SEEIUC

Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

XXXIX Congreso Nacional de la SEEIUC

Tenerife 9/12 junio 2013

Haga clic en cualquier lugar para entrar

www.seeiuc.org

COMUNICACIONES

PÓSTER y ORALES

Eficiencia basada en la fisiología

Secretaría Técnica Congreso SEEIUC

bocemtium

congresses|events|meetings

Índices

Pósters

Comunicaciones orales

Casos clínicos

Trabajos de investigación

Protocolos, procedimientos y plan de cuidados

Casos clínicos

P17 - ID: 234
Aprendiendo de los sucesos adversos: rotura de catéter venoso central

P34 - ID: 210
Manejo Terapeútico de la enfermedad de Mucha-Habermann en una unidad de Cuidados Críticos

P38 - ID: 503
Terapia con presión negativa en desarticulación de cadera

P40 - ID: 403
Caso clínico probable ELA (embolia de líquido amniótico) y CID (coagulación intravascular diseminada) junto a técnicas contínuas de reemplazo renal (TCRR) en UCI (unidad de cuidados intensivos)

P49 - ID: 277
Malaria P.Falciparum: caso clínico

P50 - ID: 344
Malaria importada en la región de Murcia: adecuación de los cuidados de enfermería, a propósito de un caso

P83 - ID: 54
Sexo en la UCI

P96 - ID: 193
La paciente geriátrica de la cama 2...

P97 - ID: 267
Cuidados de enfermería en UCI del paciente sometido a cirugia maxilofacial. A proposito de un caso

P98 - ID: 370
Improvisando en unidad de cuidados intensivos

P100 - ID: 52
Fulguración por rayo en alta mar: presentación de un caso clínico

P101 - ID: 220
Acidemia propiónica en paciente adulto

Casos clínicos

P102 - ID: 20
Evolución de 2 casos de Botulismo con simultánea intoxicación

P108 - ID: 276
Fascitis necrosante por mordedura humana: caso clínico

P117 - ID: 363
Enfermería y Guillain-Barré en UCI (unidad de cuidados intensivos). A propósito de un caso

P118 - ID: 551
Politraumatismo en UCI

P136 - ID: 249
Manejo de enfermería en el paciente crítico diagnosticado de pancreatitis aguda y con sistema “sandwich”

P141 - ID: 47
Plasmaféresis con Prismaflex® por enfermeria de UCI

P154 - ID: 126
Derrame pericárdico en paciente portador de MP transitorio

P161 - ID: 419
Hipotermia moderada en pacientes con traumatismo craneo encefálico

P164 - ID: 59
Migración de dispositivo amplatzer: a propósito de un caso

P185 - ID: 122
Cuidados post-trombectomía y fibrinolisis en paciente con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar masivo bilateral

P186 - ID: 212
Ventilación mecánica con helio en una paciente asmática en cuidados intensivos

P187 - ID: 384
Similitudes y diferencias de cuidados enfermeros en dos pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en dos unidades diferentes de un mismo hospital

Casos clínicos

P188 - ID: 240
Humedificación activa en un paciente con traumatismo torácico severo

P189 - ID: 127
Valoración de modificaciones en la higiene oral en la prevención de la neumonia asociada a ventilación mecánica

P195 - ID: 255
Cuidados enfermeros en la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)

P200 - ID: 377
Efecto adverso en las traqueostomías. A propósito de un caso. Adherencia de secreciones a la cánula

P212 - ID: 46
Complicaciones de la nutrición parenteral periférica: Observación clínica de 2 casos

P214 - ID: 371
Importancia de la glutamina en la recuperación celular del paciente crítico

Trabajos de investigación

P1 - ID: 350

Complicaciones asociadas al uso de catéteres arteriales radiales en un Servicio de Medicina Intensiva: análisis observacional prospectivo

P2 - ID: 453

Análisis de las complicaciones vasculares en arteria radial tras cateterismo cardiaco

