lo que ha ayudado a su inclusión y a la comprensión del equipo sanitario del papel de este nuevo perfil en la UMI.

Palabras clave

Musicoterapia • Atención integral • Protocolo • Terapia complementaria

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 195

APORTACIONES DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA. PICC PORT. MONITORIZACIÓN EN 9 MESES DEL PROYECTO

Gema Martín Corrochano; MC. García Fernández; L. Rodríguez Martín
Hospital Nuestra Señora del Prado

Objetivos/Introducción

El PICC PORT es un dispositivo totalmente implantable compuesto de un reservorio, que se conecta a un catéter de poliuretano radiopaco de alto flujo, realizada por personal de enfermería especializada.

Objetivos:

- Realizar un análisis de resultados retrospectivo.
- Análisis de la repercusión económica que ha tenido la introducción del dispositivo en nuestro Hospital.
- Monitorizar las complicaciones junto con la duración media.

Metodología/Observación clínica

La recogida de datos consistió en la revisión retrospectiva de todos los dispositivos implantados desde mayo de 2023 hasta enero de 2024, desde la inserción hasta la retirada y teniendo en cuenta dos tipos de desenlace: de proceso y de resultado. Para la evaluación económica del impacto se tomaron como referencia los tiempos de enfermería/ tiempos de personal de quirófano y el precio de cada dispositivo

Resultados/Intervenciones

Se han insertado 76 dispositivos. Retirada de dispositivos: 4 por sospecha de bacteriemia, (sólo uno confirmado), 1 por obstrucción, 11 por exitus del paciente (4 de ellos con menos de 1 mes de implante), 1 por extrusión de la cámara (infección de la herida quirúrgica)

- Se ha eliminado la lista de espera.
- Se ha reducido considerablemente el gasto.
- Se ha eliminado la necesidad del uso de quirófanos y de personal de quirófano.

La comprobación de la ubicación de la punta se hace con el ECG-IC.

Conclusiones

La Enfermera de Practica Avanzada surge en los sistemas de salud con el fin de mejorar los resultados en los pacientes, el personal y la organización teniendo competencias como agente de cambio y líder transformacional.

Canalizaciones exitosas en 71 pacientes en el primer intento.

Es necesaria formación continuada sobre el uso y mantenimiento de estos dispositivos para conseguir eliminar o disminuir al máximo las complicaciones. Revisar los protocolos para la elección del dispositivo más adecuado, situando el PICC PORT entre los mejores, en una tercera fase se valorará el nivel de satisfacción de los portadores.

Palabras clave

PICC PORT • enfermera de práctica avanzada • análisi

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 217

PROTOCOLO DE CONFORT AMBIENTAL EN UCI

Cristina García Álvarez; M. González Esteban; S. Guillén Pulido
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos son una de las zonas donde el confort ambiental para pacientes, familiares y profesionales puede verse más afectado. La gran cantidad de equipos tecnológicos, el elevado número de profesionales trabajando a la vez y la gravedad de los pacientes, que requieren cuidados las 24 horas del día, suponen factores difíciles de modificar que van a generar grandes molestias que deben ser evitadas. Dentro de los factores más importantes se encuentran el confort lumínico, el térmico y el acústico. Existen diferentes recomendaciones a nivel tanto nacional como internacional para la adecuación de las UCI en la búsqueda de un adecuado confort ambiental. El Plan Persona presentado por la Gerencia Regional establece que uno de los objetivos es el establecimiento de un plan de humanización de las UCI del SACYL, siendo otro de los objetivos el desarrollo del Proyecto Sueñ-On, que trata de fomentar el descanso adecuado de los pacientes dentro del hospital.

Metodología/Observación clínica

Observacional

Resultados/Intervenciones

Mediante la observacion se detectan diferentes focos de alteración ambiental y se realizan medidas multidisciplinares para reducirlo.

Conclusiones

La puesta en marcha de un protocolo de confort ambiental, permité la creación de un entorno adecuado tanto para la recuperación de los pacientes como para el acompañamiento familiar y el desarrollo de la labor asistencial por parte de los profesionales.

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 222

GRADO DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES Y PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE TERCER NIVEL

Xenia de la Concepción Pérez del Rosario; V. Moreno Martínez; AS. Vega Rodríguez; OM. Perera Tejera; NJ. Guerra Armas; AM. del Pino Rodríguez Vega; B. Guedes Santana; O. Ortega Bolaños; SJ. Cazorla Medina
CHUIMI

Objetivos/Introducción

El servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular (CHUIMI) posee la certificación ISO 9001, revalidada en junio 2023. Por ello, anualmente se entregan las encuesta del grado de satisfacción. Un año se recogen datos a familiares y pacientes, y al año siguiente, al personal asistencial. En este estudio plasmaremos los resultados de las encuestas pasadas a familiares y pacientes. En base a esto, nuestro objeto es conocer el grado de satisfacción y continuar con la política de mejora exigida en los criterios de calidad.

Metodología/Observación clínica

Encuestas de recogidas de datos para familiares y pacientes en formato papel, en horario de visitas de 13:00 a 14:00 horas.

Resultados/Intervenciones

Se están procesando los datos recogidos

Conclusiones

El grado de satisfacción en general fue positiva, exceptuando las dietas proveniente del servicio de cocina y la temperatura de la unidad.

Palabras clave

Criterios de calidad • Encuestas • Comunicación • Seguridad del paciente

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 230

H-UCI CON H DE HUMANIZACIÓN

Esther Malmierca González; S. Guillén Pulido; M. González Esteban; MT. de la Puente Sanz; M. Gómez Pastor
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Objetivos/Introducción

La gran variedad de pacientes ingresados en UCI ha planteado en los últimos años la importancia de crear procedimientos de cuidados básicos y asistencia a las familias de manera individualizada, de tal forma que evitemos volvernos rigidos a la hora de proporcionar cuidados a nuestros pacientes. A través del Plan de Humanización hemos conseguido que todo el equipo valore la importancia de crear planes de cuidados básicos como el aseo, la movilización y atención a las familias, centrados en las necesidades de cada paciente.

El objetivo principal es individualizar los cuidados básicos y asisencia a las familias en cada paciente ingresado en UCI, dependiendo de su situación clinica y familiar.

Metodología/Observación clínica

- Beneficios esperados
- Recursos

Resultados/Intervenciones

A todo paciente ingresado en nuestra unidad y que su situación clínica lo permita, se valorará:

- La movilización al baño, si el paciente lo demanda, para la realización del aseo en la ducha.
- La movilización al WC, si el paciente lo demanda.
- La movilización precoz por la unidad mediante el uso cortos de la grúa de techo, andadores opaseos
- La movilización al exterior del hospital en pacientes de larga estancia durante un periodo corto de tiempo.
- En pacientes menores de edad o con necesidades especiales se permite el acompañamiento 24h.
- En situaciones en pacientes en el final de vida se permite un acompañamiento flexible según cada familia necesite.
- En situaciones de control de delirio de recomienda un acompañamiento familiar más ampliado.

De manera generalizada nuestra unidad de cuidados intensivos amplia los horarios, evitando la rigidez de las mismos

Indicadores de resultado: Encuesta de satistacion de pacientes y familiares. Valoración de sensación de bienestar del paciente y familiares.

Conclusiones

El paso de los años nos ha demostrado la importancia de individualizar cuidados tan básicos como poder duchar a los pacientes, llevarlos al Wc o gestionar las visitas de los familiares según valoración de cada paciente.

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

H-UCI CON H DE HUMANIZACIÓN

Guillén ,S. González ,M. De la Puente, M.T, Gómez, M.
Enfermeras UCI, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

La gran variedad de pacientes ingresados en UCI ha planteado en los últimos años la importancia de crear un Plan de Humanización , integrando planes de cuidados básicos y asistencia a las familias de manera individualizada.

OBJETIVO

INDIVIDUALIZAR CUIDADOS

- AUMENTAR EL BIENESTAR FISICO Y PSIQUICO DEL PACIENTE
- AUMENTAR LA IMPLICACIÓN DE LAS FAMILIAS
- AUMENTAR EL CONFORT AL FINAL DE LA VIDA
- REDUCIR EL IMPACTO EMOCIONAL

PROTOCOLOS

- BCDEF ,prevención del Sd. Postcuidados intensivos.
- Confort ambiental en UCI.
- Uso de contenciones mecánicas en UCI.
- Procedimiento al final de la vida.
- Procedimiento de atención a las familias en cuidados intensivos.
- Protocolo de prevención y control del delirio en UCI.
- Consulta post -UCI

ACTIVIDADES

- Aseo en la ducha
- Movilización al WC.
- Movilización precoz
- Salidas de la unidad tras largas estancias " PASEOS QUE CURAN".
- Pacientes menores o con necesidades especiales acompañamiento 24 horas.
- Pacientes al final de la vida y control del deliro ,acompañamiento flexible.
- Barberia y peluquería.
- Musicoterapia, TV, facilitar teléfonos móviles y hasta consolas.
- Sala de espera.

PLAN DE CUIDADOS

CONCLUSIÓN: El paso de los años nos ha demostrado la importancia de individualizar cuidados tan básicos como poder duchar a los pacientes, llevarlos al WC o gestionar las visitas de los familiares. El plan de Humanización multidisciplinar lo hace posible.

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 246

BENEFICIOS DEL USO DE LA VÁLVULA FONATORIA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS DEPENDIENTES DE VENTILACIÓN MECÁNICA

Zuley Manga Nina; AB. Sánchez Calderón; ML. Arencibia Villagrá
Hospital Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

La incapacidad de comunicación de un paciente critico traqueostomizado y dependiente de ventilación mecánica puede influir negativamente en el proceso de destete al no ser capaz de mantener una adecuada comunicación con el equipo multidisciplinar produciendo estados de ansiedad, miedo, angustia, alteraciones respiratorias y hemodinámicas, los cuales, pueden llegar a influir negativamente en el proceso de desvinculación al respirador, incrementando el tiempo de conexión al mismo y la estancia hospitalaria.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una búsqueda bibliográfica entre los meses de Diciembre y EneroSe realizó una búsqueda bibliografica en las bases de datos PubMed, SciELO, Medline, CUIDEN. Se seleccionaron los artículos de acuerdo a los criterios de exclusión.

Resultados/Intervenciones

El uso de la válvula fonatoria en este tipo de pacientes actúa de manera positiva en el proceso de destete y recuperación, ya que, disminuye la ansiedad facilitando la comunicación eficaz y acelerando el proceso de recuperación.

Conclusiones

Facilitar la restauración temprana del habla en pacientes con traqueostomía dependientes a ventilación mecánica supone un impacto tanto a nivel Hemodinámico como psicológico, favoreciendo el destete temprano y posterior decanulación. Por ello, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Rey Juan Carlos, estamos en proceso de implantación de estas válvulas para su posterior estudio y análisis.

Palabras clave

Ventilación mecánica • Válvula fonatoria • Traqueostomia • Cuidados intensivos

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. ***Sala 122***

ID 280

CUIDADOS EN INTENSIVOS Y MÁS ALLÁ: INTEGRANDO E INSTRUYENDO AL CUIDADOR

Elisabete da Silva Santos; E. Alonso Domínguez; I. Caballero Carracedo; E. Cardo Castro; S. Martínez González; A. Moralejo Esquilas; E. Ortiz Yartu; B. López Calonge; ML. Millán Salazar; Y. Gómez Gómez
Hospital Universitario Cruces

Objetivos/Introducción

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos no sólo afecta al paciente sino a su entorno más cercano en el ámbito físico, emocional, espiritual y social.

Dar a la familia la oportunidad de participar en los cuidados ayuda a contribuir en su recuperación y puede tener efectos positivos sobre el paciente, la familia y el profesional, disminuyendo el estrés emocional y facilitando la cercanía y comunicación de las partes implicadas.

El objetivo es enseñar a los cuidadores diversas formas de colaborar en los cuidados de manera que se involucren en ellos y los sigan practicando tras el alta de UCI.

Metodología/Observación clínica

Revisión de guías de recomendaciones para la prevención de UPP de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) y Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos (Proyecto HUCI).

Resultados/Intervenciones

Tras observar que gran parte de los familiares y acompañantes querían implicarse en los cuidados y desconocían cómo participar, el grupo que trabaja en la guía de buenas prácticas "Valoración del riesgo y prevención de UPP" adherida al proyecto Centros Comprometidos con la Excelencia En Cuidados (BPSO) buscó la colaboración con el grupo de Humanización de la unidad para redactar un documento con actividades que pudieran realizar los cuidadores, no sólo durante, si no más allá de la estancia. El documento generado se explicará al acompañante tras el ingreso para la implementación de los cuidados en el momento en el que la situación del paciente lo permita; además se colocará en un lugar visible del box para su posterior consulta.

Conclusiones

Con estas acciones, se espera que la difusión del documento fomente una cultura de buenas prácticas en cuidados, haciendo partícipe al entorno del paciente y favoreciendo su satisfacción y una atención de calidad.

Palabras clave

Cuidados críticos • Cuidadores • Humanización de la atención • Educación en Salud

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 295

EL VÍNCULO VITAL: EL ROL ESENCIAL DE LA FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Elvira Cardo Fernández; ME. Lázaro Varas; V. Benito Rojas
Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

Analizar la evidencia científica que existe sobre la participación de la familia en la UCI.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed y CINAHL. Se incluyeron artículos cuya publicación fuese posterior a 2020 y que estuviesen en inglés y español y se excluyeron artículos basados en unidades de cuidados intensivos pediátricos o neonatales.

Resultados/Intervenciones

La participación de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desempeña un papel crucial en el bienestar del paciente y en la dinámica del equipo de atención. Más allá de ser meros espectadores, los familiares se convierten en aliados fundamentales en el proceso de recuperación. La presencia y la participación de los familiares no solo benefician al paciente, sino que también mejoran la experiencia del cuidado. La investigación muestra que la participación de la familia en la toma de decisiones médicas, en las rondas y la comunicación abierta entre el equipo médico y los seres queridos tienen un impacto significativo en los resultados clínicos y en la satisfacción del paciente y de la familia. Además, se discute cómo una colaboración efectiva entre el equipo de atención médica y las familias puede mejorar la calidad de vida del paciente después de la UCI y facilitar una transición más suave hacia el cuidado posthospitalario. Sin embargo para obtener estos resultados se deben desarrollar protocolos que establezcan pautas unificadas para la implantación de herramientas de participación de la familia.

Conclusiones

La participación activa de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es esencial para mejorar la experiencia de atención del paciente y fortalecer el apoyo emocional, brinda a los familiares una sensación de control, mejora la comunicación y aumenta la satisfacción del cuidado recibido.

Palabras clave

unidad de cuidados intensivos • participación familiar • paciente • familia

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 308

CHARLA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS

Catalina Martín Castaño; MI. González Méndez; MR. Cubero Senin; P. Bazán Báez; A. Muñoz Domínguez; R. Muriana Jiménez; MªN. Anaya Carrión; AJ. Vázquez Fernández; MR. Alcaide Villa; E. Sánchez Payán
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

La protección de los derechos del paciente es garantía de una asistencia sanitaria de calidad. Uno de los derechos mas importante para el paciente/familia es el derecho a la información de su proceso de salud,para el paciente critico es una necesidad.

Las unidades de cuidados intensivos(UCI) son lugares desconocidos y extraños, que generan miedos y desconfianza. Como agentes de salud estamos obligados a desarrollar mecanismos que favorezcan el acceso y acercamiento de los pacientes y familiares a la unidad y los profesionales para poder reducir estos sentimientos.

Objetivos: Proporcionar información a paciente/familia sobre estructura, funcionamiento y profesionales de la unidad. Facilitar accesibilidad de pacientes/familia y cuidadores a servicios prestados por unidad y hospital.

Metodología/Observación clínica

Desarrollo de grupo de trabajo. Convocatoria de familiares mediante carteleria e información en horario de visita.

Contenido de la charla informativa:

1. Objetivo de la charla

2. Presentación de cada asistente.

3. Exposición oral con apoyo visual.
- ¿Qué es una Unidad de Cuidados Intensivos?
- Descripción de unidades, boxes,dispositivos y aparatos,salas de descanso para familiares.
- Descripción de cuidados diarios a pacientes.
- Información sobre: horarios de visitas, información diaria, recursos de unidad y hospital a disposición de familiares. Entrega de dípticos informativos.
- Consejos útiles a familiares sobre cómo afrontar el ingreso de un ser querido.

4. Seguimos la dinámica de la caja de emociones para ayudar a la familia a expresarse y animarles a que compartan sus ideas,sugerencias y necesidades para la mejora continua de nuestros cuidados.

5. Análisis de aportaciones, presentación en Consejo de Gobierno y abordaje de mejoras.

Resultados/Intervenciones

En 2023 hemos realizado 11 sesiones, con participación de mas de 100 familiares.

Emociones negativas mas expresadas: angustia, tristeza, ansiedad, nerviosismo, preocupación y miedo.

Emociones positivas: agradecimiento, confianza, esperanza, optimismo, prudencia, fuerza.

Se resuelven peticiones relacionadas con horarios de visita,sala de familiares, trabajo social, salud mental, dietas, alojamiento y tramites administrativos.

Conclusiones

Estas charlas favorecen el acercamiento entre familiares/profesional,estableciendo vínculos de confianza.Conocer sus necesidades/sentimientos nos permite desarrollar mecanismos para hacerles su estancia menos traumática.

Palabras clave

Familia • información • cuidados intensivos

Comunicaciones póster

Lunes 13 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES V. *Sala 122*

ID 319

PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana Gómez Alcíbar
Hospital de Basurto, Osakidetza

Objetivos/Introducción

El ingreso de un familiar en una unidad de cuidados intensivos (UCI) supone un acontecimiento estresante que produce cambios en el estado emocional de toda la unidad familiar. El objetivo principal ha sido elaborar un documento para reconocer las necesidades que demandan los familiares del paciente crítico ingresado, mejorar su satisfacción e involucrar a la familia en sus cuidados.

Metodología/Observación clínica

Se entregan cuestionarios de satisfacción a los familiares directos de los pacientes adultos atendidos durante el periodo de Mayo 2022 a Mayo 2023, con un ingreso mayor de 48 horas en una UCI polivalente. La muestra está compuesta por 50 encuestas. Se recogen datos sociodemográficos de los pacientes y de los familiares, diagnóstico de ingreso y la valoración sobre cuidados, empatía personal y comodidad. El cuestionario está estructurado en 12 ítems y se respondió mediante la escala de Likert en 10 grados de satisfacción (1 de menor grado y 10 el mayor grado).

Resultados/Intervenciones

Los resultados obtenidos muestran que el 80% recibió información médica en términos comprensibles, el 90% creía que se les llamaría a casa si la situación empeoraba, casi todos opinaban que el nivel de empatía con el personal era amable, el 60% no tuvo sensación de soledad y para el 90% el mobiliario donde recibían información no era el adecuado.

Estos resultados nos permiten conocer y comprender todo aquello relacionado con la situación familiar y el paciente crítico, para planificar intervenciones de cuidados integrales y humanizados.

Conclusiones

Las principales necesidades detectadas durante esta crisis situacional tan intensa son: las de seguridad, información, proximidad y las emocionales.

Los datos recogidos indican que las familias están dispuestas a colaborar y valoran muy positivamente el trato y la cercanía de los profesionales de la unidad.

Financiación

Propia.

Palabras clave

familia • unidad cuidados intensivos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 97

IMPORTANCIA DEL CUIDADO OCULAR EN PACIENTES SEDADOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

Janire Rivas Sáez; U. Fernández Manandu; M. Garay Alberdi; H. Barrasa González; L. Astigarraga Odriozola; A. Muñoz Expósito
Hospital Txagorritxu

Objetivos/Introducción

Las lesiones oculares son complicaciones iatrogenicas que pueden darse durante el periodode vulnerabilidad de los pacientes sedados en la unidad de críticos.El objetivo de este poster es determinar la importancia del cuidado ocular en la unidad decríticos y exponer las posibles técnicas de cuidados enfermeros.

Metodología/Observación clínica

Revisión sistemática de la literatura, palabras clave: CRITICAL CARE, NURSING CARE,EYE INJURIES, EYE DISEASES, INTENSIVE CARE UNITS.

Se realizaron búsquedas en Cinahl, Cochrane, Embase, Cuiden y Medline, seleccionando 8artículos.

Resultados/Intervenciones

Los mecanismos propios de protección están comprometidos en los pacientes sedados. El uso de sedantes provoca una falta de movimientos oculares y una pérdida del reflejo deparpadeo. El uso de relajantes musculares reduce la contracción tónica del párpado, impidiendo el correcto cierre ocular y produciendo desecación.

Otros factores también pueden ocasionar el aumento de la presión intraocular, como unaPEEP (presión positiva al final de la espiración) elevada, demasiada presión de las cintas desujeción endotraqueales, la posición de prono, etc, pudiendo producir lesiones importantes.

Las medidas preventivas incluyen la valoración, el lavado con suero salino o agua esteril, lalubricación e hidratación corneal, y el correcto cierre ocular, siendo éste último el métodomás eficaz por mantener la humedad ocular. Para ello, se recomiendan los apósitos depoliuretano transparentes, los cuales además actúan como una segunda barrera protectora.

Conclusiones

El cuidado ocular debe ser parte de los cuidados administrados a los pacientes sedados enla unidad de críticos, habiéndose demostrado que el método más eficaz es el uso deapósitos de poliuretano.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 106

PUESTA EN MARCHA DE UN INSTRUMENTO DE TRABAJO INTERDISCIPLINAR SOBRE EL "PLAN DE CUIDADOS DIARIO" EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

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

Objetivos/Introducción

El objetivo es describir la validación y puesta en marcha de un instrumento que registra la dimensión científico-clínica del Plan de cuidado diario en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste (HUS) para:

- Organizar las tareas a realizar a los pacientes de UCI.
- Aumentar la seguridad de los pacientes.
- Aumentar la seguridad de los profesionales.

En la UCI del HUS consideramos que el poder organizar el trabajo de los profesionales y tener una buena comunicación lleva a mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales.

Esto nos llevó a elaborar un documento de trabajo de control y seguimiento que recoge los datos más relevantes sobre el Plan de cuidados diario.

Metodología/Observación clínica

Medidas adoptadas:

- Elaboración del documento por parte de la Jefe y Supervisora de Enfermería del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario del Sureste.
- Información y puesta a disposición a los profesionales de la Unidad del documento de trabajo del Plan de Cuidados diario.

Resultados/Intervenciones

Esto supone que:

- En la sesión clínica matutina diaria se valorarán y registrarán en el documento los siguientes ítems:
  - Médico, Diplomado Universitario de Enfermería y Técnico Medio Superior de Cuidados Auxiliares de Enfermería responsables del paciente.
  - Técnicas previstas en UCI.
  - Técnicas previstas fuera de UCI.
  - Técnicas y pruebas a realizar en otro centro sanitario.
  - Paseo y/o levantar al sillón.
  - Ingreso/alta prevista.
  - Traslado a otro centro sanitario.
  - Necesidad de preparación.
  - Hora prevista/Prioridad.
- Se contemplará la actividad prevista en la Unidad.
- Se informará a los distintos profesionales de lo acordado.
- Se dejará el documento en el tablón del control de UCI.

Conclusiones

Este documento ha permitido que mejore:

- La organización de las distintas tareas y su prioridad.
- El personal pueda organizar su trabajo de acuerdo al Plan de cuidados.
- La seguridad del paciente y profesionales.

Financiación

No ha precisado.

Palabras clave

Plan • Cuidados • Organización • Tareas • Seguridad

sigue –>

Comunicaciones póster

PLAN DE CUIDADOS DIARIO UCI

	Médico	DUE	TCAE	Técnicas UCI	Técnicas otros	Pruebas fuera	Paseo	Ingreso / alta	Traslado	Prepa-ración	Hora / prioridad
UCI1											
UCI2											
UCI3											
UCI4											
UCI5											
UCI6											

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 108

SISTEMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL REGISTRO INFORMÁTICO DE LA ACTIVIDAD REALIZADA AL PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Josefa Escobar Lavela; JM. Rodríguez Rodríguez; MC. Martín Gigorro; MP. González Pascual; AM. de Pablo Hermida
Hospital Universitario del Sureste-Arganda del Rey, Madrid

Objetivos/Introducción

Objetivos:

- Conocer los datos necesarios a registrar de la actividad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en el programa informático.
- Aumentar la seguridad de los pacientes en UCI.
- Aumentar la seguridad de los profesionales.

Mejorar la seguridad del paciente en la UCI de nuestro hospital es un reto para conseguir una calidad asistencial de excelencia. Es por ello que se decidió elaborar un cuadernillo de hojas plastificadas, en las que figuran de manera esquemática los datos más relevantes a registrar de la actividad en la unidad, en nuestro programa informático, según las hojas del mismo.

En ellas se indica la frecuencia con la que debemos anotar las variables en las distintas hojas del programa, así como los tratamientos que deben ser validados según tipo de horario y quién debe anotarlos y/o validarlos, y en algunos casos cómo hacerlo.

Metodología/Observación clínica

Medidas adoptadas:

- Elaboración del cuadernillo por parte de un Diplomado Universitario de Enfermería y la Supervisora de Enfermería del Servicio.
- Información a los profesionales de la Unidad.

Resultados/Intervenciones

Supuso:

- Elaborar cuadernillo que consta de varias hojas, siendo: Registro en gráfica General No invasiva; General Invasiva; General Hemodinámica; Hoja de Medicación; Hoja de Cuidados; Hoja de Fluidos; Hoja de Valoraciones; Hoja de Técnicas; Hoja de Escalas; Hoja de Registro de Peticiones; Hoja de Respiradores; Hoja de Hemofiltro; Hoja de VMNI, GAFAS NASALES ALTO FLUJO, VMNI DOMICILIARIA
- Informar a los distintos profesionales del cuadernillo.
- Ubicar el cuadernillo en la estantería del control de UCI.

Conclusiones

Ha permitido que mejore:

- La organización de las distintas hojas de registro.
- El conocimiento de lo que es imprescindible registrar por parte del personal.

La seguridad del paciente y profesionales.

Financiación

No ha precisado.

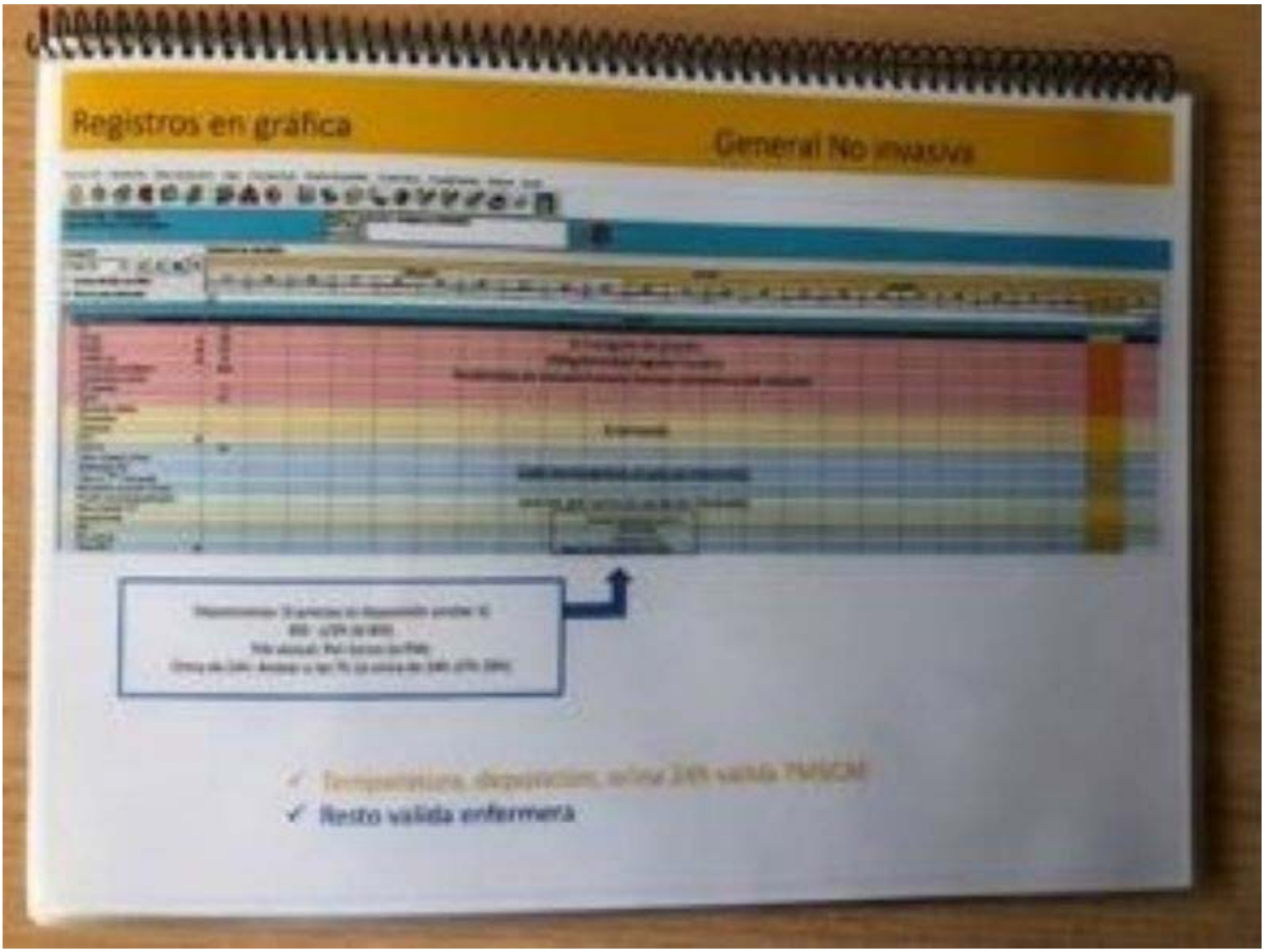
Palabras clave

Registro • Gráfica • Hojas • Datos • Seguridad

sigue –>

XLIX
Congreso Nacional
de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo
de 2024

Comunicaciones póster



Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 109

IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Josefa Escobar Lavela; JM. Rodríguez Rodríguez; MC. Martín Gigorro; MP. González Pascual; AM de Pablo Hermida
Hospital Universitario del Sureste-Arganda del Rey, Madrid

Objetivos/Introducción

Objetivos:

- Facilitar la formación del personal sanitario de enfermería.
- Disponer de una herramienta de consulta del programa informático.
- Mejorar la seguridad del paciente.
- Mejorar la seguridad del profesional.
- Garantizar un adecuado registro en la historia clínica del paciente.
- Favorecer una adecuada continuidad asistencial.

Dada la necesidad de formación del personal Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) y Técnico Medio Superior en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TMSCAE) y de tener una herramienta de fácil acceso para poder ser consultada, se decidió desarrollar un curso formativo/informativo, mediante vídeos, de todo el programa informático que se usa en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), llamado Critical Care “PICIS”.

Metodología/Observación clínica

Dicho curso formativo/informativo consta de 5 módulos subdivididos en capítulos, que de forma muy práctica y directa ayuda al profesional de nueva incorporación a familiarizarse con el sistema.

1. Módulo Interfaz, que consta de 8 capítulos.
2. Módulo Prescripciones, que consta de 6 capítulos.
3. Módulo Validaciones, que consta de 7 capítulos.
4. Módulo Protocolos, que consta de 4 capítulos.
5. Módulo PICIS TMSCAE, que consta de 6 capítulos.

Se encuentra en la intranet del hospital y a él puede acceder todo el personal del hospital,no habiendo plazo determinante para poder realizarlo ni finalizarlo.

Resultados/Intervenciones

- Se comunicó a la Dirección de Enfermería el proyecto.
- Se llevó a cabo el desarrollo de cada uno de los vídeos de los distintos capítulos y módulos por parte del DUE superusuario del programa informático de la Unidad.
- Una vez elaborados, se presentó a la responsable de Prensa, que publicó en la Intranet del hospital.
- Se divulgó a los profesionales de la UCI para su conocimiento.

Conclusiones

Este curso formativo/informativo ha permitido:

- Disponer de una herramienta de consulta.
- Facilitar la formación del personal de la Unidad.
- Mejorar la seguridad del paciente y del profesional.
- Garantizar que el registro informático sea adecuado.

Financiación

No ha precisado.

Palabras clave

Formación • Herramienta • Registro • Seguridad

sigue –>

CURSO BÁSICO DE PICIS PARA ENFERMERÍA

El curso básico de PICIS para Enfermería está formado por cinco módulos:

- Interfaz
- Prescripciones
- Validaciones
- Protocolos
- PICIS TMSCAE

Incluimos el prólogo en esta página.

[redacted]

Hospital Universitario del Sureste

[redacted]

ACCEDER AL CURSO COMPLETO>>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 122

PUESTA EN MARCHA DE AUDITORÍA DEL CARRO DE PARADA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

María del Pilar González Pascual; J. Escobar Lavela; MC. Martín Gigorro
Hospital Universitario del Sureste

Objetivos/Introducción

El carro de parada es un elemento impresicindible para la atención del paciente en UCI. De los profesionales sanitarios depende que éste disponga de los elementos necesarios para atenderle en caso de parada cardiorrespiratoria.

Diariamente el turno de noche chequea el funcionamiento del desfibrilador, así como el número de precinto y otros elementos del carro (luz del laringoscopio, maletín del marcapasos). Por otro lado, el tercer lunes del mes, el turno de noche revisa con un documento de Excel las caducidades del material fungible y fármacos. Éstos son repuestos en el momento o se notifica a la supervisora, quien los repone lo antes posible.Desde el Grupo de Seguridad de UCI pretendemos ver en qué situación nos encontramos en cuanto a su revisión, por ello se comienzan las auditorías. Con esto veremos en qué punto nos encontramos para implantar mejoras en caso necesario.

Metodología/Observación clínica

Los ítems a comprobar son los siguientes:

- Sin apertura del carro:
  - Existencia de precinto
  - Coincidencia del número de precinto con la registrada
  - Firma del documento
- Con la apertura del carro:
  - Correspondencia del material con Excel
  - Las fechas de caducidad de los fármacos coinciden con Excel
  - Las fechas de caducidad del material coinciden con Excel

ITEMS COMPROBAR SIN ABRIR EL CARRO DE PARADA	SI/NO
1. Existencia de precinto	SI
2. Coincidencia del nº de precinto con la registrada en el documento del carro	SI
3. Firma del documento del carro de parada	NO
ITEMS A COMPROBAR ABRIENDO EL CARRO DE PARADA	
1. Correspondencia del material con lo que establece el Excel	NO
2. Las fechas de caducidad de los fármacos coinciden con las reflejadas en el Excel	NO
3. Las fechas de caducidad del material coinciden con las reflejadas en el Excel	NO

Resultados/Intervenciones

Las auditorías se realizarán con perioricidad semestral. La primera se hizo en febrero del 2023. Los resultados se incluyen en la tabla adjunta.

Conclusiones

Los resultados no son buenos: solo se ha cumplido un 33% de los ítems. Por tanto se precisa evaluar la causa y buscar soluciones.

El revisar el carro mensualmente y chequearlo diariamente son muy importantes para garantizar que disponga de lo necesario para atender al paciente. El personal sanitario debe estar familiarizado con él y saber la ubicación de todo lo que contiene. Se trabajará para mejorar estos resultados y que el personal entienda su alcance.

Financiación

No se ha precisado financiación para su realización.

Palabras clave

Carro • Parada • Cardiorrespiratoria • Auditoría • Seguridad

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. ***Sala 121***

ID 130

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES MEDIANTE LAS RONDAS DE SEGURIDAD

José Miguel Yánez Ramírez[1]; MD. Bernat-Adell[2], L. Santana Cabrera[1]; YC. Zerpa Pérez[1]; O. Perera Tejera[1]; R. Ramírez Falcón[1]; NI. González González[1]; C. Marrero Verde[1]; MD. Nuez Déniz[1]; F. del Pino Lozano Valido[1]
1. Hospital Insular de Gran Canaria; 2. Universitat Jaume I

Objetivos/Introducción

Las rondas de seguridad (RS) han sido diseñadas con el propósito de fomentar una cultura de seguridad en las instituciones sanitarias(1). En 2002, el anestesista Frankel fue pionero en su implantación. Estas RS se presentan como herramientas valiosas para mejorar la seguridad del paciente crítico y promover prácticas clínicas respaldadas por la evidencia. Lograr una cultura educativa y no punitiva implica involucrar tanto al equipo asistencial como de gestión de forma que se permita y motive la notificación de eventos e incidentes adversos.

El objetivo del estudio es determinar el nivel de cumplimiento de las medidas de seguridad mediante las rondas de seguridad.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional y transversal realizado en una unidad de cuidados intensivos polivalente entre mayo de 2022 hasta abril 2023.

El equipo de investigación acordó previamente las variables basándose en las recomendaciones de los proyectos ZERO (Tabla 1.). Posteriormente, se diseñó una hoja de registro para llevar a cabo 3 RS y comprobar su conformidad con los criterios establecidos mediante observación directa por enfermeras pertenecientes al propio servicio. Se proporcionó una retroalimentación negativa, es decir, se enfocó en las oportunidades de mejora que no se cumplieron con las enfermeras responsables.

Resultados/Intervenciones

En las RS, se observó un alto nivel de cumplimiento de las medidas, siendo estas superiores al 75% (Tabla 2), excepto en la variable “Cabecero entre 30º- 45º, excepto si hay contraindicación”, donde se obtuvieron valores de cumplimiento del 61,5%, 60% y 75% respectivamente; así como, en el “control de neumotaponamiento >20 cmH2O” de la segunda RS, que alcanzó un cumplimiento del 60%. No se encontraron diferencias significativas entre las RS (p>0.05).

Conclusiones

A pesar de cumplir en gran medida las recomendaciones analizadas en las RS, se observaron oportunidades de mejoras con respecto a las recomendaciones de mantener el cabecero de la cama entre 30º- 45º.

Financiación

Financiación de carácter público por el Servicio Canario de la Salud a través de la Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC), en la convocatoria “Enfermeras Canarias”, para la financiación de Proyectos de Investigación, Desarrollo e Innovación; a desarrollar en el ámbito de la enfermería y los Cuidados de Salud, orientados a satisfacer las necesidades de salud de la población de Canarias y a la mejora de la sostenibilidad y solvencia del Servicio Canario de la Salud (EXP.: ENF22/13).

Palabras clave

Seguridad del paciente • Rondas de seguridad • Unidad de cuidados intensivos

sigue –>

Tabla 1. Recomendaciones

Colector por debajo de la vejiga sin tocar el suelo
Tapón de alcohol en todas las conexiones
Apósito transparente, limpio y adherido correctamente
Presión del neumotaponamiento entre 20-30 cmH2O
Cabecero cama entre 30-45º, si no existe contraindicación

Tabla 2. Cumplimiento recomendaciones

	RS1	RS2	RS3
Colector orina	90,9 n=20	77,3 n=17	100 n=18
Tapón	90 n=18	100 n=20	77,8 n=14
Apósito	100 n=20	87,5 n=14	83,3 n=15
Presión >20cmH_2O	86,7 n=13	60 n=9	80 n=8
Cabecero 30º- 45º	61,5 n=8	60 n=9	75 n=6

*Prevalencia de cumplimiento en porcentaje (%).

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. ***Sala 121***

ID 132

ANÁLISIS COMPARATIVO DE DATOS REGISTRADOS EN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN SIN DAÑO (SISNOT) EN UCI CAUPA DURANTE 2022-2023

Silvia Pérez Gutiérrez; E. Cabo Garrote; Y. Ferrer Lanchares; C. Vergara Pérez; S. Gato Sierra
CAUPA

Objetivos/Introducción

La seguridad del Paciente en el ámbito hospitalario es uno de los pilares clave dentro de la atención sanitaria. En 2005 el Ministerio de Sanidad recomendó crear sistemas de notificación de eventos adversos. En 2009, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl) creó el Sistema de Notificación sin Daño (SISNOT).

Nuestro objetivo es comparar las notificaciones registradas en el SISNOT de la UCI-CAUPA, durante los años 2022-2023, para valorar los puntos a mejorar en cuestión de seguridad.

Metodología/Observación clínica

Estudio retrospectivo observacional de las notificaciones SISNOT en el período 2022-2023 en UCI-CAUPA.

Se analizaron los diferentes tipos de incidentes registrados y se compararon entre ambos nº(%).

Resultados/Intervenciones

El número total de incidentes registrados en 2022 fue de 17, siendo 64,7% en turno de mañana, 5,9% de tarde y 29,4% de noche. En 2023 el total fueron 18 de los cuales 22,2% en turno de mañana, 38,8% de tarde y 22,2% de noche.

En 2022, el más frecuente fue “identificación del paciente” (35,3%), seguido de “medicación” y “pruebas diagnósticas” (23,5% en ambos). Sin embargo, en 2023 fue “medicación” (33,3%), seguido de “equipos/dispositivos” (22,2%).

Comparando los incidentes notificados se observó una disminución del 82% al 50% de los casos que hubieran provocado daño potencial mientras que aumentaron del 11% al 50% los incidentes notificados sin ningún tipo de daño potencial.

Conclusiones

Con estos datos, se puede afirmar que el número de notificaciones se mantiene similar entre ambos periodos, detectando que en el 2023 aumentaron las notificaciones sin daño potencial y que la mayoría se dieron en turno de tarde. También se registraron nuevos incidentes “equipos/dispositivos”, posiblemente relacionados con la incorporación de nuevas técnicas en la unidad.

Un sesgo a resaltar es la falta de sensibilización a la hora de registrar por lo que una de las mejoras propuestas es la formación y motivación del personal de la unidad.

Financiación

No

Palabras clave

Seguridad del paciente • SISNOT • UCI

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 146

PRECAUCIONES Y MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UCI

María Sheila García Sánchez; V. Pozo García; B. Loma Fernández Gómez; FL. Barquero Bartolomé; T. Castro Sánchez-Bermejo: C. Moreno Cerrada; V. Rojas Benito; ME. Lázaro Varas; M. Manso Nevado
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) realizó en Estados Unidos en 1995-1996 para identificar los medicamentos que más frecuentemente causan eventos adversos. Se destacó la necesidad de desarrollar estrategias centradas en la creación de listados de medicamentos de alto riesgo (MAR) y la notificación de errores de medicación.

Se consideran MAR aquellos que tienen un alto potencial de causar daño grave o mortal si se comete un error durante su uso.La OMS, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) y En España la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud recomiendan la identificación de MAR y el análisis sobre incidentes relacionados con estos medicamentos para mejorar los sistemas de atención médica.

En los estudios realizados en unidades de cuidados intensivos (UCI) en España observaron 1,13 y 1,7 errores por día están relacionados con la administración de medicamentos entre los cuales está el uso frecuente de MAR. Los pacientes en UCI son especialmente vulnerables y requieren protocolos de seguridad relacionados con MAR siendo prioritarios en los programas de seguridad clínica.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas.

Almacenamiento e identificación de MARElaboración de recomendaciones generales e indicaciones especificas para evitar errores con MARFormar a los profesionales sanitarios en el manejo de los MAR.

Seguimiento y evaluación de la implantación de estrategias de prácticas segura.

Resultados/Intervenciones

Identificación y alerta visual del almacenamiento de MARMedidas de preparación y administración de MARCuadro de compatibilidad/incompatibilidad de MARCuadro de compatibilidad/incompatibilidad de MAR.

Conclusiones

Desarrollar medidas para el manejo de MAR aumenta la seguridad en el uso de estos medicamentos incrementando la seguridad en la atencion sanitaria en UCI.

El conocimiento y las practicas seguras enmarcadas dentro de la política de seguridad, evitan y disminuyen los errores de medicación en el proceso terapeutico de los pacientes en UCI.

Palabras clave

medicamentos • riesgo • seguridad • UCI

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 151

GRADO DE ADHERENCIA A LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DETECTADO DURANTE LAS RONDAS CON DIRECTIVOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA: ANÁLISIS PRELIMINAR

Carlos González López; R. Justel García; B. Ruiz de Pablo; CM. del Valle Sánchez; E. Martínez Ramírez; M. Llamas Boltà; PM. Fernández Rodríguez; G. Via Clavero
Hospital Universitario de Bellvitge

Objetivos/Introducción

Las rondas de seguridad (RS) con directivos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) permiten reforzar el cumplimiento de las recomendaciones de seguridad basadas en la evidencia y detectar áreas de mejora.

Objetivo: Analizar el grado de adherencia a las buenas prácticas en seguridad e identificar los principales riesgos detectados tras un año de implantación de las RS con directivos en un servicio de medicina intensiva (SMI).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo llevado a cabo en 3 UCI de un hospital universitario de tercer nivel entre 2022-2023. Se incluyeron pacientes ingresados en el SMI que, mensualmente, fueron aleatoriamente seleccionados para verificar el cumplimiento de las buenas prácticas en seguridad del paciente recogidas en un listado de verificación. El listado se compuso de 43 ítems organizados en 5 dimensiones: seguridad en el tratamiento (12), prevención de la infección y proyectos zero (9), monitorización y registro (9), seguridad en los cuidados (9) y equipamiento (4), y fue consensuado por un grupo de expertos multidisciplinar. Cada ítem se evaluó con tres opciones de respuesta. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 28 pacientes con una mediana de edad 60 años (mínimo=29; máximo=84). El 60,7% fueron hombres. Los ítems con un cumplimiento <85% estuvieron relacionados con la identificación del médico prescriptor (71,3%), la concordancia entre dosis pautada/administrada (82,1%), la monitorización del delírium (77,3%), el cribaje de gérmenes multiresistentes al ingreso (82,1%) y el registro diario del peso (0%). Se detecta la necesidad de incluir ítems relacionados con el proyecto ITU zero.

Conclusiones

Las RS con directivos han permitido detectar los puntos débiles en el grado de cumplimiento de las buenas prácticas en seguridad. Se propone la introducción de nuevos ítems, informar a los profesionales de los resultados y proponer las prácticas con menor cumplimiento como objetivos del servicio para el próximo año.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Rondas de seguridad • Unidad de cuidados intensivos • Enfermería de cuidados intensivos • Seguridad del paciente • Calidad asistencial

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. ***Sala 121***

ID 216

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO “STOP INFECTION” EN LA UCI DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Maribel Mirabete Rodríguez; C. Terrero Aguilar; C. Carrasco Baza
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos/Introducción

En el año 2018 se creó en la unidad de cuidados intensivos del hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) el grupo “STOP INFECTION”, formado por enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería de todos los turnos para combatir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) desde los cuidados de enfermeria.

Objetivo: Describir la metodología de trabajo del grupo “STOP INFECTION” para la mejora en la calidad de los cuidados enfermeros relacionado con la prevención de las IRAS.

Metodología/Observación clínica

1. Monitoreo de procesos: Siguiendo las recomendaciones de los “Proyectos Zero” se monitorean los cuidados relacionados con catéters venosos centrales, ventilación mecánica y sondaje urinario, con frecuencia mensual en los diferentes turnos.
2. Actualización de la evidencia científica: Revisión de procedimientos y guías y difusión de estos.
3. Formación: Organización de sesiones y talleres, elaboración de infografias y medidas motivacionales.
4. Dinámica del equipo: Reuniones trimestrales para analisis, evaluación y replanteamineto.

Resultados/Intervenciones

Las intervenciones más relevantes llevadas a cabo por el grupo “STOP INFECTION” desde su creación son: Diseño y gestión de indicadores, revisión de 4 protocolos y 3 guias de actuación, 27 sesiones formativas y talleres, adhesión al proyecto ITU-ZERO, cambio e introducción de material para mejorar la eficacia de los cuidados.