P3 - ID: 484

Endoprótesis valvular aórtica percutánea: una alternativa para pacientes de alto riesgo

P11 - ID: 101

Estudio sobre la viabiliidad de la retirada precoz del dispositivo de hemostasia postcoronariografía radial tr-band “terumo”

P15 - ID: 308

Rondas de seguridad de Bacteriemia Zero (B Z) en la unidad de medicina intensiva (UMI) Hospital hua - Txagorritxu

P16 - ID: 423

Impacto y consolidación del proyecto “Bacteriemia Zero” en la UCI

P20 - ID: 37

Análisis de la capacidad de generación de córneas y de las causas de no donación en un servicio de medicina intensiva

P21 - ID: 531

Papel de la enfermería en la donación en asistolia controlada: Donantes tipo III Maastricht. Experiencia inicial

P23 - ID: 383

Muerte encefálica como problema de colaboración

P26 - ID: 256

Seguimiento de la prevalencia de Ulceras por presion tras la finalización de un programa de formación

P32 - ID: 500

Análisis de úlceras por presión (UPP) en una unidad de cuidados críticos (UCI)

P35 - ID: 567

Sostenibilidad del gasto en productos de cura en ambiente húmedo en cuidados intensivos

sigue

Trabajos de investigación

P41 - ID: 81
Análisis de las características de los profesionales sanitarios de cuidados intensivos en una unidad polivalente, frente al hábito tabáquico

P42 - ID: 507
Contarse para cuidarse

P43 - ID: 462
Percepción de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca de los pacientes con edad avanzada

P44 - ID: 97
Habilidades de comunicación y *burnout* en los profesionales de la salud de urgencias y cuidados críticos de un hospital comarcal

P45 - ID: 279
Papel de enfermería en la malaria grave o complicada

P51 - ID: 477
Comparativa de los hemocultivos contaminados los años 2009, 2010, 2011 en una unidad de medicina intensiva

P52 - ID: 272
Implementación de un protocolo de vigilancia de multiresistentes en UCI

P53 - ID: 546
Elementos facilitadores y barreras existentes en la implementacion de un paquete de medidas o “care bundles”

P56 - ID: 389
Análisis del cumplimiento de la higiene de manos en la UCI durante los años 2009, 2010 y 2011

P57 - ID: 252
Autoevaluación de los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre la higiene de manos

P58 - ID: 176
Efectividad de un protocolo de extracción de hemocultivos con técnica estéril y registro personalizado en UCI

P61 - ID: 170
Satisfacción del paciente con la Unidad de Medicina Intensiva y comparación de los resultados obtenidos en el HUA (Sede Txagorritxu)

sigue

Trabajos de investigación

P62 - ID: 298
Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la unidad de medicina intensiva (UMI)

P70 - ID: 559
Implantación de indicadores de calidad de medicina intensiva

P71 - ID: 253
Descripción de los eventos adversos ocurridos en 24 horas en uci de un hospital comarcal

P72 - ID: 322
Grado de cumplimentacion del registro de formulario de alta en UCI

P73 - ID: 434
Los registros informatizados aumentan la Seguridad para el paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos.

P79 - ID: 172
Gestión y medición de indicadores de calidad en una unidad de cuidados intensivos, una experiencia en seguridad del paciente

P80 - ID: 179
Percepción de la seguridad del paciente por los profesionales

P81 - ID: 466
Monitorización de indicadores de cuidados generales en una unidad de cuidados intensivos: análisis de dos años consecutivos

P88 - ID: 140
Protocolo de traslado intrahospitalario del paciente crítico

P92 - ID: 550
Correlación de los NANDA y de las NIC con el peso relativo (PR) de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) en el enfermo crítico (EC)

P93 - ID: 338
Identificación de NANDA y de NIC en una población de enfermos críticos (EC)

P94 - ID: 560
¿Debemos estandarizar la monitorización de la PIA?