Conclusiones

La efectividad de la tarea llevada a cabo por “STOP INFECTION” se refleja en la mejoría, año tras año de los indicadores que monitorizan los cuidados relativos a la prevención de las IRAS y también por los indicadores propios de seguimiento del grupo.

Palabras clave

Calidad • Grupo de Trabajo • IRAS • Metodología de trabajo

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 237

APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD EN UCI

Ayeiza Rodríguez Vega; N. Guerra Armas; V. Moreno Martínez; X. Pérez del Rosario; O. Ortega Bolaños; O. Perera Tejera; B. Guedes Santana
Hospital Unversitario Insular de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

Las rondas de seguridad son una herramienta que permite establecer y valorar la adherencia a las buenas prácticas clínicas, fomentando la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. Una de las metas de la atención sanitaria de calidad es detectar prácticas inseguras y corregirlas, transformarlas en prácticas seguras. De igual manera, estas rondas de seguridad fomentan el trabajo en equipo, permitiendo interacturar a los diferentes profesionales que intervienen en el cuidado del paciente crítico. El objetivo de este trabajo fue crear una tabla de verificación / cumplimiento de diferentes items relacionados con los proyectos ZERO valorando asi la adherencia a los mismos asi como aumentar el nivel de atención disminuyendo la aparición de complicaciones.

Metodología/Observación clínica

Consulta de parámetros en el programa de soporte de la unidad PISCIS(gráficas) y observación directa a pie de cama mediante validación de una gráfica de recogida de datos en el que se chequean los diferentes items elegidos.

Resultados/Intervenciones

Los resultados obtenidos se analizan tanto en conjunto como individualmente en relación al paciente valorado. Se destaca un alto nivel de cumplimiento del total de items valorado. De la misma manera resaltamos el alto nivel de cumplimiento de los items relacionados con la ITU ZERO y destacamos como aspecto a mejorar la medición del balon de neumotaponamiento en pacientes con aislamiento de la vía aérea

Conclusiones

El establecimiento de las rondas de seguridad favorece la implantación de la cultura de seguridad en la unidad, generando un feed-back directo, in situ con los profesionales implicados en el cuidado del paciente crítico permitiendo aplicar de manera inmedianta algunas actividades correctivas y otras que no se pueden aplicar de manera inmedianta se tratan y se buscan opciones de mejoras en las sesiones de enfermería que se realizan en la unidad.

Palabras clave

Seguridad clínica • evento adverso • proyectos ZERO

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 240

IMPORTANCIA EN LA REVISIÓN DEL CARRO DE RCP AVANZADA EN UCI. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE REVISIÓN Y MANTENIMIENTO. NUESTRA EXPERIENCIA

Anna Teixine Martin; S. Urrea Allue
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos/Introducción

El equipamiento, revisión y mantenimiento del carro de reanimación cardio pulmonar (RCP) avanzada es un indicador de calidad asistencial y de seguridad del paciente.

Objetivo: Asegurar una correcta revisión del carro de RCP Avanzada en UCI. 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

En nuestra UCI disponemos de un formulario de registro en cada carro tipo " Checklist" que contiene tanto la medicación, material y aparataje necesario. Está establecida la revisión del carro de forma protocolizada en cada turno de trabajo y después de cada uso.Estudio descriptivo retrospectivo. Análisis de los datos obtenidos durante un año (2023). UCI de un hospital general universitario de nivel II con 22 camas de críticos.Se utilizaron las hojas de registro para la revisión diaria de dos carros de parada ubicadosen la UCI.

Resultados/Intervenciones

Durante todo el año 2023 se analizaron 1095 determinaciones, obteniendo un 90,5% de cumplimiento del protocolo. Y un 9,5% en el que faltaba algún dato o simplemente no estaba cumplimentado.

Conclusiones

Se observa buena adherencia al cumplimiento del protocolo con márgenes de mejora para obtener el grado de cumplimiento total.

Palabras clave

Carro soporte vital avanzado • Control de calidad • Formulario de registro

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 243

IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECKLIST DE VERIFICACIÓN SOBRE LA DOTACIÓN BÁSICA DE UN BOX LIBRE DE UCI PARA TCAE

Susana Urrea Allue; A. Teixine Martin; E. Salazar Castellanos
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos/Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)es el profesional encargado de verificar la correcta dotación del box de UCI antes del ingreso de tal forma que se garantice una correcta asistencia, evitando riesgos, ya que la falta de material o aparataje puede comprometer la seguridad del paciente.

Se consideró crear e implementar en nuestro servicio, un formulario Check-list siguiendo tres principios básicos: que fuese simple, fácil de aplicar y eficaz.

Metodología/Observación clínica

Realización de un formulario/Check List que se deja instalado en el ordenador de cada box de la UCI y que se establece como nueva tarea para TCAES. Este check list se consensuó con las TCAES y ser hicieron sesiones formativas antes de su implementación.

En el Check List incluimos tanto la comprobación del correcto funcionamiento de sistemas de aspiración, oxígeno, balón de resucitación, sistema de monitorización y mobiliario en correctas condiciones. Por turno cada TCAE revisará los boxes vacíos que le corresponden.

Resultados/Intervenciones

Se realiza un seguimiento y control del cumplimiento del formulario de forma aleatoria, durante los primeros seis meses obteniendo un resultado positivo de una media del 77,5% de los casos con un porcentaje alto de cumplimentación, mayor nivel de satisfacción de los profesionales y mejora en su organización del trabajo.

Conclusiones

De que el box esté completamente dotado y de que todo el aparataje funcione de forma adecuada puede depender el estado de salud del paciente, por lo que consideramos que la revisión por turno de los boxes vacíos es una herramienta básica para el correcto funcionamiento del servicio en general.

Los resultados obtenidos se pueden traducir en: mayor seguridad para el paciente crítico en el momento del ingreso, menor estrés y mejor organización entre profesionales facilitando y agilizando el trabajo.

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 282

COMPROBACIÓN RADIOLÓGICA DE LA SONDA NASOGÁSTRICA PARA TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR VÍA ENTERAL EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Montserrat Gil Ariño; Roser Pascual Climent
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Objetivos/Introducción

El Sondaje Nasogástrico (SNG) es uno de los procedimientos más habituales que realiza la enfermería en el paciente crítico.La comprobación de la correcta colocación de la sonda de administrar medicación o nutrición enteral deberia de ser obligatoria como criterio de calidad en el paciente crítico.Una colocación incorrecta de la sonda podría aumentar el riesgo de broncoaspiración o la administración de dieta en bronquio con efectos fatales para el paciente a nivel respiratorio

Objetivo: Demostrar la necesidad de comprobar radiológicamante la colocación de la sonda nasogástrica antes de su utilización.

Metodología/Observación clínica

Paciente ingresado en la UCI, al 4º día de ingreso se detecta una intolerancia a la Nutrición Enteral (NE) con un volumen residual gástrico (VRG) de 300 ml. Se sigue el protocolo y se para la NE durante 6 horas y se reinicia a dosis tróficas durante las siguientes 6 horas. En el siguiente control de VRG se detiene la NE por persistencia de VRG elevado.

En los registros de enfermeria no consta ninguna incidencia de modificacion o recolocación con la SNG.

Se realiza una RX tórax y se observa una imagen sugestiva de que la SNG sigue un trayecto hacia el bronquio principal derecho.

Resultados/Intervenciones

Se confirma la entrada de aire por auscultación, mediante la técnica clásica con jeringa, en cavidad gástrica.

Ante la sospecha radiológica de la colocación de la sonda en el bronquio principal derecho se decide recambiar la SNG y comprobar su correcta ubicación mediante radiología en cavidad gástrica.

Conclusiones

Consideramos que en todos los pacientes en ventilación mecánica con soporte nutricional por vía enteral, se debe comprobar mediante prueba de imagen radiológica la correcta ubicación de la sonda nasogástrica, antes de iniciar el tratamiento nutricional y/o farmacológico y también tras cualquier manipulación de la misma.

No es suficiente con la comprobación mediante auscultación de la entrada de aire a nivel gástrico.

Palabras clave

Sondaje Nasogastrico • Seguridad paciente

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 294

RECOMENDACIONES PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE ANTIMICROBIANOS DE USO HOSPITALARIO

José Felipe Patrico; JJ. Prera Ramírez; A. Gómez Rodríguez; MªC. Navarro Mora
Hospital Infanta Elena

Objetivos/Introducción

Dentro de los medicamentos administrados vía intravenosa, los antimicrobianos son los más comunes en una Unidad de Cuidados Críticos. La preparación y administración de estos medicamentos es una intervención enfermera delicada por el tipo de sustancias siendo, por ello, necesario conocer los aspectos básicos de estos elementos químicos para su uso de forma segura y consecución de su fin terapéutico.

Metodología/Observación clínica

Selección de los principales antimicrobianos de uso hospitalario y recopilación de la recomendaciones (reconstitución, diluyente, concentración/volumen dilución, tiempo de administración, incompatibilidades, validez reconstitución..) según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) así como de la Guía Terapéutica Antimicrobiana de 2023.

Resultados/Intervenciones

Póster con los 39 antimicrobianos más usados sintetizando, los aspectos básicos a tener en cuenta en la preparación, así como en la administración de los mismos.

Conclusiones

- Disponer de un formato de fácil consulta y con las principales recomendaciones en el manejo de los antimicrobianos permitirá a los profesionales de enfermería realizar una práctica segura.
- Disminuye la variabilidad clínica en la preparación y administración de estos medicamentos.
- Fomentar la correcta administración de estos medicamentos para obtener una mayor eficacia.

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. ***Sala 121***

ID 300

BOMBAS DE ADMINISTRACIÓN INTELIGENTES, OPINIONES TRAS SU PUESTA EN MARCHA. ACCIONES DE MEJORA

Amadeo Puebla Martín; S. García del Castillo Muñoz; S. García-Velasco Sánchez-Morago; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; MÁ. Puebla Martín; MªG. García Fernández; L. Segovia García-Marina; I. Talavera Blanco; MM. del Fresno Sánchez; JC. Muñoz Camargo
Hospital General de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Conocer la opinión del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) sobre la reciente implantación de bombas de administración inteligentes (BAI) y analizar los posibles puntos de mejora.

Metodología/Observación clínica

Encuesta voluntaria y anónima, se recoge cargo (FEA-Enfermero-Residente), años de experiencia y en SMI.

Consta de 10 preguntas cerradas [1 Totalmente desacuerdo - 5 Totalmente de acuerdo] y 2 abiertas.

Primeras 5 preguntas están dirigidas sólo a enfermería.

Resultados/Intervenciones

63 participantes (73% enfermeros con media de experiencia de 14 años, 9 de ellos en UCI, 22% FEA con media de 20 años experiencia y 5% residentes con 3 años experiencia).

Las primeras 5 preguntas reflejan: con una media de 4,6 que el uso de BAI facilita el trabajo diario, con 4 que se tiene un buen manejo, con 4 que se utiliza la farmacoteca en los pacientes, con 2 están en desacuerdo que las bombas sean un problema por difícil manejo y con 4 que la alerta de error es visible.

La segunda parte del cuestionario refleja con una media de 4.5 que existe una mejora de seguridad para el paciente, con 3 se reclama mayor formación de las BAI, con 3.5 se considera que se podría aprovechar más estos dispositivos, con 3.5 se destaca que hay personal que sigue utilizando métodos anteriores para identificar que se administra y con 4 que ayuda a disminuir los costos de estancia al disminuir riesgos de administración. El 21% propuso alguna mejora reclamando mayor formación del personal nuevo y actualización de la farmacoteca; el 33.3% propuso alguna incorporación a la farmacoteca destacando sueroterapia y levosimendán.

Se comparan los resultados de los participantes según los años de experiencia o categoría profesional sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

Se puede concluir que las BAI son una herramienta de fácil manejo que mejora la seguridad en SMI y que se observan algunos aspectos para mejorar su uso.

Palabras clave

bombas inteligentes • opiniones • mejoras

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 303

ESTUDIO PILOTO: EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL DE LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN PACIENTES CRÍTICOS

Amadeo Puebla Martín; S. García del Castillo Muñoz; S. García-Velasco Sánchez-Morago; M. Prado Peinado Peral; C. Carrero Ruiz; MG. García Fernández; AB. Aguirre Romero; M. Ordoñez Díaz; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; MÁ. Puebla Martín
Hospital General de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Los errores de medicación (EM) son eventos adversos comunes en los hospitales, con mayor frecuencia y relevancia en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI).

Este proyecto consistió en una búsqueda activa de EM a tiempo real en el SMI del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).

Objetivo: evaluar la seguridad en el uso de medicamentos, detectar puntos de mejora y reducir EM.

Metodología/Observación clínica

Diseño: estudio unicéntrico, descriptivo, observacional, prospectivo.
Participantes: pacientes adultos ingresados en el SMI del HGUCR.
Procedimiento: inclusión aleatoria de pacientes, revisión, presencial a tiempo real en el SMI, de la seguridad en el uso de medicamentos según la cumplimentación de un cuestionario.
Variables: sexo, edad, días de estancia, número de medicamentos prescritos, diagnóstico de ingreso, adecuación de la prescripción/transcripción (APT), adecuación de la preparación/administración (APA).
Periodo: septiembre/2022-enero/2023.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 66 pacientes, y se revisaron 680 medicamentos. 68,2% varones, edad media 62,8 años, estancia media 2 días, 10,3 medicamentos prescritos/paciente de media. Principales diagnósticos, patología cardíaca (24,3%) y respiratoria (21,2%). Se detectó algún error en el 93,9% de pacientes, con una media de 3,26 errores/paciente. Respecto a la APT, se detectaron 101 errores; según la APA, se detectaron 114 errores en el 83,3% de pacientes.

Entre los errores más frecuentemente detectados destacan:
Discordancia prescripción electrónica y transcripción a la grafica de enfermería (GE).
Identificación inadecuada de extremos distales de sondas, catéteres y líneas de infusión.
Administración de fármacos antimicrobianos fuera del horario correcto.
Discordancia entre las velocidades de las bombas de infusión con las transcritas en la GE.

Conclusiones

En el SMI del HGUCR ocurren EM en un porcentaje considerable, de forma similar a lo descrito en la literatura. Los resultados obtenidos establecen un amplio margen de mejora, habiendo sido clave esta evaluación proactiva para identificar puntos críticos de riesgo, y así poder evaluar medidas para reducir los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Palabras clave

errores • medicacion

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. ***Sala 121***

ID 309

IMPLANTACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO QUIRÚRGICO PROGRAMADO EN PACIENTES CRÍTICOS CON TRAUMA GRAVE

Laura Hernández López; C. López López; MA. Murillo Pérez; C. Cornejo Bauer; A. Arranz Esteban
Hospital Universitario Doce de Octubre

Objetivos/Introducción

Proporcionar una herramienta estructurada que facilite la preparación del paciente crítico con enfermedad traumática grave para el proceso quirúrgico programado.

La transferencia de pacientes de UCI a quirófano, coloca particularmente a estos pacientes ante un mayor riesgo de sufrir eventos adversos debido a la gravedad de su situación y a la necesidad de intercambiar información compleja entre equipos

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo en una unidad de cuidados intensivos de un hospital terciario en 3 fases:

1. DISEÑO: Detección de la necesidad y desarrollo de un listado de verificación para el traslado del paciente crítico al área quirúrgica mediante grupo consenso de profesionales del equipo y revisión bibliográfica.

2. IMPLANTACIÓN: Se informó a los profesionales de la unidad de la implementación del listado de verificación, así como la importancia de su cumplimentación.

3. ANÁLISIS: Tras 12 meses desde su incorporación al registro informático, examinamos la cumplimentación del check list en contraste con los datos de cirugías realizadas durante este periodo.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvo una herramienta formada por 13 ítems con respuesta dicotómica en la que se verifican datos tales como: realización de higiene, ayuno, pulsera identificativa y de banco de sangre, control de coagulación, radiografía de tórax, impresión de documentos de administración de medicamentos y constantes vitales de últimas 24 horas, y comunicación a familiares. Analizando los datos recogidos durante 2023, se contabilizaron 66 cirugías programadas. La tasa de cumplimentación del listado de verificación fue de 100%. Y no existió ningún caso de cirugía retrasada y/o anulada por incidencias en la preparación del paciente.

Conclusiones

La implantación y cumplimentación del listado de verificación para el traslado del paciente crítico a quirófano por parte del equipo de enfermería de la UCI han sido óptimas, garantizando la correcta preparación del paciente y comunicación a su familia, así como una adecuada organización con el quirófano receptor.

Palabras clave

Care transition • security • check list • ICU • opera

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. ***Sala 121***

ID 320

REDUCIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

María Begoña Bustamante Álvarez
Hospital de Basurto, Osakidetza

Objetivos/Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son especialmente vulnerables a los errores de medicación (EM), debido a la gravedad de los pacientes y al elevado número de fármacos intravenosos que reciben. Los EM se consideran como el evento adverso hospitalario más común cuyas consecuencias sanitarias y económicas son muy importantes tanto para el paciente como para el sistema.

Nuestro objetivo ha sido identificar los principales EM en UCI para prevenir y reducir su incidencia así como crear una cultura de seguridad no punitiva para minimizarlos.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo durante el periodo de diciembre 2022 a diciembre 2023, de los EM declarados en el SNASP.

Resultados/Intervenciones

Se ha registrado 28 incidentes relacionados con EM. Las principales causas están vinculadas con la administración de medicamento (53%) y la prescripción (46%).

Algunos de los EM más graves detectados han sido: calcular mal la dosis, la administración al paciente equivocado, la alergia y efectos adversos conocidos a medicamentos, el retraso u omisión en la medicación.

Trabajar de forma automatizada y sistematizada es muy importante por medio de la prescripción electrónica. Existen sistemas que permiten la preparación automática y que generan etiquetas y códigos de barras, que aunque tienen un coste siempre es eficiente trabajar en seguridad.

Conclusiones

La fase en la que se producen más EM es en la prescripción seguida de la administración y los fármacos más involucrados en EM son las drogas vasoactivas y la sedoanalgesia.

La evidencia clínica demuestra que la puesta en marcha de sistemas electrónicos de trazabilidad permitirá la reducción de EM, así como mejorar la eficiencia y calidad de la asistencia sanitaria.

Es necesario promover el uso del SNASP entre los profesionales y luego analizar los incidentes por un grupo multidisciplinar.

Financiación

Propia.

Palabras clave

errores medicación • seguridad • unidad cuidados intensivos

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 324

DISEÑO EN 3D DE MODELOS PERSONALIZADOS PARA LA UCI: MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA COMODIDAD DE ENFERMERÍA

F. Xavier Andorrà Sunyer; B. Ayala Márquez; M. Batlle Solà; M. Capdevila Casòliva
Althaia. Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa

Objetivos/Introducción

En este estudio presentamos el proceso de diseño en 3D de modelos personalizados que se adaptan a los pacientes y mobiliario de una UCI polivalente en Manresa.

Los objetivos principales son mejorar la seguridad del paciente y la comodidad de enfermería a través de la utilización de tecnología de impresión 3D.

Metodología/Observación clínica

El proceso comienza con una visita del equipo de ingeniería a la UCI, colaborando estrechamente con enfermería para comprender las necesidades específicas de la unidad. Con esta información, se procede a diseñar el modelo 3D que se ajusta de manera óptima a esta necesidad (en 48h aproximadamente). En nuestro caso la idea era diseñar un soporte fabricado con tecnología 3D (con poliamida, material versátil, esterilizable y resistente), formado por un compartimento para albergar una botella de agua destilada y guantes estériles, completando la organización del espacio para el material de aspiración. El soporte se integra en una columna lateral dentro del box, por encima del resto de material necesario, de manera que todo está en un mismo espacio, con la finalidad de aumentar su accesibilidad.

Resultados/Intervenciones

Después de varias correcciones en el prototipo inicial, se imprimen 20 soportes, uno por cada box (12 UCI + 8 Semicríticos), con una mejora en la accesibilidad del material utilizado en la aspiración de secreciones, así como de la seguridad del paciente.

Se realiza encuesta de satisfacción al personal de enfermería y TCAI, aún en periodo de recogida de datos.

Conclusiones

La utilización de la tecnología de impresión 3D en el diseño de modelos personalizados para la UCI ofrece una solución innovadora para mejorar la seguridad del paciente y la comodidad de enfermería.

Palabras clave

Enfermería • Impresión 3D

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VI. *Sala 121*

ID 329

¿SABEMOS REALIZAR UN BUEN MANTENIMIENTO DE PICC?

Alba Benlloch Zahonero; L. García Toledo
Hospital Dr. Peset

Objetivos/Introducción

El catéter central de inserción periférica (PICC) se utiliza como alternativa segura al catéter venoso central (CVC).

El conocimiento y la habilidad relacionada con el mantenimiento del PICC incide en la calidad de la atención, resultados clínicos y seguridad del paciente.

Comparar las diferencias de conocimiento y aptitud sobre el mantenimiento y prevención de complicaciones del PICC entre el personal de enfermería de medicina intensiva (UCI) y resto del centro.Conocer el estado de formación previo de PICC en nuestro centro.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en el Hospital Doctor Peset de Valencia. Para la evaluación se utilizó un cuestinario “ad hoc” confeccionado en Google Forms tras una revisión bibliográfica, siendo autoadministrado, voluntario y anónimo. Se cumplimentó tanto online como formato físico, consistiendo en 25 preguntas que puntuaban 1 punto/pregunta, con puntuación máxima de 25 puntos.

Las variables cuantitativas se expresan mediante media±DE y las cualitativas mediante n (%). Se comparó el nivel de conocimiento entre el personal de enfermería de UCI y el resto del hospital mediante el test T-student para variables independientes. Se consideró estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

La información se procesó por medio de una matriz de procesamiento de datos, utilizando el programa Microsoft Excel.

Resultados/Intervenciones

Un total de 96 encuestados: 30 UCI y 66 resto de unidades.

No hubo diferencias en la puntuación total obtenida (20,5±2,2 vs 19,8±4,4; p=0,12) entre ambos grupos.

Los profesionales que tenían conocimientos previos en PICC en UCI y otras áreas fueron 20 (67%) y 17 (26%) respectivamente ($p = 0,03$).

Ambos grupos determinaron un nivel alto de conocimiento: UCI 100% Resto 85%

Conclusiones

El conocimiento de enfermería en el manejo y mantenimiento de PICC en nuestro centro es alto. La formación previa fue más frecuente en el personal de UCI, pero no se tradujo en un nivel de conocimiento superior.

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 25

ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE TRAS UN CIBERATAQUE EN LA UCI

Foix Vallès Rodríguez; M. Moral Guiteras; E. Tomàs Franch; M. Castella Tarrés; M. Sanz Moncusí
Hospital Clínic

Objetivos/Introducción

En marzo del 2023 el Hospital Clínic sufrió un ciberataque. Se anularon todos los sistemas informáticos, incluidos los ordenadores de contingencia, afectando los servidores que almacenan y comunican información de atención al paciente. En las UCIs, impactó en las historias clínicas electrónicas incluyendo cualquier registro clínico, prescripción y administración de fármacos, procesamiento analítico o de imagen, además de los monitores centrales. También se vieron implicados todos los servicios de soporte: farmacia, laboratorio, radiodiagnóstico, etc. El regreso a la funcionalidad normal llevó semanas. Nos planteamos analizar en una UCI las acciones realizadas para controlar riesgos, mantener la seguridad del paciente y compartir la experiencia.

Metodología/Observación clínica

Se crea un grupo de trabajo que analiza los factores que incidieron en el ciberataque. Se realiza un análisis cualitativo tomando como base la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos). Se identifican los riesgos en cada proceso de la UCI y las acciones realizadas para prevenirlos.

Resultados/Intervenciones

La metodología refleja que todos los procesos se vieron afectados. Las medidas más relevantes para controlar los riesgos:

- Limitación de ingresos y control del censo
- Uso del papel en: gráficas de UCI, analíticas y pruebas de imagen, registros administrativos, etc.
- Validación de fármacos en papel y dispensación presencial en farmacia
- Pruebas a pie de cama (Point of care, Radiografías, Ecografías)
- Double-check en los procesos -Recursos fuera de red para seguimiento clínico

Conclusiones

Las acciones realizadas y la implicación de los profesionales fueron adecuadas para controlar los riesgos y mantener los estándares de calidad y seguridad en la actividad asistencial.

El ciberataque potenció el trabajo en equipo, la comunicación interprofesional y evidenció que los documentos de contingencia en papel permiten seguir con la actividad asistencial.

En estas situaciones, el uso de sistemas no conectados a la red (Radiografias portátiles, Ecografias, Point of care) son de gran ayuda para el manejo clínico.

Palabras clave

Seguridad del paciente • Ciberataque • UCI • Análisis de riesgo • Calidad

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

ANÁLISIS de RIESGOS : CIBERATAQUE Y UCI

INF.FOIX VALLÈS, INF.ENRIC TOMÁS ,INF.MARTA MORAL, INF.COORDINADOR UNIDAD MIQUEL SANZ

N.º	Proceso	Ámbito	Riesgo	Efecto (Qué afectación tiene este riesgo en relación a la seguridad del paciente?)	Causa (Cual o cuales son los motivos por los cuales se ha producido este riesgo?)	Como se controla actualmente el proceso (Nombrar los sistemas de control)
1	**Admisión y alta paciente**	Administrativo	**Errores en la información del paciente**	Alargamiento estancia hospitalaria, complicaciones, efectos no deseados, muerte (p.e: alergias)	Ciberataque	Se derivan pacientes graves a otros centros en los días de máxima afectación (iniciales). Posteriormente alguno de estos pacientes ha sido recuperado a nuestro centro. Registro manual e interno de los pacientes, que posteriormente se incluyó en el SAP. Las pulseras identificativas se realizaron a mano.
2	**Anamnesis Enfermera**	UCI	**Perdida de información**	Alargamiento estancia hospitalaria, complicaciones, efectos no deseados, muerte (p.e: registro alergias)	Ciberataque	Uso de material de contingencia: graficas en papel
3	**Anamnesis Médica**	UCI	**Perdida de información**	Alargamiento estancia hospitalaria, complicaciones, efectos no deseados, muerte (p.e: antecedentes, enfermedades)	Ciberataque	Se realizaba un informe en Word que se dejaba en su historia (informe de ingreso).
4	**Registro plan de curas**	UCI	**Discontinuidad tratamiento**	Alargamiento estada hospitalaria, duplicidad en las curas, no realización de curas, desamparo legal	Ciberataque	Uso de material de contingéncia: registro de plan de curas en la gráfica.
5	**Actividad asistencial enfermera**	UCI	**Disminución calidad asistencial**	Complicaciones, alargamiento estada hospitalaria, muerte.	Ciberataque	Uso de material de contingéncia: graficas en papel
6	**Actividad asistencial médica**	UCI	**Disminución calidad asistencial**	Complicaciones, alargamiento estada hospitalaria, muerte	Ciberataque	Seguimiento de los documentos de contingencia: graficas en papel de enfermería. Las analíticas se transcribían a mano en una gráfica médica.
8	**Registro constantes telemáticas (no hay programa informático con las constantes)**	UCI	**No seguimiento de la salud/ Pérdida de los registros clínicos**	Alargamiento estancia hospitalaria, complicaciones, muerte.	Ciberataque	Uso de material de contingencia, graficas en papel donde se plasman las constantes vitales, el plan de curas, la pauta de medicación y registros especiales y valores analíticos clave (como las GSA). Uso de código de colores para identificar los diferentes valores y su tendencia. TN abre la gráfica de cada día.
9	**Registro información turno enfermería enfermera**	UCI	**Pérdida de información**	Repetición pruebas, no realización de curas, complicaciones, desamparo legal	Ciberataque	Uso de material de contingencia: graficas en papel
10	**Registro información turno médica**	UCI	**Pérdida información**	Repetición pruebas, no realización de un tratamiento, desamparo legal	Ciberataque	Se escribía el pase en Word o a mano y se introducía a la historia clínica
11	**Solicitud de pruebas de laboratorio y hemoderivados**	Banco sangre y laboratorio	**No realización de pruebas/administración hemoderivados**	Retraso en el diagnostico, alargamiento estada hospitalaria, complicaciones, muerte	Ciberataque	Documentos de contingencia: Solicitud en papel, analítica estándar. Comunicación con sistema red telefónica del hospital.
12	**Muestra analítica (recepción muestra y resultado)**	Laboratorio	**Pérdida muestra/ Paciente incorrecto**	Retraso diagnóstico, alargamiento estancia hospitalaria	Ciberataque	- Gasómetros (POINT OF CARE) - Sistema de procesamiento autónomos - Obtención de resultados en papel - El hospital ha creado un circuito de derivación a un circuito externo hasta la recuperación del servol.ab - Ordenación de su recogida - Registro manual de los resultados (en hoja específica de laboratorio) - Seguimiento de resultados por parte del personal responsable (enfermeras, médic@s) - El personal sanitario asignado se encarga de recoger los resultados a partir del número de solicitud de la prueba inicial. - Trascripción diaria dels resultados de las analíticas al registro analítico assignado a cada paciente.
13	**Administración hemoderivados**	Banco sangre	**Administración errónea de paciente**	Reacción hemolítica grave, muerte	Ciberataque	-Cadencia pautada de extracción de muestras de sangre para la reserva. - Solicitud en papel (doc. contingencia) del producto sanguíneo. - Doble check con el pacient/enfermera en el momento de la administració del hemoderivado.
14	**Solicitud pruebas Imagen**	CDI (Centro Diagnóstico por la Imagen)	**No realizacón de pruebas - Repetición pruebas**	Retraso en el diagnóstico, retraso inicio tratamiento, alargamiento estancia hospitalaria	Ciberataque	Documentos de contingencia: Solicitud en papel. Pruebas a pie de cama en los casos en los que se pudo (rx portátil, ecografía).
15	**Recogida resultado de pruebas de imagen**	CDI	**Pérdida de los resultados y repetición de les pruebas.**	Alargamiento estancia hospitalaria, aparición de complicaciones	Ciberataque	- Comunicación inicial de los resultados entre médicos responsables de forma presencial. Posteriormente k'informe es realitzava a word i després és deixava a la història médica. - Comunicación sistema red telefónica hospitalaria.
16	**Prescripción medicación**	Farmacia	**Error medicación**	Alargamiento estancia hospitalaria, muerte, efectos no deseados	Ciberataque	- Trascripción manual del tratamiento médico en la gráfica papel de paciente - Revisión diaria de la pauta de medicación por parte de farmacia. - Se fotocopia la pauta médica y se le entrega al servicio de farmacia ara su preparación Uso de stock fármaco unidad - Recogida manual de los fármacos en farmacia - Doble check/Revisión de la prescripción de datos por parte del personal responsable (enfermeras, médic@s)
17	**Trasplante Hepático**	BQ	**No trasplante hepático**	Empeoramiento salud paciente en lista de espera para trasplante, muerte	Ciberataque	Se han realizado todos los trasplantes a pacientes con hepatitis graves o riesgo de muerte.
18	**Traslado intrahospitalario**	BQ/Salu/Ucies	**Errores en la transmisión de información, pérdida información (registros clínicos, estancia, cursos clínicos)**	Complicaciones, alargamiento estancia hospitalaria, muerte	Ciberataque	Parte oral. Registro interno de admisiones de los pacientes. Todas las gráficas y documentación de los pacientes se trasladaban con el paciente.
19	**Solicitud y modificación dietas**	Cocina	**Alimentación inadecuada**	Alargamiento estancia hospitalaria	Ciberataque	Se piden las dietas a través de llamada telefónica diaria
20	**Solicitud material**	Recursos Materiales	**No disposición material**	Retraso en el diagnóstico, alargamiento estancia hospitalaria, complicaciones, muerte	Ciberataque	Se realiza la solicitud en el formato papel de contingencia

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 56

PACIENTE PORTADOR DE PICC CON EPISODIOS DE TAQUICARDIA VENTRICULAR POSTURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Carrero Ruiz; AB. Aguirre Romero; S. García Velasco Sánchez; L. Bravo Dondarza; I. Vázquez Rodríguez Barbero; JC. Muñoz Camargo; S. García del Castillo Muñoz; MP. Peinado Peral; JF. Soto Luna; A. Puebla Martín
UCI Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El Catéter central de inserción periférica (PICC) es un catéter flexible de inserción preferente en venas basílica y cefálica del brazo que avanzará hasta la unión cavo-auricular. Es una técnica estéril y ecoguiada llevada a cabo por enfermería. Durante la técnica es importante tener al paciente monitorizado para poder observar alteraciones en el EKG. Para comprobar la correcta colocación de la punta del catéter se puede hacer mediante radiografía de tórax, ecocardiografía o electrocardiográficamente.

Objetivo: Proporcionar cuidados de enfermería basados en la evidencia científica en la inserción del catéter venoso central de inserción periférica para la prevención de complicaciones asociadas.

Metodología/Observación clínica

Paciente mujer de 65 años de edad. NAMC. HTA. DL. Obesidad (IMC 37). No DM. No hábitos tóxicos. Hipotiroidismo. IABVD. Llega a urgencias tras TCE en el domicilio con desorientación, vómitos en escopetazo y hemiparesia izquierda.

Exploracion fisica:

- FC: 80lpm
- TA: 140/60
- FR: 15rpm
- SatO2 100%
- Tª: 35. 1º
- Glasgow 13 (O3V4M6)

Se realiza TAC y ANGIOTAC que presenta hematoma intraparenquimatoso lobar derecho, se comenta con neurocirugía que descarta actitud quirúrgica. Ingresa en la UCI para monitorización y tratamiento conservador. A su llegada a la unidad se monitoriza, se realiza sondaje vesical y se canalizan catéter arterial y PICC. A la hora del ingreso la paciente comienza a hacer rachas de taquicardia ventricular con pulso, de origen desconocido.

Resultados/Intervenciones

TABLA ADJUNTA

Conclusiones

Se insertó el PICC mediante técnica estéril y ecoguiada sin incidencias. Se comprobó su normoposicionamiento mediante radiografía de tórax, pero se detectó que cuando la paciente se colocaba en decúbito lateral izquierdo (DLI) realizaba rachas de taquicardia ventricular que cedían al volver al decúbito supino. Se procedió a retirar el catéter 2cm en el punto de inserción y se volvió a repetir la radiografía de tórax. De esta forma el catéter quedo normoposicionado, apto para su uso y sin repercusión hemodinámica en el paciente.

Financiación

PROPIA

Palabras clave

Atención de enfermería • Enfermería de cuidados críticos • Catéteres • Taquicardia ventricular

sigue –>

Comunicaciones póster

NANDA	NOC	NIC
00200 RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDÍACA Riesgo de disminución de la circulación cardíaca (coronaria) que puede comprometer la salud.	405 Perfusión tisular cardíaca 1902 Control del riesgo. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.	4040 Cuidados cardíacos: Evaluar cualquier episodio de dolor torácico (intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes) Y monitorizar los signos vitales con frecuencia.
00204 PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.	1908 Detección del riesgo 1902 Control de riesgo	4010 Prevención de hemorragias. Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas.
00206 RIESGO DE SANGRADO Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.		3440 Cuidados del sitio de incisión. Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.
002013 RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR Riesgo de lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones.		2314 Administración de medicación: intravenosa 231408 Verificar la colocación y permeabilidad del catéter en la vena 6610 Identificación de riesgos

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 63

USO DE LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

Alba Canalejo Caballero; J. López Goya; M. Sanz Gutiérrez; J. Ubaldo Domínguez Martín; C. Moreno Cerrada; C. Calcerrada Baeza; M. López Pazos; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; A. Sánchez Peláez
Hospital Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La hipotermia terapéutica consiste en la inducción de frío para bajar progresivamente ocontrolar la temperatura corporal de los pacientes por debajo de los 35ºC, retrasandode esta forma el deterioro de los tejidos, principalmente utilizados para reducir el dañoneurológico tras cirugías o postparada.

La inducción de la hipotermia terapéutica conlleva grandes beneficios, pero tambiénrequiere muchos cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de buscadores como Pubmed, Scielo,Dialnet, concretando en artículos completos en castellano, entre los años 2012-2022.A raíz de introducirnos con el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, fuimosderivando a diferentes artículos y datos sobre las actualizaciones del uso de lahipotermia en Unidades de críticos.

Resultados/Intervenciones

Es uno de los procedimientos que produce un gran interés e impacto entre lasUnidades de Cuidados Críticos, ya que gran parte de los pacientes que llegan a unaUCI presentan patologías cerebrovasculares y enfermedades isquémicas. Según elúltimo Informe del SNS, un 2,3% de la población en España padece de enfermedadisquémica en 2021, y un 1,6% de la población de enfermedad cerebrovascular.

El principal beneficio de la hipotermia inducida es la neuroprotección, para reducir laslesiones cerebrales, en pacientes en coma, pacientes postquirúrgicos, o post parada,proporcionando al paciente mayores posibilidades de supervivencia.

Conclusiones

La inducción de la hipotermia en determinados pacientes aumentaría las posibilidadessupervivencia gracias al retraso del daño celular de los órganos diana, resaltandocerebro y corazón.

Palabras clave

Hipotermia • Parada cardiaca • Neurocríticos

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 82

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LAS MANIOBRAS DE DECÚBITO PRONO (DP) EN UN PACIENTE CON VV-ECMO

Daniel Moreno Arilla; M. Romero Pastor; N. Rodríguez Farré; D. Córdoba Sánchez
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos/Introducción

La terapia VV-ECMO en paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) puede combinarse con el DP, pero nuestra unidad no cuenta con dicho protocolo por ausencia de casos hasta el momento. El objetivo es elavorar un plan de cuidados, identificar las complicaciones potenciales del DP en un paciente con VV-ECMO e intervenir sobre ellas.

Metodología/Observación clínica

Paciente de 56 años que consulta por disnea. Se diagnostica de TEP masivo requiriendo VA-ECMO, evolucionando a SDRA necesitando puente a VAV-ECMO y posteriormente VV-ECMO acabando en DP por hipoxemia refractaria. Se realizó evaluación de las 14 necesidades según Henderson y taxonomía NANDA-NIC-NOC. Los diagnósticos detectados fueron: Riesgo de sangrado (00206), riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047), deterioro del intercambio de gases (00030) y ansiedad ante la muerte (00147). Como complicaciones potenciales se identificaron la hipoxemia y complicaciones del sistema VV-ECMO por obstrucción y canulaje.

Los objetivos (NOC) fueron Piel intacta (110113), estado respiratorio: ventilación (0403) y disminuir el miedo de la familia (1210). Las intervenciones (NIC): vigilancia de la piel, (3590), manejo de presiones (3500), cambio de posición (0840), cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584) y apoyo emocional a la familia (5270). Siete personas realizaban el cambio postural, anclando las cánulas al paciente. Se aplicó ácidos grasos en el lado facial afectado dada la imposibilidad de cambios cefálicos. Para optimizar las presiones de la VV-ECMO en DP se colocó una almohada bajo la extremidad canulada.

Resultados/Intervenciones

La hidratación y cambios de presión consiguieron que no presentara ninguna herida por presión relevante y la distonía cervical se corrigió con fisioterapia. Las presiones del dispositivo se mantuvieron óptimas. La familia se mostró aliviada.

Conclusiones

Las intervenciones de enfermería en un paciente con sistema VV-ECMO que requiere DP fueron seguras y eficientes. La estandarización de los cuidados en estos pacientes ofrece unos cuidados seguros y de calidad.

Financiación

No existe financiación.

Palabras clave

Decúbito Prono • ECMO • Enfermería

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 85

ACTUALIZACIÓN PROCEDIMIENTO VNI: ROTACIÓN MASCARILLA Y CUIDADOS DE LA PIEL

Patricia Varandela Casasola; E. Viso Fernández; AB. Rey Morán; MS. Rodríguez Pérez; C. González González; J. Fernández Álvarez
Complexo Hospitalario de Ourense

Objetivos/Introducción

La ventilación no invasiva (VNI) es un medio de soporte ventilatorio que permite evitar el abordaje invasivo de la vía aérea. Está indicada en la insuficiencia respiratoria aguda, edema agudo de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) agudizado, inmunodepresión o destete de la ventilación invasiva. Debido a su frecuencia de uso, es necesaria la actualización del procedimiento adaptándolo a la evidencia reciente y a los dispositivos disponibles en nuestra UCI

La interfase utilizada es un elemento fundamental para la correcta adaptación a la terapia y su éxito, y también para el confort del paciente y la prevención de complicaciones. La UCI del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense dispone de dos tipos de interfases: ambas de la casa comercial Philips:

- Mascarilla oronasal estándar: cubre nariz y boca, reduciendo fuga por boca.
- Mascarilla oronasal "bajo nariz": Cubre la boca, descansando la almohadilla debajo de la nariz del paciente.

Objetivo: Actualización el procedimiento de Ventilación Mecánica No Invasiva para la selección y rotación de la interfase, así como los cuidados de la piel.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en base de datos Medline (PubMed) y Web of Science mediante palabras clave. Idioma: español e inglés. Últimos5 años.

Resultados/Intervenciones

Se seleccionaron 11 artículos que tratában interfase para VNI, cuidados de la piel y rotación de los puntos de presión

Conclusiones

La mascarilla oronasal sigue siendo las más extendida en el paciente agudo, y también la que genera mayor número de úlceras por presión, concretamente en el puente nasal, por lo que debe rotarse cada 4-6 horas para cambiar los puntos de presión. La mascarilla bajo nariz es una alternativa segura, que permite el cambio de puntos de presión, conservando parámetros similares de ventilación y oxigenación. La rotación de interfases debe complementarse con valoración y cuidados de la piel, pudiéndose complementar con apósitos protectores o hidrocoloides.

Financiación

Financiación: la Fundación Biomedica Galicia Sur ha recibido una beca de colaboración por parte de Philips para la comunicación y defensa de este trabajo en un congreso de ámbito nacional

Palabras clave

Noninvasive ventilation • Medical device-related pressure ulcers • Mask • Under-The-Nose • Over-The-Nose

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 107

HEMOFILTRACIÓN Y ENFERMERÍA: BINOMIO INDISPENSABLE EN CUIDADOS INTENSIVOS

Sofía Gato Sierra; S. Pérez Gutiérrez; E. Cabo Garrote; C. Vergara Pérez; Y. Ferrer Lanchares
CAUPA

Objetivos/Introducción

Las terapias de reemplazo renal continuo (TRRC) en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) constituyen un componente fundamental en el manejo de pacientes críticos con diferentes patologías, especialmente en insuficiencia renal grave o desequilibrios metabólicos severos.

Objetivos: Identificar las funciones de enfermería en la terapia de hemofiltración en UCI.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Cochrane y Google Scholar, artículos publicados desde 2020 en inglés y español, cuyo tema central fuera la práctica y cuidados enfermeros en la hemofiltración en UCI.

Resultados/Intervenciones

Se identificaron 32 artículos de los cuales 7 se incluyeron, el resto se desecharon por no cumplir criterios de inclusión. El profesional de enfermería es el responsable del inicio, mantenimiento y finalización de la terapia; por ello debe poseer conocimientos, formación y estar actualizado para desempeñar estas funciones.

También será responsable de los cuidados del acceso vascular, cura y mantenimiento del catéter; control del funcionamiento del catéter y prevención de trombosis; monitorización de signos vitales como temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión venosa central, tensión arterial, volúmenes, balances, anticoagulación…; de la realización de controles analíticos; del adecuado montaje, puesta en marcha y configuración del equipo, cebado y mantenimiento del sistema, conexión y desconexión del mismo, detección de signos y síntomas y prevención de complicaciones,…

La colaboración interdisciplinaria se plantea como esencial, siendo necesario un enfoque coordinado enfermero-intensivista para maximizar los beneficios del hemofiltro con el objetivo de optimizar su eficacia.

Conclusiones

Enfermería no solo desempeña un papel técnico crucial en la hemofiltración, sino que brinda cuidado holístico, apoyo emocional y educación para la salud, contribuyendo significativamente a ofrecer unos cuidados de calidad y al bienestar del paciente.

Se debe impulsar la necesidad de optimizar la formación del personal de enfermería para garantizar una aplicación efectiva y segura de esta tecnología y contribuir al avance de la práctica enfermera en entornos críticos.

Financiación

No.

Palabras clave

Hemofiltración continua • Cuidados de enfermería • Cuidados críticos • Terapia de reemplazo renal

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 116

BENEFICIOS DE LA INCORPORACIÓN DE UN FARMACEUTICO AL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE UCI DE UN HOSPITAL TERCIARIO

María Ángeles de Pedro Sánchez; M. Antón Martínez; E. Bustamante Munguira; MT. Sánchez Sánchez
Hospital Clínico Universitario Valladolid

Objetivos/Introducción

La gravedad e inestabilidad de los pacientes, el grado de complejidad de la medicación y el aumento de personal de nueva incorporación en enfermería, hacen que en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) se produzcan más problemas relacionados con la medicación y sean lugares estratégicos de actuación del farmacéutico de hospital.

Los objetivos:

- Analizar la actividad clínica realizada por el farmacéutico clínico integrado al equipo multidisciplinar del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV), durante 36 meses y evaluar cómo influye en la calidad y seguridad del paciente de UCI.
- Aceptación del personal de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional prospectivo con intervención de 36 meses de duración (del 2021 al 2023) que evalúa las principales intervenciones realizadas por un farmacéutico integrado en la actividad diaria del equipo multidisciplinar de UCI.

Ámbito: UCI de hospital terciario con 21 camas polivalentes, con 50% de la jornada laboral en UCI.

Se registraron todas las intervenciones farmacoterapéuticas (IF) generales, las consultas de enfermería realizadas y la implementación y/o revisión de protocolos en la unidad.

Resultados/Intervenciones

2021- IF totales 353 y 288 consultas de enfermería (CE).

2022- IF totales 350 y 482 CE.2023- IF totales 248 y 624 CE.Protocolos y tareas conjuntas (Tabla I).

Conclusiones

- La incorporación de un farmacéutico aumenta la calidad y seguridad en la atención a los pacientes críticos ya que ayuda a prevenir la aparición de efectos adversos por errores de medicación.
- La presencia física del farmacéutico genera sinergias entre ambos servicios, permiten detectar áreas de mejora y establecer protocolos consensuados dirigidos a mejorar la seguridad del enfermo y la efectividad y la eficiencia de los tratamientos farmacológicos
- Es una medida coste-eficacia para la unidad.
- La alta tasa de aceptación de las intervenciones/consultas por parte del personal, podría justificar la implementación de este tipo de programas en la UCI.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Farmacéutico • UCI • Medicación • Intervención farmacoterapéutica

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

INTERVENCIÓN FARMACEUTICO EN UCI DEL HCUV			
	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023
PACIENTES (21CAMAS)	588	644	674
INTERVENCIONES FARMACOLÓ (IF) TOTALES	353	350	248
CONSULTAS DE ENFERMERÍA	288	482	624
AJUSTES RENALES	16% (n=32)	20% (n=45)	22% (n=36)
SUSPENSIÓN TRATAMIENTO POR DURACIÓN EXCESIVA	5% (n=9)	8% (n=19)	10% (n=16)
INTERACCIONES DETECTADAS (D,X)	11% (n=22)	3% (n=7)	5% (n=8)
AJUSTE DOSIS INCORRECTAS	29% (n=56)	23% (n=52)	23% (n=37)
INCOMPATIBILIDAD POR VÍA IV	3% (n=6)	3% (n=6)	4% (n=6)
DUPLICIDAD TERAPÉUTICA	2% (n=3)	4% (n=10)	4% (n=7)
PROPUESTA DE CONCILIACIÓN	14% (n=28)	10% (n=24)	11% (n=18)
PASO MED IV A VO	3% (n=6)	3% (n=6)	3% (n=4)
COMPROBACIÓN COMPATIBILIDAD CON SNG	17% (n=34)	26% (n=61)	18% (n=29)
PROTOCOLOS/ DOCUMENTACIÓN	. Monitorización de antibióticos . Niveles de referencia de fármacos . Actualizaciones bombas de perfusión	. Elaboración listado medicamentos fotosensibles. . Documento revisión botiquines ISO . Identificación y separación de medicamentos de alto riesgo	. Información enfuvirtida. Uso de Clevidipino en pacientes críticos. Estandarización de diluciones en perfusión.