P103 - ID: 154
Identificación de los NANDA y de las NIC en función de la procedencia de los EC

sigue

Trabajos de investigación

P110 - ID: 265
Inmovilización y movilización de pacientes politraumatizados

P111 - ID: 307
Características de los pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de nivel 2B

P119 - ID: 118
Opinión de los médicos frente a la de enfermería con respecto al manejo de la analgesia, sedación y delirio del paciente crítico

P120 - ID: 345
Vía intravenosa directa. Un viejo conocido para la reducción de costes

P121 - ID: 113
¿Qué opinan los médicos del manejo de la analgesia, sedación y delirio del paciente crítico y del papel de enfermería en esta práctica?

P122 - ID: 182
Valoración de las causas que alteran el sueño nocturno de los pacientes en la unidad coronaria

P125 - ID: 424
Valoración del dolor al ingreso en los registros de enfermeria en UCI

P126 - ID: 468
Relación entre la manifestación de clínica parasimpática y la pósterior reacción vasovagal en los pacientes sometidos a anestesia locorregional

P130 - ID: 481
Análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ante la inadecuada concilación de la medicación en una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente

P132 - ID: 341
Estabilidad de la Noradrenalina Inyectable en diluciones en Cloruro Sódico 0.9%

P133 - ID: 543
Administarción de antibioticoterapia en la primera hora de tratamiento

P134 - ID: 480
Análisis modal de fallos y efectos (AMFE) en el manejo inadecuado de la prescripción diaria y monitorización de las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE)

Trabajos de investigación

P137 - ID: 38
Duración, tipo y motivos de retirada de los filtros según las terapias en técnicas de depuración extrarrenal

P138 - ID: 53
Estudio descriptivo de los cáteteres tipo shaldon en pacientes sometidos a técnicas de depuración extrarrenal

P139 - ID: 88
Influencia de la anticoagulación de los sistemas con heparina sódica en técnicas de depuración extrarrenal

P140 - ID: 119
Influencia de los diuréticos y las drogas vasoactivas en los filtros de pacientes sometidos a técnicas de depuración extrarrenal

P144 - ID: 12
El dolor en postoperados de revascularización coronaria según el tipo de injerto

P145 - ID: 300
La coordinación interniveles en la atención integral al paciente sometido a implante de Marcapasos definitivo (MPD)

P146 - ID: 501
¿Conocemos las últimas recomendaciones en RCP?

P155 - ID: 199
Incidencia del síndrome coronario agudo en la comarca de Antequera y su relación con los factores de riesgo vascular

P156 - ID: 196
Valoración del impacto de un programa de educación sanitaria dirigido a pacientes con síndrome coronario agudo “PESSCA” en UCI

P157 - ID: 294
La Reanimación Cardiopulmonar Avanzada en el Hospital. Enfermería puede o debe aplicar los protocolos de European Resuscitation Council (ERC). Normativa

P158 - ID: 405
Disminución de la inserción de marcapasos transvenosos temporales en una unidad de medicina intensiva

P163 - ID: 30
Aplicación de capnografía en las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) intrahospitalaria: nuestra experiencia

sigue

Trabajos de investigación

P166 - ID: 157
Humidificacion con sistema HME-Booster

P167 - ID: 166
Perfil y evolución de neumonía asociada a ventilación mecánica 2011 y 2012

P168 - ID: 219
Decúbito Prono en el Síndrome de Distres Respiratorio Agudo: procedimiento de Enfermería

P169 - ID: 241
Neumonía zero: en época de crisis, recortes efectivos

P170 - ID: 349
Variabilidad de los cuidados de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva (VMNI)

P171 - ID: 496
Sistemas de humidificación y neumonia asociada a ventilación mecánica (NAVM)

P172 - ID: 422
Estudio inicial de aplicación de medidas preventivas para la neumonia asociada a ventilación mecánica (NAV)

P173 - ID: 529
Eficacia de la ventilación mecánica no invasiva en pacientes inmunodeprimidos