TABLA I

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 117

MANEJO DEL SANGRADO POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA

Laura Grau Salamero; G. Remacha Cabeza; A. Larumbe Valios
UVI PC Hospital Universitario Miguel Servet

Objetivos/Introducción

El envejecimiento 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 más sofisticada, con un postoperatorio complejo y dinámico. El sangrado es una complicación frecuente durante el postoperatorio de la Cirugía Cardiaca.

Objetivos: Proporcionar al personal conocimientos para el manejo del sangrado. Unificar criterios. Aumentar la seguridad del paciente.
Profesionales a quien va dirigido: Enfermeras UCI.
Población diana: Pacientes sometidos a intervención de cirugía cardiaca que presentan sangrado en el postoperatorio

Metodología/Observación clínica

Análisis de la situación, actualización de conocimientos y búsqueda de información en las principales bases bibliográficas. Planteamiento de criterios para la estructuración del método de actuación ante la presencia de sangrado. Revisión, evaluación y consenso.

Resultados/Intervenciones

Diagnóstico NANDA: Patrón respiratorio ineficaz r/c hipovolemia

NOC: permeabilidad de vía aérea.

NIC: Vigilar respiraciones

Diagnóstico NANDA: Riesgo infección r/c hemorragia

NOC: Integridad tisular

NIC: Observar signos y síntomas de infección sistémica

Conclusiones

El control del sangrado postoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía cardiaca supone una atención meticulosa y coordinada por parte de enfermería. La monitorización de signos vitales, control exhaustivo de los drenajes, el monitoreo de la hemostasia, el uso de tecnología avanzada y de nuevos fármacos hacen necesaria una planificación de los cuidados y los procedimientos con un enfoque integral y multidisciplinar

Palabras clave

Cirugía cardiaca • sangrado • drenajes

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 123

ROL DE ENFERMERÍA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: MEJORES PRÁCTICAS Y CUIDADOS ESENCIALES

Ana Ballester Moltó; S. Benedito Montero; O. Montañana Mañe
Hospital Doctor Peset

Objetivos/Introducción

Se realiza una recogida de datos de complicaciones derivadas de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en nuestra unidad en 166 pacientes ingresados por neumonía asociada a COVID-19 durante el periodo del 03/2020 hasta 08/2021, obteniendo: sequedad 53,6%, escara 31,9%, barotrauma 6,6%, claustrofobia 6,6%, ruido 3,6% y distensión gástrica 0,6%.

El éxito de la VMNI depende fundamentalmente de dos factores que son la situación basal del paciente y el grado de tolerancia a la terapia, principal motivo del fracaso de la misma.

El papel de enfermería es de gran importancia ya que se encarga de elegir y posicionar la interfase, valorar la comodidad del paciente, evitar fugas no intencionadas que causen la desincronización con el ventilador, verificar el buen funcionamiento del aparataje y el material, así como mantener hidratadas y protegidas piel y mucosas.

Todo esto nos ha llevado a homogeneizar los cuidados de enfermería en pacientes con VMNI en una guía basada en la última evidencia científica para aumentar la calidad y seguridad en la aplicación de esta terapia.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de los últimos cuatro años en base de datos: PUBMED, MEDLINE, GOOGLE ACADÉMICO.

Resultados/Intervenciones

Se realiza una guía de cuidados de enfermería en pacientes portadores de VMNI con los siguientes ítems: elección de interfase más adecuada al inicio y a lo largo de la terapia, rotación dinámica de interfases para aumentar la comodidad del paciente, detección temprana del fracaso de la ventilación mecánica no invasiva para no retrasar la intubación, valoración periódica de la comodidad del paciente, prevención de las complicaciones derivadas de la VMNI como las lesiones en piel y mucosas.

Conclusiones

La unificación de criterios en los cuidados de enfermería puede mejorar la calidad asistencial y nos va a proporcionar las herramientas necesarias para detectar y corregir las posibles complicaciones o problemas que se puedan derivar de la terapia con VMNI.

Palabras clave

VMNI, ventilación mecánica no invasiva • VNI, ventilación mecánica no invasiva • Cuidados de enfermería • Cuidados críticos • Rotación de interfases • Interfase dinàmica • Insuficiencia respiratoria

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 180

MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN DE LÍNEAS MEDIAS Y CATÉTERES CENTRALES

Mikel Garay Alberdi; H. Barrasa González; V. Armenteros Yeguas; B. Benítez Delgado; U. Fernández Manandu; J. RIvas Saéz; A. Muñoz Expósito; L. Astigarraga Odriozola; O. Martín Sáenz; Leire Nafarrate Ruiz
Hospital Universitario Arab

Objetivos/Introducción

Tras objetivar numerosas obstrucciones en las lineas medias y cateteres centrales en diferentes unidades del Hospital, se decide realizar una revision bibliografica para protocolizar el modo de actuacion ante dicha situacion. Lo principal es aplicar medidas generales encaminadas a la prevencion de la obstruccion, pero hay ocasiones en las que el fracaso del dispositivo intravenoso se produce; por razones mecanicas, por precipitacion o por trombos. Es por ello, necesario un “check list” para la valoracion de la obstruccion y posterior solucion del problema.

Metodología/Observación clínica

Revision bibliografica y conseso de expertos.

Resultados/Intervenciones

Si la obstruccion de dicha luz venoso esta instaurada, primeramente debemos descartar que sea por una trombosis. Tras descartar dicha razon podemo seguir con el algoritmo.

Ese esquema se simplifica en un “check list” sencillo y rapido.

1. Valorar si la obstrucciones pueda ser por razones mecanicas
2. Valorar si la obstrucciones pueda ser por razones de precipitacion o coagulo
3. Valorar si la obstrucciones pueda ser por razones de trombosis asoacidas al cateter

Conclusiones

Tras la realizacion de la revision bibliografica se concluye que las obstrucciones de las luces venosas de las lineas medias y los vias venosas centrales se pueden solucionar en la mayoria de las ocasiones si se llevan acabo unas pautas concretas.

Para ello es necesario instruirse y seguir los pasos indicados en el “check list” elaborado. Ya que, en las circuntancias en las que la obstruccion se ha producido por precipitacion, el modo de actuacion puede variar. Diferenciado soluciones alcalinas en la que el farmaco de eleccion es Bicarbonato al 1M, en las solucione acidas el farmaco de eleccion acido clorhidrico y en el caso de la NPT el etanol. Estas soluciones se preparan en farmacia en concentraciones y dosis exactas.

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 197

UTILIDAD DE LA PRESIÓN MEDIA SISTÉMICA DE LLENADO (PMS) EN LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DEL PACIENTE CRÍTICO. RESULTADOS PRELIMINARES

Juan Manuel Damín Cabrales
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Objetivos/Introducción

La PMS (presión media sistémica de llenado) es la presión existente en el sistema vascular cuando hay cese de flujo sanguíneo. El flujo sanguíneo transcurre desde donde hay más gradiente de presión al de menor gradiente para que exista retorno venoso. La PMS es un determinante del retorno venoso, junto a la Presión Venosa Central (PVC) y las Resistencias Vasculares Sistémicas (RVS) y dan una idea más fidedigna de la volemia y el gasto cardiaco.

Objetivo: Conocer la Precarga óptima con un método mínimamente invasivo en el paciente crítico.

Metodología/Observación clínica

Medición de la PMS por método de Anderson en la cabecera del paciente para determinar la presión de equilibrio del brazo (Peb=0) cuando el flujo sanguíneo es de 0. Se trata de determinar la presión que existe en el lecho vascular en todos los territorios del sistema circulatorio.

Precisa monitorización de arteria radial y manguito de presión inflado hasta 50mmHG por encima de la PAS basal durante 35 segundos para conseguir flujo de 0.

Resultados/Intervenciones

Se observo que la PMS era más notable tras el minireto a fluidos tras la administración de líquidos 3-4ml/kg/Pi que las medidas predictoras como la elevación pasiva de MMII (PLR) sobre todo en paciente muy depletivos de volumen en el que el GC apenas aumentaba un 10%.

Conclusiones

La PMS es un reflejo fidedigno a la administración de fluidos.El GC no solo depende del volumen total sino también de la función cardiaca (de la compliance, Ve y presión intratorácica), en pacientes con dobutamina y noradrenalina lograban aumentar la PMS y con ello el IC>10%.

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 336

PLAN FORMATIVO PARA PERSONAL (DUES Y TCAES) DE NUEVA INCORPORACIÓN EN UCI

Néstor Jesús Guerra Armas; V. Moreno Martínez; A. Rodríguez Vega; O. Ortega Bolaños; O. Perera Tejera; X. Pérez del Rosario; B. Guedes Santana
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Objetivos/Introducción

La nueva incorporacion de personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos es un momento de especial importancia para el personal que se incopora, para la unidad en si y su gestión interna, asi como para la calidad y seguridad clínica del paciente crítico. La formación específica en la unidad se hace necesaria dado el elevado grado de especialización tanto en los cuidados de enfermería como en el manejo de diferentes aparatajes y tecnologías presentes en la unidad con un alto grado de complejidad. Por todo ello hemos creado un proyecto de formación presencial en la unidad tanto para personal de nueva incorporación como para personal fijo que sirva de reciclaje, tanto DUEs como TCAEs, abordando diferentes temas de UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realizaron las siguientes charlas en la unidad:

- Aspectos Básicos y dinámica de trabajo en UCI
- Proyectos ZERO
- Uso programa PISCIS
- Monitorización cardiaca y arritmias
- Manejo de vía aérea
- Ventilación mecánica
- Monitorización neurológica y sedación
- Punción Eco-guiada
- Hemofiltración
- Cuidados del paciente en decubito prono
- Prevención y manejo de las UPP

Resultados/Intervenciones

Los resultados obtenidos se valoraron en función de la asistencia a dichas charlas en relación al total de personal nuevo contratado. Resaltamos mayor participación de profesionales fijos en la unidad que personal de nueva incorporación. La evaluación de estas actividades formativas suponen un aspecto básico en el proceso de análisis y mejora continua del aprendizaje y docencia de la unidad.

Conclusiones

La presencia de un proyecto formativo en la unidad dirigido a los profesionales de nueva incorporación proporciona mejoras en la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas tanto en el manejo del paciente crítico como en el aparataje presente en dicha unidad. Los participantes refirieron mejorados sus conocimientos y destrezas para el desarrollo de actividades y procedimientos, algunos de los cuales eran nuevos para ellos.

Palabras clave

UCI • formación • seguridad clínica

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 338

UTILIZACIÓN DEL CATÉTER LÍNEA MEDIA EN PACIENTES CRÍTICOS

Marta Nombela García; L. García Prieto; M. García González; M. Hernández Resuela
Hospital Universitario de Toledo

Objetivos/Introducción

La línea media es un catéter corto de inserción periférica, que se inserta en el brazo y permite un alto flujo al alcanzar venas de mayor calibre (basílica, braquial o cefálica), es por ello muy útil en pacientes ingresados por sepsis en Unidades de Cuidados Críticos. Principalmente cuando se prevee un ingreso corto, pero con necesidad puntual de administrar vasopresores. Además también permite la infusión de contraste, obtención de muestras sanguineas y posibilita continuar con el tratamiento prescrito al alta a planta.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una revisión sistemática para conocer las ventajas de la canalización de una linea media con punción ecoguiada y técnica Seldinger en pacientes criticos.

Resultados/Intervenciones

- La línea media se asocia con menor riesgo de infección.
- Facilita un buen acceso venoso en pacientes con venas de menor diámetro, que no permiten la colocación de un catéter central de acceso periférico.
- Permite administrar vasopresores de forma segura y eficaz.
- Debido al material se puede administrar contraste a través del catéter, siendo muy útil en pacientes con controles radiológicos.
- El empleo de técnica ecoguiada reduce número de punciones venosas y de complicaciones.
- Posibilita la continuidad del tratamiento al alta a planta.

Conclusiones

La línea media es un catéter venoso, cuya longitud puede variar entre 4-30 cm. Su inserción es periférica y ecoguiada, en el brazo y con técnica Seldinger, minimizando así posibles complicaciones y permitiéndonos un solo catéter para todo el tratamiento.

Palabras clave

linea media • midline

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 339

DISPOSITIVO INTRAÓSEO EN LA UCI

Lucía García Prieto; S. García Paniagua; M. Nombela García
Hospital Universitario de Toledo

Objetivos/Introducción

El catéter intraóseo es un dispositivo rápido y eficaz que se usa en situaciones de urgencia y emergencia en las que es imposible la canalización de una vía intravenosa.

Estos pacientes que han requerido de dicho dispositivo acaban llegando a nuestra UCI donde no es común su uso, surgiendonos dudas sobre su manejo, cuidados y retirada de este.

Metodología/Observación clínica

Consiste una revisión sistemática través de la bibliografía

Resultados/Intervenciones

El catéter intraóseo queda insertado en la cavidad medular de los huesos largos la cual esta ocupada por una rica red de capilares que drenan a un gran seno venoso central que acaba comunicando con la circulación venosa general. Este seno venoso no se colapsa en situaciones de RCP o sepsis en comparación con el acceso venoso.Los lugares en los que nos podremos encontrar estos dispositivo en adultos serán en tibia distal, tibia proximal, cabeza humeral/húmero proximal, cresta iliaca y esternón.

Podemos usar este dispositivo dentro de la UCI ya que se puede administrar cualquier fármaco o fluido que pueda ser administrado por vía intravenosa, en la misma dosis y cantidad. Además se puede utilizar para la obtención de sangre.

Se debe retirar cuando se disponga de dispositivo intravenoso. Su retirada se recomienda dentro de las primeras 24 horas desde su canalización, aplicando antiseptico antes de la extracción y presionando durante 5-10 minutos con gasa estéril.

Conclusiones

Cada vez es más frecuente ver un dispositivo intraoseo dentro de nuestra UCI ya que es una manera rápida y eficaz de disponer de un acceso en un paciente sin posibilidad canalizar un dispositivo intravenosoNos permite administrar cualquier tipo de medicación o fluido que administraríamos por vía intravenosa, por lo que deberíamos usarla sin miedo en la UCI.

Una vez que disponemos de un acceso intravenoso deberíamos proceder a su retirada para evitar complicaciones dentro de las primeras 24 horas.

Palabras clave

Dispositivo • Catéter • UCI • Intraóseo

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 343

¿QUÉ SABEMOS DE LIDERAZGO ENFERMERO?

Catarina Sénico Alves; M. Sánchez Hernández; P. Goicoechea Navarro
Hospital Universitario Puerta de Hierro

Objetivos/Introducción

El liderazgo enfermero es un tema relevante y que nos rodea, pero no siempre tenemos claro qué significa y qué nos supone como profesionales.

Metodología/Observación clínica

Hemos realizado un estudio cualitativo y descriptivo con la finalidad de conocer la visión de los profesionales de enfermería que trabajan en las unidades de críticos, teniendo como criterios de inclusión que sean enfermeros y enfermeras de unidades de críticos del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid.

Resultados/Intervenciones

Se realiza una encuesta donde pone de manifiesto tanto los conocimientos que se tiene en cuanto al liderazgo enfermero como su importancia en nuestra práctica diaria. Así como la percepción de los profesionales de la importancia de ese liderazgo.

Conclusiones

Los resultados están siendo recogidos a través de una encuesta anónima estructurada en diez preguntas y las respuestas sometidas a un análisis de contenidos.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 345

INCIDENTE DE SEGURIDAD DE PACIENTE: NOTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y ACCIONES DE MEJORA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Laia Rafel Pérez[1]; M. Tudela Trancoso[1]; P. Arce Gil[1]; R. Martín Campos[2]; E. Papiol Gallofre[1]; A. Nieto Ruiz[1]; E. Gallart Vive[1]; X. Nuvials Casals[1]; RA. Tabernero Gallego[1]; L. Vidal Tarrason[1]
1. UCI HG Hospital Vall d'Hebron; 2. Unidad de Seguridad de Paciente Hospital Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

Según el estudio SYREC1 2009, la vulnerabilidad de los pacientes en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) a sufrir incidentes de seguridad, es significativa, con un 58% en los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) españolas, experimentando al menos un incidente diario.

La detección, notificación, análisis y mejora son cruciales para evitar repeticiones, especialmente considerando que el 90% de los incidentes no causaron daño y el 60% fueron eventos adversos.

Objetivos: Describir el proceso des de la detección hasta la implantación de las acciones de mejora.

Metodología/Observación clínica

Paciente con neumonía grave en la Unidad de Semicríticos, pendiente de alta a unidad de hospitalización. Al retirar un catéter venoso central, la paciente experimenta hipotensión, desaturación y disminución de la conciencia. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP), se inicia oxigenoterapia, expansión de volumen y realización de una ecocardiografía que revela aire en el ventrículo derecho. Se observa déficit neurológico, activándose un código ictus. La tomografía computarizada no muestra evidencia de isquemia y la paciente se recupera neurológicamente.La retirada del catéter venoso central, en sedestación, sin apnea del paciente, explica la aparición de aire a nivel del ventrículo derecho y la posterior evolución.

Resultados/Intervenciones

Soporte in situ del equipo asistencial, notificación del incidente en SNIPS, difusión, análisis de causa/raíz y mapeo cronológico. Acciones de mejora en la unidad y difusión en todo el hospital, incluyendo elaboración de un protocolo de retirada CVC.

Conclusiones

Es fundamental, que, en el momento de la detección de un incidente de seguridad, se active una red de referentes que den el soporte necesario para su correcta notificación. Posteriormente, su análisis, con todo el equipo involucrado en el caso y con la ayuda de los expertos de las unidades de seguridad de paciente. Finalmente, la descripción y monitorización de las acciones de mejora.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Seguridad de paciente • Notificación de incidentes • Acciones de mejora • Referentes de seguridad

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 347

INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON: IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE CULTURA DE SEGURIDAD

Laura Vidal Tarrason[1]; R. Martín Campos[2]; SC. Suclupe Obregon[2]; CA. Mazo Torre[2]; R. Tabernero Gallego[1]; M. Riveiro Vilaboa[1]
1. UCI HG Hospital Vall d'Hebron; 2. Unidad de Seguridad Hospital Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

La cultura de seguridad del paciente en las instituciones sanitarias reduce la aparición de eventos adversos. Una forma de medirla es a través de la notificación transparente, justa y no punitiva como establece el Modelo de Seguridad del Hospital Universitario del Vall d'Hebron (HUVH).

Objetivos: Describir las notificaciones de los incidentes de seguridad en pacientes, realizadas por profesionales, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en el año 2023.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivoÁmbito de estudio: UCIs (adultos, traumatología y pediatría)

Criterios de inclusión: Incidentes notificados por profesionales en la plataforma SNIPS-Cat del Departamento de Salud de Cataluña.

Criterios de exclusión: Incidentes identificados como repetidos o reclamaciones punitivas.

Variables: Principal: Incidentes de seguridad notificados. Secundarias: Tipo de UCI, riesgo, estado de gestión, tipología del incidente y profesional que notifica.

Resultados/Intervenciones

Se notificaron 397 incidentes, de los cuales el 34,5% se notificaron en UCI adultos, el 59,5% en UCI pediatría (incluye UCI neonatos), y el 6,0% en UCI Traumatología.

Del total, el 74,3% de incidentes fueron de riesgo muy bajo y bajo; el 18,6% de riesgo moderado, y el 7.1% de riesgo alto y extremo. De estos, el 68% fueron analizados y se establecieron acciones de mejora. El 35,3% de incidentes fueron relacionados a la medicación y el 32,2% con dispositivos y equipamientos asistenciales. El 71% de profesionales que notificaron fueron enfermeras.

Conclusiones

Las cifras de notificaciones entre las UCI son heterogéneas, principalmente a expensa de los incidentes de riesgo muy bajo y bajo, lo cual sugiere niveles de cultura diferentes entre unidades, a pesar de aplicarse el mismo modelo de seguridad. Los incidentes notificados de riesgo muy bajo y bajo aportan a la cultura de seguridad puesto que, aunque no causen daño, son comunicados para establecer medidas de mejora y prevenir su ocurrencia. La gestión oportuna de incidentes altos y extremos supone un avance en la seguridad del paciente.

Financiación

-

Palabras clave

Seguridad del paciente • Calidad • Incidentes • Gestión

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 365

EFECTO DE UNA MORDEDURA DE SERPIENTE

Inmaculada Crespo Martínez; A. Montemuiño Chulian; AR. Benítez Grande; H. Pozo Romero
Hospital Punta Europa

Objetivos/Introducción

Hombre de 28 años que acude a urgencias tras mordedura en mano derecha de víbora (protobothrops mangshanensis) que criaba en su domicilio.

La herida avanza rapidamente para producir un síndrome compartimental que llega hasta el codo, produciendo petequial generalizada en el cuerpo y sangrado lacrimal, así como en puntos de punción, mucosas y hematuria franca por sonda vesical.

Se procede a intubación rápida por evolución tórpida con presencia de sangrado en boca y faringe.

Se contacta con varias especialidades médicas:hematología, traumatología, cirugía, toxicología y con faunia en Madrid; y se solicita recogida del antídoto. Por la falta de disponibilidad del mismo y por la inestabilidad del paciente se decide comenzar el protocolo de transfusión masiva de nuestro hospital y medidas de resucitación con fluidoterapia.

Se realiza fasciotomia del MMSD (Miembro superior derecho) por parte de equipo de traumatología de guardia, quirófano y UCI.

No presenta buena respuesta a hemoderivados por trastornos de coagulación. Se realiza TC craneal, si alteraciones llamativas.

Metodología/Observación clínica

Juicio clínico:
Mordedura de víbora
Fallo multiorgánico
Coagulación intravascular disemina

Resultados/Intervenciones

- Cuidados relacionados con la intubación orotraqueal.
- Colaboración en técnicas invasivas.
- Administración de medicación vasoactiva y sedación.
- Sondaje urinaria.
- Cuidados de puntos de punción por sangrado.
- Cuidados en herida por fasciotomia y colaboración en la técnica.
- Activación de protocolo de transfusión masiva (fibrinógeno 2g, PFC, plaquetas, concentrado de hematíes).

Conclusiones

Fatal final, con fallecimiento del paciente por instancia de antídoto de animal exótico ilegal en nuestro país.

Palabras clave

Víbora • Antídoto • Transfusión masiva • Mordedura • Fasciotomia

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES VII. *Sala 122*

ID 372

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE UN CHECKLIST DE TRASLADO PARA LOS PACIENTES EN ECMO

Olivia Gebauer Jorge; L. Consegal Ventosa; J. Soler Fernández; T. Guri López
Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

Elaborar un checklist de traslado seguro específico para pacientes en ECMO complementario al protocolo existente de traslado seguro general que permita estandarizar todo el proceso para poder así reducir la variabilidad, unificar criterios y promover la cultura de seguridad.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Scopus y Cochrane. Criterios de inclusión: artículos publicados los últimos 5 años en inglés o español. Palabras clave: ECMO, transfer, nurse, UCI. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para consensuar los ítems del checklist formado por expertos en seguridad del paciente y expertos en ECMO.

Resultados/Intervenciones

De los 66 artículos obtenidos se seleccionaron 8 después de su revisión. Se elaboró un checklist específico para el traslado de los pacientes en ECMO que es complementario al general de los pacientes ingresados en cuidados intensivos. Este checklist se compone de 3 fases: Fase de preparación, fase de transporte y fase de regreso. Se integró al programa informático utilizado en la unidad para facilitar el acceso a los profesionales en su cumplimentación.

Conclusiones

La alta prevalencia y complejidad de los traslados de estos pacientes hizo imprescindible la elaboración de un checklist específico. Con la aplicación de este checklist se pretende aumentar la seguridad en los pacientes portadores de ECMO unificando y estandarizando todo el proceso de traslado. Al estar informatizado se puede acceder fácilmente a él, es cómodo y rápido de cumplimentar y ayuda a crear un entorno seguro de trabajo.

Palabras clave

ECMO • transfer • nurse • UCI

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 131

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN CIRUGÍA CARDIACA

Patricia Porcel Escobar; MM. Cano González; D. Sanmartín Saavedra
Hospital Universitario de Basurto

Objetivos/Introducción

Los apósitos de presión negativa (APN) son un tipo de terapia que se aplica sobre las heridas quirúrgicas para favorecer su cicatrización y prevenir complicaciones como la infección, hemorragia o dehiscencia. El APN consiste en un apósito sellado que se conecta a una bomba de vacío que extrae el exudado y el aire de la herida, creando un ambiente húmedo y controlado. Tiene varios efectos beneficiosos tales como la formación de tejido de granulación, la reducción de la carga bacteriana, la mejora de la perfusión sanguínea y la disminución de la inflamación y el dolor. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la aplicación y el cuidado de los APN, por lo que deben estar formados y actualizados sobre esta terapia. Nuestro objetivo es la estandarización de las técnicas de cuidados de enfermería en la aplicación de la terapia de presión negativa (TPN) y su correcto uso mediante la sesiones formativas y creación de un plan de cuidados.

Metodología/Observación clínica

El diseño de este trabajo es una revisión bibliográfica de diversos estudios publicados en Dialnet, PubMed, Revista Sanitaria de investigación, Cochrane y la propia experiencia en la práctica asistencial.

Resultados/Intervenciones

El APN se ha utilizado con éxito en el tratamiento de heridas crónicas y agudas de diversa etiología, incluyendo las heridas quirúrgicas en la cirugía cardiaca, también facilita el cierre de la misma en casos de dehiscencia o reconstrucción plástica.

Conclusiones

El uso de los APN en la cirugía cardiaca ha demostrado ser útil y eficaz para prevenir y tratar la infección de la herida esternal además de mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costes sanitarios.

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 136

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE USO DE ESCÁNER VESICAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

Marta Olmedo Candela; N. Martín Feliú; S. Martínez García; M. Nuche Berenguer
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

La incorporación del escáner vesical es una técnica sencilla y efectiva con un nivel de recomendación IB para la prevención de infecciones del tracto urinario. La aplicación de un protocolo de enfermería que implique la utilización del escáner vesical de manera rutinaria podría resultar útil para contribuir al manejo de la retención aguda de orina (RAO) de forma segura. A pesar de ser fundamental la retirada precoz del sondaje vesical, en las unidades de cuidados críticos se puede prolongar su uso y existe mayor riesgo de RAO debido a diversos factores (medicamentos, inmovilidad prolongada, edad, alteración del nivel de conciencia, tipo de anestesia empleada en procedimientos quirúrgicos o pluripatología asociada).Se decide implementar un protocolo sobre el uso del escáner vesical para manejar la RAO en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos.

Objetivos:

- Implantación de un protocolo de enfermería sobre el manejo de la RAO en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos.
- Capacitar a los enfermeros para la utilización del escáner vesical y la interpretación de los datos que éste proporciona.
- Facilitar la toma de decisiones por parte del personal de enfermería a la hora de manejar la RAO.

Metodología/Observación clínica

Sesiones presenciales, videotutoriales y algoritmo sobre la técnica, indicaciones y beneficios para el paciente.

Hoja de recogida de datos sobre la utilización del escáner vesical en la unidad.

Resultados/Intervenciones

Se genera un protocolo de enfermería para la valoración de la RAO. Se forma a los profesionales de enfermería sobre la utilización del escáner vesical y la interpretación de los datos que con él se recogen.Se proporcionan herramientas para la toma de decisiones con respecto al manejo de la RAO.

Conclusiones

La aplicación del protocolo sobre el manejo de la RAO mediante el uso de escáner vesical mejora los conocimientos de los enfermeros.

Dicho protocolo mejora la calidad asistencial en la unidad.

Palabras clave

Retención urinaria • Ecografía • Cateterización urinaria • Diagnóstico|Enfermería

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 139

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PORTADOR DE LIQUOGUARD

María Mercedes Cano González; D. Sanmartín Saavedra; P. Porcel Escobar
Hospital Universitario de Basurto

Objetivos/Introducción

El sistema Liquoguard permite el drenaje y medición de presión de LCR (líquido cefalorraquídeo) de forma simultánea, tras la canalización de un drenaje lumbar. En cirugía endovascular de aorta toracoabdominal (TEVAR), ayuda a controlar la perfusión medular y evitarí, problemas neurológicos post-quirúrgicos debidos a isquemia. Tras seleccionar la presión deseada, el flujo de LCR es controlado automáticamente para mantener la presión en ese valor. Si la PIC (presión intra-craneal) media se encuentra por encima del prefijado, el equipo drenará, y si esta por debajo, no lo hará. No necesita ajuste de alturas, ni calibración del sensor de presión, lo que facilita el manejo al personal de Enfermería y permite una mayor movilidad al paciente portador. El sensor se fija y ajusta al nivel adecuado utilizando un dispositivo de fijación diseñado para ello. Cuenta con dos sensores de presión integrados y alarmas de presión y volumen, que permiten la detección precoz de oclusiones y sobre-drenaje.

Nuestro Objetivo es dar a conocer el dispositivo Liquoguard al equipo de Enfermería y estandarizar el plan de cuidados de los pacientes, portadores de drenaje Lumbar conectado a sistema Liquoguard, que recibimos en nuestra unidad. Realizaremos sesiones de emulación con el dispositivo en la unidad para el personal de Enfermería de intensivos y crearemos un plan de cuidados.

Metodología/Observación clínica

Revisión Bibliográfica en las bases de datos Medline, Google Scolar y Scelo, anestesiar.org y la propia practica asistencial.

Resultados/Intervenciones

El uso del Liquoguard ha demostrado ser eficaz en la prevención de los daños neurológicos producidos por isquemia de los pacientes intervenidos de TEVAR

Conclusiones

Se trata de un dispositivo en auge debido a sus ventajas respecto a los drenajes lumbares abiertos: mayor seguridad, mayor comodidad para el paciente, manejo y mantenimiento más sencillo para el personal de Enfermería

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 143

DESARROLLO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ULTRASONIDO PARA EVALUAR PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Daniele Delacanal Lazzari[1]; V. Monteiro Moraes[1]; AC. de Brito Cruz[2]; KL. Rolim de Oliveira[2]; M. Sosnoski[2]; T. Silveira da Silva[2]; D. Cristina Perin[1]; M. de Abreu Almeida[2]; F. Carpes Ramos[1]
1. UFSC/Brasil; 2. UFRGS/Brasil

Objetivos/Introducción

Desde la década de 1990 se han descrito los usos de la ecografía por parte de enfermeras para evaluar la vejiga de pacientes con alteración de la eliminación urinaria. Sin embargo, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) no incluye estos cuidados de enfermería. El objetivo de este estudio es proponer una intervención de enfermería mediante ultrasonido para evaluar pacientes con disfunción de la eliminación urinaria.

Metodología/Observación clínica

se realizó una revisión integradora de la literatura basada en Whittemore y Knafl con la siguiente pregunta orientadora: "¿Cuáles son las actividades de enfermería para la ecografía vesical?". Se buscaron en cuatro bases de datos (LILACS, PubMed, CINAHL y SCOPUS) de junio a agosto de 2021, sin límite de tiempo, con los términos "ultrasonography", "ecography", "urinary vejiga", "urinarytract" y "nursing" en inglés, portugués y español

Resultados/Intervenciones

El análisis y la extracción de datos fueron realizados de forma independiente por dos investigadores. Inicialmente se encontraron 328 artículos, de los cuales 17 fueron incluidos en la fase de extracción de datos. A partir de estos trabajos, fue posible identificar 17 actividades de cuidado utilizando el ultrasonido por parte del enfermero en la evaluación del paciente con disfunción urinaria, además del título, definición, nivel de experiencia y tiempo requerido para realizar esa intervención.

Conclusiones

Se desarrolló a partir de una nueva intervención de enfermería de la NIC, denominada "Ultrasonografía: Vejiga", incluida en la última edición de la NIC, publicada en 2023.

Financiación

No se aplica

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 144

OPTIMIZANDO LOS CATÉTERES DE ARTERIA RADIAL EN CUIDADOS INTENSIVOS: FACTORES PARA MEJORAR LA DURABILIDAD, FUNCIONALIDAD Y REDUCIR LAS COMPLICACIONES

Nilo Ferreira Campaña; PA. Pardilla Gallego; S. Benedito Montero
Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre

Objetivos/Introducción

La inserción de catéteres arteriales es una técnica muy extendida dentro de las unidades de cuidados intensivos. La arteria radial es el punto de acceso de elección debido a su baja tasa de complicaciones, su facilidad de acceso y su gran circulación colateral.

Aunque presenta beneficios significativos y se utiliza extensamente en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) (49,2% de los pacientes con soporte ventilatorio y el 51,7% de los pacientes sometidos a terapia vasopresora llevan catéteres arteriales), se ha registrado una incidencia global de malfuncionamiento asociado que varía entre el 4% y el 25%. Es por ello que se realiza una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar aquellos factores que puedan contribuir a mejorar la funcionalidad y durabilidad del catéter de arteria radial (CAR) y con ello a mejorar la precisión de la monitorización continua, facilitando la obtención de muestras sanguíneas y, al mismo tiempo disminuyendo la prevalencia de complicaciones relacionadas.

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica de literatura (en castellano e Inglés) en las siguientes bases de datos (PubMed, Google académico y ClinicalKey) usando los siguientes descriptores (cuidados intensivos, catéter arterial, arteria radial, ecografía, test de Allen modificado) y acotando el periodo de búsqueda del 2017 al 2023.

Resultados/Intervenciones

Identificar y analizar los factores que contribuyen a mejorar la durabilidad y funcionalidad de los CAR reduciendo las complicaciones asociadas.

Conclusiones

Es necesario que el personal de enfermería actualice sus conocimientos para asegurar el correcto funcionamiento de los RAC minimizando la aparición de complicaciones.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

arteria radial • catéter arterial • cuidados intensivos • monitorización • ecografía • test de Allen modificado

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 159

DIAGNÓSTICO POR ECOGRAFÍA DE TROMBOSIS DE LA VENA AXILAR SECUNDARIO A CANALIZACIÓN DE CATÉTER PICC

Israel Talavera Blanco[1]; L. Segovia García de Marina[1]; S. García Velasco Sánchez[1]; MP. Peinado Peral[1]; C. Carrero Ruiz[1]; G. Hernández Gozalves[1]; A. Puebla Martin[1]; S. García del Castillo Muñoz[1]; J. Mateo Sotos[2]; CM. Marín Marín[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Universidad de Castilla La Mancha

Objetivos/Introducción

La canalización de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) es una práctica muy habitual en nuestras UCIs por el bajo riesgo de infección respecto a otras localizaciones, como son los catéteres de acceso central. En cambio, cada vez es más frecuente, la presencia de trombosis secundaria por un diámetro inadecuado del catéter respecto a la vena canalizada. Para ello la valoración ecográfica nos dará el diagnostico para poder actuar en consecuencia.

Metodología/Observación clínica

Ante la sospecha clínica de una posible trombosis, siempre que haya un catéter PICC situado en esa extremidad, habrá descartar la presencia de un posible trombo utilizando la ecografía.

Resultados/Intervenciones

El diagnostico por eco de un trombo tras la canalización de catéter PICC se realiza utilizando una sonda lineal de alta frecuencia y preset “vascular”. Con el paciente en decúbito supino colocamos la sonda perpendicular al tercio externo de la clavícula con la muesca dirigida hacia arriba. Una vez localizadas en corte transversal la vena y arteria axilar (la primera se caracteriza, en caso de trombo, por tener un material hiperecogénico en su interior que impide su colapsabilidad y la segunda porque no es colapsable y late) hacemos un giro de 90º en sentido horario sin dejar de ver la imagen de estos dos vasos para finalmente conseguir un corte longitudinal. En esta visión veremos el trombo venoso que impide la colapsabilidad de la vena y el catéter PICC pasando a su través caracterizado como unas imágenes lineales hiperecogénicas paralelas (figura 1). Con esto podemos corroborar la presencia de trombo en axilar secundario a catéter PICC.

Conclusiones

La ecografía en críticos ha demostrado ser una técnica imprescindible, por ser no invasiva y accesible, teniendo múltiples utilidades para que la enfermera pueda actuar en consecuencia y evitar complicaciones asociadas.

Financiación

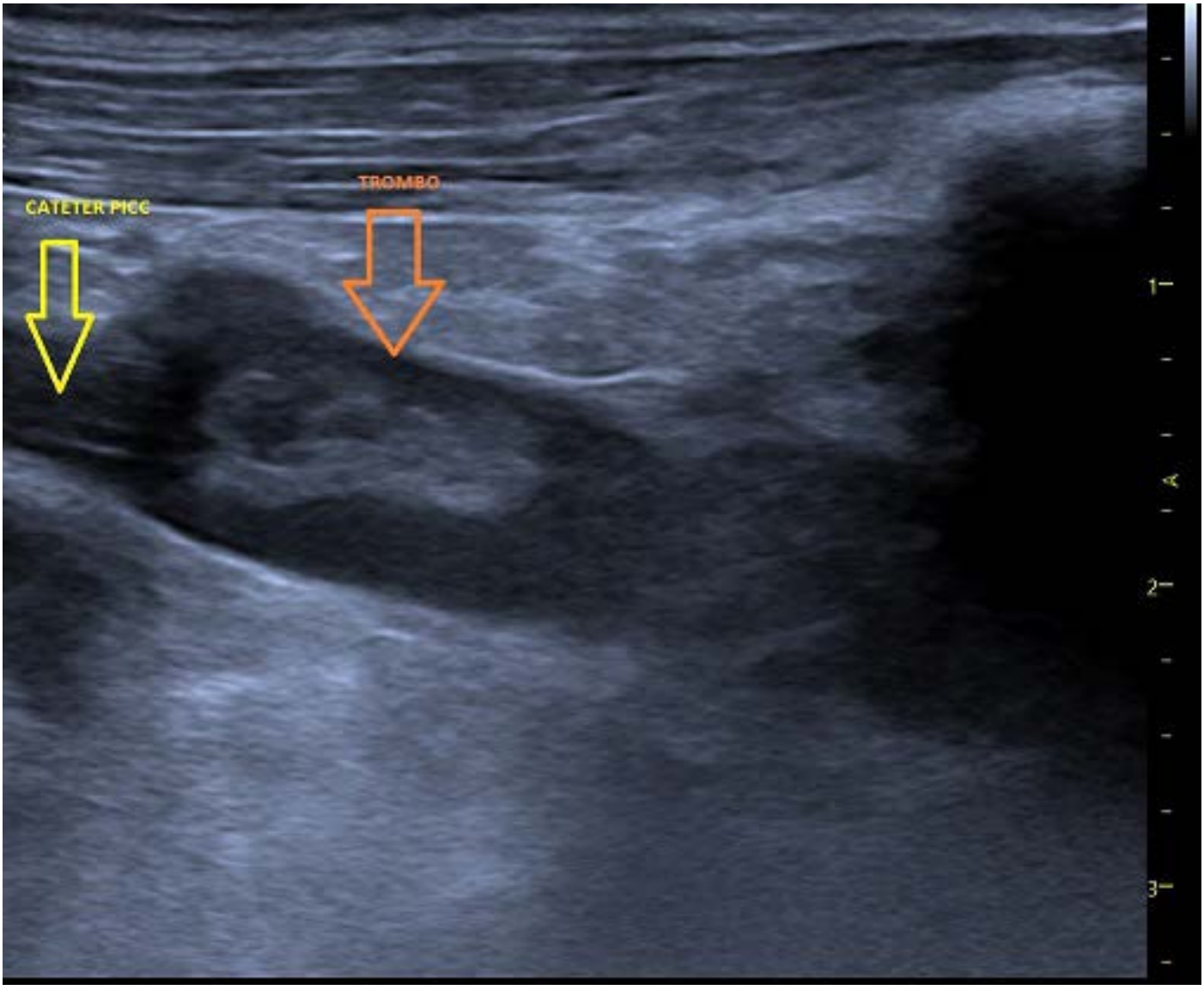
No hay financiación reseñable

Palabras clave

Ecografía • trombosis • diagnostico • vena axilar

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024



XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 167

BUBBLE TEST. A PROPÓSITO DE UN CASO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Celia Sánchez Gamir; C. Santos del Pino; M. López Poveda; F. Paredes Garza
Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

La electrocardiografía intracavitaria (ECG-IC) o la ultrasonografía son los métodosgold standar para evitar complicaciones durante o tras la inserción de los catéterescentrales de inserción periférica (PICC). Sin embargo, cuando el paciente presentafibrilación auricular (FA) o marcapasos, la ultrasonografía tiene mayor relevancia. El "bubble test" consiste en la visualización, mediante ecografía transtorácica osubxifoidea, del flujo de una solución salina (previamente agitada) en el interior de laaurícula derecha. La visualización retrasada (>2 segundos) o ausente de las "burbujas"; demuestra que la punta del catéter no se encuentra en la localizacióncorrecta.

El objetivo es evaluar la validez del "bubble test" para determinar la correctacolocación del PICC y su posterior utilización.

Metodología/Observación clínica

Paciente de 68 años que ingresa en la UCI intubada por shock séptico de origenrespiratorio (FA como antecedentes) precisando la infusión de sedoanalgesia y drogasvasoactivas a altas dosis a través de un catéter venoso central (CVC). Al séptimo día,tras desescalar farmacoterapia, se requiere la canalización de un PICC por parte delequipo de enfermería. La canalización se realiza en la vena basílica, previa mediciónde l catéter, sin incidencias.

Resultados/Intervenciones

Con el fin de una utilización precoz del catéter para evitar contaminación entre ambos (CVC y PICC); se comprueba su colocación mediante ecografía supraclavicular (sinmigración yugular) y "bubble test" positivo (<2 segundos en ventana subxifoidea).

Tras retirada del CVC y comienzo de infusión de la medicación por el nuevo PICC serealiza comprobación radiológica donde se observa la correcta colocación del nuevocatéter.

Conclusiones

El "bubble test" asociado a otras técnicas de ultrasonografía, es un método eficaz quenos permitirá utilizar el PICC sin necesidad de retrasar su uso, a expensas de unaprueba radiodiagnóstica. La formación del personal del enfermería será relevante paraseguir avanzando en esta técnica.

Palabras clave

Bubble test • PICC • Ultrasonografía

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 169

SITUACIÓN DEL PICC EN LAS UCIS ESPAÑOLAS

Rosario Escobedo Romero; M. Echamendi Hernández; B. Lorente Roda; M. Marraco Bomcompte; M. Morcillo Medrano
Hospital Universitario de Navarra

Objetivos/Introducción

El cateter central de inserción periférica (PICC) se ha convertido en una alternativa de catéter central eficiente y segura para el paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Al ser una técnica nueva, no existe una implantación uniforme en todas las UCIs de España.

El objetivo es conocer cuál es la situación del PICC en diferentes UCIs de España: si se utiliza este catéter, qué tipo de PICC y si se inserta con técnica ecoguiada.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo transversal: Se realizó una encuesta google forms a diferentes UCIs, intentando abarcar todas las provincias de España. Se seleccionó solo una respuesta por unidad. Los resultados se presentan en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados/Intervenciones

Un 88,3% sí utilizan el PICC en sus unidades, un 83% es solamente enfermería quién inserta el catéter y en un 13,2% es enfermería y también otros profesionales. A los encuestado se les preguntó la frecuencia con la que se utilizaba la técnica ecoguiada, siendo 0 nunca y 4 siempre: Un 69,8% contestaron que siempre se inserta mediante técnica ecoguiada, ninguno contestó que nunca pero un 30,2% entre 1 y 3.

El tipo de PICC más utilizado es el que el final del mismo aboca en diferentes salidas con un 73,6%. El calibre más utilizado es el de 5Fr. La casa comercial más utilizada es la de Arrow.Por último, un 56,6% contestaron afirmativamente a la pregunta sobre si la unidad forma al personal de enfermería en técnica de inserción ecoguiada.

Conclusiones

El catéter PICC es utilizado en una amplia mayoría de las unidades encuestadas. La técnica ecoguiada es la única técnica recomendada para la inserción de estos catéteres, sin embargo en muchas unidades presentan frecuencias bajas de utilización de dicha técnica. Sigue resultando primordial la formación en esta técnica para seguir implementando el uso del catéter PICC en las UCI.

Palabras clave

Catéter central de inserción periférica • Técnica ecoguiada

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 179

PROTOCOLO DE MANEJO Y REVISIÓN DE CARRO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL (VAD) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

Montse Miró Graus; R. Mercè Oller; R. Pascual Climent; S. Companys Gyles; M. Escarp Sans; M. Gil Ariño; I. Sabaté Cordero; El. García Águila
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Objetivos/Introducción

La vía aérea difícil en la Unidad de Cuidados Intensivos es un problema actual y por tanto para ofrecer la mejor atención es primordial disponer de un protocolo para el manejo y revisión de carro de VAD. Los objetivos que plantea este protocolo son los siguientes:

- Estandarizar la actuación en caso de VAD prevista o inesperada en la UCI.
- Establecer el material necesario que se precisa para realizar un abordaje de VAD.
- Elaborar una lista del material que ha de contener un carro de VAD y protocolarizar su revisión.

Metodología/Observación clínica

Se estima que en las UCIs, la incidencia de dificultad para la ventilación con mascarilla facial es del 17%. La dificultad para IOT oscila entre el 5 y 23%, siendo un fracaso de 10-20% de IOT en el primer intento y en general del 7%. La identificación precoz de VAD así como disponer de los planes de actuación actualizada ayuda a disminuir esta morbididad.

Resultados/Intervenciones

Es muy importante disponer de un carro de VAD correctamente identificado y ubicado en la UCI.

La guías recomiendan organizar el carro mediante algoritmos. Se aconseja la organización por cajones según los diferentes nivel de algortimo de manejo de via aérea imprevista (A, B, C, D). La organización sería la siguiente:

- Primer cajón: TET
- Segundo cajón: dispositivos supraglóticos
- Tercer cajón: ventilación con mascarilla
- Cuarto cajón: técnicas quirúrgicas (cricotiroidotomía)

Conclusiones

El personal de enfermería será el encargado de mantener el control del carro de VAD. Diariamente comprobará el precinto, y la correcta connexión a la luz del Glidescope. La Difficult Airway Association plantea el uso de etiquetas que identifiquen cada cajón de manera esquemàtica con el plan a abordar (ABCD), material que contiene y como será la actuación según el plan.

Palabras clave

VAD • UCI • Personal enfermería • carro de vía aérea difícil • glidescope • IOT

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 214

AMPLIACIÓN DEL PROTOCOLO ENFERMERO DE SEDACIÓN INHALATORIA CON ISOFLURANO (SEDACONDA® ACD) EN UCI QUIRÚRGICA, INCLUYENDO EL MANEJO Y MONTAJES DE FORMA CONJUNTA Y SEGURA CON LOS DISPOSITIVOS DE ÓXIDO NÍTRICO (INOMAX®) Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR AEROSOLES (AEROGEN®)

Marta Olmedo Candela
Hospital La Paz

Objetivos/Introducción

El síndrome de distress respiratorio está provocando en nuestras unidades, a pesar de los grandes avances, una mortalidad elevada. Existen medidas como la ventilación de protección pulmonar, terapias de corrección de hipoxemia, fármacos nuevos, etc…pero pocos demuestran un beneficio en la supervivencia. La alta rotación de personal por las unidades y el avance constante de las tecnologías genera incertidumbre a la hora del montaje y manejo de aparatos menos usados o más novedosos. Por ello, se ve la necesidad de ampliar el protocolo ya existente en la unidad de sedación inhalatoria con sistema Sedaconda®, para asegurar el correcto montaje y funcionamiento de la terapia combinada de NOi, sedación inhalada y administración de fármacos

Metodología/Observación clínica

- Revisión bibliográfica de literatura existente y entrevistas con casas comerciales para valorar la idoneidad del uso que se estaba haciendo del montaje.
- Elaboración de nueva guía rápida con soporte gráfico y QR.

Resultados/Intervenciones

Revisión del protocolo existente de sedación inhalatoria, con anexo del montaje con terapia combinada con óxido nítrico y aerosoles, ajustando las variaciones que sufre el sistema según ficha técnica. La revisión en bases de datos, no encuentra ningún artículo que relacione los tres elementos: sedación inhalatoria, óxido nítrico y fármacos inhalados. Se consiguen establecer pautas de colocación y de “no hacer”, pero ninguna indicación de montaje y uso con los tres dispositivos.

Se revisan las fichas técnicas y se establecen entrevistas con comerciales para evaluar el montaje sugerido

Conclusiones

Se presenta una ampliación del protocolo ya existente de sedación inhalatoria, tras ser consultado con diversas fuentes con el fin de garantizar el óptimo montaje y resultados sobre el paciente. De esta forma se reduce la incertidumbre en el montaje para el equipo de enfermería, garantizando hacerlo con la mínima variabilidad existente y de acuerdo a las pocas evidencias disponibles.

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 218

MONITORIZACIÓN DEL ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS) EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS: COMPARACIÓN Y APLICACIÓN DE DISPOSITIVOS EN EL HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Miguel Santos González; A. Ibarrola Ekiza; J. Perdiguero Garés; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas
Hospital universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

En las unidades de cuidados intensivos la monitorización del paciente es un valor esencial para poder garantizar un correcto cuidado. Es importante valorar la monitorización básica del paciente, pero no dejar de lado otros valores que también son importantes debido a las situaciones especificas a las que se enfrenta el paciente de cuidados intensivos (UCI).

Es frecuente que los pacientes ingresados en la UCI se les administre medicación analgésica o sedante, dependiendo de sus patologías. Es por ellos que la medición del índice biespectral (BIS) es esencial, utilizando el EEG como una herramienta no invasiva, para lograr múltiples propósitos clínicos.

El índice biespectral (BIS), un indicador artificial y empírico derivado de variables de EEG obtenidas de manera no invasiva. Sus objetivos son la detección de isquemia/anoxia, la evaluación del grado de profundidad de la sedación, la vigilancia del coma inducido por fármacos, la provisión de cuidados finales y medidas de confort, así como la evaluación continua de la situación del paciente.

Metodología/Observación clínica

Revisión de los manuales de uso de los dispositivos utilizados en la UCI del Hospital Fundación Jiménez Díaz. Estos son Sensor Bis TM 4 (4 electrodos) y Conox.

Resultados/Intervenciones

Contenido:

- Material utilizado para la preparación de ambos dispositivos.
- Técnica de colocación del dispositivo y la aplicación de ambos sensores a los pacientes.
- Monitorización de los diferentes parámetros que nos ofrecen. Valorar las diferencias entre ambos, haciendo hincapié en los distintas mediciones y su aplicación al paciente.

Conclusiones

La importante de la evaluación continua y rigurosa de la monitorización del BIS para garantizar el cuidado holístico del paciente y la obtención de unos mejores resultados clínicos.Es esencial una correcta preparación y colocación del material para garantizar que la monitorización sea efectiva.

Palabras clave

Índice Biespectral • BIS • Monitorización

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 219

PROTOCOLO PARA LA GESTIÓN EFICAZ DE ALARMAS EN UNIDADES CRÍTICAS Y DE EMERGENCIA: UNA NECESIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Ander Ibarrola; M. Santos González; J. Perdiguero Garés; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas
Hospital universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

El uso de dispositivos de monitorización es esencial en unidades como son Cuidados intensivos (UCI), Cuidados Intermedios Respiratorios (UCIR), Urgencias o Unidad de Ictus. Elemento esencial dentro del buen manejo de la monitorización es la compresión de las alarmas visuales y sonoras, estableciendo unos límites adaptados a las necesidades de cada unidad.

Es por eso que surge la necesidad de realizar e implementar un protocolo de actuación, asegurando así un buen uso de estos dispositivos por parte de personal médico y de enfermería que trabajan en las unidades previamente mencionadas

Metodología/Observación clínica

Revisión de la literatura científica y documentos relacionados con la gestión de alarmas. Desarrollo de un protocolo basado en las mejores prácticas y adaptado a las necesidades del hospital.

Resultados/Intervenciones

1. Identificar las señales de alarma más importantes que gestionar basándose en el riesgo para el paciente, separándolas en Leve, Moderada o Grave según la urgencia de actuación.
2. Establecer ajustes clínicamente adecuados de cada una de las constantes, adaptados según las diferentes unidades (UCI, UCIR, Urgencias o ICTUS)
3. Situaciones y circunstancias excepcionales en las que pueden desconectar las señales de alarma, que será siempre bajo supervisión y aprobación del Facultativo Especialista del Área (FEA)
4. Designar a profesionales con autoridad para cambiar los parámetros de alarma.
5. Actuación ante las alarmas.

Conclusiones

Es esencial implementación de un protocolo para gestionar eficazmente las alarmas y garantizar la seguridad del paciente. Necesidad de un protocolo claro y específico para asegurar el manejo adecuado de las alarmas teniendo en cuenta las diversas unidades

Palabras clave

Monitorización • Alarma

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 226

TENDENCIA Y DESAFÍOS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Pilar Platero Pérez; O. Montañana Mánez
Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia (UCI)

Objetivos/Introducción

La seguridad del paciente hospitalizado en UCI es una prioridad esencial por tratarse de personas especialmente vulnerables. Asimismo, las rondas de seguridad de enfermería desempeñan un papel importante en la atención del paciente crítico, ya que la intervención del profesional en la toma de decisiones de manera rápida y precisa puede ser crucial para su desenlace.

La revisión bibliográfica es imprescindible para comprender la evolución de los obstáculos y prácticas a las que se enfrentan los profesionales de críticos. Dentro de las tendencias se incluye la tecnología de la información, el enfoque interdisciplinario y los protocolos de manera estandarizada. En desafíos se engloba la falta de tiempo y recursos, la resistencia al cambio o las dificultades del entorno.

Como objetivos se plantea identificar tendencias actuales, explorar desafíos específicos, analizar el impacto en la seguridad del paciente y revisar estrategias innovadoras.

Metodología/Observación clínica

La metodología de búsqueda bibiliográfica para identificar tendencias y desafíos en las rondas de seguridad en enfermería implica utilizar bases de datos como Pubmed, CINAHL, Scopus y Google Académico con revisión de artículos recientes y revisiones sistemáticas para obtener información actualizada y relevante.

Resultados/Intervenciones

Intervenciones como la complejidad de los pacientes, la carga de trabajo,la comunicación y coordinación, la tecnología y sistemas de información, la gestión de riesgos y la participación de pacientes y familiares. Para evaluar los resultados se deben utilizar indicadores como tasa de efectos adversos, satisfacción del paciente, eficiencia en toma de decisiones y mejora de comunicación entre personal.

Conclusiones

Enfermería junto con el equipo interdisciplinario en UCI y desarrollando una buena comunicación contemplan la necesidad de realizar tendencias y desafíos en rondas de seguridad para poder lograr la excelencia en cuidado del paciente crítico.

Financiación

Propia y personal

Palabras clave

Rondas de seguridad • enfermería en UCI

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 275

MIEDO Y ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: EL EFECTO DE COVID-19

David Zuazua Rico[1]; A. Maestro González[1]; O. Rodríguez Madrid[1]; A. González Fernández[1]; H. Fernández Alonso[1]; M. Sánchez Zaballos[1]; J. Fernández Fernádez[2]; C. Fernández Álvarez[1]
1. HUCA; 2. Hospital Álvarez Buylla

Objetivos/Introducción

En la actualidad la muerte continúa siendo un tabú para las personas, contribuyendo a niveles elevados de miedo y ansiedad. Este hecho se hace más evidente en los estudiantes de enfermería, sobre todo cuando realizan su rotación por las unidades de cuidados intensivos (UCI). La pandemia por la COVID-19 puede haber sido un factor que haya agravado estos factores.

Objetivo: Determinar las características del miedo a la muerte y las actitudes hacia los cuidados al final de la vida en estudiantes de enfermería antes y durante la pandemia COVID-19.

Metodología/Observación clínica

Estudio longitudinal prospectivo realizado entre octubre de 2019 y junio de 2021. Se invitó a participar a 150 estudiantes, repitiendo la encuesta en la misma muestra durante el segundo curso académico. El instrumento de recogida de datos incluyó: un formulario de datos sociodemográficos, la Escala de Actitud hacia el Cuidado del Moribundo de Frommelt (FATCOD) y la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (CLFDS).

Resultados/Intervenciones

Se recogieron 257 cuestionarios. Durante la pandemia, la puntuación promedio del cuestionario FATCOD disminuyó, reflejando cambios en actitudes hacia el cuidado de pacientes moribundos. Las actitudes positivas (Factor I) y las percepciones centradas en el paciente y la familia (Factor II) también disminuyeron. Antes de la pandemia, aquellos con hijos tenían puntuaciones más altas en el Factor II, mientras que las personas sin hijos destacaron en el Factor I. Se registraron niveles “moderados” de miedo a la muerte, siendo las mujeres y personas sin hijos más propensas al miedo antes de la pandemia. Sin embargo, durante la pandemia, solo las mujeres experimentaron un aumento significativo en el miedo a la muerte de otros.

Conclusiones

La pandemia afectó negativamente a los estudiantes en su actitud hacia el cuidado del paciente moribundo aunque ha disminuido su miedo a la muerte.

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 277

VALORACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA DEL REFLEJO PUPILAR EN PACIENTES CON IMPOSIBILIDAD DE APERTURA PALPEBRAL

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; L. Segovia García de Marina[1]; I. Talavera Blanco[1]; A. Puebla Martín[1]; A. Gómez Sobrino[2]; H. Campos Rodríguez de Guzmán[1]; S. García del Castillo Muñoz[1]; I. Rivero Merino[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

La valoración neurológica del paciente crítico es una actividad realizada frecuentemente en los pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Entre otras se realiza la exploración pupilar: tamaño, forma, simetría y reflejo fotomotor. En determinados pacientes el edema o la hemorragia periorbitaria pueden dificultar esta valoración, en estos pacientes el uso de la ecografía puede facilitar la exploración.

Metodología/Observación clínica

La valoración de las pupilas es un procedimiento común, sencillo y rápido. En algunos pacientes (edema postcirugía o traumatismo ocular) la visualización directa de la pupila es imposible debido a una lesión de los tejidos blandos que impide la apertura de los ojos, en cuyo caso la evaluación pupilar ecográfica es particularmente útil, porque ofrece una alternativa simple, pero precisa del examen pupilar.

Resultados/Intervenciones

La valoración de la pupila en estos enfermos seleccionados se realiza utilizando una sonda lineal de alta frecuencia (Philips CX50). Seleccionamos en el ecógrafo el software oftálmico si está disponible o en su defecto el software venoso (modo M). Con el paciente en decúbito supino, colocamos la sonda con gel suavemente debajo del borde inferior del ojo edematoso cerrado en un corte transversal (opcionalmente longitudinal) y dirigiendo la sonda a la frente del paciente, visualizando en pantalla la imagen redondeada de la pupila (congelando la imagen puede realizarse la medición de la misma). Puede valorar el reflejo fotomotor mediante la iluminación transpalpebral. Si el otro párpado puede levantarse, se puede iluminar la pupila contralateral a la explorada, valorando así el reflejo consensuado.

Conclusiones

La ecografía en el paciente crítico ha demostrado en los últimos años ser una técnica imprescindible en unidades de cuidados intensivos, por ser una técnica no invasiva, con menores requerimientos técnicos, humanos y económicos. La exploración pupilar es una más de las múltiples utilidades de la ecografía que puede utilizar la enfermera.

Palabras clave

Reflejo pupilar • Respuesta consensuada • Pupila • Ecografía ocular • Cuidados críticos • Paciente grave

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 281

TEST DE BURBUJAS PARA LA VERIFICACIÓN DE LA CORRECTA INSERCIÓN DEL PICC: OTRO USO DE LA ECOGRAFÍA EN UCI

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; L. Segovia García de Marina[1]; A. Gómez Sobrino[2]; I. Talavera Blanco[1]; A. Puebla Martín[1]; S. García del Castillo Muñoz[1]; I. Vázquez Rodríguez Barbero[1]; Héctor Campos Rodríguez de Guzmán[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

La inserción de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en las unidades de cuidados intensivos (UCI) precisa de una radiografía (Rx) de tórax para verificar su localización si no se utiliza la inserción con navegación guiada por el ECG, no disponible en muchas UCI. Otra opción, cada vez más utilizada, es la verificación de la inserción mediante ecografía mediante el test de burbujas o bubble test (BT).

Metodología/Observación clínica

Muchos pacientes de UCI se benefician de la inserción de un PICC. El uso de la ecografía para la inserción de los PICC se ha normalizado y puede utilizarse el ecógrafo para verificar la correcta inserción mediante el test de burbujas.

Resultados/Intervenciones

El BT es un procedimiento que permite verificar la correcta inserción venosa del PICC con un tiempo inferior a la realización del RX. Consiste en unir dos jeringas con una llave de tres pasos conectada a la luz distal del PICC. Una persona se encarga de mover el suero rápidamente de una jeringa a otra, “batiendo” el suero y produciendo microburbujas. Mientras, otra persona realiza una ecografía para visualizar la aurícula derecha en una vista subxifoideo o apical, cuando se consigue esa visualización, indica la inyección del suero agitado, si la localización es correcta, se observa un flujo turbulento en el corazón derecho, confirmando que el catéter se encuentra bien posicionado. Como norma, esta aparición de microburbujas en el corazón debe aparecer en menos de 2 segundos después de la inyección de solución salina.

Conclusiones

Aunque a fecha de hoy la Rx sigue siendo el método estándar para la confirmación del posicionamiento de los PICC, la ecografía a pie de cama (POCUS) se sitúa en tendencia como una alternativa a la misma, con menores requerimientos técnicos y una mayor rapidez, considerando la curva de aprendizaje hasta manejar este uso de la ecografía.

Palabras clave

PICC • POCUS • bubble test • ecografía • cuidados críticos • paciente grave

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 287

GUÍA PARA EL MANEJO DE LA TERAPIA DE ÓXIDO NÍTRICO INHALADO DURANTE EL TRANSPORTE DEL PACIENTE CRÍTICO

Elena Cardo Castro; ML. Millán Salazar; Y. Gómez Gómez
Hospital Universitario Cruces

Objetivos/Introducción

La terapia con óxido nítrico inhalado (NOi) se utiliza en pacientes que cursan con hipertensión pulmonar o hipoxemia grave en unidades de cuidados intensivos (UCI).

En nuestro hospital se ha incrementado su uso desde el 2020 tanto en la Unidad Coronaria como en la UCI y también la necesidad de formación para los profesionales de enfermería sobre su montaje y manejo. Así mismo y por las características de los pacientes, también se ha visto necesario su uso continuo durante el transporte fuera de la unidad.

El objetivo es crear una guía de montaje del NOi para el transporte que facilite que el personal de enfermería lo prepare y maneje con seguridad.

Metodología/Observación clínica

Revisión de manual operativo de Inomax® de Ikaria y búsqueda en PubMed con los términos “nitric” and “oxide” and “intrahospital” and “transport”, obteniendo un artículo. Como conclusión, infieren que fuera de la UCI “el traslado intrahospitalario con NOi es seguro para el enfermo crítico”.

Resultados/Intervenciones

Aunque no es una técnica frecuente, hemos considerado que es necesario que el personal de enfermería conozca y maneje con seguridad la terapia. Se creó una infografía sobre el montaje y manejo del NOi para el transporte, incluyendo los materiales, colocación y esquema general de la terapia. Se realizan trimestralmente sesiones formativas intraunidad.

Conclusiones

Esperamos que las sesiones formativas ayuden a conocer y entender la terapia por parte del personal de enfermería de la unidad y que la infografía sea una guía que facilite el montaje rápido y seguro de la terapia.

Palabras clave

Óxido nítrico • Cuidados de Enfermería • Traslado de pacientes

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 291

EUTANASIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Raquel Aguilar Muñoz[1]; JM. Fernández Añón[1]; A. Fernández Mena[2]
1. Hospital Universitario Virgen de la Victoria; 2. Hospital Costa del Sol

Objetivos/Introducción

Dar a conocer a través de un caso clínico la Ley de la Regulación de la Eutanasia asícomo los requisitos necesario para su realización.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda y revisión bibliográfica sobre la L.O.R.E.Exposición y desarrollo de un caso clínico.

Resultados/Intervenciones

Mujer de 52 años diagnosticada de esclerosis múltiple hace 27 años.

Durante estos años, la paciente ha ido perdiendo su autonomía, llegando en los últimos meses a estar en silla de ruedas sin movilidad de miembros superiores ni inferiores, sin control de esfínteres, con úlceras por decúbito y con ITU recurrentes.

La paciente acude a su MAP para iniciar la solicitud del proceso de eutanasia, desarrollándose durantediferentes entrevistas y a lo largo del proceso que abarca un periodo total de dos meses por el cual y finalmente, los miembros de la comisión de garantía y evaluación emitieron un informe favorable.

Tras la obtención del mismo se realiza visita domiciliaria donde acuerdan fecha y condiciones en que quería morir.

Debido a que la paciente quería ser donante de órganos, la prestación de ayuda a la muerte debía seren el hospital.

Ingresó en la planta de neurología y se trasladó a la UCI para ser sedoanalgesiada y conectada a ventilación mecánica.

Al día siguiente se cumple el deseo de la paciente siendo donante de dos injertos renales.

Conclusiones

La eutanasia es una práctica que lleva tiempo efectuándose con el fin de ayudar a los pacientes que sufren una enfermedad irreversible, pero en los últimos años se ha hecho necesaria una regulación legal de dicha práctica para configurar un nuevo derecho del paciente y no seguir negando esta realidad. Este nuevo marco jurídico se estructura a través de la despenalización de la eutanasia activa directa y mediante el reconocimiento del derecho del paciente a solicitar la prestación de ayuda para morir. A través de este caso clínico se defiende la necesaria implantación de esta ley.

Palabras clave

Solicitud de ayuda para morir • eutanasia activa • ley Orgánica 3/2021 Regulación de la Eutanasia

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 301

EVALUACIÓN DE EQUIVALENCIA ENTRE LOS ÍNDICES DE PUPILOMETRIA NPI Y QPI VS PUPILOMETRIA SUBJETIVA EN PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL AGUDA

Cristina Serrano González[1]; M. Gonzalo Briceño[1]; M. Velasco Roncero[2]; N. Broncano González[1]; S. Hermida Gómez[1]; R. de Pablo[1]; M. López Olivencia[1]; A. Blandino Ortiz[1]
1. Hospital Universitario Ramon y Cajal; 2. Hospital Universitario Puerta de Hierro

Objetivos/Introducción

Describimos reactividad pupilar mediante índices pupilométricos:NPI/ QPI, combinando diferentes parámetros del reflejo, que comparados con pupilometria subjetiva, los primeros predicen HIC/ resultado neurológico, en base a clasificación estadística de amplitud del reflejo fotomotor.

Objetivo: explorar si QPi equivale a NPi en lesión cerebral aguda y si valoración subjetiva equivale a dichos índices.

Metodología/Observación clínica

Realizamos estudio piloto, observacional, prospectivo, en lesión cerebral aguda, en UCI.

Los pacientes estaban comatosos/ sedados. Medimos con pupilómetros NPI-200/Neuroligt; evaluamos la pupilometria convencional: isocoria/anisocoria-reactivas/no reactivas; recogiendo otras variables.

Analizamos resultados utilizando IBM SPSS Statistics, de ambos pupilometros. Calculamos concordancia de variables categóricas/ dicotómicas. Evaluamos reproducibilidad de mediciones calculando coeficiente kappa Cohen no ponderado (k) para resultados dicotómicos y coeficiente kappa de Cohen ponderado para mediciones con respuestas múltiples/ ordinales.Coeficientes k y valores de ICC se interpretaron según Landis- Koch.

Se consideró: valores=0,01-0,20 concordancia leve;entre 0,21-0,40 concordancia aceptable;entre 0,4- 0,60 concordancia moderada; entre 0,61-0,80 concordancia sustancial y entre 0,8- 1,00 concordancia casi perfecta.

Calculamos concordancia de pupilometria cuantitativa con valoración subjetiva,comparando CH-Size (NPi) /Var-Base (Neuroligh) con IC-Anisocoria-Reactivo-fijo, con concordancia muy alta.

Resultados/Intervenciones

Del 12/2022 hasta 03-2023, incluimos 53 pacientes (HIC 43%; HSA 32%; Post parada cardiaca 15%; TCE 10%) con 86 mediciones. 60% varones, edad media 61 (+/-13), GCS media ingreso=7. 21 determinaciones PIC: PIC media= 10mmhg.

Los índices pupilometrícos, tienen fuerte correlación QPi/ NPi (k 0,83; p= <0,001), con concordancia sustancial de variables del reflejo pupilar a la luz (Var-CH, respectivamente). Con diferentes puntos de corte pupilométricos para reactividad pupilar, evaluamos correlación encontrando concordancia casi perfecta (k 0,81; p= <0,001), encontrando también correlación casi perfecta con esos valores y pupilometria convencional

Conclusiones

Encontramos fuerte correlación NPI/ QPi; concordancia sustancial de variables del reflejo pupilar a la luz (Var y CH), consideradas las más sólidas para pronóstico neurológico, según estudios validados por NPi-200, así como fuerte correlación de ambos pupilometros con valoración subjetiva

Palabras clave

Neurocrítico • Pupilometría • Reactividad

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 302

CONFORT Y SEGURIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO: SEDACIÓN INHALATORIA FRENTE A FÁRMACOS INTRAVENOSOS

Almudena Román Galeano; G. García Mateos; M. Iglesias Porras; L. Márquez Requejo; M. Muñoz Jiménez
Hospital San Pedro de Alcántara (HSPA)

Objetivos/Introducción

La sedación en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) mejora el bienestar de los pacientes durante la ventilación mecánica, técnicas invasivas y/o cuidados de enfermería. Generalmente predomina el uso de fármacos intravenosos sedantes y opioides a pesar del riesgo de toxicidad, difícil sedación y delirio. Durante el COVID-19 se incorporaron camas de UCI en quirófanos donde resurgió el uso de anestésicos inhalados para sedación del paciente crítico.

Nuestro objetivo fue recopilar la mejor evidencia científica para analizar las condiciones de confort y seguridad ajustadas a los cuidados de enfermería de ambas técnicas de sedación.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda exhaustiva de toda la literatura científica disponible en las bases de datos PubMed, Elsevier, Scielo, en español e inglés y con una antigüedad máxima de 10 años para garantizar una revisión sistemática actualizada. Las palabras claves utilizadas fueron “Care Nursing”, “Intensive Care Unit”, “Inhaled Sedation”.

Resultados/Intervenciones

La sedación inhalatoria administrada con AnaConDa mejoró el patrón respiratorio por su efecto broncodilatador, acortó el tiempo de despertar, necesidad de un 50% menos de dosis analgésico-opioides atenuándose la abstinencia y manteniendo la motilidad intestinal de los enfermos. Su escasa acumulación permitió ventanas de sedación confiables asegurando una extubación planificada. Al contrario que la sedación intravenosa, la sedación inhalada demostró efecto cardioprotector y estabilidad hemodinámica en los enfermos restando el uso de drogas vasoactivas.

El riesgo de hipertermia maligna desencadenada por anestésicos inhalados es raro pero debe tratarse urgentemente. Esta amenaza no se observa en sedación intravenosa.

Conclusiones

El uso de sedación inhalada en la UCI genera bienestar y seguridad en los enfermos por la escasez de riesgo que conlleva. Sin embargo, se encuentra con la limitación deuna insuficiente formación y familiarización de los profesionales sanitarios respecto a efectos adversos y beneficios de la misma.

Palabras clave

Care Nursing • Intensive Care Unit • Inhaled Sedation

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES VIII. *Sala 121*

ID 318

INTUBACIÓN DIFICIL DE UN PACIENTE EN URGENCIAS

Silvia Gianinetto López; M. Funes Alberto; L. Romero Mancha
Hospital de la Línea

Objetivos/Introducción

Se define vía aérea difícil (VAD) a la situación clínica en que el facultativo experimentado tiene dificultades para ventilar con mascarilla facial, intubación endotraqueal o ambas. Puede asociarse a consecuencias graves como lesiones cerebrales irreversibles o muerte. El enfermero es responsable de preparar el material y carro de intubación difícil, conocer su utilización y colaborar con el anestesista, para garantizar la Seguridad del Paciente.

Metodología/Observación clínica

La secuencia de acciones en el manejo del paciente con intubación difícil, la actuación de enfermería y los dispositivos necesarios, según recomendaciones.

Resultados/Intervenciones

Un paciente intervenido de cirugía. Aunque tiene ayunas previas, puede presentar vaciado gástrico enlentecido, por lo que la enfermera aspira con SNG. Tras inducción anestésica se diagnostica una VAD imprevista.

La intubación se intenta con secuencia rápida (ISR), mientras la enfemera presiona cricoides, pero el facultativo no puede progresar el tubo endotraqueal (TET) al no visualizar la glotis (grados III y IV de Cormack-Lehane), solicitando carro de intubación difícil (ya preparado) y ayuda de otro facultativo.

Mientras ventila al paciente con mascarilla, se vigila monitorización y prepara TET de menor calibre con fiador y colabora con maniobra de BURP (presión laríngea externa) para intentar nuevamente intubacion.

Realiza un tercer intento con videolaringoescopia mientras la enfermera entrega introductor de Eschmann(permite deslizar el TET a través del mismo) o de Frova (permite oxigenar a la vez que pasa la glotis).

Tras intubación fallida, preparamos un dispositivo supraglotico (DEG) de segunda generación (Supreme, I-Gel, Ambú, Fastrach) intentando mantener oxigenación y ventilación.

Al fracasar intubación y oxigenación (paciente NI-NO) se realiza abordaje cervical de emergencia: cricotiroidotomía con bisturí, ganando tiempo hasta realizar traqueotomía urgente.

Conclusiones

El profesional de enfermería debe conocer el material necesario e indicaciones de uso, para dar respuesta rápida y eficaz a situaciones de emergencia.

La colaboración sincronizada resolverá situaciones en las que los minutos son vitales para la vida del paciente.

Palabras clave

Intubación difici

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 15

VALORACIÓN Y ACEPTACIÓN POR PARTE DE LAS ENFERMERAS DE NUEVAS TERAPIAS DE SEDACIÓN. SEDACIÓN INHALATORIA

Ángel Ruiz Aguilar; B. Sanz Pacheco; C. Ipiales Marín
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Objetivos/Introducción

El uso de los agentes inhalatorios es mayoritario en el ámbito de la anestesia en los quirófanos, y en los últimos años se está incorporando a las Unidades de Cuidados Intensivos,(UCI) sobre todo para aquellos pacientes que resultan de difícil sedación con los agentes intravenosos habituales.

El objetivo de esta encuesta es evaluar la aceptación y su uso en nuestra UCI.

Metodología/Observación clínica

La sedación inhalatoria en la UCI del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga (HUVV) se inició en Junio de 2023, siendo administrada a un total de 28 pacientes hasta la realización de la encuesta (Noviembre 2023).

La encuesta se realizó de forma online y anónima a los enfermeros de la UCI del HUVV. Constaba de 12 preguntas en 4 bloques:

- Conocimiento del protocolo
- Conocimiento de la hoja de registro
- Experiencia
- Opinión

Resultados/Intervenciones

Recibimos 76 encuestas válidas (de 94 enfermeras en plantilla 80.8%). De los encuestados, el 82.9% conocía la existencia de un protocolo de sedación inhalatoria en la unidad. El 86.9% conocía la hoja de registro.

El 89.5% de los encuestados había llevado a cabo al menos un paciente con sedación inhalatoria. De ellos, el 67.9% no tuvo problemas en el montaje del equipo. El 86.5% consideró que era un procedimiento sencillo.

El 50% le pareció conseguir con más facilidad el objetivo de la sedación.

El 17.1% no se encuentra seguro manipulando los gases.

Conclusiones

Los resultados de esta encuesta indican que la sedación inhalatoria es una técnica bien aceptada por los enfermeros de UCI. Que es un procedimiento sencillo y beneficioso para el paciente y el personal sanitario. Aceptando esta sedación como una alternativa.

Se recomienda que los protocolos de sedación inhalatoria de las UCIs sean revisados para facilitar su comprensión, aplicación, y que se proporcione formación específica.

Palabras clave

sedación inhalatoria • aceptación • manejo

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 43

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y ABDOMEN ABIERTO EN LA UCI: CONOCIMIENTOS, LIMITACIONES Y FALSAS CREENCIAS

Laura Bordonado Pérez; S. García Esteve; D. Gil Castillejos; X. Teixidó Huertas; B. Coloma Gómez; M. Mestres Pérez; L. Pinto Martínez; E. Bravo Moreno; J. Brunet Cruz; N. Espinosa Domene
Hospital Universitario de Tarrgona Joan XXIII

Objetivos/Introducción

El abdomen abierto (AA) es una entidad poco frecuente (2-6)% pero que presenta una alta mortalidad (87%), y que se enmarca dentro de la Cirugía de control de daños.

Es por ello que supone un desafío a nivel multidisciplinar, especialmente para las enfermeras, respecto de su manejo en la unidad de cuidados Intensivos. Evaluar los conocimientos y percepciones del personal enfermero es importante para detectar limitaciones y falsas creencias, así como para implementar estrategias de mejora que mejoren la supervivencia de los pacientes con AA.

Metodología/Observación clínica

Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de obtener la mejor evidencia respecto del abdomen abierto.

Tras revisar la bibliografía se diseñó una encuesta en Google Forms, con nueve preguntas, 8 de respuesta múltiple y 1 abierta, la cual respondieron un total de 40 profesionales enfermeros.

Resultados/Intervenciones

Tras el análisis de los resultados de la encuesta se evidenció que los profesionales enfermeros tienen claros los CONOCIMIENTOS acerca de la etiología (70%) y contención del AA (92.5%)

Como LIMITACIONES hemos detectado la movilización segura de los pacientes con AA, signos de alarma y nuevas terapias de contención y curas.

Por último, como falsa creencia, se detectó que el profesional desconoce que la principal complicación del AA no es la sepsis (62.5%) sino que es la aparición de las fístulas enteroatmosféricas (10%)

Conclusiones

Es necesario una actualización de conocimientos respecto de la prevención, detección temprana y manejo de las fístulas enteroatmosféricas en nuestros pacientes con abdomen abierto en la unidad de cuidados intensivos, así como de la movilización segura, signos de alarma y nuevas terapias de contención y curas del AA

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Abdomen abierto • Cuidados de Enfermería • Cirugía de control de Daños • Fístula Enteroatmosférica • Unidad de Cuidados intensivos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 60

EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE APÓSITO DE PLATA METÁLICA EN PUNTO DE INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES CON QUEMADURAS

Juan Manuel Alonso Fernández; AC. Elices Villagrá; S. Alonso Gómez; E. Álvarez Puertas; JÁ. Berezo García; C. Miñon Santamaría; L. Pérez Munguía; S. Carnicero Benito; N. Muñoz Minguela; D. Pérez Román
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Objetivos/Introducción

Los pacientes con quemaduras presentan altas tasas de infección,destacadamente cuando se posiciona el catéter venoso central sobre la quemadura. En estos pacientes se desaconsejan los apósitos impregnados de gluconato de clorhexidina debido a su potencial para perjudicar aún más la integridad de la piel, y los apósitos de poliuretano estándar son inapropiados o no proporcionan protección contra la contaminación.

Evaluar la eficacia de los apósitos de plata metálica en el acceso vascular central sobre la infección asociada a catéter.

Metodología/Observación clínica

Estudio de cohorte retrospectivo sobre la bacteriemia e infección del catéter venoso central en pacientes quemados entre cobertura con un apósito de plata metálica y la cobertura habitual con apósito de poliuleretano o gasa.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron los catéteres venosos centrales de pacientes con quemaduras con apósito convencional de poliuretano o gasa en el periodo del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022 frente a pacientes con apósito de plata metálica durante el periodo del 1 de julio de 2023 al 31 de diciembre de 2023. Se analizado x días de catéter, encontrando diferencias entre la tasa de bacteriemia asociada a CVC entre ambos grupos con p. 0,05. Las características del estado del punto de punción y frecuencia de cambio de apósito fueron similares.

Se debe valorar la inserción de catéteres venosos centrales de acceso periférico para disminuir tasas de bacteriemia. Alternativas como la barrera de polímero acrílico sólo pueden aplicarse sobre piel íntegra.

Conclusiones

El apósito de plata metálica en el punto de punción presenta al menos la misma eficacia que otros apósitos en la prevención de la bacteriemia asociada a catéter venoso central.

Muestra como ventaja que se puede aplicar como barrera antibacteriana en el punto de acceso en pacientes con quemaduras, principalmente cuando el acceso se presentan alteraciones de la continuidad de la integridad cutánea o quemaduras.

Financiación

El estudio no precisó de financiación para su realización.

Palabras clave

silver plated dressing • central venous catheter • bacteremia • burns • nursing • infection

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 156

TERAPIA COMBINADA CON SEDACIÓN INHALADA (SEVOFLURANO) Y ÓXIDO NÍTRICO. EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Paula Ortells Merino; L. Bañón Fernández
Hospital Universitario de La Ribera

Objetivos/Introducción

La sedación inhalada es ya una realidad en muchas Unidades de Críticos. Como todo nuevo fármaco que se incorpora, inicialmente crea inquietud acerca de su manejo y requiere de una curva de aprendizaje tanto por parte del profesional médico como de la enfermería.

En nuestro caso, se ha implementado la sedación inhalada mediante Sevoflurano y en varias ocasiones además se ha administrado conjuntamente con óxido nítrico (por ejemplo,en paciente con distrés respiratorio grave). En cuanto a la combinación de estos dos fármacos hay poco descrito en la literatura y además su montaje conjuntamente con el sistema de ventilación mecánica resulta complejo de entrada, por lo que consideramos relevante exponer nustra experiencia en cuanto al funcionamiento de esta terapia.

Metodología/Observación clínica

Experiencia propia del montaje y mantenimiento de ambas terapias.

Resultados/Intervenciones

Inicio de protocolo y estandarización de la terapia combinada de Sevoflurano y Óxido Nítrico.

Conclusiones

Es notorio el beneficio de este tipo de sedación en nuestras UCIs pero resulta también incuestionable que se necesita un amplio conocimiento por parte de enfermería para su correcto uso, siendo esencial la formación previa y la práctica posterior con el aparataje. Por todo ello,el objetivo de nuestro póster es exponer nuestra experiencia con ambas terapias de cara a poder estandarizar y protocolizar en un futuro este tratamiento para que se pueda implementar de forma fácil y segura.

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. ***Sala 122***

ID 170

PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO CON ECMO

Sara González Martín[1]; J. Remondo Blanco[2]; S. Ramchandani Hotchandani[2]
1. Universidad Rey Juan Carlos; 2. Hospital Universitario La Paz

Objetivos/Introducción

La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se ha configurado como una terapia muy útil en los pacientes con distrés respiratorio. Algunas de las complicaciones en las extremidades, sobre todo inferiores son isquemia, trombosis venosa profunda (TVP) y edema. Además, tras la retirada de la ECMO, existe mayor incidencia de TVP y tromboembolismo. En el caso del paciente quemado, esta hemostasia ya se encuentra per se alterada, presentando una coagulopatía primaria (por la mayor actividad fibrinolítica) y secundaria (por la gran respuesta inflamatoria). Por ello, debemos mantener una especial vigilancia en estos pacientes.

Metodología/Observación clínica

Describir la evolución del paciente quemado con ECMO a través de una serie de casos.

Resultados/Intervenciones

Se estudian dos casos:

El primer paciente presentaba quemaduras en un 15% de superficie corporal, teniendo afectado cara, espalda y miembros superiores, con un gran componente inhalatorio. Desarrolla distrés respiratorio, precisando terapia con ECMO desde el día 19 de ingreso hasta el día 55 de ingreso, precisando un cambio de membrana en este periodo. Además, presentaba un alto riesgo trombótico, ya que presentó trombosis en vena yugular interna derecha antes de la canulación, eligiendo por tanto una estrategia veno-venosa femoro-femoral.

El segundo paciente presentaba quemaduras en un 50% de superficie corporal, entre ellas, los miembros inferiores tras quemadura eléctrica. Además, desarrolla distrés de forma precoz, precisando iniciar terapia con ECMO el 6º día de ingreso con configuración femoro-yugular. Tras 10 días, se retira la terapia ECMO.

Ninguno presentó isquemia ni trombosis en las extremidades durante su ingreso.

Conclusiones

La correcta perfusión distal en pacientes en ECMO, sobre todo en pacientes con coagulopatías concomitantes (como en el paciente quemado) debe ser valorada de forma protocolizada y pormenorizada para evitar complicaciones graves.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Burn • Critical care • Oxigenación por Membrana Extracorpórea • Extracorporeal Membrane Oxygenation • Quemado • Trombosis • Thrombosis

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 187

SECUELAS MENTALES EN EL PACIENTE CRÍTICO: IDENTIFICACIÓN, PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cristina Calcerrada Baeza; A. Sánchez Peláez; T. Castro Sánchez-Bermejo; M. López Pazos; A. Canalejo Caballero; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; M. Sanz Gutiérrez
Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

Tenemos la creencia de que los pacientes no recuerda lo ocurrido en UCI, pero no es cierto ya que suelen desarrollar alteraciones emocionales. Tenemos como objetivo disminuir al máximo posible los efectos emocionales adversos derivados de estas estancias como pueden ser: la depresión, ansiedad, trastorno post traumático o trastornos del sueño.

Metodología/Observación clínica

Busqueda de datos en bases de datos como: Pubmed, Google academy, Dialnet y Scielo.

Resultados/Intervenciones

Realizaremos escalas cada 8 horas como: IC- DSC y CAM- ICU.
Revision de protocolos de sedación. Evitar relajantes musculares y opiaceos.
Cuidados de enfermería: Orientación en tiempo y espacio, favorecer ritmos de sueño y vigilia.
Evitar sujecciones.

Conclusiones

Necesidad de crear procolos para su prevencion.
Concienciacion del personal de enfermeria.
Formación.

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 203

CHECK-LIST COMO ELEMENTO DE SEGURIDAD EN LA SEDACIÓN INHALATORIA

Mónica Méndez García; MD. López Hidalgo; E. Ortiz Moreno; M. Acosta Romero
Hospital Universitario San Cecilio

Objetivos/Introducción

Los anestésicos inhalados han sido ampliamente utilizados en el ámbito intraoperatorio. Gracias a unos dispositivos específicos también pueden ser usados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) para aquellos pacientes que resultan de dificil sedación con los agentes intravenosos habituales.

Metodología/Observación clínica

En nuestra unidad se realizó un protocolo multidisciplinar (2 médicos intensivistas, 1 residente de medicina intensiva, 4 enfermeros y 2 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) de implementación del uso de sedación inhalatoria con Isoflurano y Sevoflurano por medio del dispositivo Anaconda® y se inició su uso en Junio de 2022. Al ser un procedimiento novedoso, surgieron dudas entre el equipo asistencial por lo que se decidió realizar un check-list.

Resultados/Intervenciones

Se registran 12 items divididos en 4 grupos (consentimiento informado, montaje, inicio, durante el tratamiento). Se registra asimismo las fechas de recambio de filtro. Se añaden imágenes sobre la colocación del filtro en diferentes situaciones. Se inicia su uso en Enero de 2023.

Conclusiones

- Es recomendable protocolizar de forma sencilla el uso y montaje de la sedación inhalatoria.
- Ha tenido buena acogida entre el personal de enfermería ya que facilita el trabajo.
- Minimiza los riesgos para el paciente aumentando su seguridad.
- En nuestro caso se cumplimentó el registro en el 100% de los casos.

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO

Paciente:

Etiqueta Paciente

Fecha

Hora:

PROTOCOLO SEDACIÓN INHALATORIA	Comprobación
Solicitar consentimiento informado	
MONTAJE	
* Sistema de aspiración cerrado	
* Sistema de humificación PASIVA (preferentemente)	
* Monitorizar BIS	
AL INICIO	
* Purgar sistema con 1,2 ml con BOMBA, nunca de manera manual	
* Un uso cada jeringa. (NO dejar jeringa precargada)	
* Hacer una marca en FlurAbsorb cada vez que se inicie una jeringa (2 si humidificación activa)	
* Apuntar fecha apertura botella de gas (dura 2 semanas)	
DURANTE EL TRATAMIENTO	
* Recambio de filtro Anaconda bajo criterio médico. PREGUNTAR CADA 24 horas	
* Bolos de hasta 0,5 ml si precisa	
* No contabilizar en balance hídrico	
* Si desconexión parar bomba de jeringa.	

RECAMBIO DE FILTRO ANACONDA

FECHA	HORA	FECHA	HORA

"Todo se desecha en contenedor normal, salvo jeringa con gas > 20 ml que iría a contenedor bio"

HUMIDIFICACIÓN PASIVA

AEROSOLES

HUMIDIFICACIÓN ACTIVA
(sólo en condiciones muy especiales)

Rama inspiratoria

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 208

AFECTACIÓN DE ACINETOBACTER BAUMANNII EN GRANDES QUEMADOS CORRECCIÓN

Shivani Ramchandani Hotchandani[1]; J. Remondo Blanco[1]; S. González Martín[2]; A. de la Cruz Armijo[1]
1. Hospital La Paz; 2. Universidad Rey Juan Carlos

Objetivos/Introducción

IntroducciónEn los últimos años ha aumentado el número de bacterias multiresistentes debido al uso de antibióticos, entre ellas la Acinetobacter baumannii, que pertenece a los microorganismos SKAPE (Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa y especies de Enterobacter) (1) Esto ha supuesto un aumento de la complejidad de los pacientes, con ingresos más largos, e incluso, provocando la muerte en un 47% de los pacientes infectados en comparación a los no colonizados. (2) Esto es aún más preocupante en el caso del paciente quemado por su mayor vulnerabilidad a contraer dichos patógenos. Por ello, las enfermeras deben identificar y llevar a cabo las medidas para impedir la infección de estos pacientes.

Objetivos:

- Identificar las medidas para reducir la incidencia de Acinetobacter baumanni en el paciente quemado.
- Detallar el papel de la enfermera como personal clave en la reducción de incidencia de Acinetobacter baumanni.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda avanzada en Pubmed y en Cuiden publicados entre 2013 y 2023, en inglés, francés o español, tanto nacionales como internacionales.

Resultados/Intervenciones

Tras la revisión de artículos no se encuentra información relevante sobre acciones de enfermería para prevenir su transmisión.

Conclusiones

El uso de medidas de forma protocolizada desde la enfermería como profesional de referencia se perfila como clave para la reducción de las infecciones y complicaciones por Acinetobacter baumanni.

Palabras clave

Acinetobacter baumanii • epidemiology • burn injuries • prevention

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 224

COLOCACIÓN DEL SENSOR BIS

Aday Herrera Pérez; D. del Pino Santana Belza
CHUMI

Objetivos/Introducción

La monitorización de la sedación debe ser uno de los objetivos en las Ucis, ya que permite identificar y corregir situaciones de infrasedación y sobresedación, el exceso de la misma puede aumentar la morbi-mortalidad y también alargar su estancia en Unidades de Cuidados Intensivos.

Esto va dirigido al personal de enfermería que cuida y vigila al paciente sedado de una UCI polivalente

Metodología/Observación clínica

En este protocolo hablaremos del BIS unilateral.

Electrodo 1: Línea media frontal, 5 cm por encima de la raíz de la nariz.
Electrodo 2: Toma tierra, correlativo al 1.
Electrodo 3: Zona temporal derecha o izquierda, a la altura de la línea imaginaria que une ambos ojos y a media distancia del ángulo externo del ojo y la raíz del cabello. Debe quedar oblicuo y no paralelo a las cejas.
Electrodo 4: Zona externa del arco superciliar por encima de la terminación de la ceja.

Para una buena traducción de valores está recomendado una serie de pasos:

- Limpiar la frente del paciente.
- Extraer el sensor en el momento de colocarlo para que no se seque la gelatina que contiene los electrodos.
- Presionar los electrodos para que se produzca la salida del gel conductor.
- Conectar el sensor al cable.
- Comprobar el funcionamiento, debe aparecer en el monitor el color verde en la representación gráfica de los electrodos.

Resultados/Intervenciones

El BIS se representa en una escala de valores de 0 a 100. Un BIS de 100 corresponde a un individuo despierto, con un nivel de conciencia normal, mientras que un valor de BIS 0 indica la ausencia de actividad eléctrica cerebral. Valores entre 40-60 indican un grado adecuado de sedación.

Conclusiones

El BIS es un método no invasivo, sencillo, útil y de muy fácil interpretación que permite monitorizar a los pacientes ingresados en UCI. Una correcta interpretación del mismo es importante para promocionar mejores cuidados al paciente crítico de ahí su adecuada formación.

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. ***Sala 122***

ID 235

GESTIÓN DEL DOLOR EN LA UCI: ESTRATEGIAS Y DESAFÍOS EN EL ROL DE ENFERMERÍA

Laura Astigarraga Odriozola[1]; P. Luis Franco[1]; U. Fernández Manandu[1]; A. Muñoz Expósito[1]; J. Rivas Sáez[1]; M. Garay Alberdi[1]; MA. Ayuso Cifuentes[2]; Á. Sabando Villarías[3]; M. Gijón Rivas[4]
1. HUA Txagorritxu; 2. Hospital de Mendaro; 3. Residencia Mixta Miranda de Ebro; 4. Hospital comarcal de Inca (iB-Salut)

Objetivos/Introducción

IntroducciónLa gestión del dolor en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es esencial para mejorar la experiencia del paciente y su recuperación. En este entorno crítico, la enfermería desempeña un papel crucial enfrentándose a diversos desafíos y aplicando estrategias para proporcionar un alivio efectivo del dolor.

El objetivo es dentificar estrategias efectivas para la gestión del dolor en la UCI, incluyendo la implementación de protocolos de evaluación del dolor, la administración de analgésicos y la colaboración interdisciplinaria para abordar factores subyacentes del dolor.

Metodología/Observación clínica

Para llevar a cabo esta revisión, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas, como PubMed y CINAHL, utilizando términos de búsqueda relacionados con operadores boleanos como por ejemplo: “Gestión del dolor en UCI” AND “enfermería”, “Manejo del dolor en cuidados intensivos” AND “enfermería” o “Enfermería en cuidados intensivos” AND “dolor”.

Resultados/Intervenciones

Los resultados de esta revisión resaltan la diversidad de estrategias empleadas por los enfermeros en la gestión del dolor en la UCI, incluyendo la administración de analgésicos, técnicas de relajación, y terapias no farmacológicas. Sin embargo, también se identificaron desafíos significativos, como la dificultad para evaluar el dolor en pacientes críticos y la necesidad de equilibrar el control del dolor con la seguridad del paciente.