P182 - ID: 492
Seguimiento de las tasas de infección asociadas a dispositivos en una UCI que usa descontaminación digestiva selectiva (DDS)

P189 - ID: 127
Valoración de modificaciones en la higiene oral en la prevención de la neumonia asociada a ventilación mecánica

P190 - ID: 289
Comparativa gasométrica: analizazodores a pie de cada vs analizadores en laboratorio central (patrón oro)

P191 - ID: 516
Gafas Nasales Alto flujo

P192 - ID: 238
Actuación de Enfermería en la aplicación del protocolo de Descontaminación Digestiva Selectiva (DDS) en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI)

sigue

Trabajos de investigación

P193 - ID: 554
Estudio descriptivo de los pacientes sometidos a ventilación mecánica

P196 - ID: 201
Evaluación del cumplimiento de la posición semiincorporada del paciente crítico con ventilación mecánica

P197 - ID: 205
Evaluación del conocimiento de la posición semiincorporada como medida preventiva de la neumonía asociada a ventilación mecánica

P198 - ID: 243
Complicaciones en aspiración subglótica. Comparativa entre dos tubos

P199 - ID: 566
Indicador de calidad 'pneumotaponamiento' en enfermería intensiva (EI)

P204 - ID: 305
Rondas de seguridad de Neumonia Zero (NZ) en la unidad de medicina intensiva del hospital hua - Txagorritxu

P207 - ID: 312
Evaluación del conocimiento y satisfacción del personal de enfermería tras un curso de formación en bioética

P208 - ID: 295
Es necesario para enfermería la formación para el uso del Desfibrilador Semiautomático (DESA) en España

P209 - ID: 293
Capacitación de Soporte Vital Básico (SVB) y manejo del DESA tras una jornada de formación teórico-práctica

P217 - ID: 318
Aspectos que generan mayor interés en los profesionales de enfermería de una unidad de cuidados intensivos, tras recibir formación en bioética

P218 - ID: 533
Dificultades sentidas por la enfermera de uci durante el proceso fin de vida

P219 - ID: 534
Propuestas de mejora para adecuado manejo proceso fin de vida

Protocolos, procedimientos y plan de cuidados

P4 - ID: 139
Uso del ecógrafo en técnicas de canalización de catéter venoso de acceso periférico

P5 - ID: 203
La utilización del catéter picc en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI)

P6 - ID: 255
Cuidados de enfermería al paciente con balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA)

P7 - ID: 320
Sistema de monitorización Pulse Induced Contour Cardiac Output (PICCO)

P8 - ID: 335
Protocolo de inserción de catéteres centrales venosos periféricos con ecografía

P9 - ID: 441
Enfermería y Monitorización hemodinámica: sistema PICCO®

P10 - ID: 111
Protocolo de retirada del dispositivo de hemostasia radial TR-BAND TERUMO

P12 - ID: 67
Canalizacion de catéteres vasculares con ecógrafo. Cuatro años de experiencia

P13 - ID: 357
Protocolo SIP: inserción segura del PICC

P14 - ID: 558
Puesta en marcha de un protocolo de registros de enfermería del paciente con balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAO), unificado para todo el centro hospitalario

P18 - ID: 388
Tunelizando PICC en la UCI: ampliación de las indicaciones

P19 - ID: 421
Procedimiento balón de contrapulsación

P22 - ID: 160
“Atención del paciente trasplantado hepático en UCI: prácticas seguras”

P24 - ID: 195
Protocolo de diagnóstico de muerte encefálica: última revisión

sigue

Protocolos, procedimientos y plan de cuidados

P25 - ID: 190
Cuidados oftalmológicos en el potencial donante de córneas

P27 - ID: 151
Cuidados de enfermería en el paciente con necrolisis epidérmica tóxica (NET): cura de lesiones

P28 - ID: 23
Guía de actuación en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para la prevención de úlceras por presión (UPP)

P29 - ID: 257
Terapia de vacío para el tratamiento de heridas

P30 - ID: 467
Manejo del sondaje rectal permanente como mecanismo para minimizar la propagación de la infección fecal y reducción del riesgo de pérdida de la integridad cutánea

P31 - ID: 524
VAC. Encantadas de conocerte ¿Quién dices que eres?