Conclusiones

En conclusión, la gestión del dolor en la UCI es un componente crucial de la atención al paciente, y los enfermeros juegan un papel vital en este proceso. A pesar de los desafíos inherentes, las estrategias efectivas de gestión del dolor pueden mejorar la experiencia del paciente y optimizar los resultados clínicos en entornos de cuidados intensivos. Se destaca la importancia de la formación continua y el apoyo institucional para mejorar la capacidad de los enfermeros en la gestión del dolor en la UCI.

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. ***Sala 122***

ID 254

IMPACTO EMOCIONAL DE LA MUERTE DE UN PACIENTE EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA

Miriam López Pazos; T. Castro Sánchez Bermejo; M. Sanz Gutiérrez; C. Calcerrada Baeza; C. Moreno Cerrada; A. Canalejo Caballero; A. Sánchez Peláez; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; G. Ariana Caicedo Cedeño
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

Mostrar de una tangible la existencia del impacto emocional generado ante el contacto continuado con la muerte en UCI en el personal sanitario, concretamente la enfermería. Nos exponemos a un contacto directo con el paciente, y la creación de unos cuidados paliativos dentro se convierte en algo complejo, por el hecho de haber puesto expectativas en los cuidados. Se intenta alcanzar la protección del estado emocional, sabiendo que el sentimiento de responsabilidad, afecto y aparición de vínculos estarán presentes.

Otro, el poder sentirnos preparados para afrontar o gestionar (de manera adecuada) la mortalidad. Y para conseguirlo, es necesaria una formación y consciencia constante.

Metodología/Observación clínica

Se ha buscado información en Google académico, Dialnet y Scielo. Bajo palabras clave como " duelo" "muerte" "enfermería" y "uci" entre los años 2010-2024, teniendo la humanización más presente, enfocado a profesional, paciente y círculo.

Resultados/Intervenciones

Aparecen ante cualquier deceso sentimientos como estrés, frustración, angustia, miedo y/o tristeza, cuyo grado varía según el vínculo creado con el ingresado y familia. ¿Es más difícil morir o presenciar la muerte? Aunque para enfermería, aceptar la muerte de los pacientes contradice en parte el objetivo esencial: conservar salud y promover vida.

Conclusiones

La muerte es un proceso bio-psicosocial, y como enfermeras nos relacionamos con ella. Realizamos un "cuidado de lo invisible" tocando ámbitos cercanos al paciente y a la familia en todo el proceso, sea o no hacia la recuperación, algo que condiciona. Esto genera carga emocional al poner expectativas en este cuidado, como la ansiedad podríamos gestionar con formación (inexistente). No se puede generalizar afirmando que no protegemos el estado emocional correctamente, ni relacionarlo con la deshumanización o vínculo afectivo excesivo, aunque la parte más instintiva aparece autoritariamente. En cuanto a la revisión, remarcar el hecho de ampliar/valorar la investigación basada en un inventario de ansiedad ante la muerte, ya existente.

Palabras clave

muerte • enfermería • uci • duelo

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 260

UTILIDAD, SEGURIDAD Y RIESGOS DE LA SEDACIÓN INHALADA EN UCI: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

María Guadalupe Jerez Darias; M. Sosa González; GC. Rodríguez Pérez; M. Amaro Vázquez; M. Peña Díaz; L. Romero Herrera; R. Pérez Yanes
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Objetivos/Introducción

La sedación se utiliza en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para inducir un estado de pérdida de consciencia, control del dolor, ansiedad y agitación. A día de hoy existen dos formas de utilizar la sedación: endovenosa o inhalatoria. Esta última es menos conocida. Este trabajo pretende conocer la evidencia científica sobre la utilidad, la seguridad y los riesgos de la administración de la sedación inhalada en la UCI.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través del metabuscador “PuntoQ”, de la Universidad de la Laguna (ULL), que brinda acceso a las principales bases de datos como Dialnet, Wos, Scopus, Medline, ScienceDirect, EbscoHost, utilizando los siguientes descriptores de salud: “deep sedation”, “critical care” e “inhalation”. Se limitó la búsqueda a los últimos 20 años.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvo 41 resultados que, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se quedaron 34. Después de la lectura de título y resumen, se seleccionaron los 12 artículos más relevantes para su análisis, descartando aquellos relacionados con intervenciones quirúrgicas, terapias no inhaladas y/o inhalación de gases no anestésicos como la lidocaína y oxígeno.

Conclusiones

Los agentes volátiles más utilizados son el isoflurano, sevoflurano, y desflurano. Como efectos positivos en el paciente se encontró procesos de destetes más rápidos, estabilidad cardiovascular, adecuación en insuficiencia hepática/renal, no produce efecto techo ni tolerancia, actúan mecanismos antiinflamatorios y neuroprotectores. Como efectos negativos, está contraindicado en pacientes con presión intracraneal elevada, hipertermia maligna o fístula bronco-pleural. Los efectos indeseados relacionados con el personal sanitario se vinculan con la incertidumbre sobre los posibles efectos nocivos sobre la salud, concentraciones límite promedio de los gases (diferente en cada país), y el mal uso de los sistemas. Como conclusión, la sedación inhalada no es comúnmente utilizada en las UCIs y existe una escasa bibliografía respecto a su uso.

Palabras clave

Deep sedation • Critical care • Inhalation

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 265

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN LA UNIDAD DE CURAS INTENSIVAS

Judit Mondéjar Fontanet; M. Font Turon
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta

Objetivos/Introducción

Estandarizar las curas de enfermería para la prevención de las lesiones cutáneas en el paciente que requiere terapia de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en la Unidad de Curas Intensivas.

Los pacientes sometidos a terapia ECMO tienen más riesgo a desarrollar lesiones cutáneas.

Las cánulas se colocan centralmente proporcionando oxigenación a los órganos vitales, resultando en una disminución de la perfusión del tejido periférico y mayor potencial de deterioro de la piel.

La mala perfusión junto la inestabilidad hemodinámica y el miedo a una decanulación accidental por parte del equipo sanitario contribuye a originar potenciales lesiones cutáneas.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica durante el mes de octubre de 2023 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 de libre acceso.

Resultados/Intervenciones

Según la literatura deberían aplicarse las siguientes intervenciones:

- Girar y reposicionar los pacientes cada 2 horas mediante equipo multidisciplinar garantizando la seguridad del paciente.
- Realizar cambios posicionales frecuentes, pequeños y sutiles.
- Usar camas especiales de rotación y redistribución de presión -con rotación cada 30 minutos en diferentes rangos-.
- Usar dispositivos de reposicionamiento fluidizados para descargar la presión en zonas de riesgo de lesión (por dispositivos, prominencias óseas).
- Usar apósitos de gel de silicona en prominencias óseas (sacro, codos y talones).
- Garantizar una nutrición adecuada.

Conclusiones

Las intervenciones consisten en la realización de cambios posicionales, uso de camas de rotación y redistribución de presión y de dispositivos de reposicionamiento fluidizados, protección con apósitos de gel de silicona y garantizar una adecuada nutrición.

Palabras clave

Pressure ulcer • Prevention • Extracorporeal Membrane Oxygenation • Critical care

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 267

SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES EN UN ÁREA DE CRÍTICOS

Albert Pinos Campmany; M. Araguz Ciria; MR. Jam Gatell
Hospital Parc Taulí de Sabadell

Objetivos/Introducción

Introducción: La atención centrada en el paciente (ACP) y en la familia constituye uno de los principales objetivos de la atención asistencial.

Objetivo: Analizar grado de satisfacción con la atención sanitaria y la toma de decisiones de familiares y pacientes dados de alta del área de críticos.

Metodología/Observación clínica

Metodología: Estudio transversal, descriptivo y prospectivo realizado en UCI adultos polivalente. Del 1-31 de enero se realizó, entre 15 y 30 días post-alta UCI, el envío de la encuesta se hizo vía telemática (SMS).

Instrumento: encuesta Family Satisfaction Intensive Care Unit (FS-ICU 24) y versión modificada para pacientes.

Criterios inclusión: mayores de edad. Estancia ≥ 24horas, puntuación 15 de Glasgow. Sin alteraciones mentales

Variables: Sociodemográficas. Nivel de dolor (escala EVA). Diagnostico. Días de ingreso. Uso restricción física. Horario visitas. Condiciones medioambientales. Proceso toma decisiones.

Confidencialidad: Se atendió Ley 03/2018 LOPD-GDD. Declaración Helsinki y Belmont.Análisis datos: Programa SPSS v26.0.

Resultados/Intervenciones

Respuesta de 26 (21%) pacientes y 31 (25%) familiares de 124 encuestados. Tres pacientes desestimados por patología mental. Tiempo medio ingreso: 8,3 días. Edad media de pacientes 58 años y de familiares 57. Un 71% de familiares se siente apoyado/incluido en la toma de decisiones. Un 58% de familiares tienen una percepción satisfactoria acerca del uso de restricción física y el 50% de pacientes que las precisaron, comprende la necesidad y no les hizo sentirse incómodos. Un 13% de pacientes y familiares valoran negativamente el ruido y la intimidad.

Conclusiones

La satisfacción global percibida por pacientes y familiares durante el ingreso es elevada, así como el soporte emocional. Se considera el horario de visitas correcto. Se detecta la necesidad de realizar acciones para mejorar: sala espera, intimidad de los pacientes y evitar contaminación acústica. Respecto a la implicación en la toma de decisiones de familiares la valoración obtenida fue alta.

Palabras clave

Satisfacción • Críticos • Pacientes • Familiares

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 289

DILEMA ÉTICO EN LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UCI: PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES Y LA FAMILIA

Ana del Prado Mota; G. Ruiz Robles; S. Fernández Menéndez; P. Villamayor Tirado; MJ. Rodríguez Alonso; MD. Rodríguez Huerta
Hospital Universitario La Princes

Objetivos/Introducción

El manejo del final de la vida es uno de los conflictos éticos más frecuentes que han de afrontarse en las unidades de críticos. La aceptación de la muerte es difícil, tanto para las familias como para el equipo asistencial, complicándose cuando se trata de un paciente joven. La falta de consenso ante la actitud terapéutica entre los profesionales y familia, sobre todo sin conocer las voluntades del paciente, plantea un dilema ético para todos los intervinientes.

Objetivos: Analizar el manejo de una situación de desacuerdo entre familia y profesionales ante la adecuación del esfuerzo terapéutico (debriefing).Brindar a la familia la oportunidad de expresar sus sensaciones y vivencias durante el proceso.

Metodología/Observación clínica

Mediante entrevistas semiestructuradas se recopila la información acerca de la percepción y experiencia vivida por parte de la familia y del equipo asistencial.

Resultados/Intervenciones

Paciente joven, mayor de edad, en estado vegetativo con mal pronóstico vital. Tras dos meses de ingreso en cuidados intensivos se plantea la adecuación del esfuerzo terapéutico, decisión que la familia rechaza. Manteniéndose la discrepancia entre ambas partes tras diversas reuniones, se solicita la intervención del comité de ética alcanzándose finalmente un consenso.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería perciben la necesidad de reforzar la formación en bioética y habilidades de comunicación para abordar este tipo de situaciones. Los profesionales médicos reflejan dificultad en mantener o aplicar medidas que no consideran indicadas debido a la obstinación terapéutica por parte de la familia. En este caso, la participación conjunta del equipo interdisciplinar y la familia en la toma de decisiones, manteniendo una relación de respeto por los valores individuales, ha resultado en un consenso favorable para el paciente y aceptable por todas las partes.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 296

EFICIENCIA DE LA TERAPIA DE SEDACIÓN/ANALGESIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

José Joaquín Prera Ramírez; J. Felipe Patricio; A. Gómez Rodríguez; MªC. Navarro Mora
Hospital Infanta Elena

Objetivos/Introducción

Por todos es conocido que el dolor es algo intrínseco en los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Críticos, debido al propio proceso así como a las técnicas invasivas a las que se ven sometidos. Podríamos pensar que el paciente bajo sedación está exento de sufrir dolor, cosa que no es cierta. Muchas son las causas que pueden generarlo así como sus consecuencias, si no lo tratamos.

Por ello, es una de las mayores preocupaciones para los profesionales de nuestra Unidad.

Objetivos:

1. Detectar la presencia de dolor en los pacientes con dificultad de comunicación
2. Conocer si el tratamiento farmacológico es el adecuado
3. Determinar si el nivel de sedación está correlacionado, dado que son interdependientes.

Metodología/Observación clínica

Mediante recogida de datos utilizando escalas validadas. Para la identificación del dolor utilizaremos la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) para pacientes con dificultad de comunicación. Para la sedación, la escala Richmond AgitationSedationScale (RASS). Así mismo, anotaremos la pauta farmacológica prescrita y la necesidad de bolos adicionales de medicación para el correcto manejo.

La recogida de datos se hará, siguiendo las recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC, cada cuatro horas y nos centraremos en pacientes no comunicativos.

Resultados/Intervenciones

Hemos elaborado un registro que facilita la recogida de datos y nos ayudaremos, para cuantificar el dolor y la profundidad de la sedación, de un monitor no invasivo que analiza la señal mediante electromiograma.

Conclusiones

- La sedación no garantiza la ausencia de dolor.
- Utilizar escalas y disponer de monitores facilita la detección y manejo.
- Los protocolos disminuyen la variabilidad entre los profesionales a la hora de usar fármacos.
- El control y tratamiento de la sedación/dolor (según el objetivo establecido) puede evitar que el paciente se agite o incluso llegue a experimentar un delirium en cualquiera de sus tipos.

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 311

ANÁLISIS DEL GRADO DE DOLOR EN PACIENTES POST-OPERADOS DE ESOFAGUECTOMÍA Y CORRELACIÓN CON LA TÉCNICA QUIRÚRGICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Rosa María Iribarren Romera; S. Juan Lozano; ME. Navarro Roldán; S. Vegas Vidas; N. Dalmau Torres; C. Carrasco Fernández; Y. Grau Sibera; JM. Ramos Puig
Hospital Universitario de Bellvitge

Objetivos/Introducción

La esofaguectomía es una cirugía compleja y en la que el dolor es frecuente en el postquirúrgico inmediato. Puede realizarse a través de tres técnicas quirúrgicas: Ivor-Lewis (IL), Mckeown (MK) y transhiatal (TH) dependiendo de la localización del tumor y del estado previo del paciente.

El objetivo del estudio es identificar el grado de dolor en pacientes postoperados de esofagectomía y determinar si existe correlación con la técnica quirúrgica.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y transversal durante el año 2019. Se incluyeron consecutivamente 40 pacientes intervenidos de esofagectomía ingresados en una unidad de reanimación postquirúrgica de un hospital de 3r nivel. Se monitorizó el grado de dolor mediante la escala visual numérica las primeras 72h post intervención. Se recogieron variables sociodemográficas, la técnica quirúrgica, el tipo de analgesia, la vía de administración y la necesidad de analgesia de rescate. Se realizó estadística descriptiva y de correlación.

Resultados/Intervenciones

Se evaluaron 34 pacientes con una mediana de edad de 63 años (RIQ: 52-70). El 94,1% fueron hombres. La técnica aplicada fue IL en el 55,9%, MK en el 11,8% y TH en el 32,3%. El 44,1% recibieron PCA y el 70,6% analgesia mediante catéter raquídeo. La media del grado de dolor el 1r dia post intervención fue de 3 (SD=1,1), 2,8 (SD=0,6) y 2,4 (SD=1) para IL, MK y TH. No se observaron diferencias significativas entre grupos en las medias de dolor las primeras 72h (p=0,73). Los pacientes intervenidos de IL y MK recibieron más analgesia raquídea que los TH (Chi-cuadrado=31,1; p<0,001).

Conclusiones

Los pacientes post-operados de esofaguectomía presentan dolor leve los tres primeros días postintervención. Los pacientes intervenidos por técnica TH no reportan un mayor grado de dolor pese a no recibir analgesia raquídea, aunque precisan mayor necesidad de analgesia de rescate.

Financiación

Ninguna

Palabras clave

Esofaguectomia • Técnicas quirúrgicas • Dolor

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 317

INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE PACIENTE OBSTÉTRICA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA ESFERA PSICOAFECTIVA

Natália Cubillo Miguel; M. Martínez Carrillo; C. Merino Gómez; S. Soria Romera; E. Herrero del Rio; E. Pérez Franco; D. Garrido Gonzalo
Hospital Universitario Santa Barbara de Soria

Objetivos/Introducción

La atención a pacientes obstétricas es una práctica poco habitual en la UCI de Soria, independientemente del motivo de ingreso: postparto complicado, postoperatorio de cesárea o hemorragia obstétrica. Estas pacientes son más vulnerables a sufrir alteraciones psicológicas y/o afectivas y los enfermeros no estamos familiarizados con el manejo de la esfera psicoafectiva. El objetivo de esta revisión es valorar la necesidad de ofrecer cuidados humanizados de calidad a la paciente obstétrica ingresada en UCI, sin olvidar aspectos afectivos y psicológicos.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Scielo y Cuiden; utilizando las palabras clave: Puérpera, aspectos psicológicos, estado emocional, UCI, postparto, cuidados. Además, se realizó un análisis descriptivo de los casos durante los 2 últimos años en la unidad.

Resultados/Intervenciones

El ingreso en UCI genera estrés, conmoción y ambivalencia afectiva para la paciente obstétrica; contrastando la preocupación por el ingreso y separación de su hijo con la emoción de haber sido madre. A nivel familiar esta situación produce gran impacto psicológico, afectando a su funcionamiento y organización durante el ingreso de su ser querido por lo que se debe aplicar cuidados humanizados integrales paciente-familia. Se recomienda que enfermería cuide la esfera psicoafectiva de la paciente obstétrica proporcionando información real de su estado y el del bebé, respetando la toma de decisiones, favoreciendo la escucha activa, trasmitiendo confianza, evitando juicios de valor, preservando su intimidad, y apoyando a la pareja con la ampliación del horario de visitas, así como mantener el vínculo con el bebé si la situación clínica lo permite.

Conclusiones

La atención enfermera a la esfera psicoafectiva de paciente obstétrica y a su familia en UCI es primordial para ofrecer cuidados humanizados de calidad que disminuyan la ansiedad. Es importante que los enfermeros se sientan empoderados y capacitados para su abordaje.

Financiación

Sin financiación

Palabras clave

Puérpera • Aspectos psicológicos • Estado emocional • UCI • Postparto • Cuidados

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 346

PERCEPCIONES MULTIDISCIPLINARIAS RELACIONADAS CON EL DELIRIO EN CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DE MÉTODOS MIXTOS

Daniele Delacanal Lazzari; F. Carpes Ramos; A. Becker; V. Monteiro Moraes; D. Cristina Perin; N. Urinque Mendes; Al. de Oliveira Prado
UFSC/Brasil

Objetivos/Introducción

El delirio es un síndrome neuropsiquiátrico que implica alteración de la cognición y conciencia, falta de atención, pensamiento desorganizado y excitación fluctuante. Su inicio puede ser agudo o subagudo. El objetivo de este estudio fue analizar el delirio en una unidad de cuidados intensivos y las percepciones del equipo multidisciplinario.

Metodología/Observación clínica

Investigación con métodos mixtos, explicativo secuencial (QUAN→qual), realizada en una Unidad de Terapia Intensiva de adultos en Brasil. Los participantes fueron pacientes hospitalizados y enfermeros, técnicos de enfermería, fisioterapeutas, médicos, logopedas y terapeutas ocupacionales. La etapa cuantitativa se realizó dos veces al día, con un intervalo de 12 horas, con pacientes cubiertos por los criterios de inclusión y exclusión, durante un período de seis meses, de enero a junio de 2023. La recolección de datos cualitativos se realizó mediante métodos semiestructurados. entrevista a enfermeras, técnicos de enfermería, fisioterapeutas, médicos, logopedas y terapeuta ocupacional. En la etapa cuantitativa, el análisis de los datos se realizó mediante el software Statistical Package for Social Sciences. En la etapa cualitativa, los datos fueron analizados mediante análisis de contenido temático.

Resultados/Intervenciones

Se evaluaron 80 pacientes mediante el CAM-ICU y se encontró que 51 pacientes no manifestaron delirio (63,7%) y 29 (36,3%) fueron positivos para esta condición. Se analizó la influencia del uso de midazolam, dexmedetomidina y ketamina sobre la presencia de delirio durante la hospitalización. Los resultados demostraron que los pacientes que consumieron ketamina tenían 3,71 veces más probabilidades de experimentar delirio durante la hospitalización. El proceso cualitativo dio lugar a dos categorías: Conocimiento del equipo multidisciplinario sobre el delirio (definición, identificación, signos y síntomas y factores relacionados) y Actitudes relacionadas con el delirio y la sedación.

Conclusiones

Hubo una baja incidencia de delirio y el equipo demostró una falta de conocimiento sobre la afección, sus signos y síntomas y las acciones para prevenirlo.

Financiación

FAPESC - Fundacao de Amparo à Pesquisa e Inovacao de Santa Catarina. Brasil

Palabras clave

Delirio • Enfermería • Cuidados Intensivos • Métodos mixtos

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 357

LA EXPOSICIÓN LABORAL A ISOFLURANO DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE SEDACIÓN INHALADA CON DISPOSITIVO SEDACONDA ACD® EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Maria Luisa Palomanes Espadalé; J. Rodríguez Moreno
Hospital Universitario Doctor Josep Trueta de Girona

Objetivos/Introducción

- Conocer los niveles de exposición ocupacional a isoflurano durante el empleo de sedación inhalada con dispositivo Sedaconda ACD® en UCI.
- Identificar los factores para una reducción de la concentración ambiental de isoflurano en UCI.

Metodología/Observación clínica

Revisión sistemática en las bases de datos de Medline-Pubmed y Cochrane Library con fecha de última búsqueda 30 de enero del 2024. Se incluyen publicaciones en inglés o español, realizadas en UCI de adultos y con mediciones de exposición ambiental a isoflurano cuando se utiliza Sedaconda ACD®. Se excluyen artículos que no sean originales. De todos los documentos se identifica el grado de recomendación.

Resultados/Intervenciones

Se obtienen 58 artículos y se seleccionan 3 para la revisión final: 2 estudios observacionales (n=15 y n=10), 1 estudio piloto (n=12) y se añade 1 estudio observacional (n=1) por búsqueda manual.

Principales resultados:

- Los niveles de exposición medios a isoflurano en las habitaciones son inferiores a las 2 partes por millón.
- Se detectan picos de exposición a corto plazo relacionados, básicamente, con un manejo no adecuado del Sedaconda ACD®. También durante el llenado de jeringas.
- En el estudio piloto, el nivel de exposición disminuye cuando se utiliza un sistema pasivo de recogida de gases. Sin embargo, en uno de los estudios observacionales, no se detecta un incremento en la exposición cuando no se utiliza ningún sistema de extracción de gases adicional.

Conclusiones

- Los factores que determinan los niveles de exposición ambiental están relacionados, por una parte, con las características técnicas de las habitaciones (renovaciones de aire, sistemas de extracción de gases) y, por otra parte, con unas prácticas laborales seguras (seguimiento de las recomendaciones del fabricante).
- Algunos estudios aconsejan el uso de circuitos de aspiración cerrados o el llenado de las jeringas en los servicios de farmacia. No obstante, faltan investigaciones con mayor grado de evidencia que respalden dichas medidas.

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 367

UTILIZACIÓN DE LA MATRIZ ESPECTRAL DEL MONITOR SEDLINE® COMO HERRAMIENTA PARA OPTIMIZAR LA SEDACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Marta Fabregat Fernández; A. Martínez Alcázar; S. Vilaró Miranda; M. Tudela Trancoso; E. Gallart Vive; L. Vidal Tarrason; S. Contreras Medina
Hospital Vall Hebron

Objetivos/Introducción

SedLine® es un monitor diseñado para valorar la sedación en unidades de cuidados intensivos (UCI). A medida que el cerebro disminuye su actividad en respuesta a la sedación, se puede observar un patrón de actividad eléctrica específico para cada fármaco utilizado denominado matriz espectral (ME). La valoración de esta ME permite detectar patrones de sobre e infrasedación, que se puede utilizar para optimizar el manejo de la sedación en el paciente crítico.

Objetivo: Elaborar una herramienta basada en las matrices espectrales de cada fármaco sedante y sus combinaciones más frecuentes para mejorar el manejo de la sedación por parte de las enfermeras.

Metodología/Observación clínica

Se elaboró una infografía con imágenes de las diferentes ME de los fármacos sedantes y anestésicos más habituales y de sus combinaciones más frecuentes. Para cada fármaco y combinación se representó la ME ideal, la de sobresedación y la de infrasedación. Para cada opción se adjuntaron recomendaciones de ajuste de la sedación mediante cambios de velocidad en perfusiones continuas o administración de bolos por parte de las enfermeras.

Resultados/Intervenciones

En cada habitación de la UCI se dispone de esta infografía con las ME que permite a las enfermeras tomar decisiones de optimización de la sedación a pie de cama, aumentado su seguridad en la toma de decisiones.

Conclusiones

La representación mediante infografías de la ME de cada uno de los fármacos sedantes y anestésicos más habituales mejora el conocimiento y la gestión de la sedación por parte de las enfermeras. La monitorización con Sedline® es útil para la gestión de la sedación y aumenta la seguridad del paciente crítico.

Palabras clave

Monitorización • sedación • Sedline® • matriz espectral

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 12:00 a 13:30 h. PÓSTERES ORALES IX. *Sala 122*

ID 368

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN LA UCI CARDÍACA

Arely Tanta; M, Herrera Juan; R. Bastos Teixeira
Hospital Clinic de Barcelona

Objetivos/Introducción

La sedoanalgesia es una práctica que no deja de estar exenta de complicaciones ya sea por la infra sedación o por la sobre sedación pudiendo generar un aumento de la morbimortalidad de los pacientes, prolongación de los días de ventilación mecánica, aumento de las complicaciones, retrasos enel despertar, mayor estancia en la UCI (Unidad de Cuidados Críticos) y el hospital, así como un mayor coste.

Por ello el dolor y la sedación deben ser monitorizados sistemáticamente para evaluar laadministración de analgésicos y/o sedantes.

Objetivo: Optimizar mediante el protocolo los cuidados brindados, por parte del equipo de enfermería, a los pacientes sometidos a sedación prolongada con ventilación mecánica (VM) de la UCI Cardíaca del Hospital Clínico de Barcelona (HCB).

Metodología/Observación clínica

Consideramos oportuno la protocolización de los cuidados referentes a la sedoanalgesia en nuestra unidad. Para poder realizar este protocolo se ha decidido usar la metodología de PDCA o ciclo deDeming.

Los sujetos a los que va dirigido dicho protocolo cumplen los requisitos de estar sometidos ala sedación prolongada (>72h) y con VM con el objetivo de optimizar sus cuidados.

Resultados/Intervenciones

Las intervenciones planificadas estarán enfocadas en optimizar los cuidados proporcionados y adaptadas a nuestro entorno y al tipo de pacientes de nuestra unidad.

- Establecer rangos objetivos según situación clínica del paciente.
- Elección adecuada del tipo de sedante en base a la situación clínica del paciente.
- Monitorización correcta de los niveles de sedación y dolor mediante escalas validadas. Monitorización de la relajación muscular en caso de ser necesaria.
- Detección precoz del delirium.

Conclusiones

Debido a lo mencionado anteriormente, y los estudios realizados a lo largo de los años, se hademostrado la necesidad de la protocolización del manejo del dolor, de la sedación/agitacióny del delirio con la finalidad de promover la sedación mínima y el uso de escalas validadaspara su monitorización conformando un pilar importante en el manejo actual del pacientecrítico.

Financiación

Sin financiación.

Palabras clave

Monitorizació • Sedación • Analgosedación • Analgesia • Protocololización

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 51

ADMINISTRACIÓN DE TACROLIMUS EN EL PACIENTE CRÍTICO PORTADOR DE NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA

Sandra Vilaró Miranda; A. Sierra Requena; R. Barroso Ruiz; I. Vázquez González; A. Martínez Alcáza
Hospital Vall Hebrón

Objetivos/Introducción

El tratamiento nutricional constituye una herramienta en el cuidado del paciente crítico para modificar la respuesta metabólica ante la agresión y modular la inmune. Tanto es así, que la nutrición enteral (NE) precoz disminuye las complicaciones infecciosas y la mortalidad.

Es relevante considerar la compatibilidad de los fármacos con la NE, ya que se puede disminuir su eficacia o aumentar su toxicidad, más aún cuando se trata de inmunosupresores como el tacrolimus. De hecho, la necesidad de mantener unas concentraciones séricas mínimas ante la potencial afectación sobre su biodisponibilidad en uso concomitante con NE se presenta como un reto.

El objetivo de este trabajo es elaborar un algoritmo para la administración de inmunosupresión en paciente crítico con NE. Asimismo, este protocolo busca estandarizar actividades para mejorar la práctica clínica.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y Redalyc usando los descriptores MESH: tacrolimus, enteral feeding, enteral nutrition, nursing administration. Criterios de inclusión: 5 años. Se encontraron 49 estudios de los cuales 8 se ajustan a los objetivos. Los estudios coinciden que es difícil alcanzar una inmunosupresión optima cuando el paciente crítico usa SNG y NE, pero conseguir optimizar la biodisponibilidad de los fármacos administrados por la misma vía es posible con la ayuda de protocolos.

Resultados/Intervenciones

- Interrumpir NE 1 hora antes y después de la administración de tacrolimus.
- Lavar la SNG antes y después de la administración de cada fármaco con 20ml de agua.
- Triturar las formas sólidas, como tacrolimus, y reconstituir con 10-15ml de agua.
- Trabajar algoritmo con el farmacéutico del hospital

Conclusiones

Se presenta el algoritmo para la administración de tacrolimus por SNG en paciente críticos con NE. Los indicadores de evaluación de este algoritmo serán el feedback de las enfermeras en su uso y los niveles séricos de tacrolimus.

Palabras clave

Tacrolimus • Nutrición enteral • Sonda nasogástrica • UCI • Paciente crítico • Inmunosupresión

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 53

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CRÍTICO SÉPTICO CON NECROSIS DE ZONAS ACRAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Gema García Fernández; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; MC. García Fernández; MC. Rodríguez-Peral López-Astilleros; MM. Montero Trujillo; AM. Espinar Ochoa; MP. Peinado Peral; M. Padilla Morales; MP. Rubio Serrano; LC. Dan Dan
HGUCR

Objetivos/Introducción

El shock séptico es un síndrome clínico que manifiesta con hipotension prolongada, una disminucion de la perfusion tisular y del suministro de oxigeno, como consecuencia de una infeccion que conlleva una bacteriemia, posteriormente una sepsis y finalmente el shock séptico.

El tratamiento precoz es fundamental, requiere el uso de medicamentos vasopresores para incrementar la presíon arterial, a pesar de una restauración adecuada de volumen corporal del paciente.

Noradrenalina (norepinefrina) es una catecolamina, que actua como hormona y como neurotransmisor. Su funcion es fundamental sobre sobre los receptores adrenérgicos(alfa y beta).

Su uso en el shoch séptico se basa en su capacidad para incrementar la presión arterial, aumenta la fuerza y la frecuencia cardica (efecto beta1) peero tambien produce vasoconstrición periférica (efecto alfa1), a consta de disminuir la perfusion en territorios distales, causando necrosis isquémicas de zonas acras.

El objetivo planteado, es proporcionar cuidados de enfermeria, basados en la evidencia científica, en un paciente séptico, con necrosis de zonas acras.

Metodología/Observación clínica

Mujer de 46 años, que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el 5 de febrero de 2023 por insuficiencia respiratoria - shock séptico secundario a una neumonia izquierda.

Sin antecedentes médicos de interes, ningun tratatmiento crónico.

Durante su ingreso en UCI, requiere:
- Noradrenalina / vasopresina a dosis altas.
- Intubacion y posterior traqueostomia.
- Depuracion extrarrenal.
- Pronacion.
- Curas diarias
- Amputacion zonas acras.

Alta a planta, 27 de abril de 2023.

Resultados/Intervenciones

Los principales diagnosticos enfermeros:
- Patron respiratorio ineficaz
- Deterioro del intercambio gaseoso-Shock
- Deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de infección.
- Hipertérmia.
- Deterioro de la eliminación urinaria.

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Conclusiones

El paciente séptico complicado con necrosis de zonas acras, requiere unos cuidados críticos que abarque todas la esferas, física, emocional, social y espiritual. Es la enfermeria mediante la evidencia científica quien puede proporcionarselos.

Financiación

Propia

Palabras clave

Shock Séptico • Noradrenalina • Necrosis • Enfermeria basada en la evidencia • Unidad de cuidados intensivos

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 77

PROTESIS ESOFÁGICA DANIS EN UCI

Leire Arce Angulo; MT. Esteban Galbete; M. Etxeandia Juaristi; A. Arana Azula
UCI Hospital Galdakao-Usansolo

Objetivos/Introducción

Las hemorragias digestivas suponen una actuación de emergencia en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Actualmente se aboga por la utilización de la prótesis DANIS, destinada a detener una hemorragia aguda y/o refractaria por varices esofágicas. Prótesis autoexpansible de nitinol, precargada lista para usar.

- Aportar información práctica sobre la colocación en UCI del dispositivo DANIS.
- Unificar acciones entre personal de enfermería/facultativos del servicio disminuyendo la variabilidad de éstas.

Metodología/Observación clínica

Revisión Bibliográfica en bases de datos (MEDLINE, SCIELO, PudMed...) del 2015 al 2023.

Consulta de guías comerciales del producto, instrucciones y recomendaciones del fabricante.

Resultados/Intervenciones

Kit de implantación con prótesis DANIS: Para la inserción se utiliza un alambre guía ultrarrígido y una jeringa de 50 ml. El sistema de colocación cuenta con un balón distal que se infla en la cámara gástrica y que permite que se ubique inmediatamente subcardial al ser halado, asegurando la colocación de la prótesis inmediatamente proximal al balón (esófago distal).

Características:

- Prótesis de nitinol totalmente recubierta con 2 cintas metálicas de retiro ubicadas en los aspectos más proximales y distales de la prótesis que permiten su reposicionamiento y fácil extracción.
- La forma variable del entretejido de la prótesis se ajusta a la peristalsis esofágica (reducido grado de fijación)
- Compresión de las varices con resultado de hemostasia eficaz.
- Bordes atraumáticos.
- Marcadores radiopacos en ambos extremos y punto medio.
- Lazadas en ambos extremos que facilita la recuperación endoscópica a los 7 días.

Beneficios del método: Colocación rápida vía esofágica sin necesidad de endoscopia, fácil manejo y en 7 pasos. El paciente puede seguir con dieta oral tras la implantación. Eficacia clínica y técnica de la prótesis en un rango del 95 al 100%

Conclusiones

Sus dimensiones y alta fuerza de expansión representan una solución muy eficaz y sencilla para la estabilización del paciente por sangrado de varices esofágicas.

Palabras clave

Stent • Prótesis • Danis • Varices esofágicas

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 92

USO Y UTILIDAD PARA ENFERMERÍA DEL MONITOR METABÓLICO Y CALORIMETRÍA INDIRECTA EN CUIDADOS CRÍTICOS

Maria de los Ángeles Risco Guerrero; B. de Las Heras López-Cordón; V. García Cañadas; JP. Castro González; JM. Andrade Muñoz
Hospital Universitario Virgen de Valme

Objetivos/Introducción

La calorimetría indirecta es el standard de oro para la medición precisa del gasto de energía en reposo. Permite mediciones metabólicas individualizadas para determinar los objetivos de energía y prescribir y administrar la terapia nutricional adecuada a cada paciente. El uso del monitor de calorimetría por parte de enfermería aporta valiosos datos para individualizar las pautas nutricionales del paciente crítico.

Tratamos de describir e instruir en el manejo del monitor de calorimetría con objeto de protocolizar su uso en la unidad de cuidados críticos.

Metodología/Observación clínica

Partiendo del uso del monitor q-nrg+ (baxter y cosmed), monitor metabólico no invasivo para la realización de calorimetría, recomendada por las guías de nutrición de todo el mundo, incluidas las de la sociedad europea de nutrición clínica y metabolismo (espen) y la sociedad americana de nutrición parenteral y enteral (aspen) trataremos de instruir a enfermería en su manejo y en el uso de los datos obtenidos para la optimización de la nutrición de nuestros pacientes críticos.

Resultados/intervenciones

Realización de talleres teórico-practicos para familiarización y posterior protocolización del uso del monitor para calorimetría indirecta, asi como la correcta interpretación y manejo de los datos obtenidos.

Conclusiones

El hecho de estandarizar la obtención de datos como: gasto calórico basal, estado nutricional, peso ideal, perfil metabólico y otros más obtenidos a través del uso del monitor de calorimetría, permitirá desarrollar planes individuales de apoyo nutricional y optimizarlos para mejorar el pronóstico y la recuperación del paciente crítico.

Palabras clave

Calorimetría indirecta • nutrición • metabolismo basal

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 125

¿ES SEGURO TRAGAR TRAS INTUBAR? DISFAGIA POSTEXTUBACIÓN

Marta Martín Lorenzo; P. Hernández Olmedo
Hospital Universitario de Móstoles

Objetivos/Introducción

La disfagia es la dificultad para transferir de forma segura y eficiente comida y líquidos de la cavidad oral al estómago. En UCI, la intubación orotraqueal y la traqueotomía son las principales causas, surgiendo el término disfagia postextubación. Ésta es una condición multifactorial por inactividad de la musculatura orofaríngea, lesión glótica, inflamación de la mucosa, daño en las cuerdas vocales y uso prolongado de analgosedación entre otras.Las principales consecuencias son: neumonía aspirativa, malnutrición y deshidratación aumentando la morbi-mortalidad y los costes sanitarios.Infradiagnosticada y con un registro de incidencia muy variable, 3-83%, por falta de consenso en la recogida de datos. El diagnóstico y tratamiento requiere una intervención multidisciplinar.

Objetivos: Determinar los métodos diagnósticos de la disfagia e identificar las actividades para su prevención y tratamiento en pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, CINAHL, UptoDate y Cochrane.

Criterios de inclusión: artículos publicados los últimos 5 años en inglés y español. Se localizaron 50 documentos, seleccionándose 25 artículos científicos.

Resultados/Intervenciones

Los métodos instrumentales de elección para el diagnóstico son el VFSS (Videofluoroscopic Swallowing Study) y el FEES (flexible endoscopic evaluation os swallowing).

En ausencia de test instrumentales o como primer paso en la detección, el personal formado en disfagia puede realizar el test V-VST. VOLUME-VISCOSITY SWALLOW.

El test de EVANS (azul de metileno) se usaría para pacientes traqueostomizados.

Las actividades para la mejora de la disfagia incluyen: fisioterapia respiratoria y en la musculatura oral y faríngea; adaptación de la textura de los alimentos y tamaño del bolo; reposicionamiento postural y neuroestimulación.

Conclusiones

Sería recomendable la creación de un equipo multidisciplinar, con la presencia de personal formado en disfagia. La enfermería en este aspecto es esencial al estar en contacto continuo con el paciente.

Es necesario también un protocolo estandarizado para su reconocimiento y tratamiento precoz.

Palabras clave

Disfagia • Ventilación mecánica • Diagnóstico • Tratamiento

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 127

DETECCIÓN DE GLOBO VESICAL ANTE SOSPECHA DE RETENCIÓN URINARIA AGUDA MEDIANTE ECOGRAFÍA REALIZADA POR ENFERMERÍA

Pedro Pardilla Gallego; L. Curiel Vergara; N. Ferreira Campaña
Hospital Dr. Peset

Objetivos/Introducción

Aumentar la seguridad y calidad de la atención al paciente mediante la confirmación de RAO, evitando sondajes vesicales innecesarios que aumentan el riesgo de infección.

La retención urinaria aguda (RAO) es la urgencia urológica más frecuente.Afecta alrededor del 10% de hombres mayores de 70 años y alrededor del 33% de mujeres mayores de 80 años en los próximos 5 años. Después de la cirugía, la incidencia de RAO en pacientes sin antecedentes urológicos varía entre el 15% y el 67%.

Metodología/Observación clínica

- Necesidad nº3 según patrones V.Henderson: “Necesidad de eliminación”
- **Fase de Valoración:** Paciente en anuria durante un tiempo determinado: sospecha diagnóstica de RUA o de mal funcionamiento de la sonda vesical.
- **Fase de Actuación:**
  1. Informar y preparar al paciente
  2. Realización de ecogafría (Póster infografía)
  3. Toma de decisiones.

Resultados/Intervenciones

NANDA 00004 Riesgo de infección r/c sondaje vesical permanente.

NOC 1908 Detección del riesgo de infección

NIC 6540 Control de las infecciones

Conclusiones

La ecografía para evaluar la vejiga en casos de Retención Aguda de Orina evita cateterismos innecesarios, reduciendo infecciones y costos hospitalarios. Es un método seguro, indoloro, fácil de aprender, y los equipos de ultrasonografía son comunes en hospitales. Se sugiere su generalización en la práctica de enfermería para mejorar la seguridad y calidad de la atención al paciente.

Palabras clave

Retención urinaria • Infección urinaria • Sondaje vesical • Ecografía

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 134

IMPLANTAR EL PROTOCOLO DE ADMINISTRACCIÓN DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA (DDS) EN LA UCI CAUPA "PROYECTOS ZERO"

Esther Cabo Garrote; Y. Ferrer Lanchares; C. Vergara Pérez; S. Pérez Gutiérrez
CAUPA

Objetivos/Introducción

La descontaminación digestiva selectiva (DDS) es un procedimiento de prevención de las neumonías asociadas a la ventilación mecánica (NAVM), cuyo fin es la eliminación de microorganismos potencialmente patógenos del tracto digestivo del paciente, combinando antibióticos no absorbibles con parenterales.

Nuestro objetivo principal es crear e implantar el protocolo DDS en la UCI del CAUPA, desarrollado dentro del proyecto "Neumonía Zero" (NZ), tras el relanzamiento de los "Proyectos Zero" (PZ), para disminuir los episodios de NAVM en pacientes hospitalizados en UCI, con el fin de reducir a un 75% la incidencia de neumonías y a un 25% la mortalidad en los pacientes con ventilación mecánica (VM).

Metodología/Observación clínica

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar (intensivista, enfermeras, TCAEs), nombrando dos responsables en enero de 2023, y dividiendo el trabajo por objetivos a cumplir.

Este protocolo se realizó en marzo, tras una revisión bibliográfica: MEDLINE, Pubmed, SCIELO y PZ (NZ); siguiendo la estructura: definición, objetivos, ámbito de aplicación, personal que lo realiza, recursos necesarios, técnica, observaciones, registro, diagrama de flujo, anexos y bibliografía.

Resultados/Intervenciones

Antes de su implantación, se impartieron sesiones formativas teórico-prácticas a todo el personal de la unidad, entre abril y junio del 2023, que se seguirán repitiendo a las nuevas incorporaciones. El protocolo se implantó en julio y, actualmente, se está a la espera de los datos recogidos.

Conclusiones

Debido al relanzamiento de los PZ en las UCIs españolas, nuestra UCI presentó la necesidad de desarrollar nuevos protocolos para cumplir los objetivos marcados, creándose grupos de trabajo como el de NZ. Basándonos en el Decálogo de medidas obligatorias del proyecto NZ, la DDS presenta una clara evidencia científica y es de obligatoria implantación. Gracias al trabajo en equipo e interdisciplinar de la unidad, y su buena disposición, se está facilitando dicha implantación.

Financiación

No

Palabras clave

Protocolo • Descontaminación digestiva selectiva (DDS) • Neumonía Zero • Proyectos Zero • UCI

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 150

MANEJO Y MANTENIMIENTO DE ACCESOS VASCULARES EN CUIDADOS INTENSIVOS: CLAVE PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS

Sara Acero Bello; B. Delgado Larrode
Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza

Objetivos/Introducción

Las bacteriemias asociadas a catéteres en las unidades de cuidados intensivos son un problema de gran relevancia. Las cifras de bacteriemia en el bloque de intensivos del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en el año 2022, revelan cifras preocupantes. Por ello, se crea un grupo de trabajo con el objetivo de mejorar las prácticas de mantenimiento y cuidados de estos catéteres.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio observacional retrospectivo, comparando los datos de bacteriemia asociada a catéter en 2022 y en 2023 tras la integración de una serie de medidas basadas en la evidencia científica más reciente. Estas medidas se trasmiten a traves de formaciones en forma de cursos presenciales y de forma visual con píldoras de información.

Los datos acerca del número de bacteriemias se obtuvieron del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

Resultados/Intervenciones

Las medidas a implantar fueron las siguientes: Antisepsia de la piel con clorhexidina alcohólica 2%.

Manipulación de conexiones y puntos de inyección del catéter con alcohol de 70º.

Uso de apósitos de clorhexidina.

Sustitución de equipos de infusión, alargaderas y conectores con una frecuencia de 7 días, excepto nutrición parenteral que será cada 24 horas y de emulsiones lipídicas cada 12 horas.

Mantenimiento de apósitos semipermeables transparentes hasta 7 días siempre que no estén sucios, despegados o con restos de sangre. En el caso de apósitos de gasa máximo 48 horas.

Lavado de catéteres con técnica push-stop-push.

Sellado con presión positiva.

Uso de sistemas de fijación adhesiva.

Uso de ecografía durante la inserción del catéter

Tras comparar los datos de bacteriemia entre los años 2022 y 2023 se observa una disminución de incidencia acumulada global anual del 1,49%.

Conclusiones

La formación actualizada y continua de los profesionales es fundamental para realizar unos cuidados de calidad basados en las mejores prácticas clínicas y así, conseguir una disminución de las bacteriemias asociadas a catéteres que en gran medida son prevenibles.

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

BLOQUE DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA														Incidencia Acumulada /100 ingresos
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total	
BRC = Bacteriemia relacionada con catéter	2022	3	4	3	3	2	3	10	4	4	3	1	13	53	2,82%
BOD = Bacteriemia de origen desconocido	2022	1	2		1		1	1	1	1	3	2	2	15	0,80%
	Total	4	6	3	4	2	4	11	5	5	6	3	15		**Total 3,62%**
BRC = Bacteriemia relacionada con catéter	2023		1	3	1	1	1	1	1		1	2		12	0,64%
BOD = Bacteriemia de origen desconocido	2023	1	2	5	3	5	2	2	2	2	1	2	1	28	1,49%
	Total	1	3	8	4	6	3	3	3	2	2	4	1		**Total 2,13%**

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 152

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON SOSPECHA O DIAGNÓSTICO DE SEPSIS EN LA GAICR. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PUESTA EN MARCHA DEL CÓDIGO SEPSIS

M. del Prado Peinado Peral; H. Abdel-Hadi Álvarez; C. Carrero Ruiz; I. Talavera Blanco; M. Herrera del Campo; AB. Aguirre Romero; R. Sánchez García; MM. Montero Trujillo; JF. Muñoz Moreno; A. Puebla Martín
Hospital Universitario Ciudad Real

Objetivos/Introducción

Promover la sensibilización y la mejora del conocimiento sobre la importancia de la prevención, la identificación y el tratamiento precoz de la sepsis.

Estandarizar el manejo de los pacientes con diferentes grados de sospecha o confirmación de sepsis. Identificar precozmente a pacientes con sospecha o confirmación de sepsis. Garantizar diagnóstico y tratamiento precoz. Asegurar el soporte asistencial diario y su seguimiento durante el ingreso hasta el término del proceso. Favorecer la desescalada y secuenciación antibiótica. Reducir la morbimortalidad de los pacientes con sepsis. Reducir el coste asistencial.

Metodología/Observación clínica

Se incluirán como código sepsis los paciente ingresados en urgencias u hospitalización con al menos dos criterios de la escala qSOFA. El personal de enfermería y/o médico de hospitalización o urgencias avisará al personal de enfermería específico del código.

Resultados/Intervenciones

La “campaña sobreviviendo a la sepsis” recomienda la creación de equipos multidisciplinares para la pronta atención del paciente séptico. Las intervenciones serán: Medida del lactato sérico, extracción de muestras de cultivos sospechosas de foco de infección, la pronta resucitación mediante cristaloides, el inicio de la antibioterapia lo más dirigida posible en la primera hora de actuación como medida más importante, control o drenaje del foco de infección, y finalmente, si el paciente evoluciona desfavorablemente, el inicio precoz de drogas vasoactivas y traslado a la unidad cuidados intensivos.

Conclusiones

Tanto la “Campaña sobreviviendo a la sepsis” a nivel mundial, como el documento de consenso de código sepsis avalado por el ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad, ponen énfasis en la importancia del inicio precoz en la atención de esta patología para disminuir su morbimortalidad. La activación y ejecución del código sepsis disminuye la morbimortalidad de esta patología.

Financiación

Propia

Palabras clave

GAICR gerencia atención integral de Ciudad Real • códico sepsis • Q-sofa

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 199

ATENCIÓN EMERGENTE A UNA PACIENTE CON MALESTAR GENERAL Y POSTERIOR PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN DOMICILIO

Juan José Rodriguez Mondéjar[1]; FJ. López Alacid[2]; FJ. Paredes Pérez[3]; JM. Martínez Oliva[3]; C. Alonso Villa[4]; CM. Cerezo Franco[5]; JM. Almagro Ruiz[3]; L. Rabal Alonso[3]

1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Región de Murcia. SMS; 2. Facultad de Enfermería UMU. IMIB Arrixaca, UCI. HGU Reina Sofía. Área VII Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud; 3. UCI. HGU Reina Sofía. Área VII Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud; 4. HGU Reina Sofía. Área VII Murcia Este. Servicio Murciano de Salud; 5. HGU Reina Sofía. Gerencia Área VII Murcia Este. SMS

Objetivos/Introducción

El motivo de aviso al 112 por malestar general y/o pérdida de la consciencia es frecuente y en algunos casos también emergente.

Este caso real no hubo anamnesis por limitación para comunicarse con el familiar acompañante y se actuó sin saber las causas reales.

El objetivo se centra en mantener viva a la paciente mientras se obtienen datos clínicos y se puede actuar ante los factores causales aplicando “in situ” soporte vital avanzado

Metodología/Observación clínica

A la llegada del equipo de emergencias al domicilio el paciente está inconsciente en el suelo, no responde a estímulos y se presencia parada cardiorrespiratoria.

La paciente es autónoma, 56 años, como antecedentes síndrome ansioso-depresivo e hipertensión arterial tratadas. Hace 10-12 días extracción dental (pieza 47). Se encuentra barrera comunicativa con el familiar conviviente.

Los patrones funcionales están sin cubrir los más básicos, es incapaz de realizar ninguna actividad ni de conectar con el medio.

Estimaciones éticas: se ha guardado el derecho a la intimidad, así como la protección de datos personales.

Resultados/Intervenciones

Se realiza soporte vital avanzado por asistolia, tras 8 minutos y dos adrenalinas se recupera pulso espontáneo. Se traslada a UCI intubada y monitorizada.

Toma de constantes vitales obteniendo: FC 100 l/m, FR 12 r/m, saturación de oxígeno distal 94%, presión arterial 84/50 mmHg, temperatura 35,8ªC. Glucemia de 110 mg.

Prioridades: RCPA para asistolia. Analgosedación y Ventilación mecánica invasiva.

Administración de fluidos cristaloides por hipotensión arterial.

Se observa inflamación en la base de la mandíbula y a la palpación da sensación sugiere absceso o tumoración. Se realiza registro de las actuaciones en el domicilio. En la UCI hospitalaria se solicita analítica y TAC urgente, se observa enfisema bilateral, absceso en base mandibular, mediastinitis necrotizante de origen dentario, y shock séptico. Plaquetas 37.000, leucocitos 2.700.

Conclusiones

Paciente complejo con cuadro de sepsis de origen dentario en situación avanzada y que presentó parada cardiorrespiratoria domiciliaria recuperada.

Financiación

No ha existido ningún tipo de ayuda económica

Palabras clave

Mediastinitis necrosante descendente • cuidados críticos • Angina de Ludwig • Absceso odontogénico

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 200

MANEJO DE LA DISFAGIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Maria de los Ángeles Risco Guerrero; B. de las Heras López-Cordón; V. García Cañadas; JP. Castro González; JM. Andrade Muñoz
Hospital Universitario Virgen de Valme

Objetivos/Introducción

La disfagia es un trastorno de deglución que presentan muchos de los pacientes criticos que han sido sometidos a una intubación orotraqueal prolongada. Su presencia dificulta la evolución clínica, pues se asocia a una mayor incidencia de neumonía, reintubación y morbimortalidad.

Por ello es importante realizar un seguimiento de estos pacientes y la creación de un protocolo para enfermería de detección de disfagia. El objetivo será mejorar la deglución y mantener una nutrición e hidratación adecuadas, reduciendo el riesgo de aspiración y desnutrición intrahospitalaria.

Metodología/Observación clínica

La detección temprana mediante un algoritmo bien definido, podría mejorar la calidad de estos pacientes y reducir las complicaciones. Con este fin se realizan pruebas como el MECV-V(método de exploración volumen-viscosidad), para observar alteraciones en la deglución.

Resultados/Intervenciones

El establecimiento de un protocolo para detección de disfagia en pacientes criticos se ha demostrado eficaz para evitar complicaciones, por ello estableceremos un programa de formación, desarrollo y seguimiento del mismo.

Conclusiones

El manejo por parte de enfermería del protocolo de inicio de alimentación en los pacientes recién extubados, surge con la finalidad de detectar y manejar la disfagia. Así como disminuir complicaciones, costes y estancia hospitalaria.

Palabras clave

Disfagia • Deglución • Unidad de cuidados intensivos • Extubación • Consistencia

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 205

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE PROCESO PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Abel Miranda Reyes; J. Sacanell Silvestre; A. Jiménez Valenzuela; MI. Mirabete Rodríguez; N. Calpe Damians
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos/Introducción

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) se desarrolla en el paciente después de 48h de inicio de la ventilación mecánica conllevando un aumento de la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y supone un aumento de la morbimortalidad y de los costes asociados.

Diferentes sociedades científicas destacan la importancia de aplicar un paquete de medidas con altogrado de evidencia para prevenirla.

El personal de enfermería es responsable, en gran medida, del cumpliemiento de las recomendaciones básicas (de obligado cumplimiento) y su implementación estandarizada en los cuidados.

Objetivo: Analizar la evolución del grado de cumplimiento de los diferentes indicadores de procesos realizados durante los cuidados de enfermería de la práctica diaria, destinados a la prevención de la NAV.

Metodología/Observación clínica

Se llevó a cabo un análisis descriptivo retrospectivo, desde 2021 al 2023, de los indicadores de cumplimiento registrados en la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Los cuidados analizados fueron: elevación de cabezal de cama >30 grados, control de la presión del neumotaponamiento 1 vez/turno e higiene bucal con solución de clorhexidina 1 vez/turno.

Los datos fueron analizados por enfermeras del grupo de trabajo “Stop Infection”.

Resultados/Intervenciones

Fueron incluidos en el estudio 36 cortes de calidad, 12 de cada año a estudio. En referencia a la elevación del cabezal el cumplimiento fue del 43,5% en 2021, 51,2% en 2022 y un 51,6% en 2023.

En el control de la presión del neumotaponamiento fue del 95%, 95,1% y 94,6% respectivamente.

En cuanto al cumplimiento de higiene bucal fue del 95,3%, 93,8% y 93,7% respectivamente.

Conclusiones

El grado de cumplimiento en dos de los indicadores superó el 90% en todos los años.

Es necesaria la realización de acciones formativas periódicas sobre medidas básicas.

Se han incorporado diferentes acciones de mejora como el uso de aspiración continua de secreciones subglóticas y sistema de medición continua de la presión del neumotaponamiento.

Financiación

No existe financiación.

Palabras clave

neumonía • ventilación mecánica • cuidados enfermería

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 215

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA EN LA REALIZACIÓN DE HEMOCULTIVOS SOBRE LA INCIDENCIA DE MUESTRAS CONTAMINADAS

María Isabel Mirabete Rodríguez; AP. Cortés Palacios; M. Sonsoles Píriz Marabaján; J. Sacanell Silvestre
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos/Introducción

La obtención de hemocultivos contaminados constituye un riesgo para el paciente y su tasa no debería superar el 3% del total.

El objetivo del estudio es analizar el impacto de la implementación de medidas para reducir el número de falsos positivos en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, prospectivo y de intervención con análisis de las tasas de contaminación antes y después de la implementación de las siguientes medidas: cambio del material de punción, encuesta al personal enfermero sobre conocimiento y actitudes entorno a la técnica y posterior taller formativo, correos informativos y elaboración de una hoja de registro.

Resultados/Intervenciones

En el primer cuatrimestre de 2022 la incidencia de hemocultivos contaminados fue del 5,8%. Después del cambio del material fungible de punción, disminuyó al 4,2%.

Posteriormente se elaboró una encuesta, respondida por 65 enfermeras, constatándose que los errores por desconocimiento de aspectos concretos del protocolo fueron los más frecuentes. Con esos resultados se diseñó y realizó un taller formativo consiguiendo que en el primer cuatrimestre de 2023 la incidencia disminuyera al 3,8%. Se enviaron correos informativos. En el segundo cuatrimestre de 2023 la incidencia se incrementó al 4,5%. En ese momento se elaboró una hoja de registro y seguimiento de los hemocultivos implementada por el profesional responsable de realizarlos, observándose en el tercer cuatrimestre un descenso al 3% del índice de contaminación.

Conclusiones

El análisis de las causas, la adecuación del material, la formación del personal en base a déficits observados, y la asunción de la propia responsabilidad en el registro y seguimiento de los hemocultivos, han sido las intervenciones más eficaces para conseguir la disminución de las tasas de contaminación.

Palabras clave

hemocultivo contaminado • programa formativo

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 223

INTERVENCIONES ENFERMERAS A UNA PACIENTE CON SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina González Pasarín; V. Peinado García; I. Carmona Delgado; C. Cuzco
Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos/Introducción

La linfohistiocitosis hemofagocítica, también conocida como síndrome hemofagocítico, es un síndrome hiperinflamatorio poco común en adultos y potencialmente mortal, causado por una activación excesiva del sistema inmune. Los principales factores desencadenantes son las infecciones y las neoplasias malignas. Este síndrome se superpone clínicamente con la sepsis lo que puede provocar un retraso en el diagnóstico y un mal pronóstico. De allí la importancia de la identificación y desarrollo de un plan de cuidados.

Metodología/Observación clínica

Se presenta un plan de cuidados de una señora de 48 años con síndrome hemofagocítico, sospecha de síndrome de Sjögren, sospecha de lupus eritematoso sistémico, hemorragia subaracnoidea espontánea, osteoporosis, gastritis erosiva, fibrilación auricular, rinitis y conjuntivitis alérgica crónica y diástasis de los rectos abdominales; que ingresa en la unidad de cuidados intensivos por una reactivación del síndrome hemofagocítico con pancitopenia, insuficiencia hepática aguda y afectación mucocutánea.

Resultados/Intervenciones

Se realizó una valoración enfermera siguiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson donde se identificaron 6 necesidades alteradas: comer y beber, eliminación, moverse, reposo/sueño, higiene/piel, evitar peligros/seguridad y creencias/valores. Se priorizaron once diagnósticos según la taxonomía NANDA. Ver tabla adjunta.

Conclusiones

La elaboración y aplicación del plan de cuidados enfermeros siguiendo la taxonomía NANDA-NOC-NIC proporciona un marco estructurado y estandarizado que facilita el registro, ayuda a individualizar y planificar los cuidados enfermeros, permitiendo realizar el seguimiento de la evolución de la paciente para lograr una atención sanitaria segura y de calidad.

La escasez de publicaciones similares de casos con este síndrome nos ha dificultado comparar las intervenciones enfermeras realizadas. Por ello, es necesario la difusión de este tipo de casos clínicos que permitan compartir conocimientos actualizados y brindar los mejores cuidados basados en la evidencia científica.

Financiación

No financiación.

Palabras clave

Cuidados Críticos • Intervención enfermera • Linfohistiocitosis Hemofagocítica • Plan de Cuidados Enfermero • Síndrome Hemofagocítico • Unidad de Cuidados Intensivos

sigue –>

Comunicaciones póster

Tabla adjunta:

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
00002 Desequilibrio nutricional inferior a las necesitades corporales	2102 Nivel del dolor	2300 Administración de medicación
00085 Deterioro de la movilidad física	1616 Rendimiento de los mecanismos corporales	1800 Ayuda con el autocuidado 840 Cambio de posición 140 Fomentar la mecánica corporal
00045 Deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral	1100 Salud oral	1730 Restablecimiento de la salud bucal
00046 Deterioro de la integridad cutánea	0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	740 Cuidados del paciente encamado
00108 Déficit de autocuidado en el baño	0208 Movilidad	1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene 1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación 1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal
00304 Riesgo de lesión por presión en el adulto	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	1750 Cuidados perineales 2310 Administración de medicación: oftálmica 2316 Administración de medicación: tópica 740 Cuidados del paciente encamado 1100 Manejo de la nutrición
00004 Riesgo de infección	1902 Control del riesgo	6540 Control de infecciones
00303 Riesgo de caídas del adulto	1939 Control del riesgo: caídas	6490 Prevención de caídas
00132 Dolor agudo	1211 Nivel de ansiedad	2300 Administración de medicación 7560 Facilitar las visitas 6482 Manejo ambiental: confort 1850 Mejorar el sueño 6680 Monitorización de los signos vitales
	2102 Nivel del dolor	2300 Administración de medicación 840 Cambio de posición
00206 Riesgo de sangrado	0409 Coagulación sanguínea	4010 Prevención de hemorragias
00291 Riesgo de trombosis	1932 Control del riesgo: trombos	4110 Precauciones en el embolismo

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 257

EVALUACIÓN Y MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE CRÍTICO

Laura Doménech Moral; A. Puertas Sanjuán; E. Gallart Vive; A. Nieto Ruiz; L. Vidal Tarrason; S. Carmona Toledo; A. Monnt Bonada; M. Queralt Gorgas Torner
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

El estreñimiento es una complicación común en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI), y este síntoma puede empeorar su condición.

El objetivo de este estudio es evaluar el manejo del estreñimiento en los pacientes críticos e identificar y evaluar sus causas y consecuencias.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en una UCI de un hospital de nivel terciario. Se realizaron dos cortes transversales para recopilar variables demográficas, enfermedad, tipo de nutrición enteral, factores que contribuyen al estreñimiento (regímenes de tratamiento, estado clínico y dispositivos), historia de deposiciones y medidas correctivas. Se definió el estreñimiento como "ausencia de heces después de 3 días desde el inicio de la nutrición enteral".

Resultados/Intervenciones

Los resultados, basados en 43 pacientes con una edad media de 57±13.4 años y una estancia media de 23±16.7 días, revelaron una predominancia de los grados de movilidad 0 y 2 (37.21%; 25.58%), con un notable 81.40% de pacientes bajo ventilación mecánica. Los motivos de ingreso más comunes fueron insuficiencia respiratoria (46.51%), shock séptico (25.58%), y neurológico (23.26%).

En el análisis, se encontró que 25 pacientes (58%) padecían estreñimiento, con una media de días desde la última deposición de 2.9±2.6 días y un máximo intervalo entre deposiciones en la última semana de 3.9±2.3 días. El 53.49% de los pacientes recibía tratamiento con opioides, de los cuales el 73% experimentó estreñimiento.

Las medidas correctivas más empleadas fueron laxantes (26%) y enemas (16%). La prevalencia de estreñimiento fue elevada en ambos grupos (72%; 71%).

Conclusiones

Es importante prestar especial atención a pacientes con medicación propensa al estreñimiento como los opioides, promoviendo el uso de dietas ricas en fibra desde el inicio de la nutrición y aplicando de forma temprana y combinada laxantes y procinéticos. La elaboración de un protocolo para la profilaxis y manejo del estreñimiento en pacientes de UCI sería sumamente beneficiosa.

Palabras clave

estreñimiento • nutrición enteral • laxante

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 315

SECI Y EL ACCESO VENOSO AL ALTA DE UCI

M. DEL PRADO PEINADO PERAL; C. Carrero Ruiz; I. Talavera Blanco; JF. Muñoz Moreno; S. García del Castillo Muñoz; H. Abdel-Hadi Álvarez; A. Puebla Martin; N. Díaz Barajas; L. Segovia García de Marina
Hospital Universitario Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El acceso venoso al alta de UCI (Unidad de Cuidados intensivos) es un aspecto fundamental a considerar por parte del personal de enfermería de la UCI. La elección del catéter más apropiado para el paciente, según tratamiento prescrito, tiempo previsible de ingreso en planta de hospitalización y capital venoso del paciente es una tarea compartida entre la enfemera del SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos) y la enfermera encargada del alta del paciente.

Metodología/Observación clínica

El SECI se crea en nuestro hospital hace aproximadamente 2 años y en nuestra cartera de servicios una de las funciones a desarrollar es:Seguimiento de los pacientes dados de alta de la UCI y Reanimación que lo requieran. Inserción de DAV (PICC, Midline, Mini-Midline) y seguimiento de CVC. El 67,3 % de los catéteres que seguimos en SECI, son catéteres de pacientes ingresados en UCI.

Resultados/Intervenciones

La necesidad de limitar las complicaciones asociadas a estos dispositivos, el correcto uso de estos catéteres, el dominio en la implantación y el conocimiento de las características de los diferentes tipos de catéteres disponibles configuran un panel de decisiones a la hora de dar el alta al paciente. Esta tarea es asumida por la enfermera del SECI, recomendando e insertando si es necesario el catéter más adecuado a las características del paciente, siendo el objetivo último preservar el capital venoso del paciente aumentando así por tanto la calidad asistencial.

Conclusiones

Evitar bacteriemias así como la preservación del capital venoso de nuestros pacientes hacen de esta función desarrollada por el SECI immprescindible para mejorar la calidad en la atención de nuestros pacientes cuando salen de la UCI. Por otro lado, asumir la implantación de los catéteres centrales pedidos vía interconsulta a la UCI también es asumida en buena parte por la enfermera de SECI.

Financiación

Propia.

Palabras clave

SECI • Capital Venoso • DAV

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 353

CASO CLÍNICO: PLASMAFÉRESIS EN SHOCK SÉPTICO

Helena Pozo Romero; A. Montemuiño Chulian; I. Crespo Martínez; AR. Benítez Grande
Hospital Punta Europa

Objetivos/Introducción

El tercer caso fue una paciente de 17 años procedente de Francia, con barrera linguistica, con un shock séptico secundario a una infección por Escherichia coli enterotoxigénica cepa shiga….., con una evolución tórpida, con un fracaso renal asociado y una trombopenia severa. Ante la posibilidad de estar ante una PTT (trombocitopenia persistente) y dada su alta morbilidad se decide realizar PMF de forma preventiva hasta realizar el diagnóstico de certeza de la enfermedad. Durante la primera sesión realizada con plasma fresco congelado, en los primeros segundos del recambio la paciente presento un shock anafilático precisando de parar la terapia y pautar tratamiento.

Tras esto se decidió realizar la segunda y tercera sesión con recambio de albúmina que transcurrió sin incidencias. Finalmente los resultados de las pruebas resultaron negativos para PTT, y dada la buena evolución de la paciente se decide no realizar más sesiones.

Metodología/Observación clínica

Juicio Clinico: Shock séptico secundario a GEA.

Resultados/Intervenciones

Intervenciones de Enfermería:

- Manejo de la técnica de plasmaféresis y TRRC (Terapia de reemplazo renal continuo).
- Colaboración en técnicas invasivas (VVC, Shaldom, arteria)
- Colaboración en IOT (Intubación orotraqueal)
- Cuidados del paciente critico.Humanización familiar.

Conclusiones

De forma general se produce una clara mejoría de la paciente en cuanto a su estado hemodinámica y sus valores analíticos. En base a la experiencia de nuestra unidad con las terapias de remplazo renal, la plasmaféresis supone una técnica con un manejo sencillo, siendo fundamental conocer sus indicaciones.

Palabras clave

Sepsis • GEA • Plasmaferesis • Renal • Hemofiltración

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 355

CÓMO VIVEN LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES EN EL PROCESO DE FINAL DE VIDA?

Sandra Reus Bort; S. García de Castrillón Ramal; X. Andorrà Sunyer; M. Batlle Solà; M. Capdevila Casòliva
Sant Joan de Déu Manresa-Althaia

Objetivos/Introducción

Las unidades de Cuidados Intensivos no siempre están orientadas al acompañamiento emocional y psicológico a los familiares y pacientes en etapas de final de vida. Tanto el espacio, como los protocolos y las habilidades de los profesionales van dirigidos a la curación del paciente, aunque la UCI es un lugar donde la muerte y el luto son frecuentes.

Los profesionales que trabajan en estas áreas a menudo exclaman su falta de capacitación o de formación para el acompañamiento a familiares y pacientes en estas situaciones.

El objetivo de este estudio es conocer cómo los profesionales de nuestro servicio viven este acompañamiento y en qué ámbitos se puede mejorar con el fin de abogar por formación específica.

Metodología/Observación clínica

La población de estudio serán los profesionales de enfermería, TCAI y médicos que trabajan en una UCI polivalente de Manresa, que consta de 20 camas (12 en UCI y 8 en Semicríticos).El diseño de este estudio será de tipo cualitativo. Se realizarán entrevistas a los profesionales de la unidad y se analizarán con la herramienta Atlas.ti.

Autorización director

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES X. *Sala 121*

ID 364

UCI SIN AGUA. ANALISIS DE LAS INFECCIONES Y COLONIZACIONES POR BACTERIAS TRAS LA INTRODUCCION DE LA HIGIENE SIN AGUA

José Eugenio Martínez Abril; E. Andreu Soler; MC. Fernández López
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos/Introducción

En los últimos años aumenta en las UCIs la estrategia de la higiene sin agua, refiriéndonos a las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) se demuestra que lavabos, palanganas… son reservorios y estructuras de biofilms que albergan microorganismos patógenos. En la UCI objeto de estudio se observa tasas elevadas de bacteriemia relacionada con el catéter, de infecciones del tracto urinario y de resistencias bacterianas según el registro ENVIN. El objetivo es reducir el número de infecciones y colonizaciones por bacterias multirresistentes (BMR) cambiando las estrategias del uso del agua.

Metodología/Observación clínica

Se decide llevar un estudio piloto en un Box de 10 camas de UCI, de abril a noviembre de 2019. Se adopta en estas camas una nueva estrategia, retirar la higiene con agua y sustituirla por higiene con toallitas, se mantiene la descolonización universal con clorhexidina. Se cierra lavabos y grifos de camas.

Tras este periodo se analiza el registro ENVIN del periodo estudiado con el mismo periodo de los años 2017 y 2018.

Resultados/Intervenciones

El número de infecciones totales es de 73 en 2017, 73 en 2018 y 62 en 2019. De esas infecciones el número de bacteriemias es de 19 en 2017, 20 en 2018 y 10 en 2019. En cuanto al número de colonizaciones por BMR: 24 en 2017, 7 en 2018 y 8 en 2019.

Conclusiones

En el periodo de estudio se observa reducciónes del 15% de infecciones y del 50% en bacteriemia. Las colonizaciones apenas varian.

La prueba del Chi cuadrado aplicada a la incidencia de bacteriemia permite rechazar la hipótesis nula con un nivel de significación del 95%, por tanto, la disminución del número de bacteriemias está relacionada con la higiene sin agua.

Se concluye que la nueva estrategia mejora la incidencia de bacteriemia, posiblemente por menor contaminación de accesos venosos. Se va a hacer extensible al resto de UCI.

Financiación

El presente estudio no ha recibido financiación de ningun organismo.

Palabras clave

uci • higiene • agua • envin. bacteriemia • colonización • clorhexidina • toallitas

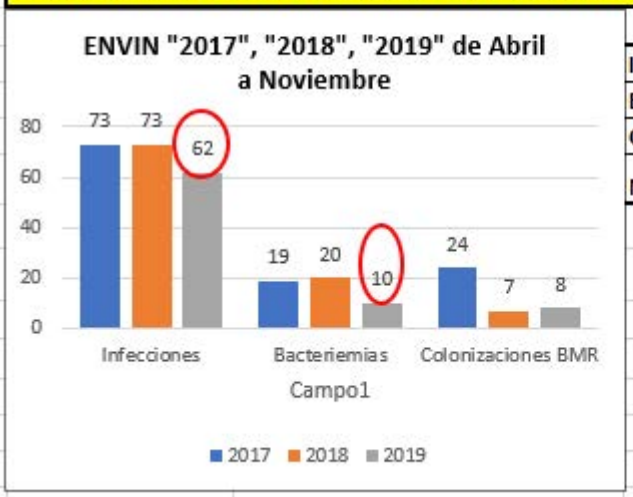
sigue –>

Comunicaciones póster

	HIGIENE CON AGUA 2017-2018	HIGIENE SIN AGUA 2019		
BACTERIEMIA SI	39	10	49	
BACTERIEMIA NO	441	247	688	
PACIENTES	480	257	737	TOTAL

La estadística de chi-cuadrado es 4.8345. El valor p es .027896. Significativo en p <.05.

La estadística de chi-cuadrado con corrección de Yates es 4.1764. El valor p es .040992. Significativo en p <.05.



	2017	2018	2019
Infecciones	73	73	62
Bacteriemias	19	20	10
Colonizaciones BMR	24	7	8
Número de pacientes.	230	250	257

$\chi 2$ es 4.8345
p es .027896.
Signif. en p <.05.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 5

¿PUEDE EL BUBBLE TEST SUSTITUIR LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PARA LA NORMOPOSICIÓN DE ACCESOS VASCULARES CENTRALES? AUMENTANDO LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES, REDUCIENDO LA RADIACIÓN

Rafael González Velasco; Y. Sánchez Tamayo; L. Castillo Muñoz; FJ. Cabello Montoro; GE. Calvo García; MJ. Bermejo Collado; Á. Gutiérrez Martínez; E. Rincón Recio; P. Arévalo Buitrago; S. Ferrero Castro
Hospital Universitario Reina Sofía

Objetivos/Introducción

Introducción: El Bubble Test (BT) es un método para la comprobación de la normoposición de la punta del catéter central que basa su principio en el Rapid Atrial Swirl Sign (RASS). El RASS es un signo ecográfico de turbulencia, o jet turbulento que se produce al visualizar ecográficamente el corazón en la aurícula derecha al inyectar una solución de 9cc de suero fisiológico más 1cc de aire.

Objetivo: Analizar el BT como método para la comprobación de la normoposición de la punta de catéteres venosos centrales.

Metodología/Observación clínica

Pregunta PICO, búsqueda MeSH; combinación operadores boleanos “AND” y “OR” en las principales bases de datos (Pubmed, Cuiden, Cochrane Library, Biblioteca Virtual de Salud y Redalyc) durante un periodo definido. Establecidos criterios inclusión y exclusión. Hecha lectura crítica según metodología CASPe para comprobar el rigor científico requerido para esta revisión narrativa.

Resultados/Intervenciones

Se encontraron un total 141 artículos. Tras revisión narrativa, inclusión y exclusión finalmente 17 han sido los articulos seleccionados(Ver Tabla Nº1 Adjunta). El BT es una modalidad diagnóstica precisa, económica y factible para detectar malposiciones de la punta de catéter. El uso de contraste (o el uso de soluciones mezcladas ligeramente con sangre) puede mejorar la ecogenicidad de la visión ecográfica. Que el BT sea más rápido que la RT, acelera la rapidez para la utilización del mismo. El BT reduce costos, tiempo y la exposición a la radiación de los pacientes.

Conclusiones

El BT resulta una prueba precisa, económica, rápida, no invasiva y segura para detectar malposiciones de la punta del catéter venoso central (de inserción periférica o central), que cuenta con una sensibilidad moderada y una alta especificidad. Como línea de investigación futura, es necesario aumentar los estudios que relación la aparición del jet de aire y el tiempo desde la instilación para poder determinar el grado de malposición.

Palabras clave

Catheterization • Central Venous / instrumentation • Microbubbles • Ultrasonography • Ultrasound microbubbles

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Tabla Nº 1 Síntesis de los Estudios seleccionados y sus principales resultados. Elaboración Propia

Autor	Año	Objetivos	Diseño	País/ Muestra	Resultados
Gidaro et al[21]	2023	Evaluar la factibilidad y variabilidad del BT en catéteres Midline	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	Italia/ 132 Pacientes	El BT tuvo una media en toda la población fue de 2,3 ± 0,8 segundos. El 32,8% de MC tenía un MBT ⩽2s.
Stefano et al[9]	2023	Medir las variaciones del tiempo de empuje a las burbujas a una distancia creciente de la unión cavoauricular, para verificar si un corte de 1-2 s corresponde a un catéter bien posicionado.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	Italia/49 Pacientes	El tiempo promedio de empuje a la burbuja cuando la punta del catéter estaba en la posición de referencia fue de 0,41 ± 0,21 s. La retracción del catéter PICC de 5 y 10 cm determinó un aumento significativo del tiempo de empuje: la diferencia de tiempo promedio fue de +0,34 entre P0 y P1 (distancia de 5 cm), y +0,77 entre P0 y P2 (distancia de 10 cm). Solo un 2,1% de los catéteres normoposicionados mostraron tiempos superiores a 1 segundo.
Gidaro et al[7]	2022	Establecer la concordancia del BT con la prueba del pulse wave.	Estudio de serie de casos	Italia/8 Pacientes	La concordancia entre métodos a través del estándar de referencia IC-ECG Vs MBT-PW y MBT Vs MBT-PW metódica fue satisfactoria.
Corradi et al.[18]	2022	Evaluar la utilidad de la ecocardiografía con contraste en la colocación de la punta del CVC.	Cohorte Observacional Prospectivo	Italia/ 111 pacientes	Se revelo un 67% de los catéteres bien colocados La ETE con contraste a través de la ventana bicava epigástrica fue el método más preciso. Con alta sensibilidad, especificidad y precisión.
D´Arrigo et al[14]	2021	Analizar el Bubble Test como método para usar CVC con complicaciones de funcionamiento.	Estudio de serie de casos	Italia/9 pacientes	La ubicación de la punta basada en ultrasonido con BT es una forma fácil y método en tiempo real, preciso y seguro para verificar la posibilidad de usar un CVC para la quimioterapia incluso en la ausencia de retorno sanguíneo.
Montrief et al[20]	2021	Confirmar la colocación de un CVC y evaluar las complicaciones posteriores al procedimiento.	Carta al director	EEUU	La ecografía es una solución rápida, económica y una modalidad precisa para confirmar la colocación de CVC y evaluar complicaciones postprocedimiento. Un estudio con BT puede confirmar la colocación venosa.
Zhang Jiale et al[16]	2019	Analizar la especificidad y la sensibilidad del BT modificada para identificar la punta de los catéteres venosos centrales insertados periféricamente (PICC) en función de la ubicación de la RX.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	China/120 pacientes	Hubo una correlación entre la densidad de microburbujas y la posición de la punta del catéter. La sensibilidad de la prueba de microburbujas para el posicionamiento de la punta del PICC fue del 95,7%, la especificidad fue del 89,7%, la tasa de diagnóstico erróneo fue del 4,4%, la tasa de diagnóstico erróneo fue del 10,3%, el valor predictivo positivo fue 94,3%, el valor predictivo negativo fue 92,1%.
Takeshita et al[13]	2019	Evaluar el BT es útil para confirmar la normoposición del catéter venoso periféricos en pacientes pediátricos.	Ensayo Clínico Aleatorizado	Japón/ 300 Pacientes	Se comprobó que los catéteres venosos periféricos estaban bien ubicados en 137 y 139 pacientes de los grupos M y S. En catéteres bien ubicados, las pruebas fueron positivas en el 100%
Iacobone et al 8	2019	Confirmar la eficacia del BT como técnica para verificar la ubicación de la punta del CVC en pacientes con arritmias.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	Italia/ 42 Pacientes	El Bubble Test detecto 2 malposiciones. En los PICCs, el Bubble Test fue positivo cuando se hizo con salino y aire. • Tiempo Bubble Test CVC: 0,89 ± 0,33s • Tiempo Bubble Test PICC 1,1 ± 0,20 s Diferencia de tiempo no fue estadisticamente significativa.
Smit et al[10]	2018	Sintetizar la información sobre la detección de complicaciones relacionadas con el CVC y la colocación incorrecta mediante ecografía.	Revisión Sistemática/ Metaanálisis	Países Bajos/ 2.548 Pacientes	25 estudios, 2548 pacientes y 2602 colocaciones de CVC. El análisis arrojó un conjunto de especificidad de 98,9, y sensibilidad de 68,2. La prevalencia de malposición de CVC y neumotórax fue de 6,8% y 1,1%, respectivamente. El tiempo medio para la realización de la ecografía fue de 2,83 min Vs 34,7 min Rx tórax. La ecografía vascular combinada con la ET fue la más precisa.
Passos et al[15]	2018	Evaluar la viabilidad de la colocación de catéter de diálisis tunelizado con ultrasonido.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	Brasil/56 Pacientes	Tasa Global de éxito 100% con una media de 1.16 (+-0.4) intentos. No incidencias de enrollamiento/torceduras, neumotórax o mal funcionamiento.
Korsten et al[2]	2018	Evaluación de la posición de la punta del CVC mediante BT.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	Suiza/100 pacientes	La sensibilidad global del RASS fue del 100%, la especificidad fue del 94,32%. Los VPP y VPN fueron 70,59% y 100%. La mediana de tiempo para la ET fue de 5 min Vs 49.5min para las RXs
Doctor et al[12]	2015	Describir la preferencia de profesionales con respecto al tipo de solución inyectada para el BT.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	EEUU/ Estudio en Animales (Cerdos)	Todos los médicos informaron una mayor ecogenicidad general, una mayor ecogenicidad máxima y una mayor preferencia personal por las soluciones que contienen sangre en porcentajes de mezclas bajos.
Meggiolaro et al[17]	2015	Evaluar la precisión diagnóstica y la reproducibilidad de la ecografía (US) y el Bubble Test para detectar malposiciones del CVC.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	Italia/ 105 Pacientes	La Rx de Tórax mostro una Sensibilidad 64% y una Especificidad del 100%. El BT arrojo una sensibilidad del 50% y una especificidad del 100%. Un valor de corte de 500 ms tenía una sensibilidad del 100% y una especificidad del 99% para la mala posición del CVC.
Duran-Gehring et al[11]	2015	Determinar si la ecografía confirma más rápido la posición del CVC en Vs con la RT.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	EEUU/ 50 Pacientes	Tiempo medio comprobación ecográfica 5 minutos con IC 95% (4.2-5.9) Vs. 28.2 minutos para la Rx Tórax.
Arellano et al[22]	2014	Examinar la viabilidad y la utilidad del uso de la ET para comprobar la normoposición del CVC.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	Canadá/ 100 Pacientes	La Aurícula derecha se visualizó el 94 % del tiempo con ET, y tanto las microburbujas como la guía se detectaron el 91 % (95 % IC 84 a 96) del tiempo.
Weekes et al[5]	2014	Confirmar la correcta posición de la punta de CVC mediante BT.	Estudio Cohorte Observacional Prospectivo	EEUU/142 Pacientes	Signo de RASS para las evaluaciones del CVC subclavio y yugular Vs Rx Tórax para determinar la malposición de la punta del catéter arrojan un 75% de sensibilidad, 100% de especificidad con un VPP 100% y VPN del 99.24%. El tiempo medio para el inicio de la turbulencia con solución salina fue de 1,1 segundos.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 39

MANEJO CONSERVADOR EN UCI EN PACIENTES CON HEMATOMA DE GANGLIOS BASALES ABIERTO A VENTRÍCULOS, A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Noelia Jiménez Lucas; Mercedes Fernández González
Hospital Clínico San Carlo

Objetivos/Introducción

- Identificar las necesidades alteradas del paciente neurocrítico siguiendo el modelo de Virginia Henderson.
- Elaborar un plan de cuidados enfermeros estandarizados.
- Realizar intervenciones enfermeras adecuadas para satisfacer las necesidades alteradas y alcanzar los objetivos.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un plan de cuidados estandarizado basado en las principales necesidades alteradas de Virginia Henderson, consultando bibliografía como NANDA, NOC, NIC y estudios previos en bases de datos (Scielo, Pubmed, Cuiden,....), centrándonos en los últimos 5 años; señalando criterios en relación con el tema a tratar: enfermería, críticos, neurocríticos, necesidades Virginia Henderson.

Resultados/Intervenciones

El caso clínico se trata de una mujer de 76 años que ingresa con bajo nivel de consciencia, y resultado de hematoma de ganglios basales derechos abierto a ventrículos, que tras valoración de neurocirugía colocan drenaje interventricular al no ser candidata a evacuación del hematoma en profundidad.

Debido a su bajo nivel de consciencia (Glasgow 6/15) y el trabajo respiratorio se decide intubación. Planteada necesidad de realización de traqueotomía con su familia, pero finalmente se decide que no es candidata de necesitarlo. El día 10 de ingreso se produce extubación, progresando a gafas nasales convencionales en los días siguientes. A nivel neurológico responde órdenes sencillas, presentando hemiparesia izquierda. A nivel digestivo precisó alimentación con nutrición enteral hasta que se tuvo conservada la capacidad de deglución.

Tras la llegada del paciente a la unidad, enfermería realiza una valoración según las necesidades de Virginia Henderson; en la cual se objetivan varias necesidades alteradas, de las cuales nos centramos en las que causan un compromiso vital.

Conclusiones

El personal de enfermería, con la evidencia más actual, identifica los problemas presentes causados por la patología; solucionando las necesidades alteradas durante su estancia, o disminuirlas al máximo previo al alta del servicio; dando la información necesaria al paciente y a la familia, adaptada a las capacidades que presentan.

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Necesidades de Virginia Henderson alteradas

1 NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

00031 Limpieza ineficaz de las víasaéreas r/c secreciones bronquiales m/p tos ineficaz.

00030 deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la relación ventilación/perfusión m/p frecuencia ritmo y capacidad respiratoria anormales.

NOC:
1.0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.
2.0403 Estado respiratorio: ventilación.

NIC
1.160 Aspiración de secreciones.
2.3150 Ventilación mecánica
3.3200 Monitorización respiratoria
4.3390 Ayuda a la ventilación.

2 NECESIDAD DE COMER

00002 Desequilibrio nutricional por defecto r/c disminución del nivel de conciencia m/p incapacidad para la deglución.

NOC
1.1004 Estado nutricional

NIC
1.1120 Terapia nutricional
2.1056 Alimentación enteral por sonda.

3 NECESIDAD DE MOVIMIENTO

00085 Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p enlentecimiento del movimiento.

00040 Riesgo de síndrome de desuso r/c inmovilización prescrita y alteración del nivel de conciencia.

NOC
1.0208 Movilidad
2.0204 Consecuencia de la inmovilidad.

NIC
1.0224 Terapia de ejercicios de movilidad articular.
2.07040 Cuidados del paciente encamado

4 NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (sondaje vesical).

00011 Extreñimiento r/c habitos de defecación irregulares m/p disminucón de la frecuencia.

NOC
1.0703 Estado infeccioso
2.0501 Eliminación intestinal

NIC
1.6550 Protección contra las infecciones.
2.1876 Cuidados del cáteter urinario.
3.0450 Manejo del estreñimiento-impactación

5 NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA

00005 Riesgo de desequilibrio de temperatura corporal r/c inactividad.

NOC
1.0800 Termorregulación

NIC
1.3900 Regulación de la temperatura.

6 NECESIDAD DE COMUNICACIÓN/RELACIÓN

00051 Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (intubación) m/p no poder hablar.

NOC
1.0903 Comunicación expresiva.

NIC
1.5606 Enseñanza individual.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 76

INSOMNIO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Julia Tarifa Álvarez; R. Sánchez Guerrero
Hospital Universitario de Badajoz

Objetivos/Introducción

El personal de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) está expuesto a niveles altos de estrés y presión, y el insomnio puede empeorar estos efectos aumentando el riesgo de errores o disminución en la calidad del cuidado que brindan a los pacientes.

Analizarlo en este grupo específico de profesionales de la salud puede ayudar a identificar las causas y factores de riesgo particulares que enfrentan.

El objetivo es estudiar la percepción del insomnio en el personal sanitario de UCI para proteger la salud y el bienestar de estos profesionales, optimizar su desempeño laboral y mejorar la calidad de la atención que brindan a los pacientes.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado un estudio correlacional de corte transversal en el que han participado un total de 111 profesionales de UCI de la provincia de Badajoz. Las categorías profesionales estudiadas fueron médica, técnica de cuidados auxiliares de enfermería y enfermería, siendo esta última muestra la más significativa.

Todos los participantes realizaron la escala ATENAS, compuesta por 8 ítems de respuesta tipo Likert: los cuatro primeros abordan el dormir cuantitativamente, el quinto su calidad, y los últimos tres, el impacto diurno.

Resultados/Intervenciones

En la esfera de la percepción cuantitativa destaca que el 40% indica retraso en la inducción al sueño. En el apartado donde se señala la calidad del dormir, un 51% denota que es ligeramente insatisfactoria. Y, por último, la percepción sobre el impacto diurno no tiene datos significativos.

Conclusiones

El trabajo en una UCI puede ser muy estresante y demandante tanto física, como emocionalmente. La irregularidad horaria y la gran carga de trabajo son algunos de los aspectos a los que se enfrenta el personal de esta área. Y esto, por tanto, afecta al sueño. Es fundamental buscar posibles medidas que mejoren esto a través de programas de gestión del estrés o la proporción de apoyo psicológico, entre otros.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 78

EFECTO DEL TRATAMIENTO CON ECTOIN (MUCAVI®) EN PACIENTES QUE DESARROLLAN MUCOSITIS DURANTE SU INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Jesús del Pozo Bargueño; D. Bazzi Otero; S. Crespo Herrnández; S. Fernández Rubio
Hospital HM Sanchinarro

Objetivos/Introducción

La mucositis es una complicación frecuente en el paciente crítico favorecida por situaciones como el uso prolongado de antibióticos, fenómenos oxidativos o el traumatismo repetido sobre la mucosa oral por dispositivos. Es una situación que además de generar disconfort, contribuye al desarrollo de complicaciones.

En este estudio se analiza la eficacia de Ectoin (Mucavi ®) en la resolución/curación de mucositis en aquellos pacientes que desarrollaron dicha complicación durante su estancia UCI.

Metodología/Observación clínica

Estudio prospectivo observacional realizado durante un año. Se administró el producto (ectoin) a aquellos pacientes que cumplían criterios de mucositis según las definiciones internacionales (OMS). La administración del producto se realizó mediante colutorio /8h y en el caso de pacientes intubados el producto se aplicó mediante una torunda impregnada sobre la zona afecta. Se recogieron variables demográficas, antecedentes, motivo de ingreso, grados inicial y final de mucositis y tiempo de aplicación del producto.

Resultados/Intervenciones

Se incluyeron 7 pacientes, con una mediana de edad de 76 años. El 87% (6/7) presentaban tanto antecedentes oncohematológicos como IOT y VM. En el 42,8% de los casos el motivo de ingreso fue postoperatorios de cirugía mayor. En cuanto al tipo de lesión, 3/7 presentaban aftas, 2/7 decúbito por SNG o TOT y 1/7 úlcera grave. El grado inicial de lesión era 1 en 4 casos y 2/3 en los restantes. La mediana de aplicación del producto fue de 7 días. La mediana de tiempo hasta mejoría fue de 4 días, y en todos los casos el grado final de mucositis fue de 0 tras finalizar el tratamiento.

Conclusiones

La administración de mucavi aplicado mediante enjuague o tópicamente fue eficaz para el tratamiento de mucositis en pacientes críticos. Se observó una completa resolución de las lesiones. Se trata de un producto disponible eficaz y seguro que debe valorarse para tratar esta complicación en pacientes críticos.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 102

BENEFICIOS DE LA MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Alejandra Sánchez Peláez; T. Castro Sánchez Bermejo; C. Moreno Cerrada; C. Calcerrada Baeza; M. López Pazos; M. Sanz Gutiérrez; V. Benito Rojas; ME. Lázaro Varas; P. Piñas Viñambres; A. Canalejo Caballero
Hospital universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

Durante la estancia en UCi los pacientes que permanecen inmovilizados durante más de dos días van a desarrollar debilidad muscular incluso a pesar de haber recibido unos cuidados de calidad. Por lo que cualquier intervención que ayude a prevenir estas consecuencias, mejorar su calidad de vida y reducir los costes sanitarios es beneficiosa, siendo la movilización temprana una de estas intervenciones. Esta movillización se caracteriza por ser un proceso que se compone de actividades físicas de menor a mayor dificultad, siempre adaptadas al estado físico y clínico del paciente.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica utilizando bases de datos como Sciencedirect, Pubmed, Scielo y Google Academy de artículos tanto en inglés como en español.

Resultados/Intervenciones

Todos los artículos seleccionados están de acuerdo en los beneficios aportados por la movilización temprana del paciente crítico mejorando en la rehabilitación y en la calidad de vida de los mismos.

La primera estrategia del manejo del Síndrome del Desacondicionamiento Físico del paciente crítico, después de una correcta posición en la cama, es la movilización precoz evolucionando, en la medida de lo posible, hacia la deambulación

En todo este proceso de la movilización temprana es necesario un equipo multicisplinar en el que la enfermería tiene un papel necesario por lo que es de gran importancia que todo el personal reciba una formación específica, con el fin de poder llevar a cabo esta movilización de forma segura y con cuidados de calidad.

Conclusiones

Actualmente la movilización temprana es reconocida como una actividad viable y segura para los pacientes en unidades de cuidados críticos que previene y mejora las secuelas físicas producidas por la debilidad muscular, disminyendo además los días de estancia hospitalaria y de ventilación mecánica. Sin embargo son necesarios más estudios que evidencien sus efectos beneficiosos, que se adapten los protocolos y sobre todo que se forme al personal para su desarrollo óptimo.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 138

CEFALEA EN ENFERMERAS DE UCI Y SU ASOCIACIÓN A VARIABLES PSICOSOCIALES Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LA CRONIFICACIÓN

Fernanda Gil Almagro[1]; C. Peñacoba Puente[2]; FJ. Carmona Monge[3]; FJ. García Hedrera[1]; JC. Sánchez García[1]
1. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; 2. Universidad Rey Juan Carlos; 3. Hospital Universitario Santiago de Compostela

Objetivos/Introducción

La cefalea es un síntoma muy acusado en la población general, asociándose con mayor prevalencia a la población femenina, a procesos tensionales y a insomnio. A pesar de ser un síntoma muy notificado por la población sanitaria, sus asociaciones en este tipo de población no han sido estudiadas.Nos planteamos como objetivo valorar la evolución de la cefalea de dos momentos temporales sobre enfermeras de UCI y analizar las variables psicosociales y la sintomatología asociada al mantenimiento.