P33 - ID: 469
La quemadura como coraza: “manejo del paciente quemado con síndrome compartimental abdominal, un abordaje multidsciplinar”

P36 - ID: 207
Movilización y posición en el paciente crítico

P37 - ID: 378
Apósito antimicrobiano de espuma (Covidien Kendall): cura aséptica del estoma traqueostomizado

P39 - ID: 458
Dificultades en el manejo de la lactancia materna (LM) en la unidad de cuidados intensivos (UCI)

P46 - ID: 454
Estudio descriptivo retrospectivo sobre la bacteriemia por cateter venoso central, protocolo de actuación

P47 - ID: 519
Mapa de riesgos por procesos asistenciales integrados: sepsis grave

Protocolos, procedimientos y plan de cuidados

P48 - ID: 547
Protocolo para cateterismo vesical como medida de prevención de las infecciones del tracto urinario relacionado con cateter en UCI

P54 - ID: 263
Vigilancia de microorganismos multirresistentes en una unidad de cuidados intensivos

P55 - ID: 361
Evaluación de los resultados de la implantación del protocolo Bacteriemia Zero en UCI del hospital Meixoeiro

P59 - ID: 326
La enfermera de sepsis en la atención al paciente séptico. De la evidencia a la práctica

P60 - ID: 17
Protocolo de visita ampliada a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos

P63 - ID: 390
Actuación frente a un brote de Acinetobacter Baumannii en un servicio de críticos

P64 - ID: 497
Protocolo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI)

P65 - ID: 509
Protocolo del proyecto de telemedicina en el tratamiento del paciente crítico en la Unidad de Quemados del Hospital Vall d'Hebron

P66 - ID: 303
Procedimiento y beneficios de la auditoría interna en la unidad de cuidados intensivos de tercer nivel

P67 - ID: 410
Hay una manera de hacerlo mejor: ISO 9001:2008

P68 - ID: 411
Hay una manera de hacerlo mas segura: UNE 179003

P69 - ID: 495
Informatización global de una unidad de medicina intensiva

P74 - ID: 69
Comunicación a través de órdenes verbales. ¿Son seguras?

sigue

Protocolos, procedimientos y plan de cuidados

P75 - ID: 103

Necesitamos conocerte: ¿realizamos correctamente la identificación de pacientes en la unidad de cuidados críticos y urgencias?

P76 - ID: 162

Análisis de los registros de enfermería y normas básicas de calidad de las historias clínicas de los pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivo

P77 - ID: 202

Aumentando la seguridad en nuestra UCI. Implantación de una hoja de *chek list* de revisión de los box

P78 - ID: 282

Opinión de los profesionales de enfermería sobre la implementación de un nuevo sistema de trabajo informatizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de 22 camas en un Hospital Universitario de tercer nivel

P82 - ID: 223

Algoritmo de contención mecánica (CM) para la optimización de la limitación de movimientos en UMI (unidad de medicina intensiva). Hospital Universitario de Álava (HUA)

P84 - ID: 512

Implantación y seguimiento del protocolo de hemovigilancia en la UCI de un hospital comarcal

P85 - ID: 169

Protocolo de rondas de seguridad (RS) en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

P86 - ID: 358

Protocolo de contención en pacientes críticos del Hospital Universitario Araba

P87 - ID: 362

Listado de verificación (*checklist*) para evaluación inicial del paciente crítico, al inicio del turno

P89 - ID: 117

Traslado intrahospitalario asistido: implantación y evaluación del *checklist*

P90 - ID: 261

Plan de cuidados ante el paciente susceptible de ACTP trasladado en UVI móvil

P91 - ID: 275

Traslado interhospitalario del paciente bariátrico

sigue

Protocolos, procedimientos y plan de cuidados

P95 - ID: 376
Cuidados enfermeros en el protocolo OLA

P99 - ID: 228
Protocolo de fijación de dispositivos

P104 - ID: 250
Control de la temperatura en el paciente crítico

P105 - ID: 355
Protocolo de Monitorización de la Presión Intraabdominal por medio del kit AdViser® AutoValve®

P106 - ID: 460
Plan de cuidados individualizado en el paciente crítico con Hemorragia alveolar: Granulomatosis con Poliangeítis (Weneger)

P107 - ID: 475
TIC y Rol Avanzado

P109 - ID: 183
Cuidados oftalmológicos enfermeros al paciente crítico sedado con úlceras corneales

P112 - ID: 186
Cuidados de enfermería del sensor de neuromonitorización intraparenquimatoso en el paciente neurocrítico

P113 - ID: 187
Cuidados de enfermería del paciente en UCI tras la embolización cerebral

P114 - ID: 311
Atención integral al paciente politraumatizado grave en la unidad de Cuidados Intensivos: Plan de cuidados estandarizado de Enfermería.

P115 - ID: 455
Plan de cuidados estandarizado para el cuidado del paciente con estatus epiléptico persistente ingresado en una unidad de cuidados intensivos polivalente

P116 - ID: 528
Protocolo de manejo del drenaje intradural en cirugía de aórta torácica

P123 - ID: 137
Cuidados del paciente crítico sometido a monitorización del bloqueo neuromuscular con monitor TOF

sigue

Protocolos, procedimientos y plan de cuidados

P124 - ID: 25
Evaluación de la efectividad de una pauta standar de analgesia en el postoperatorio inmediato de Cirugía Cardíaca

P127 - ID: 301
Utilización de Índice Biespectral (BIS) como guía para la sedación en pacientes críticos

P128 - ID: 561
Control de sedoanalgésia en cuidados intensivos

P129 - ID: 133
Protocolo de valoración del nivel de sedación y dolor en pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM)

P131 - ID: 34
Preparación y administración de fármacos

P135 - ID: 457
Sistema MARS® (Molecular Adsorbent Recirculating System): gráfica control

P142 - ID: 143
Cuidados de enfermería y complicaciones más frecuentes relacionadas con técnicas continuas de depuración extrarrenal

P143 - ID: 532
Microdialisis y enfermería

P147 - ID: 58
Plan de cuidados del paciente con insuficiencia cardiaca

P148 - ID: 135
Complicaciones de la herida quirúrgica tras la implantación de marcapasos definitivos

P149 - ID: 141
Revisión de los carros de paradas de las zonas de hospitalización

P150 - ID: 373
Protocolo del sistema de compresión neumática

P151 - ID: 385
Monitorización continua del segmento ST: una utilidad avanzada del análisis del electrocardiograma

P152 - ID: 433
Protocolo; marcapasos definitivo

sigue

Protocolos, procedimientos y plan de cuidados

P153 - ID: 544
Colocación de marcapasos transitorio en unidad de cuidados intensivos

P159 - ID: 70
Intervención enfermera en procedimientos cardiológicos

P160 - ID: 464
Protocolo de Rehabilitación Cardiaca Fase I, en unidad de cuidados intensivos coronarios

P162 - ID: 360
Protocolo de Hipotermia Terapéutica Leve tras parada cardiorespiratoria. Medidas de eficiencia en un procedimiento seguro

P165 - ID: 527
Cuidados enfermeros en pacientes intervenidos de aneurisma de aorta abdominal

P174 - ID: 75
Decúbito prono en UVI: una técnica segura

P175 - ID: 99
Intubación con Airtraq

P176 - ID: 189
Paciente portador de Membrana de Oxigenación Extracorpórea (ECMO): Cuidados de Enfermería

P177 - ID: 285
El décubito prono en el síndrome de distrés respiratorio del adulto: cuidados de enfermería