Metodología/Observación clínica

Estudio longitudinal prospectivo sobre enfermeras de UCI. Se diseña un cuestionario ad-hoc relacionado con sintomatología COVID-19 (13 síntomas) entre los que se incluye la cefalea con formato de respuesta sí/no.Se incluyen instrumentos validados para valoración de insomnio, ansiedad, fusión cognitiva y personalidad resistente

Resultados/Intervenciones

Participaron un total de 131 enfermeras de UCI CON UNA EDAD MEDIA DE 40,54 AÑOS (DT= 10,02; rango 22 – 60). La media de experiencia en la unidad fue de 11,76 años (DT= 9,34; rango 0 – 35). El 88.5% (n=116) de las participantes eran mujeres. Las cefaleas constituyen el síntoma (dentro de los valorados del COVID-19) con mayor prevalencia en las enfermeras (71% y 79.4% en el primer periodo de evaluación y en el segundo periodo, respectivamente). En un 58.8% de los casos la cefalea se mantiene a lo largo de los dos periodos temporales. El mantenimiento de las cefaleas se asocia a mayores niveles de ansiedad (p=.005) y mayores problemas de sueño (p=.028). En relación a las variables psicológicas contempladas, el mantenimiento de las cefaleas se asocia a mayores puntuaciones de fusión cognitiva (p=.049), y menor personalidad resistente (p=.031)

Conclusiones

Existe una alta prevalencia de cefalea entre las enfermeras de UCI. Este síntoma se asocia con ansiedad y problemas de sueño, por lo que debemos establecer medidas preventivas sobre nuestras enfermeras para controlas las situaciones laborales estresantes.

Palabras clave

Cefalea • Cuidados Intensivos • Enfermeras

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 168

PLASMAFÉRESIS EN CUIDADOS INTENSIVOS, CONOCE LA TERAPIA

Erine Abileo Rodríguez; R. Ámbit Lemus; I. Arribas Cantalejo; JA. Barroso Pellico; E. García Trijueque; T. Martín Peláez; T. Martínez Martinez; A. Serrano Pérez
Hospital de Fuenlabrada

Objetivos/Introducción

La plasmaferesis es una terapia de sustitución plasmatica, en la que se realiza un intercambio del plasma de forma extracorpórea, separando el plasma de la sangre del paciente mediante una membrana. Esta indicada en el tratamiento de enfermedades autoinmunes que cursan de forma grave, asociadas a un tratamiento inmunosupresor.

Metodología/Observación clínica

Los recursos humanos necesarios son un enfermero, un TCAE y un intensivista, formados correctamente en la técnica. En nuestro hospital, el paciente ingresa en UCI cargo de intensivos para la terapia, procedente de hospitalización donde está ingresado a cargo de otros especialistas, generalmente neurólogos o nefrólogos. Los recursos materiales necesarios son: set Multifiltrate (líneas arteriovenosas, línea de sustitución, filtro Plasmaflux P2dry y bolsa de fluente), monitor Multifiltrate de Fresenius, sueros salinos y heparina sódica. Si es preciso canalizar el acceso vascular para la terapia, necesitaremos el set del catéter de depuración extrarrenal transitorio y un set de bacteriemia zero. Por último, faltaría la solución de intercambio, dependiendo ésta de la patología y la situación clínica del paciente. Se ajustará en volumen y concentracións según peso, talla,sexo, hematocrito, albumina y proteínas totales en sangre. Puede ser albumina, plasma fresco congelado o un intercambio mixto de ambos.

Debido a la complejidad de la técnica y a sus posibles complicaciones, el paciente estará monitorizado durante la misma. Se realizarán los controles analíticos previos y posteriores que se precisen para ajustar coagulación, iones y hemograma. Generalmente, tras la sesión, se encuentra en condiciones de seguridad para volver a hospitalización.

Resultados/Intervenciones

La sintomatología y marcadores analiticos (anticuerpos) del paciente han mejorado de forma notable después de la terapia, atenuando brotes agudos y retrasando futuras recaídas.

Conclusiones

La asociación de un tratamiento inmunosupresor con la realización de plasmaferesis en ciertas patologías autoinmunes que cursan de forma aguda y severa mejoran de forma sensible la evolución y pronóstico de los pacientes.

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 172

SEGUIMIENTO DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE NUESTRO HOSPITAL DURANTE DOS AÑOS DE SECI

Carmen Carrero Ruiz; M. Prado Peinado Peral; JF. Muñoz Moreno; I. Talavera Blanco; L. Segovia García de Marina; JF. Soto Luna; A. Puebla Martin; S. García del Castillo Muñoz; H. Abdel-Hadi Álvarez; AB. Aguirre Romero
UCI HGUCR

Objetivos/Introducción

El Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI) lleva implantado en nuestro hospital dos años con el fin de mejorar la morbimortalidad mediante la detección precoz del paciente grave fuera del ámbito de la UCI y poner en práctica acciones precoces, terapéuticas y/o de traslado. En nuestro hospital se ha implantado un SECI con unas características específicas que trabaja en dos vertientes fundamentales: el seguimiento de los pacientes portadores de catéteres venosos centrales (CVC) y la detección de los pacientes graves fuera del ámbito de la UCI en base al Código Sepsis, aun en desarrollo.

Objetivo: Conocer las tasas de incidencia y bacteriemia asociada a catéter en base a los datos recogidos por el SECI en los dos años de seguimiento en nuestro hospital.

Metodología/Observación clínica

Metodología Diseño

Se trata de un estudio observacional analítico retrospectivo en el que se analizó a los pacientes estudiados portadores de CVC en nuestro hospital para calcular las tasas de incidencia y bacteriemia asociada a los CVC.

Población y ámbito de estudio

Se incluyeron todos los pacientes de nuestro hospital sobre los que el SECI había hecho seguimiento del catéter venoso central sin distinción de edad, ni sexo, durante los años 2022 y 2023.

Analisis de datos

Las variables se presentaron mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvo una muestra total de 1235 catéteres venosos centrales insertados durante los años 2022 y 2023 en nuestro hospital.Se analizaron todos aquellos catéteres según su motivo de inserción, servicio implantador, localización, motivo de retirada y las complicaciones infecciosas de estos.

Conclusiones

Es imprescindible proporcionar al profesional de la salud capacitación y formación que ayude a minimizar las infecciones proporcionando unos cuidados basados en la evidencia.

Tras la realización de este estudio podemos concluir que con los datos de cultivos recogidos durante estos dos años no se pueden sacar tasas de bacteriemias representativas. Debemos incidir en la correcta obtención de cultivos.

Financiación

Propia

Palabras clave

Infecciones relacionadas con catéteres • Cuidados críticos • Bacteriemia

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 176

CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE POSOPERADO DE TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS

Cristina Calvo García[1]; M. Cantera Pesquera[2]; E. Collado Gonzalvo[1]; D. García Domínguez[1]; S. Granero Martínez[1]; C. Pérez Aguilar[1]; V. Sánchez García[1]; A. Fumanal Casaponsa[1]; G. Dubé Llobet[1]; V. Martínez Lombardo[1]
1. Hospital Clínic de Barcelona; 2. Hospital Germans Trias i Pujol

Objetivos/Introducción

La Tromboendarterectomía pulmonar es el tratamiento curativo indicado en pacientes con Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica: una enfermedad rara, a menudo asociada a un evento previo de embolia pulmonar. Esa intervención quirúrgica conlleva alto riesgo de deterioro agudo del paciente. El protocolo se centra en estandarizar los cuidados enfermeros de ingreso y mantenimiento durante las primeras 24 horas del paciente posoperado de Tromboendarterectomía Pulmonar, orientados a la prevención, detección precoz y tratamiento de complicaciones relacionadas con este proceso asistencial, que ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clinic de Barcelona.

Como objetivo secundario, pretende mejorar la preparación de las habitaciones para el ingreso de estos pacientes.

Metodología/Observación clínica

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las bases de datos PubMed, Scholar, Cochrane y Cuiden, centrada en los cuidados enfermeros de estos pacientes en dicho proceso asistencial. Se revisó el protocolo del Hospital Clinic de Barcelona, así como protocolos de otros centros de referencia de Hipertensión Pulmonar.

Resultados/Intervenciones

Antes de la llegada del paciente, se debe preparar la habitación cumplimentando un check list. Cuando el paciente llega a la unidad, se llevan a cabo los cuidados estandarizados del paciente crítico y se realiza una revaloración continua por sistemas o siguiendo el método ABCDE. Además, deberá hacerse un control exhaustivo dirigido detectar precozmente, evitar y tratar las principales complicaciones: hipertensión pulmonar residual, edema de reperfusión, fenómeno de “robo” de arteria pulmonar, fracaso del VD, hemoptisis, complicaciones neurológicas, alteraciones del ritmo, sangrado, insuficiencia renal aguda, infecciones y otras complicaciones relacionadas con la administración de anticoagulación.

Conclusiones

El registro para la posterior evaluación del protocolo se realizará a través del aplicativo SAP. Los principales indicadores de evaluación son: el porcentaje de complicaciones, incidencias relacionadas con el postoperatorio y con la seguridad del paciente en las primeras 24 horas tras la intervención.

Palabras clave

cuidados críticos • cuidados posoperatorios • hipertensión pulmonar • endarterectomía

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 193

CONTROL Y MEJORA DEL INDICADOR DE NEUMONÍA ZERO CON SISTEMAS DE ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA DE PACIENTES INTUBADOS EN UCI

Francisco José López Alacid[1]; JM. Martínez Oliva[1]; CM. Cerezo Franco[1]; Á. López Amorós[1]; FJ. Paredes Pérez[1]; A. Jiménez Martínez[1]; V. Martínez López[1]; CM. Alonso Villa[1]; JJ. Rodríguez Mondéjar[2]; N. Martínez Martínez[1]
1. H.G.U. Reina Sofía de Murcia; 2. UME 14 Alcantarilla, Murcia

Objetivos/Introducción

Para mejorar el indicador de (NAVM) Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, queremos controlar que todos los pacientes intubados en nuestra UCI tengan conectados los equipos de aspiración subglótica, para conseguir el objetivo nacional de Neumonía Zero.

Objetivos:

A corto plazo queremos evaluar que se cumple que todos los pacientes intubados lleven el sistema de aspiración subglótica conectado y funcionando.

El objetivo a largo plazo es conseguir llegar a ≤ 7 infecciones por (NAVM) Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica x 1000 días de ventilación mecánica.

Metodología/Observación clínica

La metodología es observacional prospectivo, de una cohorte de pacientes intubados en un periodo de 7 meses.

El estudio abarca desde enero a agosto 2023 y la observación es diaria de todos los boxes de UCI y lo anotamos cada día en una tabla de Excel.

La muestra en este periodo es de 80 pacientes intubados No valorable 22 pacientes, porque el tubo orotraqueal (TOT) no lleva conexión de aspiración subglótica.nNo cumplen y se corrige poniendo el sistema de aspiración subglótica en 6 pacientes.

Resultados/Intervenciones

Partimos de la base en 2022 de datos de 15,46 infecciones por NAVM x 1000 días de ventilación mecánica, según los datos introducidos en ENVIN-UCI.

De enero a agosto 2023, se ha controlado diariamente que todos nuestros pacientes intubados llevaran puesto el sistema de Aspiración subglótica.

El Cumplimiento evaluado de pacientes intubados con el sistema de aspiración subglótica conectado y funcionando ha sido de un 93,7%.

De esta manera hemos reducido las infecciones por (NAVM) en un 52% en este periodo, poniéndonos en un dato de 8,06 infecciones por NAVM x 1000 días de ventilación mecánica.

Conclusiones

El estudio y el control de uso de estos sistemas de aspiración subglótica, nos están demostrando que está consiguiendo unos datos muy significativos para la prevención y reducción de las NAVM.

Financiación

No ha habido financiación pública ni privada.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. ***Sala 122***

ID 232

CONSULTA CUIDADOS POST UCI: INNOVANDO EN CUIDADOS

Rosario Ramírez Puerta; M. Benavides Ortiz; MD. López Hidalgo; NE. Núñez Cruz; M. Acosta Romero
Hospital Clínico San Cecilio

Objetivos/Introducción

Introducción: En 2022 en la UCI del Hospital Clínico San Cecilio de Granada se inició la consulta de seguimiento postUCI para revisión de los pacientes graves, ingresados más de una semana o que han requerido ventilación o que han evolucionado a fallo multiorgánico. Dicha revisión se realiza, aproximadamente, al mes de la salida hospitalaria, en ella se aborda la detección de alteraciones psicológicas, motoras o cognitivas mediante la exploración física y escalas validadas

Objetivos:

- Dar a conocer cómo trabajamos en la consulta.
- Mostrar los resultados de nuestro trabajo.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional retrospectivo de pacientes revisados en la consulta (1/6/22 al 31/12/23). Datos: edad, género, motivo de ingreso en UCI, peso previo/actual, días de ventilación, delirio/alucinaciones, estrés postraumático (escala TEPT) y derivación.

Resultados/Intervenciones

Pacientes: 54; Edad media: 57,74; Sexo: 23 mujeres (42,59%); Patologías: respiratoria 16 (29,63%), Cardiológica 15 (27,78%), Digestiva 6 (11,11%), Neurológica 4 (7,40%), Infecciosa 4 (7,40%), Traumatológica 4 (7,40%), Otras 5 (9,26%); Peso previo (kg) 88,36, actual: 79,10; Promedio días ventilación: 16,80; Delirio/Alucinaciones 24 (44,44%); Polineuropatía 20 (37,04%); Disfagia 5 (9,26%); Estancia UCI (días): 22,31, hospitalaria: 42,31; Escala TEPT 14,84; Derivación: 34 (62,96%), distribución (seguimiento consulta postUCI 14 (41,18%), Salud mental 12 (35,29%), Nutrición 3 (8,82%), Neurología 2 (5,88%), Otros 3 (8,82%)).

Conclusiones

- Patologías más vistas en consulta de seguimiento postUCI son las cardio-respiratorias.
- Es llamativa la pérdida de peso que presentan los pacientes y que persiste tras un mes de alta hospitalaria. El 37% presenta polineuropatía con buen seguimiento por Rehabilitación, no precisando derivación para su seguimiento.
- El 62,96% de los pacientes requieren actuación, revisión en consulta postUCI o derivación a otros especialistas, siendo las especialidades más frecuentes salud mental y nutrición.
- El trastorno de estrés postraumático medido por la escala TEPT presenta valores muy elevados.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 262

DISFAGIA POST-EXTUBACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO: MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA DE VOLUMEN-VISCOSIDAD MODIFICADO (MECV-VM)

Mª Luz Montero González; S. García Felipe; J. Martínez Blanco
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 recorrido hasta estómago. En pacientes críticos es frecuente su aparición post-extubación.

Objetivos: Formar al personal de enfermería en la aplicación del MECV-Vm, para unificar cuidados que permitan garantizar una deglución eficaz y segura, así como eviten complicaciones (broncoaspiración y/o desnutrición).

Metodología/Observación clínica

Revisión bibliográfica previa (PubMed, Embase, Scopus y Cochrane).

Definición de criterios de inclusión.

Desarrollo del MECV-Vm: Profesionales que intervienen, material, procedimiento/resultados, recomendaciones (administración y tipos de alimentos).

Resultados/Intervenciones

1. Criterios de inclusión:

- Pacientes con intubación previa >48h, extubados hace >6h, 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-Vm:

- Profesionales: enfermera, auxiliar, médicos.
- Material: Monitorización, espesante, vasos/agua, colorante, jeringa 20ml y sistema/sondas de aspiración.
- Procedimiento: Administrar 3 volumenes (5, 10 y 15ml) con 3 viscosidades/texturas (néctar, pudin y líquido). Usar colorante. Iniciar por viscosidad media y volumen más bajo, progresar aumentando volumen. Orden de texturas: néctar-pudin-líquido. 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: Test negativo: Tolera todas las texturas: Progresar dieta oral. Test positivo: Si tolerancia de 1 o varias texturas: Dieta oral con textura tolerada. Si no tolera ninguna o existen dudas: No usar via 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

Aplicar la herramienta MECV-Vm unifica los cuidados del paciente con disfagia, mejorando su calidad y minimizando la aparición de complicaciones asociadas.

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 264

NUTRICIÓN ARTIFICIAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

Mª Luz Montero González; S. García Felipe; J. Martínez Blanco
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: Conocer el protocolo de nutrición (PN), su aplicación, complicaciones y cuidados asociados.

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 ynasoyeyunales) 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, comprobarneumotaponamiento, higiene oral.
-Prevenir UPP asociadas a sonda de NE: cambio de fijación por turno. Rotar sonda para alternarpuntos de apoyo.
-Evitar obstrucción de sonda: lavados por turno y tras administrar medicación.
4. Algoritmo inicio de tolerancia: administrar dieta aumentando ritmo progresivamente segúndébito 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. Descansosc/24h.
6. Algoritmos de intervención frente: aumento residuo gástrico (>500ml), diarrea (>5deposiciones 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.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 269

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN CONSULTA POST-UCI AL PACIENTE QUE PRESENTA SARCOPENIA

Sonia Navarro Ortega; B. Barranco García; F. Gil Almagro; JC. Sánchez García
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos/Introducción

La debilidad muscular es un problema frecuente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se conoce como “Debilidad Adquirida en UCI”. Implica una pérdida de masa muscular o sarcopenia que se debe a un recambio proteico desequilibrado, con síntesis de proteínas reducida.

La ecografía es la herramienta más utilizada para evaluar la pérdida de masa muscular.

Estudios recientes destacan que la atrofia muscular se asocia con una estancia hospitalaria prolongada y mayor mortalidad.

Metodología/Observación clínica

Paciente 73 años que ingresa en UCI por Shock Séptico de origen urinario. Durante el ingreso precisa terapia de hemodiafiltración-venovenosa continua, ventilación mecánica con intubación orotraqueal y traqueostomía percutánea e inicio de drogas vasoactivas. Finalmente, alta hospitalaria tras ingreso prolongado por importante desacondicionamiento físico.Revisión presencial en Consulta Post-UCI al mes del alta hospitalaria. Se realiza una exploración física con valoración del estado nutricional, exploración psicológica-emocional, cognitiva y social.

Valoración estado nutricional: Peso al ingreso/en consulta: 63kg-56kg. Pérdida de peso: 7kg. Talla: 154cm. Ecografía nutricional en reposo: EJEY0.71 Ecografía nutricional en contracción: EJEY0,72 Test MNA = 6puntos, equivale a malnutrición. Problemas derivados del estado nutricional detectados en consulta: sarcopenia, malnutrición, debilidad generalizada.

Resultados/Intervenciones

Debido a los problemas nutricionales detectados y a la dificultad para alcanzar los requerimientos proteicos necesarios, el equipo interprofesional compuesto por medicina y enfermería de UCI con apoyo del servicio de Nutrición, aportan las siguientes recomendaciones a la paciente: Educación nutricional. Dieta hiperproteica. Suplementos nutricionales orales. Además, se facilitan recomendaciones de ejercicio físico.

Próxima revisión en tres meses.

Conclusiones

La Debilidad Adquirida en la UCI es un problema que compromete la recuperación de los pacientes tanto en Cuidados Intensivos, como en el hospital y hasta en el domicilio. La valoración de la masa muscular mediante ecografía resulta útil para el seguimiento de los pacientes. El abordaje de esta pérdida de masa muscular al alta de UCI, requiere intervenciones nutricionales y centradas en ejercicio físico precoz.

Palabras clave

UCI • Sarcopenia • Debilidad • Ecografía • Dieta

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 283

NUEVAS MEDIDAS DE MEJORA EN LA NUTRICIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Rosario Barrero Pedraza; E. Castillo Ruiz; A. Jiménez Valenzuela; A. Marine Méndez; P. Vera Artázcoz; Y. Estévez Martínez; LL. Ulloa Espinosa
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos/Introducción

En numerosos estudios se ha documentado una elevada incidencia de malnutrición en elpaciente hospitalizado y/o el alto riesgo de contraerla. El correcto apoyo nutricionalconstituye uno de los pilares fundamentales en el tratamiento del paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos. Debido a la diversidad de procedimientos que se llevaban a cabo por parte de los profesionales de la UCI, en relación a la nutrición y junto a la identificación de aspectos demejora ante problemáticas detectadas, se propuso realizar una metodología única en elproceso de nutrición.

Metodología/Observación clínica

Los pasos para definir la metodología han sido: analizar la evidencia científica, revisar laGuía ESPEN (Sociedad Europea de Nutricion Parenteral y Enteral) y buscar bibliografíarelacionada.

Dicha metodología ha sido elaborada gracias al trabajo y consenso del grupo de trabajomultidisciplinar de nutrición, formado por: medicina intensiva, nutricionistas, farmacéuticos,enfermería y TCAES de la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Resultados/Intervenciones

En base a los pasos realizados, se han implementado las siguientes píldoras formativas durante el año 2023-2024:

- Test de disfagia con el método de exploración volumen viscosidad modificado
- Comprobación de la correcta colocación de las sondas nasogástricas
- Anotación horaria de la administración de la dieta enteral por volumen

Dichas píldoras formativas se han proporcionado y distribuido al equipo de la Unidad deCuidados Intensivos para que se pongan en práctica y se ha realizado su posterior seguimiento en las sesiones del equipo de trabajo.

Conclusiones

Gracias al consenso del grupo de trabajo, la disponibilidad de las píldoras y la aplicación de la nueva metodología por parte del equipo de UCI, se han unificado criterios con el objetivo de actuar de forma homogénea en cuanto a la nutrición del paciente crítico.

Financiación

No se ha necesitado financiación ni interna, ni externa.

Palabras clave

Nutrición • Dieta Enteral • Paciente Crítico • Disfagia

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 298

PROTOCOLO DE DISFAGIA POST-EXTUBACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

Belén Barranco García; S. Navarro Ortega; F. Gil Almagro; C. Fillola Centellas; JC. Sánchez García
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos/Introducción

La disfagia es un trastorno en el proceso de deglución. Se manifiesta como dificultad para formar y trasladar el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. La disfagia después de retirar tubo endotraqueal se denomina disfagia post-extubación(DPE). Su incidencia es del 41%. Está asociada con mayor riesgo de aspiración, neumonía, retraso en reanudación de ingesta oral, desnutrición e incremento de morbi-mortalidad.La intubación endotraqueal y la ventilación mecánica prolongada son factores de riesgo para desarrollar DPE.

Objetivo: detección de pacientes afectados por DPE a pie de cama.

Población diana:

- Pacientes extubados en UCI sometidos a ventilación mecánica invasiva durante más de 48h.
- Pacientes estables hemodinámicamente, sin trabajo respiratorio, con control postural, alertas, reactivos y colaboradores.

Metodología/Observación clínica

Búsqueda bibliográfica.(Dysphagia)-AND-(ICU)-AND-(post-extubation)

- PUBMED:41 resultados iniciales. Tras aplicar filtros (5 años, idioma inglés+español y texto completo) 21 resultados. Se seleccionan 9.
- CINAHL:25 resultados. Se seleccionan 2, se eliminan duplicados.

Resultados/Intervenciones

Existe un infradiagnóstico de la DPE, siendo necesario desarrollar recomendaciones para la detección, y tratamiento de dicha patología en UCI, y así conseguir un uso seguro de la vía oral.

Protocolo:

- Identificación de población diana.
- Test GUSS (Prueba de deglución indirecta)
  - Valoración de seis ítems con puntuación máxima de 6 puntos. Necesario alcanzarla para continuar.
  - Si no se alcanza, suspender prueba y derivar al paciente a ORL/Logopeda.
- Test Modificado Volumen Viscosidad (mV-VST)
  - Consiste en administración de tres viscosidades a diferentes volúmenes para valorar la presencia de aspiración y, por tanto, de disfagia. Es un método no invasivo bien tolerado y repetible que se realizará a pie de cama del paciente por personal de UCI entrenado.
  - Valoración por ORL/logopeda de casos positivos.
  - En casos negativos, función de deglución normal por lo que se iniciarán recomendaciones dietéticas.

Conclusiones

La DPE afecta a muchos pacientes críticos y, a menudo, persiste tras el alta de la UCI. Es necesario aumentar la concienciación sobre disfagia y se deben implementar protocolos para su detección y abordaje.

Palabras clave

Disfagia • UCI • Extubación • Valoración

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 307

BODY PACKER: ARRIESGANDO LA VIDA A PROPOSITO DE UN CASO

Amadeo Puebla Martín; MM. del Fresno Sánchez; S. García del Castillo Muñoz; I. Vázquez Rodríguez-Barbero; I. Molina Torrecillas; AM. Espinar Ochoa; S. García-Velasco Sánchez-Morago; AB. Aguirre Romero; JP. Trujillo Juárez; MÁ. Puebla Martín
Hospital General De Ciudad Real

Objetivos/Introducción

El transporte de drogas ilegales en el interior del organismo, body packer (BP) es un problema médico-legal. Si bien no es frecuente, puede ser motivo de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pues puede conllevar problemas de salud de gravedad extrema.

Objetivo: Actualizar el manejo de este tipo de pacientes desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Metodología/Observación clínica

Descripción de un caso clínico en nuestra unidad, presentando imágenes de reconstrucción 3D del TAC, donde se observan cuerpos extraños que luego resultan ser hachis

Resultados/Intervenciones

Varón de 36 años encontrado por la Guardia Civil en mal estado general, refiere ingesta de bellotas de hachis.

Presenta dolor a la palpación en hemiabdomen superior, no signos de irritación peritoneal, somnoliento con respuesta lenta a órdenes verbales. Pupilas reactivas, simetriticas, midriáticas. Rx de abdomen: “múltiples imágenes radio-opacas, de morfología ovalada, superpuestas en segmento transverso y descendente colónico” TAC de abdomen: incontables imágenes ovaladas intraluminales desde estómago hasta sigma que identifican como de BP.

Ingresa en UCI por disminución de consciencia con clínica de intoxicación por cannabis.

Tras dos litros de solución evacuante presenta dos deposiciones sin obtenerse resultado.

Avisamos a Cirugía que decide intervención quirúrgica obteniendo más de 110 bellotas de hachis. Extubando después sin incidencias.

Por persistencia del dolor abdominal se solicita Tac abdominal que describe una bellota en el colon ascendente pendiente de expulsar.

Dada la buena evolución clínica se solicita cama en planta para seguimiento.

Conclusiones

El síndrome de BP es un cuadro grave, potencialmente mortal, donde el conocimiento por parte de la enfermería de la sintomatología y manejo de estos pacientes, es fundamental ante graves y potenciales problemas.

Para el tratamiento definitivo es imprescindible la eliminación del reservorio digestivo del tóxico, mediante evacuación por arrastre o extracción quirúrgica.

Es importante recuperar todos los paquetes que porta el paciente y entregarlos a la autoridad judicial, manteniendo la cadena de custodia.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 314

ADELFAS. INTOXICACIÓN CON FINES AUTOLÍTICOS

Amadeo Puebla Martín; M. Prado Peinado Peral; M. Ordoñez Díaz; I. Talavera Blanco; C. Carrero Ruiz; R. Sánchez García; S. García-Velasco Sánchez-Morago; MÁ. Puebla Martin; J. Cabañas Borrero; MM. del Fresno Sánchez
Hospital General de Ciudad Real

Objetivos/Introducción

La adelfa es una planta ornamental de distribución mundial cuya composición, tanto las ramas, hojas y flores (secas o frescas) contienen glucósidos cardíacos, cuyos efectos farmacológicos y toxicológicos son similares a la digoxina. La ingestión accidental o con fines autolíticos puede ser extremadamente tóxica, sin embargo, la mortalidad es baja posiblemente por su gran capacidad emética.

Objetivo: Actualizar el manejo de este tipo de pacientes desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Metodología/Observación clínica

Descripción de un caso clínico en la UCI, mostrando el manejo de este tipo de intoxicación.

Resultados/Intervenciones

Mujer de 46 años encontrada inconsciente en su domicilio tras ingesta de varias plantas de Adelfa, comentado por la paciente. A su llegada a urgencias presenta bradicardia de 35 lpm, con bajo nivel de consciencia. Se coloca SNG y se realiza lavado gástrico, carbón activado. Se pauta perfusión de flumacenilo y sueroterapia. En analítica benzodiacepinas en orina y digoxinemia de 0.83.

Dado los hallazgos se decide ingreso en UCI, manteniéndo estabilidad hemodinámica. Durante su monitorización presenta bradicardia sinusal con BAV 1º grado y racha de TVMNS. Debido a niveles elevados de digoxina se decide inicio de Anticuerpos Antidigoxina (Fab).

Recupera nivel de conciencia pudiendo retirar los antídotos, así como la dopamina que se puso por tendencia a bradicardia. Valorada por psiquiatría quien recomienda ingreso en su planta.

Conclusiones

El manejo es de soporte e incluye medidas de descontaminación digestiva (lavado gástrico y carbón activado) y tratamiento convencional de las arritmias. La potencial gravedad tras ingesta de estas sustancias vegetales y la variedad de los mecanismos de exposición obligan al personal de enfermería a estar preparado para su manejo. Es necesario diseñar medidas preventivas específicas, como la información a las familias o la regulación de la presencia de plantas tóxicas en zonas de recreo.

Palabras clave

adelfa • intoxicacion

Comunicaciones póster

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 322

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LA VISITA DE MASCOTAS EN ESTAS UNIDADES

Sergi Piazuelo Espinosa; J. Figueras Amorós; A. García Gómez; M. Juvanteny Danes; E. López Mañas; C. Pruns Ruiz; S. Coronado Alcántara; E. Gallart Vivé; L. Vidal Tarrasón; A. Nieto Ruiz
Hospital Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

La implementación de un protocolo de visitas de mascotas en la UCI se presenta como una estrategia innovadora para mejorar la salud física y emocional de los pacientes, reconociendo la importancia del vínculo con sus mascotas. Este estudio se centra en explorar la percepción de los profesionales de la UCI antes de la aplicación de dicho protocolo

Objetivos: Conocer la percepción y opinión de los profesionales de UCI en relación con las visitas de mascotas de pacientes ingresados, antes de la implementación de un protocolo específico.

Metodología/Observación clínica

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario diseñado y distribuido a través de Microsoft Forms, permitiendo la cumplimentación on-line por parte de los profesionales de la UCI. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables utilizando porcentajes para cada categoría y considerando respuestas abiertas.

Resultados/Intervenciones

Respondieron 190 profesionales. El 53% convivía con mascotas, pero solo el 11% conocía algún protocolo al respecto. A pesar de que el 55% de los encuestados apoyaba la implantación el 60% mostró dudas o rechazo, principalmente debido a preocupaciones sobre la carga adicional de trabajo y la seguridad. Se resaltó la necesidad de un experto en conducta animal para minimizar riesgos.

Conclusiones

En términos generales, se observa una predisposición favorable del personal hacia el proyecto con un 64% de apoyo. Las barreras identificadas incluyen la carga adicional de trabajo, la preocupación po la higiene y el carácter del animal, y la necesidad de formación específica para el personal. Dentro de los facilitadores destacan los beneficios emocionales para los pacientes y la humanización de los cuidados de salud en la UCIEstos hallazgos sugieren que, a pesar de las preocupaciones, la implementación del protocolo puede ser viable con medidas adecuadas y formación específica.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 328

SEGURIDAD EN EL MANEJO DEL DISPOSITIVO LIQUOGUARD7® PARA LA PREVENCIÓN DE LA ISQUEMIA MEDULAR EN CIRUGÍAS DE AORTA TORACOABDOMINAL

Ricardo Belmonte Vico; P. Faixó Montoza; X. Domènech Lòpez; M. Tarazona Benítez; C. Taramón Costarrosa; Y. Mir Olmos; T. Camps Cuenca; L. Vidal Tarrasón; E. Gallart Vive
Hospital Universitario Vall d'Hebrón

Objetivos/Introducción

La paraplejia en la cirugía aórtica torácica y toracoabdominal se explica principalmente a causa de la oclusión de las arterias segmentarias. La colocación de drenaje lumbar probablemente sea la maniobra más útil a la hora de disminuir el riesgo de paraplejia en las intervenciones de aorta toracoabdominal. El dispositivo Liquoguard7® permite la monitorización de una manera precisa y continua de la presión intradural lumbar y drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR) de manera simultánea. Posibilita detectar la variación de la presión medular contribuyendo en la disminución del riesgo de lesión o la detección precoz de la misma.

Objetivo: Elaborar unas pautas unificadas de actuación en los cuidados de catéteres lumbares que sirvan de referencia a los profesionales que tengan manejo del dispositivo LiquoGuard7®.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL y Google Scholar.

Criterios de inclusión: artículos publicados los últimos 5 años en inglés o español.

Palabras clave: Liquoguard, automatic cerebrospinal fluid drainage, thoracoabdominal aortic surgery, nursing care.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para consensuar los cuidados formado por expertos en el paciente postoperado de cirugía cardíaca.

Resultados/Intervenciones

Se han obtenido 38 artículos de los que se seleccionaron 4. Tras su análisis y el consenso con el grupo de expertos se elaboró una guía de recomendaciones que incluye: los cuidados enfermeros respecto a la monitorización del drenaje lumbar, respecto a la valoración del LCR, del punto de inserción y conexiones además de una guía de manejo rápido del Liquoguard7. Se adjuntaron puntos clave en cada uno de los apartados.

Conclusiones

Una guía con directrices claras y procedimientos estandarizados garantiza un manejo efectivo y seguro del dispositivo, contribuyendo así a optimizar la calidad de los cuidados enfermeros en la práctica clínica.

Palabras clave

Liquoguard • automatic cerebrospinal fluid drainage

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 362

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS

Teresa Castro Sánchez-Bermejo; M. López Pazos; A. Sánchez-Peláez; C. Calcerrada Baeza; M. Sanz Gutiérrez; C. Moreno Cerrada; S. García Sánchez; J. Perdiguero Garés; ME. Lázaro Varas; V. Benito Rojas
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Objetivos/Introducción

El síndrome post cuidados intensivos (SPCI) es el conjunto de síntomas físicos (dolor, debilidad), cognitivos (dificultades de atención, memoria y lentitud en el procesamiento de información) y psicológicos (ansiedad, depresión, estrés postraumático) que aparecen como consecuencia de estar ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Entre el 30-50% de los pacientes sufren SPCI y puede afectar tambíen a sus familiares.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la evidencia científica sobre el SPCI y determinar los factores que lo generan. Esto nos permite identificar estrategias de prevención e implantar un plan de cuidados de enfermería.

Metodología/Observación clínica

Se realizó una búsqueda en Pubmed, Cochrane Library y Google Scholar durante diciembre de 2023, y enero de 2024.

Las palabras claves utilizadas fueron: unidad de cuidados intensivos, “Intensive care unit”, síndrome post cuidados intensivos, “Post-Uci Syndrome”.Se incluyeron seis artículos

Resultados/Intervenciones

Los estudios muestran que existen medidas para reducir la incidencia de SPCI. Empezando por una correcta valoración mediante la estrategia ABCDEF. Esta supone una evaluación diaria del dolor, analgesia, sedación, liberación de la ventilación mecánica, delirio, movilidad y compromiso familiar.

Múltiples estudios coinciden que es importante una movilización temprana, una adecuada analgosedación, un correcto manejo del dolor, un buen control de la glucemia e iniciar nutrición enteral precozmente. Además, es importante una correcta información al paciente y familiares, un apoyo psicológico, unas condiciones óptimas del entorno y la implantación de nuevas estrategias como los diarios de UCI.

Por último, cabe destacar que entre el 64-86% de las UCIs no disponen de protocolos sobre sedación, prevención del delirio, para fomentar el descanso y de movilización.

Conclusiones

El papel de la enfermería es fundamental para llevar a cabo todas las actividades que reduzcan el SPCI. Por ello, existe una necesidad de aumentar la formación, así como, la elaboración de planes de trabajo dirigidos a su prevención y manejo.

Martes 14 de mayo de 2024. 13:30 a 15:00 h. PÓSTERES ORALES XI. *Sala 122*

ID 371

EXTENDIENDO LA VIDA: HUMANIZACIÓN EN LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA. DETECCIÓN DE POTENCIALES DONANTES EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES

Daniel Guerrero Doblado[1]; P. Fuentes García[1]; M. Benavides Ortiz[2]; N. Pérez Izquierdo[1]; JM. Pérez Villares[1]; R. García del Moral Martin[2]; R. Lara Rosales[1]; A. Iglesias Santiago[1]; A. Fernández Carmona[1]

1. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2. Hospital Universitario San Cecilio

Objetivos/Introducción

La donación debería incluirse nuestra práctica diaria e incorporarse de manera habitual en los cuidados al final de la vida. Los pacientes que se encuentran en el proceso de morir a menudo incluyen en su testamento vital el deseo de regalar vida a través de la donación de órganos y tejidos.

- Incluir a la Enfermería como elemento fundamental en la detección del potencial donante(PD)
- Establecer circuitos de comunicación entre hospitalización y Coordinación de Trasplantes.
- Garantizar el acceso a la información sobre la donación de órganos y tejidos al paciente y/o su familia.

Metodología/Observación clínica

El ingreso de estos pacientes, no siempre se realiza en la misma planta, unido a que son ingresos de corta estancia, pueden producirse fallos en la detección.Tras revisión de ingresos durante el año 2022 con codificación de “muerte digna” observamos la ausencia de contraindicaciones para la donación en un porcentaje muy elevado.

Se elaboró un protocolo de detección y se comenzó a presentar a las distintas supervisiones.

Resultados/Intervenciones

Este protocolo ha sido recientemente implementado, aunque desde el segundo semestre del año 2023, comenzamos a considerarlo en nuestras prácticas generando 5 donantes, 3 de tejidos y 2 que tras ofrecimiento a la familia ingresaron en UCI para Cuidados Intensivos Orientados a la Donación (CIOD). Por lo tanto, será necesario esperar hasta completar el año 2024 para poder evaluar adecuadamente su impacto en la tasa anual de donaciones en nuestra provincia.

Conclusiones

- La detección de Enfermaría ha supuesto un aumento de los donantes hospitalarios.
- La implementación del protocolo supone ofrecer la posibilidad de donación a los pacientes que fallecían sin que ellos ni sus familias supieran que existía la posibilidad de salvar y mejorar la vida de otras personas, permitiéndoles elegir respetando su autonomía personal y la libertad de cada cual para gestionar su propia biografía de acuerdo con sus valores.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 19

CREACIÓN DE UNA PÁGINA WEB EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL DOCTOR BALMIS DE ALICANTE

Aitor Zubia Mora; A. Lucas García; FJ. Pérez Seva
Hospital Doctor Balmis de Alicante

Objetivos/Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI), es un servicio en donde se requieren conocimientos específicos sobre técnicas, aparataje y su montaje, que necesita personal especializado y en constante formación. Lo que nos encontramos día a día, es personal de nueva incorporación que no maneja este tipo de información o personal experto que necesita en un momento dado realizar una consulta sobre alguna técnica o procedimiento. Por lo que, debido a la falta de guías y protocolos de acceso rápido nos planteamos crear una página web de consulta.

Objetivo: Dotar de una herramienta de consulta de guías y protocolos actualizados, de acceso rápido y sencillo para los profesionales de UCI.

Metodología/Observación clínica

Buscamos un sistema para crear una página web de forma gratuita e independiente, con diversos usuarios que puedan modificarla. A la que pueda acceder tanto desde un ordenador como desde un móvil, de manera sencilla y gratuita. Todas estas características las encontramos en Google Sites.

Realizamos una revisión y sintetización de los protocolos vigentes en nuestra UCI que nos permita una vista previa rápida. Además, realizamos fotos del material y videos de su montaje y funcionamiento. Se realizan videos tanto en laboratorio de simulación como en el servicio, explicando las técnicas más habituales.

Resultados/Intervenciones

Obtenemos una página web estructurada en diferentes secciones: adulto, pediatría, técnico de cuidados de enfermería y fisioterapia; esta a su vez, se divide por temática de actuación y sistemas corporales. El acceso es mediante enlace en la página web de Isabial, enlace directo a través de Whatsapp o mediante escaneo de código QR disponible en los boxes de UCI. El registro se realizaría mediante un email

Conclusiones

La creación de la web nos permite acceso rápido para consulta de guías y protocolos, así como la constante actualización de la información contenida.

Comunicaciones póster

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 20

INICIATIVAS DE FORMACIÓN PARA LA MEJORA DE CUIDADOS DE ACCESOS VASCULARES

Eva Salmerón Crespo; G. Puebla Molinero; C. Torregrosa Camín; M. Moratilla Roa; A. Noci
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

El Equipo de Infusión y Acceso Vascular del Hospital de Guadalajara, perteneciente a la Unidad de Cuidados Intensivos elabora infografías con los cuidados principales de los PICC y MIDLINE según el protocolo desarrollado por elequipo. También se inicia la primera formación para enfermería en la mejora de los cuidados de los accesos vasculares, para asegurar una capacidad de cuidados adecuada a la cantidad de demana de estos tipos de catéteres y la falta de formación de enfermería en este ámbito.

Objetivos:

- Garantizar la seguridad del paciente.
- Asegurar una formación actualizada para enfermería sobre accesos vasculares.
- Reducir las complicaciones asociadas al catéter.

Metodología/Observación clínica

- Revisión bibliográfica para la creación de los póster y los contenidos del curso.
- Creación de un equipo de infusión y acceso vascular formado por enfermeros con experiencia mínima de 3 años en UCI.
- Valoración de la formación a los alumnos mediante exámen, destrezas prácticas y encuesta de satisfación.
- Evaluación de la formación según los docentes y el equipo.

Resultados/Intervenciones

Se han elaborado dos infografías con información referida a los cuidados del PICC y MIDLINE. Distribuidos por las diferentes plantas del hospital y centros de atención primaria.

El curso está compuesto por 5 temas relacionados con los cuidados de las distintas vías centrales y sus diferencias. Impartido en 5h con una parte teórica y otra práctica.

Según las encuestas de satisfacción la mayoría coincide en una falta de tiempo para poder practicar más. Los docentes corroboran en la falta de tiempo (implicacion e iniciativa por parte de enf planta)

Conclusiones

- Es imprescindible la formación de las enfermeras en la mejora de los cuidados de los accesos vasculares disminuyendo así las complicaciones.
- Mejorar el plan formativo aumentando las horas de docencia, sobre todo práctica, y dándole una continuidad a lo aprendido.
- Compromiso directo con la seguridad del paciente por parte de enfermería.

Palabras clave

PICC • cuidados • formación enfermería • midline • encuesta valoración

sigue –>

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
PICC

sescam

DEFINICIÓN

El PICC se define como el **Catéter Central de Inserción Periférica** (siglas en inglés).
Es un catéter de 55-60cm de longitud y de 3-6 Fr de grosor, que se inserta de forma ecoguiada en una vena del tercio medio del brazo cuya punta está ubicada en la Vena Cava Superior.

INDICACIONES 1

- Imposibilidad de obtener otro tipo de acceso venoso.
- Administración de fármacos no compatibles con accesos periféricos (en cuanto a ph, osmolaridad y por características vesicantes y/o irritantes).

CUIDADOS PUNTO DE INSERCIÓN

- **Curas de forma estéril cada 7 días o antes si precisa** por sangrado exudado,... y previo lavado de manos.
- El punto de inserción debe estar visible y ser inspeccionado por turno.
- Vigilar posición del catéter. Cuidado al retirar el apósito que no se salga (que mantenga siempre los mismos cm sobre la piel, desde la inserción).
- Si se sale parcial o totalmente **NO reintroducir** y AVISAR.
- Aplicar antiséptico durante la cura y dejar secar (clorhexidina 2% con base de alcohol isopropílico 70º).

EQUIPOS,LLAVES DE 3PASOS Y VÁLVULAS DE INYECCIÓN

- Evitar manipulaciones innecesarias y siempre previo lavado de manos y guantes limpios.
- Cambie los bioconectores o tapones con la cura.
- Minimice el riesgo de infección limpiando con antiséptico (por fricción) el acceso del sistema y válvulas de inyección (clorhexidina con base alcohólica).
- Utilizar el menor número posible de llaves de tres pasos y alargaderas.

QR VIDEO CURA PICC

DURABILIDAD

Los PICCs fabricados en **poliuretano de última generación** pueden funcionar durante **12 meses** (garantía de las casas comerciales) si no existen complicaciones o criterios de retirada.

INDICACIONES 2

- Terapias de larga duración (>15 días)
- Requerimiento de múltiples infusiones de forma simultánea.
- Nutrición Parenteral Total.
- Extracción de sangre frecuente.

APÓSITOS

- Utilizar **apósitos transparentes** de poliuretano en la cura.
- Si el punto de inserción presenta hemorragia, exudado o excesiva sudoración se puede utilizar apósito oclusivo de gasa estéril (cambio cada 48h o antes si precisa).

PERMEABILIDAD

- Prevenir la oclusión del catéter **lavando con solución de S. Fisiológico** antes y después de cada infusión con **técnica push-stop-push** y presión positiva preferiblemente con **jeringas precargadas de 10cc** y cierre la pinza (si es un dispositivo con pinza). **NO** utilizar jeringas menores por la presión que ejercen.
- Se recomienda después de administrar soluciones lipídicas/viscosas, sangre y hemoderivados y tras la extracción sanguínea infundir 20cc de SFco.

ESTABILIZACIÓN DEL CATÉTER

El PICC **se fija con sistema adhesivo** a la piel. **NO** con suturas.
Evitar tracciones, acodamientos y movimientos de entrada y salida del catéter (prevenimos contaminación y daño endotelial).
Algunos de estos dispositivos son: **StatLock** (alas transparentes) q se cambia con cura semanal y **GripLock** (velcro) que se pueden mantener 2/3 semanas siempre que estén limpios, secos y bien adheridos a la piel.

INFORMACIÓN: Cualquier duda contactar con el **Equipo de Infusión y Accesos Vasculares (EIAV) de la Unidad de Cuidados Intensivos.** EXTENSIÓN: 691969/6200

AUTORES: Ana Noé Cerro, Carlos Torregrosa Camón, Gonzalo Puebla Molinero, Eva Salmerón Crespo y Miriam Moranilla Roa.

BIBLIOGRAFÍA: gavekot.it, inicem.org, INSS 2021, App Cuidaven, Guía Conecta Care, GBP Acceso Vascular RNAO 2021, Proyecto Bacteriemia Zero y enfermeriadependiente.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. ***Sala 118-119***

ID 22

PLAN DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES EN UGC CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Antonio Vázquez Fernández; MI. González Méndez; MR. Alcaide Villa; C. Martín Castaño; R. Muriana Jiménez; P. Bazán Báez; E. Sánchez Payán; P. Hidalgo Lobato; MªN. Anaya Carrión
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos/Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) suelen tener un alto nivel de rotación entre sus profesionales, propiciado por contratos de corta duración y un gran absentismo entre sus profesionales por el estrés y la carga laboral. Un comité de expertos en UCI con más de 10 años de experiencia en el servicio, consensuó la elaboración de un plan de acogida a los nuevos profesionales que pudiera ser accesible tanto en el trabajo como en el hogar. El medio elegido fue una página web en internet.El objetivo principal es favorecer la adaptación de los nuevos profesionales en UCI.

Metodología/Observación clínica

Se creó www.planacogidaucihvr.com donde se trata de favorecer la adaptación de los profesionales.

Tras una breve introducción de la Directora y la Referente de Cuidados de la UGC de Cuidados Intensivos, el plan se subdivide por categorías profesionales.

Cada categoría tiene un plan de formación adecuado a sus funciones.