P178 - ID: 28
Protocolo de humidificación activa en ventilación mecánica

P179 - ID: 316
Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO): cuidados de enfermería

P180 - ID: 432
Protocolo: colocación y cuidado de pacientes en posición de cúbito prono en unidades de cuidados intensivos

P181 - ID: 444
Eficacia de la protocolarización de los cuidados en la reducción de complicaciones cutáneas, oculares y bucales en el paciente sometido a ventilación mecánica no invasiva

Protocolos, procedimientos y plan de cuidados

P183 - ID: 290
Helmet en ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Cuidados de Enfermería

P184 - ID: 557
Cuidados de enfermería en la retirada del tubo orotraqueal

P194 - ID: 328
Protocolo de Descontaminación Digestiva Selectiva (DDS), un nuevo reto en nuestra Unidad

P201 - ID: 526
Oxigenoterapia de alto flujo ¡un gran avance!

P202 - ID: 465
Traqueostomía: desde la inserción hasta la decanulación

P203 - ID: 105
Protocolo de realización de traqueotomía percutánea en el paciente crítico

P205 - ID: 175
Alternativa a la traqueostomía quirúrgica en cuidados intensivos: el manejo de la traqueostomía percutánea

P206 - ID: 233
Evaluación de la Implementación de la Descontaminación Digestiva Selectiva en una Unidad de Cuidados Intensivos

P210 - ID: 94
Aprendizaje y evaluación por competencias en el practicum de cuidados especiales de enfermería a través de la simulación clínica

P211 - ID: 215
Nutrición enteral en UCI: Visión enfermera

P213 - ID: 61
Protocolo de soporte nutricional enteral en el paciente crítico

P215 - ID: 569
Valoración del Residuo Gástrico al Paciente Crítico: Plan de Cuidados Estandarizado

P216 - ID: 473
Gestión del Conocimiento en la enfermería intensiva

Comunicaciones orales

ID: 348
Ganando vida: Donación en asistolia

ID: 230
Revisión de la literatura: diferencias y similitudes entre las competencias de una supervisora y una enfermera de práctica avanzada en una unidad de cuidados intensivos

ID: 505
Potenciando las competencias de los profesionales de enfermería: catéteres centrales de inserción periférica (picc) en cuidados criticos

ID: 278
Fisioterapia precoz en pacientes neurocríticos

ID: 66
Necesidades de sedoanalgesia en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos y con antecedentes de consumo de sustancias adictivas

ID: 11
Valoración del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardiaca sin y con circulación extracorpórea

ID: 155
Valoración del dolor en la aspiración de secreciones traqueales en pacientes con trauma craneal grave-moderado mediante la escala de conductas indicadoras de dolor (escid): estudio piloto

ID: 131
Fiabilidad interobservador de la escala coma de Glasgow del paciente neurológico en cuidados intensivos

ID: 10
Perfil del donante de tejidos en el período 2011-2012 en un hospital de tercer nivel

ID: 258
Relación entre el índice de masa corporal y el desarrollo de úlcera por presión en Medicina Intensiva

ID: 336
Uso adecuado de drogas vasoactivas con bomba de perfusion

ID: 313

Percepción y creencias del personal de cuidados intensivos (UCI) sobre la aplicación de Reiki

ID: 163

Valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de cirugía cardiaca mediante la escala Behavioural Pain Scale

ID: 39

Revisión sistemática: la nutrición enteral continua comparada con la intermitente en pacientes de cuidados intensivos

ID: 259

Concordancia interobservador en la lectura de la escala EMINA

ID: 84

Factores relacionados con el duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos en uci con patología grave

ID: 95

Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto

ID: 540

La planificación anticipada de las decisiones en las unidades de cuidados intensivos

ID: 552

Valor pronóstico del patrón intestinal en relación a la encefalopatía hipóxico-isquémica en pacientes adultos supervivientes a una parada cardiorrespiratoria: Estudio piloto

ID: 18

¿Cómo nos afecta el estrés en intensivos?: Diferencias encontradas con otros servicios y la importancia de la Resiliencia como recurso personal

ID: 91

Información y toma de decisiones en UCI. Punto de vista del familiar

ID: 478

Evolución de los niveles de burnout y engagement en una unidad de cuidados intensivos polivalente durante los años 2011 y 2012

ID: 144

Procedimientos y Órdenes de Monitorización en la Unidad de Cuidados Intensivos. ¿Los intensivistas le dan la suficiente importancia?