Hay apartados comunes para todas la categorías como Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, Estándares de Calidad, Objetivos y Funciones dentro de la UGC Cuidados Intensivos.

Pero el apartado Protocolos y Procedimientos deben ser adecuado para su categoría profesional.

Los protocolos y procedimientos han sido actualizados y revisados entre 2022 y 2023 para la acreditación de la unidad y consta de documentos, presentaciones de power point, capítulos de libros y videos formativos.

Resultados/Intervenciones

1. Realizar evaluaciones periódicas para identificar necesidades de formación continua y áreas de mejora.
2. Ofrecer recursos de apoyo, como programas de desarrollo profesional y cursos de formación.

Conclusiones

Este plan de acogida debe ser flexible y adaptarse a las particularidades de cada nuevo profesional y del entorno laboral. La retroalimentación constante de los involucrados es crucial para mejorar y ajustar el proceso.

Palabras clave

Cuidados Críticos • Acogimiento • Rol de la Enfermera • Aprendizaje

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 50

EXPERIENCIA EN LA APLICACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA (LORE) EN EL PRIMER CASO ANDALUZ EN UN HOSPITAL COMARCAL

María Jesús Aranda Ruiz
Hospital Antequera

Objetivos/Introducción

La Ley Orgánica 3/2021,de 24 de marzo,pretende dar respuesta a una demanda sostenida de la sociedad como es la eutanasia o prestación de ayuda para morir (PAM).

Es obligación del sistema sanitario asegurar la opción de la donación a aquellas personas que la contemplen dentro de su plan final de vida.

Los cuidados intensivos orientados a la donación (CIOD) en el contexto eutanásico, se han convertido en una práctica más dentro de la cartera de servicio de las UCIs., lo que hace necesario consensuar procedimientos.

Dar a conocer nuestra experiencia en el primer caso de LORE en Andalucía dirigido a la donación de órganos

Metodología/Observación clínica

Tras la solicitud de la PAM y el interés en la donación,se concertaron varias entrevistas entre el coordinador de trasplantes y el usuario y se proporcionó la información solicitada.Tras la aprobación por la Comisión de Garantía y Evaluación y la ratificación del deseo de ser donante,se consensuó día y hora para llevarlo a cabo.

El paciente decidió ingreso consciente en el hospital,un día antes al fijado para la PAM y la donación.

Se ingresó en habitación individual,garantizando en todo momento el acompañamiento por sus allegados y asegurando su confort.

Se realizaron pruebas diagnósticas para la evaluación como donante.

El día fijado ingresa en UCI acompañado de su familia.

Se favorece despedida y se reúne el equipo asistencial con la familia para aclarar últimas dudas.

Acogida,escucha activa,contacto,presencia,acompañamiento como algunos NIC en esta fase

Resultados/Intervenciones

Creación de un protocolo de PAM que asegure el proceso con todas las garantías y facilite al equipo las conductas a seguirProtocolo con actuaciones al paciente y familia,técnicas y organizativas,de colaboración con otras unidades,de asistencia en el plano físico y espiritual.

Actividades de colaboración con otras unidades y equipos externos que intervienen en el proceso de la extracción

Conclusiones

Elaboración de una guía que incluya los aspectos a tratar durante el PAM orientada a la donación de órganos

Financiación

No existe financiació

Palabras clave

eutanasia • donación • asistolia

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 64

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN UCI DEL AREA VIII (MAR MENOR)

Apolo García Palomares; N. Escudero López; JL. Martínez Cárceles; MM. Román López; AM. García Pérez; RM. Pla Aurelio; MV. Ruiz Martínez; JA. Llorente Molina; M. Illán Mascuñan; M. Juárez
Hospital Los Arcos del Mar Menor

Objetivos/Introducción

En el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM) que cuenta con una UCI de 10 camas se está realizando un curso formativo para el personal de enfermería de nueva incorporación. El contenido aborda generalidades de UCI como hemofiltración, desfibrilación, Proyectos 0, ventilación mecánica, etc. y particularidades como actividades en el gabinete de técnicas programadas y urgentes y la Unidad de accesos vasculares. Esta actividad evalúa su metodología y profesorado obteniendo una puntuación media de 8.5, pero no expectativas, satisfacción y otras necesidades formativas. Los objetivos del estudio son: conocer si se han cubierto las expectativas de los alumnos, si los contenidos impartidos se han podido aplicar a la práctica diaria y explorar que otras necesidades formativas serian de su interés.

Metodología/Observación clínica

Diseño: Transversal descriptivoPoblación estudio y periodo: todos los alumnos 42, de 2019 a 2023.

Ámbito: todos los alumnos de nueva incorporación UCI del HULAMM

Instrumento medida: cuestionario elaboración propia

Recogida de datos: formularios Google del 1 al 10 enero 2024

Variables: satisfacción del alumno, necesidades formativas

Ética: respuestas anónimas

Resultados/Intervenciones

Tasa de participación: 76%. Perfil del alumno: mayoritariamente sexo femenino, entre 30 y 50 años de edad y no más de 15 años de experiencia. Expectativas cubiertas: 50% totalmente de acuerdo, 47% de acuerdo. Utilidad de los contenidos:62% totalmente de acuerdo y resto de acuerdo. Suficiencia de los contenidos: 11% en desacuerdo. Necesidades formativas: Manejo de medicamentos 84,4%. Prevención y manejo del delirio 53,1%. Cuidados al final de la Vida 50%

Conclusiones

Con los resultados de este estudio se programará una reunión con los docentes del curso para adecuar las necesidades de los alumnos, aumentando las horas prácticas, modificando las horas lectivas, añadir las nuevas áreas académicas solicitadas y proporcionar material teórico que ayude al personal de enfermería de nueva incorporación a su desempeño profesional en nuestra pequeña UCI.

Financiación

0

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Comunicaciones póster

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 70

PLAN DE FORMACIÓN PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA IMPLANTADO COMO "SEMANAS TEMÁTICAS" EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Carmen Dolores Chinea Rodríguez; A. Sabina del Castillo; C. Martín Meana; S. García León; AJ. Hernández Padilla; SM. Sánchez Martín; MªG. Torres López; S. Demelza Santos León; MªC. Martínez Caballero; E. Pérez Reyes
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Objetivos/Introducción

Desde el año 2015 se viene desarrollando en nuestra Unidad un Plan de Formación y Actualización de Conocimientos para el Personal de Enfermería que desarrollamos en formato semanal para implicar a todos los Equipos de trabajo, con los siguientes

Objetivos:

- Formación en los procedimientos y técnicas aplicados en el Cuidado del paciente crítico.
- Actualización de conocimentos en las nuevas terapias/técnicas que se han incorporado en la Unidad.

Metodología/Observación clínica

Se desarrollan sesiones de Formación impartidas por Enfermeros referentes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario Universiatrio de Canarias (CHUC). Los temas se seleccionan en función de las necesidades detectadas por parte de las Supervisoras, Coordinadores y enfermeros y de las nuevas terapias que se incorporan en la unidadLas sesiónes se imparten cada día de la semana con el fin de llegar a todos los equipos de trabajo.

Tienen una duración de 2 horas. Se repitan anualmente.Son auditadas y certificadas por el Servicio de Formación, Investigación y Calidad del CHUC.Se realiza encuesta de satisfacción al finalizar cada sesión.

Resultados/Intervenciones

En el año 2023 se han impartido un total de 35 sesiones (en 35 semanas) para 5 Equipos de trabajo (conformados por 14 Enfermeras y 7 Auxiliares de Enfermría). Los temas impartidos han sido diversos, en su mayoría referidos a la seguridad del paciente.

La encuesta de satisfacción, relizada como escala Likert de 5 puntos, donde la media de puntuación ha sido un 4.80, siendo muy satisfactorio

Conclusiones

La actualización de conocimientos es un factor determinante de la seguridad y la calidad de los Cuidados al paciente crítico. La incorporación frecuente de personal sin experiencia, la vulnerabilidad del paciente crítico y el uso constante de nuevas técnicas hacen de las UCis escenarios de riesgo para los pacientes; estas estrategias de Formación son fundamentales para aumentar la seguridad de nuestros pacientes.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. ***Sala 118-119***

ID 89

NIVEL FORMATIVO Y GRADO DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA SOBRE RCP DE LAS ENFERMERAS DE UCI

Borja Nicolás Santana López[1]; J. Reyes Díaz[2]; CF. Lübbe Vázquez[2]; P. Suárez Arbelo[2]
1. Universidad Fernando Pessoa Canarias / Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín; 2. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Objetivos/Introducción

Conocer el nivel formativo y el grado de autoeficacia percibida en RCP de las enfermeras de UCI según género, según el tiempo trabajado en UCI, según tiempo ejerciendo la profesión y según el tiempo desde su última formación en SVB y SVA.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, transversal y comparativo realizado entre el personal del HUGCDN, a través de un cuestionario validado sobre la autoeficacia percibida en RCP (α>0.92) y una serie de preguntas ad hoc para conocer sobre su nivel formativo en la materia a estudio. La recogida de datos se realizó entre el 14/08 al 22/12 de 2023, obteniéndose una muestra de 574 participantes. Se ha estudiado, por el momento, la muestra de enfermeras que trabajaban en cuidados intensivos (n=68). Estos primeros datos pertenecen a un estudio de 3 fases llevado a cabo en dicho hospital que cuenta con la aprobación del CEI (2023-407-1).

Resultados/Intervenciones

Con relación al nivel formativo, la mayoría realizaron su última formación en SVB y SVA hace 3-5 años (n=20;29.4%), siendo las enfermeras que más tiempo han ejercido la profesión (66.7%;p=0.002) y las que más tiempo han trabajado en UCI (52.4%;p=0.041) quienes más tiempo llevan sin realizar este tipo de cursos (5 años o más). No obstante, en general, consideran que anualmente se deberían reciclar conocimientos de SVB (n=42;61.8%) y de SVA (n=40;58.8%). En general, con respecto a la autoeficacia percibida, tienen niveles altos de confianza para realizar una RCP básica (4.25±1.28) y medios-altos para una RCP avanzada (3.79±1.28). En relación al SVB, donde menor confianza tenían fue en el ítem de "Aplicar una descarga con un DESA" (3.87±1.44), y en la escala de SVA en "Canalizar una vía intraósea si no se puede venosa"(2.29±1.55).

Conclusiones

Se observa, a través de nuestros resultados, que existe una relación inversamente proporcional entre el nivel de confianza auto-percibido y el tiempo entre el último curso de RCP recibido.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Palabras clave

Reanimación Cardiopulmonar • Enfermeras • Unidades de Cuidados Intensivos • Formación continuada • Educación

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. ***Sala 118-119***

ID 118

EFICACIA DEL USO DE APÓSITOS POLIMÉRICOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS IATROGÉNICAS ASOCIADAS AL USO DE FÉRULAS ANTIEQUINO EN EL PACIENTE CRÍTICO

Carolina Vergara Pérez; E. Cabo Garrote; S. Gato Sierra; Y. Ferrer Lanchares; S. Pérez Gutiérrez
CAUPA

Objetivos/Introducción

El uso de férulas antiequino es un procedimiento que se lleva a cabo en pacientes ingresados en UCI que han precisado ventilación mecánica y sedorrelajación y que desarrollan una pérdida de tono muscular. Este uso no está libre de riesgos relacionados con la inmovilidad y presión; sobre estos factores enfermería debe adoptar cuidados preventivos.

El objetivo del estudio es comprobar la eficacia del uso de apósitos poliméricos, como medida adicional de protección, en la prevención de úlceras iatrogénicas en pacientes portadores de férulas antiequino.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional retrospectivo sobre una muestra de 6 pacientes cuyos criterios de inclusión fueron: ingreso en UCI del CAUPA de septiembre a noviembre del 2023, necesidad de ventilación mecánica y sedorrelajación y uso de férulas antiequino. Se estudió la asociación entre las variables: aplicación de apósito polimérico y aparición de úlceras.

El personal de enfermería valoró a diario el estado e integridad de la piel, registrando las observaciones e incidencias en la historia clínica del paciente.

Resultados/Intervenciones

Se obtuvo una muestra de 6 pacientes. En el 50% de ellos se habían aplicado medidas extra de protección con apósitos poliméricos y en el otro 50% se siguieron los cuidados habituales de higiene y aplicación de AGHO (ácidos grasos hiperoxigenados).

Se objetivó en los pacientes sin apósitos poliméricos la aparición de úlcera en el 66,6% y eritema que palidece en el 33,3%. En los pacientes con apósitos de protección poliméricos se objetivó piel íntegra en el 100% de los casos.

Conclusiones

El uso de apósito protector polimérico en pacientes críticos que precisan férulas antiequino aporta ventajas en la prevención de úlceras iatrogénicas asociadas a estos dispositivos y debería ser utilizado rutinariamente en esta situación.

Financiación

No

Palabras clave

Ulcera iatrogénica • Apósito polimérico • Férula antiequino

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 119

VALORACIÓN DE LESIONES DERMATOLÓGICAS EN LOS PACIENTES ADSCRITOS A NUESTRA CONSULTA DE SEGUIMIENTO POSTERIOR A LA UCI

Gemma Barrero Giménez; VM. Salguero Gómez; S. Barrena Galán; MT. Caballero Ríos; GM. Paz Gallardo; M. Romera Pérez; M. Gallego Mateo; JC. González Aparicio; R. Vázquez Gómez; M. Membrillo Santiago
Hospital de Mérida

Objetivos/Introducción

La piel es una barrera protectora del organismo y existen factores (intrínsecos y extrínsecos) que pueden lesionarla. Los pacientes ingresados en UCI reúnen las condiciones idóneas para desarrollar lesiones dermatológicas (LD) durante su estancia.

Objetivos: Determinar la incidencia de las LC asociadas a diagnósticos de ingreso e identificar los factores predisponentes. Conocer las medidas preventivas y registros realizados.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal, realizado de Junio 2020 a Diciembre 2023, en la UCI del Hospital de Mérida, incluyendo 46 pacientes valorados en la consulta de seguimiento post-UCI, que presentaron algún tipo de LD durante el ingreso o al alta. Se obtuvieron datos en programa informático JARA, valorando datos epidemiológicos, antecedentes personales (AP), diagnósticos al alta de UCI y las LD detectadas. Para el análisis se utilizó programa SPSS, chi-cuadrado y regresión logística binaria.

Resultados/Intervenciones

El 56% de la muestra fueron varones, con edad media 55 años, y estancia media en UCI de 23,3 días. Los AP principales fueron hipertensión arterial (43%), dislipemia (24%) diabetes mellitus tipo 2 y obesidad (17%). Los diagnósticos destacados fueron neumonía por SARS-CoV2 (46%), shock (22%), politraumatismos (13%), parada cardiorrespiratoria (6,5%), pancreatitis y metabolopatías (<5%). Las úlceras por presión fueron las principales LD (talón 41% y sacro 35%), cicatrices (30%), erosiones (19%), lesiones por tubo de tórax (LTT) (17%), efluvio telogénico (ET) (15%). Se relaciona la obesidad y úlcera sacra (RR 8,4 p =0,018), cicatrices en diabéticos (RR 5,3 p= 0,041), ET en pacientes con SARS-CoV2 (RR 9,6 p= 0,045) y persistencia de LTT en politraumatizados (RR 18 p= 0,004).

Conclusiones

La obesidad y la diabetes destacan como factores de riesgo para desarrollar úlceras sacras y cicatrices. El ingreso por SARS- CoV2 es la causa principal de ET y persistencia de LTT en politraumatismos. Destacar la necesidad de registrar y unificar criterios en las curas para mejorar su evolución.

Palabras clave

Lesiones • Piel • Post-cuidados intensivos

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 145

INGRESO EN UCI PEDIÁTRICA POR SOSPECHA DE NEUMOTÓRAX A TENSIÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD MUSCULAR DEGENERATIVA

Paula Balaguer Escutia[1]; P. García Molina[1]; E. Balaguer López[1]; A. Tendero Jover[1]; L. Pla Marzo[1]; P. Buck Sainz-Rozas[2]; M. Rodrigo Abad[3]; MC. Rodríguez Dolz[1]
1. Hospital Clínic Universitari de València; 2. Hospital Campus Vall d'Hebron Barcelona; 3. Universitat de València

Objetivos/Introducción

Paciente de 14 años portador de VMNI (ventilación mecánica noinvasiva) nocturna modo CPAP, procedente del servicio de Urgencias del Hospital Clínicode Valencia que ingresa en UCI (unidad de cuidados intensivos) pediátrica por sospecha deneumotórax a tensión. El objetivo del caso es determinar si la rapidez de la atenciónsanitaria mejora el pronóstico y la recuperación del paciente reduciendo los días de ingresoen UCI.

Metodología/Observación clínica

Al ingreso se acomoda al paciente en cama articuladacon colchón antiescaras y se realiza una monitorización de las constantes vitales.

Posteriormente y en función del estado clínico del paciente en cuestión se procedió arealizar una serie de actuaciones médicas y enfermeras relacionadas con la estabilización clínica.

Resultados/Intervenciones

Tras la realización de una radiografía de tórax y abdomen,confirmando así la existencia del neumotórax a tensión en el pulmón derecho se procedió ala descompresión torácica con aguja y a la posterior colocación de un drenaje torácico conpresión negativa de -10cm H2O (centímetros de agua) en el quinto espacio intercostalanterior a la línea axilar media; tras ello se observó una mejoría significativa a nivelrespiratorio, precisando aún así soporte ventilatorio con VMNI modo BIPAP con bajaspresiones de soporte para evitar el empeoramiento del neumotórax a tensión. A nivelhemodinámico, se procedió a la canalización de un CVC (catéter venoso central) bajosedación para la administración de fluidoterapia, medicación y drogas vasoactivas, así comotambién para la extracción de pruebas sanguíneas.

Dado el empeoramiento de la enfermedad degenerativa del paciente se realizó unatraqueostomía definitiva y tras varios intentos de clampaje del drenaje torácico conreproducción del neumotórax a tensión, se procedió a la intervención quirúrgica delpaciente.

Conclusiones

la correcta actuación y diagnóstico en los servicios de urgencias y UCImejora significativamente el estado clínico del paciente, así como también la reducción delos días de ingreso permitiendo realizar precozmente actuaciones sanitarias adecuadas a lapatología del paciente.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. ***Sala 118-119***

ID 185

DISTRIBUCIÓN DE ROLES EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EXTRACORPÓREA

Gemma Marín Vivó; A. Nuñez Delgado; A. Palomino Barbero; M. Mey Altrach; M. Blanco García; M. Martínez Martínez; E. Argudo Serra; L. Vidal Tarrason; J. Riera del Brio; E. Gallart Vivé
Hospital Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

Introducción: La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es una situación emergente donde actúan muchos profesionales simultáneamente y que genera un alto nivel de estrés. Si además esta reanimación se realiza de forma extracorpórea, la situación se complica más ya que deben actuar de forma sincronizada el equipo de RCP y el equipo de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO). Para aumentar la seguridad y la eficacia de la Reanimación Cardiopulmonar Extracorpórea (ERCP) es imprescindible disponer de un protocolo conocido por todos los miembros del equipo que incluya el número de profesionales implicados junto con las tareas asignadas a cada uno.

Objetivo: Aumentar la seguridad y disminuir el estrés de los profesionales en la ERCP mediante un sistema estandarizado de reparto de roles.

Metodología/Observación clínica

Se identificaron los roles necesarios para garantizar una correcta asistencia de la ERCP. Estos roles se plasmaron en tarjetas de diferentes colores donde se leía claramente el nombre del rol y en su reverso las actividades asignadas al mismo. Las tarjetas disponen de un sistema para poderse colgar.

Las figuras identificadas son 10: líder de RCP, compresiones (LUCAS), medicación, vía aérea, monitorización/desfibrilación, ECMO canulador 1, ECMO canulador 2, ECMO specialist canulación, ECMO specialist consola y líder de ERCP.

Resultados/Intervenciones

El sistema de distribución de roles reforzó la comunicación entre los miembros del equipo evitando las órdenes "al aire" y facilitó la comunicación en "circuito cerrado". Cada profesional conocía su papel y sus funciones, evitándose repeticiones u omisiones. El número de profesionales participantes fue el identificado por las tarjetas minimizándose el exceso de intervinientes. El sistema fue muy bien valorado por todos los profesionales refiriendo menor estrés en las activaciones para ERCP.

Conclusiones

El sistema de asignación e identificación de roles mediante tarjetas permite que exista mejor coordinación y comunicación en este procedimiento donde el tiempo y la calidad en la actuación es básico

Palabras clave

Equipo asistencial • distribución de roles • ERCP

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 211

PERCEPCIÓN DE LA IDENTIDAD ENFERMERA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Paloma Dublán Ojer; L. Casajús Sola; I. Centeno Velasco; N. Ciriza Echalecu; MM. Sarasa Monreal; R. Goñi Viguria
Clínica Universidad de Navarra

Objetivos/Introducción

La identidad enfermera la conforman «los valores y las creencias que guían el pensamiento, las acciones y las interacciones de la enfermera con los pacientes».

Existen evidencias de la visión estereotipada de la enfermería, identificándola con una profesión de funciones técnicas y dependiente de la medicina.

Objetivos: Conocer la percepción que tienen diferentes profesionales sobre la identidad de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos (UCI) a través de la escala Nursing Attitudes/Image Questionnaire y determinar la correlaciones entre los diferentes profesionales y las variables sociodemográficas.

Metodología/Observación clínica

Estudio descriptivo, prospectivo, correlacional en la UCI de un hospital universitario de nivel terciario. Se utilizó la escala tipo Likert, Nursing Attitudes/Image Questionnaire (NAQ/NIQ) para medir valores y sentimientos asociados con la imagen enfermera, traducida y retrotraducida al castellano. Se realizaron dos preguntas abiertas y se recogieron datos sociodemográficos. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial ($p<0,05$). Las preguntas abiertas se examinaron mediante un análisis de contenido. Se obtuvo la aprobación del comité de ética.

Resultados/Intervenciones

La muestra estuvo formada por 51 enfermeras, 19 auxiliares y 22 facultativos no enfermeros. La puntuación global de la escala fue de 108, 105,5 y 107,4 respectivamente sobre un total de 135. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los ítems de la escala mejor puntuados hicieron referencia a aspectos relacionados con la labor enfermera, y los menos puntuados con la recompensa. Del análisis de las preguntas abiertas surgieron 4 temas principales: trabajo en equipo, comunicación, características personales y perfil profesional.

Conclusiones

La percepción de la identidad enfermera fue elevada en todos los perfiles encuestados. Los profesionales destacaron el alto nivel de especialización y el carácter humano de las enfermeras de UCI. Esto puede ser debido al modelo profesional que guía la práctica y a los programas de formación de la institución.

Financiación

No presenta

Palabras clave

Percepción • identidad • enfermera

Comunicaciones póster

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 229

USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Laura Navarro de La Peña[1]; R. Ambit Lemús[1]; C. Laguna Martínez[1]; E. Jiménez Rodríguez[1]; T. Martínez Martínez[1]; M. Yepes Ramírez[1]; P. Cordero Carnicero[2]
1. Hospital Universitario Fuenlabrada; 2. Hospital Universitario León

Objetivos/Introducción

Las nuevas tecnologías permiten a la información llegar a más personas. Lo digital tiene la capacidad de transformación, por lo que desde la supervisión de UCI quisimos facilitar el acceso a información, toma de decisiones del equipo y comunicación.Implantar canales de comunicación basados en las nuevas tecnologías (cambios interpersonales, votación, manuales de uso rápido y códigos QR) supone más efectividad medioambiental.

Se usa el teléfono móvil en el lugar de trabajo para fines personales y profesionales (consulta de la hora, resolución de dudas y comunicación), aprovechamos para aplicar los cambios que se plantearon desde la supervisión siendo apoyo al resto de canales de comunicación.

Este trabajo expone los cambios introducidos en una UCI polivalente en un hospital de segundo nivel.

Objetivo general: mejorar la comunicación con el equipo.

Objetivos específicos: establecer medios de comunicación eficaces; enumerar la necesidad del uso de nuevos canales de comunicación.

Metodología/Observación clínica

Hicimos una búsqueda bibliográfica para justificar la necesidad de cambio en la comunicación. Creamos formularios para facilitar la comunicación con el equipo de enfermería (petición de cambios, registro de decisiones y creación documentación con códigos QR.

Resultados/Intervenciones

Se ha llevado a cabo un proceso de adaptación a los nuevos conceptos acompañando y asesorando en su uso con gran aceptación de todos.

El tiempo de respuesta diligente se ha visto disminuido ya que no necesitaba de la presencialidad conjunta del trabajador y la supervisora para llevarse a cabo con seguridad y efectividad.

Se han ido añadiendo nuevos documentos al catálogo y se irán sumando progresivamente.

Conclusiones

La comunicación más fluida y directa en una unidad grande que no permite la comunicación interpersonal a diario.

Los códigos QR para el acceso a información relevante a través del teléfono móvil permite una accesibilidad inmediata, aumento de la seguridad del paciente y autoconfianza de los profesionales.

Hacen falta más estudios para poder valorar más profundamente la percepción del equipo.

Palabras clave

Comunicación • Nuevas tecnologías • Equipo • Enfermería

Comunicaciones póster

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 234

TRASFERENCIA DE INFORMACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO: PUESTA EN MARCHA DE LA GUÍA UCIDEAS EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO

Zaloa Velasco Carneros; A. Báez de Paul; A. Barral Vargas; E. Cubillo Fernández; I. Medrano Aguaviva; R. Rodríguez Rapado; E. Alonso Domínguez; S. Mínguez Abia; S. Santamaría Urretxu
Hospital Universitario Cruces

Objetivos/Introducción

El proceso de comunicación en el cambio de turno en la Unidad de Cuidados Intensivos es clave para garantizar la continuidad asistencial.La comunicación interprofesional no sistemática puede llevar a una información inadecuada y repercutir negativamente en la seguridad del paciente.

Con la premisa de que disponer de una herramienta sistemática y organizada de transmitir la información durante el relevo ayudaría a evitar errores, garantizando así la continuidad de cuidados y calidad asistencial, se implanta el método UCIDEAS elaborado en un estudio previo.

Objetivos:

- Implantar el método UCIDEAS para la trasmisión de información sistemática y estructurada.
- Valorar el grado de satisfacción respecto a su uso y conocer sus fortalezas y debilidades.

Metodología/Observación clínica

Se realiza una encuesta intraunidad tras la implantación de la guía UCIDEAS por un periodo de 6 meses. 9 cualitativas ordinales y 1 abierta.

Resultados/Intervenciones

Tras la realización de la encuesta se observa una mejora en la satisfacción de los profesionales en la trasferencia de información con el método UCIDEAS, utilizándolo un 80% de los encuestados. Se han cumplido las expectativas en cuento a la percepción de mejora en calidad asistencial y comunicación interprofesional, siendo lo más valorado la rapidez y fluidez al trasmitir la información.

Conclusiones

Unificar la manera de trasmitir la información de forma sistemática y organizada sirve de guía evitando errores y optimizando el desempeño profesional.

Tras la gran acogida de la herramienta, se continuará utilizando y se mejorará según las necesidades que se vayan detectando con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y la efectividad en la trasmisión de información.

Palabras clave

UCIDEAS • cambio de turno • trasferencia de información • Comunicación • Relevo

Comunicaciones póster

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 244

MATERIAL DE APOYO A LA ENFERMERÍA DE UCI A TRAVÉS DE CÓDIGO QR. NECESIDAD DE ESPECIALIZACIÓN PARA ENFERMERÍA

Fernanda Gil Almagro; B. Barranco García; M. Martínez Lareo; E. Sánchez Aguado; JC. Sánchez García; P. Gómez Sánchez
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Objetivos/Introducción

Las competencias de las enfermeras de Cuidados Intensivos están asociadas al manejo de técnicas complejas y alto grado de especialización por parte de las enfermeras.

Múltiples estudios avalan la necesidad de la especialización de las enfermeras que trabajan eneste tipo de unidades.

Objetivo: Se plantea la necesidad de implantar en la unidad material de apoyo visual a través de cógido QR que facilite la realización de técnicas complejas a las enfermeras de UCI de nueva incorporación.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un análisis en la unidad de aquellas posibles técnicas complejas que conlleven cierto grado de dificultad para las enfermeras. Tras analizar la demanda de las propias enfermas, un grupo de enfermeras “expertas” realiza cada una de las técnicas de forma instructiva y grabando dicha técnica en vídeo. Se realiza un póster insertando a través de código QR cada una de las técnicas grabadas anteriormente. Dicho póster queda en la unidad como material de apoyo a la enfermería.

Tras la colocación del póster en la unidad se realiza un análisis de la opinión de las enfermeras y de la utilidad de dicho material.

Resultados/Intervenciones

Las enfermeras de la unidad 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 seguridadde la enfermera ante el manejo de terapias complejas.

Conclusiones

Resulta imprescindible que exista material de apoyo para el equipo de Enfermería de lasUnidades de Cuidados Intensivos. A través de código QR se pueden registrar las técnicas de elevada complejidad que se realizan en la unidad de Cuidados Intensivos, dando soporte a las nuevas incorporaciones y sirviendo como reciclaje para enfermeras antiguas en la unidad.

Palabras clave

especialización • material de apoyo • enfermería

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. ***Sala 118-119***

ID 251

DEBRIEFING EN SITUACIONES CRÍTICAS: LA OPORTUNIDAD DE MEJORAR LA ACTUACIÓN E INTERCAMBIAR OPINIONES SOBRE LO ACONTECIDO

Maria Teresa Gil Baranda; T. Esteban Galbete; M. Sánchez-Bayton Griffith
Hospital Universitario Galdakao-Usansolo

Objetivos/Introducción

Debriefing: espacio de dialógo y reflexión donde se comparten opiniones y se analiza qué se ha hecho bien y qué se puede mejorar a futuro en la actuación ante situaciones críticas. En nuestra unidad no se realiza este análisis.

Analizar la calidad percibida entre los profesionales sanitarios en la actuación ante situaciones críticas desde 2 ámbitos, técnico y no técnico (liderazgo, comunicación, toma de decisiones y coordinación de equipo) y desde 2 perspectivas, la autoevaluación y la evaluación del equipo.

Metodología/Observación clínica

Proyecto unicéntrico en una UCI polivalente de 12 camas del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, a desarrollar en 3 fases:

1. Evaluación de la situación actual (Noviembre 2023-Febrero 2024) mediante un cuestionario emitido al personal activo (72 profesionales: médico/as adjuntos, residentes, enfermero/as y TCAES).
2. Intervenciones (Marzo-Noviembre 2024), se proponen dos: a) Protocolizar reuniones con herramienta visual de debriefing según las necesidades detectadas para revisar las situaciones críticas en equipo. b)Realizar formación mediante simulación grupal.
3. Análisis de la intervención (Diciembre 2024-Enero 2025) mediante cuestionario a los profesionales. Cuestionarios ad hoc adecuados a cada fase de la investigación (momento actual y a posteriori) de 26 preguntas, con categorización de la cualificación profesional, experiencia laboral (5 ítems) y datos demográficos (2 ítems), estructurado en apartados, valorando diferentes aspectos en uno mismo y en el equipo: habilidades técnicas (4 ítems); habilidades no técnicas (12 ítems); material (2 ítems) y 1 pregunta abierta (sugerencias).

Criterios de exclusión: no consentir, personal en situación de Invalidez Laboral Transitoria, en excedencia o médicos residentes (MIR) de <3 años.

Estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para las cualitativas. Análisis bivariante: test de chi cuadrado para las variables cualitativas. Metodología específica para análisis del contenido de pregunta abierta.

Este proyecto cuenta con todas las autorizaciones y certificaciones pertinentes para poder realizarse.

Autorización director

Palabras clave

Debriefing • simulación • situación crítica

XLIX Congreso Nacional de la SEEIUC
Barcelona
del 12 al 15 de Mayo de 2024

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 272

CONCORDANCIA DE DOS PRUEBAS ANALÍTICAS DEL TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN EN PACIENTES EN ECMO

Ingrit Vázquez González; H. Pérez Arau; L. Frías Jiménez; M. Pérez Cosano; P. Calixto Rodríguez; L. Vidal Tarrason; J. Riera del Brio; E. Gallart Vivé
Hospital Vall d'Hebron

Objetivos/Introducción

Los pacientes que requieren terapia de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) precisan un control de la coagulación muy fiable y que obtenga resultados de forma inmediata. El control del Tiempo Activado de Anticoagulación (ACT) es uno de los métodos más utilizados en las Unidades de Cuidados Intensivos ya que puede realizarse fácilmente a pie de cama. Deben utilizarse pruebas diferentes para rangos de anticoagulación distintos, aunque se minimiza la distorsión que puede ocasionar el uso de una prueba mal seleccionada.

Objetivo: Valorar la concordancia de dos pruebas de ACT para rangos de anticoagulación diferentes en muestras sanguíneas de pacientes en ECMO

Metodología/Observación clínica

El analizador utilizado fue el sistema Hemochron Signature Elite®, comparando las pruebas ACT+ que mide con precisión los efectos de la heparina a 1,0-6,0 µ/ml de sangre y ACT-LR que es sensible a dosis más bajas de heparina (0,0-2,5 µ/ml de sangre) como las utilizadas para el soporte con ECMO. Las muestras sanguíneas se retiraron del puerto preoxigenador del circuito de ECMO e inmediatamente se analizaron con ambas pruebas. Los resultados se compararon mediante el análisis de comparación de métodos Bland & Altman utilizando el programa informático SPSS®.

Resultados/Intervenciones

Se analizaron 20 pares de muestras sanguíneas de pacientes anticoagulados que requerían ECMO. La diferencia media entre métodos es de 60,05 segundos, y que los valores de ACT-LR son mayores que los de ACT+. Las diferencias entre los 2 métodos van a estar en el 95% de los casos entre 92,42 y 27,74 segundos.

Conclusiones

Se observó una baja concordancia entre las dos pruebas y la diferencia de los TCA obtenidos en ambas pruebas es muy grande. Es necesario utilizar cada prueba para el rango de anticoagulación recomendado, sin minimizar la diferencia de medición ocasionada, ya que pueden tener consecuencias importantes en las decisiones clínicas.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 276

FORMACIÓN EN ECMO Y DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Víctor Fernández del Blanco
Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos/Introducción

Introducción: revela una brecha significativa entre la formación actual y las necesidades reales del personal de salud, enfatizando la necesidad apremiante de estrategias de formación mejoradas y más accesibles en este campo. El oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) y los dispositivos de asistencias ventricular mecánica (DAV) son sistemas de asistencia mecánica que puede suplir total o parcialmente las funciones cardiaca y pulmonar en pacientes que no respondan al tratamiento convencional. Estas técnicas suponen un gran avance en el manejo del paciente crítico, pero precisan de un centro con una estructura definida y un personal formado para ser capaz de hacer frente al cuidado de los pacientes soportados con estos dispositivos. En este sentido, existe bibliografía que detalla el tipo de centro y formación que precisa el personal al cargo de estos pacientes, pero no trabajos que investiguen si los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados críticos (UCC) que atienden a este tipo de pacientes tienen realmente la formación adecuada.

Objetivo: El objetivo principal de este proyecto es determinar si los profesionales de enfermería de las UCC que atienden a pacientes portadores de dispositivos de ECMO y DAV tienen la formación adecuada para hacerse cargo del cuidado de estos pacientes.

Metodología/Observación clínica

Se diseña un proyecto de tipo observacional descriptivo, que se llevara a cabo mediante un abordaje cuantitativo, en base a los datos recogidos en un cuestionario “ad hoc”.

Resultados/Intervenciones

Los resultados de la encuesta realizada subrayan la importancia crítica de una formación especializada, continua y práctica para los profesionales de enfermería en el manejo de dispositivos ECMO y DAV, lo que respalda la hipótesis planteada en este estudio.

Conclusiones

Se revela una brecha significativa entre la formación actual y las necesidades reales del personal de salud, enfatizando la necesidad apremiante de estrategias de formación mejoradas y más accesibles en este campo.

Palabras clave

ECMO • VAD • centro ECMO • especialista en ECMO • cuestionario • formación

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. ***Sala 118-119***

ID 290

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA (LCRD) EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA (UCIP) Y NEONATAL (UCIN) DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (HCUV)

Paula Balaguer Escutia; P. García Molina; E. Balaguer López; A. Tendero Jover; M. Rodrigo Abad; MC. Rodríguez Dolz; L. Pla Marzo
Hospital Clínic Universitari de València

Objetivos/Introducción

Los neonatos y los pacientes pediátricos hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos, debido a su patología y a los dispositivos que requieren para su diagnóstico y tratamiento, son más vulnerables a desarrollar lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD).

En el estudio más reciente de prevalencia de LCRD realizado en el año 2017 en un hospital de tercer nivel asistencial de Barcelona muestra una prevalencia de LPP del 8% en UCIP y del 0% en UCIN. Además de una prevalencia de DAI (Dermatitis asociada a la incontinencia) del 8,3% en UCIP y del 0% en UCIN.El objetivo principal del estudio es establecer la prevalencia de LCRD en las Unidades de Cuidados Intensivos pediátricas y neonatales (UCIP y UCIN) del Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV).

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional, transversal de corte de prevalencia realizado el día 13 de diciembre de 2023, en UCIP y UCIN del HCUV. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS Statistics.v.23.

Resultados/Intervenciones

La muestra final fue de 15 pacientes pertenecientes UCIN. La prevalencia de LCRD en UCIN fue de 6,67% (n=1).Se encontró una lesión por humedad tipo DAI en la zona perianal causada por el uso del pañal. La lesión se encontró en una paciente mujer de 28SEG (semanas de edad gestacional), estadificada como de riesgo alto según la escala e-NSRAS.

Los principales factores de riesgo estadísticamente significativos ($p<0,05$) fueron el uso de cremas barrera cada 2h para los pacientes neonatos y el uso de spray barrera.

Conclusiones

Las LCRD todavía suponen un problema en las UCIN, siendo necesaria la implementación de medidas preventivas en el ámbito de las DAI.

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 331

HUMANIZACIÓN EN UCI: INFORMACIÓN A FAMILIAS DE UCI A TRAVÉS DE UNA MICROWEB INTERACTIVA

Marta Martín Martínez; L. Ruilope Álvaro; C. Rodríguez Núñez; L. Larrañaga Unanue; M. Ruiz de Egino Berasategi; G. Dean Gutiérrez; S. Vara Vargas; AI. Asarta Castellanos; A. Iglesias Rodríguez; D. Muñoz Martín
Hospital Universitario Araba

Objetivos/Introducción

El acceso a una información de calidad es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI y es responsabilidad del equipo asistencial garantizar el derecho a ella. Debido a los avances tecnológicos de la última década y del cambio de paradigma en cuidados intensivos de un modelo paternalista a un modelo de atención centrada en el paciente y familia es necesario adaptarse e la nueva realidad.

Objetivo: proporcionar la información interactiva necesaria sobre el funcionamiento de la unidad, comunicación y participación de pacientes, de familiares y de representantes legales durante la hospitalización en UCI.

Metodología/Observación clínica

- Estudio descriptivo retrospectivo. Enero 2023-Noviembre 2023
- Creación de un grupo multidisciplinario para su diseño: médicos, enfermeras, psicóloga, TCAE y celador. Reuniones mensuales.
- Búsqueda y estructuración de la información a difundir.
- Contacto y diseño web con Servicio Comunicación corporativa
- Creación de contenido audiovisual/simulación (fotos, videos, web/código QR...)
- Panel de expertos para revisión del documento.-Publicación web y difusión en redes sociales.

Resultados/Intervenciones

- Reducción consumo de papel y digitalización de la información.
- Creación de una herramienta WEB interactiva de fácil manejo, visual y accesible, puede ser consultada desde dispositivos electrónicos (teléfonos, ordenadores...), mediante un código QR.
- Enlace a la microweb Acogida en la Unidad de Cuidados Intensivos de la OSI Araba: http://osaraba.eus/osi/ziu-uci/

Conclusiones

Conseguimos trasladar información a las y los pacientes antes de su ingreso, lo cual reduce la incertidumbre y el estrés, factores clave de una atención más humana.

Facilitamos la retroalimentación con las personas usuarias, permitiendo conocer sus necesidades y sus sugerencias, lo que contribuye a la mejora continua y a la humanización del servicio.

Palabras clave

humanización

sigue –>

Comunicaciones póster

Comunicaciones póster

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 340

MITOS Y CREENCIAS DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA SOBRE LAS LESIONES CUTÁNEAS (LC)

Luisa Fernanda Ortiz Mejia; V. del Amo Rodríguez; T. Olivas Asensio; MJ. Lanillos de la Cruz; A. García Rodrigo; L. Torres Fernández
Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos/Introducción

Los profesionales de la salud presentan una gran variedad de conocimientos, unos basados en mitos y falsas creencias y otros basados en la evidencia científica. Ésta ultima debe regir nuestras intervenciones para llegar a reducir la incidencia de LC en el paciente crítico. Con este estudio queremos medir el grado de conocimiento que presenta el personal y así poder determinar los siguientes objetivos:

- Describir mitos frecuentes en el abordaje de LC.
- Determinar el porcentaje de profesionales que realizan cuidados basados en mitos VS en evidencia científica.
- Mostrar los conocimientos que presentan sobre determinadas lesiones y sus cuidados.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional descriptivo y revisión bibliográfica.

Recogida de datos en base a una encuesta transversal con la plataforma online Google Forms con respuesta cerrada de verdadero y falso. Realizamos 9 preguntas, de las cuales se han obtenido 27 respuestas.

Resultados/Intervenciones

- Ningún profesional considera que el vendaje tradicional con algodón y venda de gasa sea la mejor opción para prevenir las lesiones por presión (LPP).
- El 48,1% afirma que las placas necróticas hay que retirarlas siempre.
- El 11,1% cree que hay que masajear enérgicamente al aplicar Ácidos Grasos.
- El 51,9% piensa que no está indicado desbridamiento cortante en pacientes con anticoagulación profiláctica.
- El 51,9% afirma que las LPP disminuyen de categoría según se resuelven.
- Un 3,7% indica que las lesiones por humedad se previenen como una LPP.
- El 22,2% cree que en quemaduras se debe usar siempre pomadas antibióticas profilácticas.
- Un 14,8% piensa que en desgarros cutáneos se debe retirar el colgajo.
- El 48,1% considera que hay que mantener intactas las flictenas siempre.

Conclusiones

En algunos aspectos, cerca de un 50% basa sus cuidados en mitos. Por ello, resulta necesario la implementación de formaciones periódicas y la implantación de Guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica.

Palabras clave

Lesiones cutáneas • Mitos • Cuidados • UCI • Evidencia

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 370

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE RESPUESTA RÁPIDA EN UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGÍA

David Esteve Casanovas; V. Sierra Soto; P. Parra Graupera; M. García Velasco; C. Teruel Manchón; L. Elena Jiménez; A. Vázquez Guzmán; N. Domínguez Cruz; L. Rodríguez García; A. Villamor Ordozgoiti
Clínic Barcelona

Objetivos/Introducción

La disparidad entre recursos y demanda de camas de críticos hace los Sistemas de Respuesta Rápida (SRR) esenciales para la identificación y tratamiento precoz del deterioro clínico. Tras implementación SRR se pretende conocer el grado de satisfacción de los profesionales implicados.

Metodología/Observación clínica

Estudio observacional realizado en septiembre 2021 (6 meses) y septiembre 2022 (18 meses) post implementación. Comité experto desarrolló un cuestionario 17 preguntas, basado en modelos previamente publicados, con respuesta tipo Likert de 5 opciones. Estudio aprobado por comité ética e investigación con medicamentos (XXX/2017/0862). Se invitaron, mediante enlace web al cuestionario, muestra calculada (confianza 95%, error 5%) 260 participantes, seleccionados entre enfermeras, médicos y TCAE integrantes SRR. Se estudiaron 25 variables, 6 de ellas independientes. Se realizó estudio univariable y contrastes, posteriores a estudio de normalidad, mediante Chi2, ANOVA y T-Student grupos independientes, considerando significancia $p<0,05$.

Resultados/Intervenciones

Respondieron 132 profesionales (6 meses) y 128 (18 meses) post implementación, 78,08% mujeres. Se obtuvo 2603 (78,29% del total) respuestas consideradas favorables con diferencias por categorías $p=0,002708$, mayoritariamente favorables TCAE, Enfermeras y Adjuntos. No se obtuvieron diferencias en estudio comparativo entre 6 y 18 meses $p>0,05$. El TM encontraron eficaces las escalas predictivas ($p=0.0003178$); la monitorización electrónica fue considerada más favorable TM ($p=0.002708$); Menor número de traslados a UCI en TT y TM ($p=0.004444$); La participación SRR provocó más satisfacción profesional $p<0,05$ entre mujeres 20 y 40 años en TT y TM; La comunicación favorable entre equipos se valora más positivamente $p<0,05$ entre Enfermeras y TCAE; Enfermeras de 41-50 años de edad y aquellas con experiencia profesional (<1 año) y (>10 años) se sienten más cómodas $p<0,05$ con las intervenciones del ERR; Los médicos (>50%) sienten haber perdido competencias ($p=0.04274$); TM y TT considera indispensable SRR ($p=0.0126$).

Conclusiones

La implementación de SRR en hospital alta tecnología, provoca altos niveles satisfacción entre los profesionales implicados.

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

Satisfacción en el trabajo D007588 • Satisfacción personal D010549 • Paro Cardiaco D006323 • Equipo Hospitalario de Respuesta Rápida D057209 • Seguridad del Paciente D061214 • Cuidados Críticos D003422

Miércoles 15 de mayo de 2024. 08:30 a 10:00 h. PÓSTERES ORALES XII. *Sala 118-119*

ID 374

ADHERENCIA A RECOMENDACIONES DEL PROTOCOLO BACTERIEMIA ZERO

Daniel Ruiz Bautista; P. García Marcos; C. García Navarro; MC. Luengo Vega
Hospital Gregorio Marañón

Objetivos/Introducción

El objetivo del trabajo es analizar el conocimiento del personal de la UCI 1300 del HGUGM referente al protocolo Bacteriemia Zero y a sus recomendaciones para la reducción de la incidencia de bacteriemia asociada a catéteres venosos centrales.

Metodología/Observación clínica

Se realiza un estudio transversal analítico tomando como objeto de estudio a los profesionales de enfermería que trabajan en la UCI 1300 del HGUGM, mediante un cuestionario en Google forms que incluye las recomendaciones del protocolo.

Resultados/Intervenciones

El cuestionario realizado al personal de enfermería del UCI 1300 del HGUGM fue realizado por un 76,9% de la plantilla de la unidad. Fueron estudiadas variables demográficas como el sexo, la edad, tiempo de desarrollo de la profesión y se excluyeron a aquellos con una experiencia inferior a 3 meses o que estuvieran ausentes en la unidad durante más de 3 meses. Con una mayoría comprendida entre los 26-35 años (62,5%) y una experiencia de 6-10 años (37,5%). El 75% de los encuestados no conocen el protocolo de Bacteriemia zero, justificado por el 70% que no han recibido una formación adecuada por parte del hospital. Analizando las recomendaciones del propio protocolo, los mayores errores radican en la higiene de manos antes de la canalización, colocación del equipo de protección por todo el personal involucrado, elección de la vena subclavia, sustitución de los equipos de infusión y conexiones y cura de los CVC de forma estéril.

Conclusiones

El protocolo de bacteriemia zero es bastante desconocido entre los profesionales de enfermería de la UCI 1300 del HGUGM. Este cuestionario deja visible la necesidad de elaboración de un plan formativo en los que a Bacteriemia zero se refiere.