ID: 271
Pérdida de dispositivos invasivos en el paciente de cuidados intensivos

ID: 41
Adecuación de los recursos humanos y materiales en función de la gravedad del paciente crítico en el traslado intrahospitalario. Implementación de una escala de valoración de traslado intrahospitalario

ID: 63
El sellado con Etanol en la prevención de Infección Relacionada a Catéter (IRC) después de Cirugía Cardiaca Mayor (CCM)

ID: 116
Impacto de las medidas de higiene ambiental en la transmisión de Bacilos Gram Negativos Mmultirresistentes (bgn-mr) en una uci polivalente

ID: 391
Optimización de recursos en la desinfección del utillaje y aparataje en una UCI

ID: 518
Mejora en la fijación de vías venosas centrales (vvc) mediante la utilización concomitante de un apósito transparente junto con otro en forma de aerosol: ensayo aleatorizado controlado. Estudio piloto

ID: 164
Enfermeria en la LTSV

ID: 479
Análisis modal de fallos y sus efectos (amfe) sobre la gestión de las alarmas del respirador

ID: 239
Inadecuación en la prescripción de órdenes médicas. Variabilidad en los errores entre las diferentes secciones de una UCI

ID: 321
Formación continuada en las unidades de cuidados intensivos

ID: 145
Problemas de calidad en las hojas de tratamientos de una UCI: “ Síndrome de Copiar y Pegar”

ID: 130

Efecto de la implementación de un protocolo de extracción de hemocultivos sobre la tasa de falsos positivos

ID: 43

Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en las unidades de cuidados intensivos

ID: 65

Ansiedad y apoyo social en los pacientes dados de alta en UCI

ID: 337

Neumonía Zero: Cumplimiento de dos medidas para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica (elevación del cabezal y control del neumotaponamiento)

ID: 291

Cuidados de la Vía Aérea Artificial. La taxonomía (NNN) Vs Nuevas recomendaciones (Bacteriemia Zero)

ID: 92

Infección del tracto urinario en pacientes postoperados de cirugía cardíaca según el tipo de sonda uretral

ID: 351

Efectos de la aplicación de protocolo clínico en la optimización de las técnicas de depuración extracorpórea

ID: 539

La oxigenoterapia de alto flujo en pacientes críticos

ID: 418

Estudio comparativo de dos métodos de cuidado de traqueotomías en una unidad de cuidados intensivos (uci)

ID: 387

Correlación entre los valores de la presión venosa central y la presión venosa periférica en pacientes críticos. Revisión sistemática de la evidencia

ID: 483

Resultados de la Bacteriemia Zero 4 años después

ID: 472

Evaluación del nivel de cumplimentación del check-list neumonía zero en una unidad de medicina intensiva polivalente

ID: 208
Adherencia al protocolo de neumonia zero en una UCI polivalente

ID: 16
Evolución de la fuerza muscular en pacientes críticos con ventilación mecánica invasiva

ID: 206
Elaboración de un cuestionario para evaluar factores relacionados con el cumplimiento de la medida de prevención “posición semiincorporada” en el paciente sometido a ventilación mecánica

ID: 158
Percepcion de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva

ID: 395
Medición de las cargas de trabajo de enfermeria al ingreso y alta médica de la unidad de cuidados intensivos

ID: 398
Traducción y adaptación transcultural del “icu stressful experience questionnaire” (icu-seq)

ID: 85
Opinión de las enfermeras de planta sobre el informe de alta de cuidados intensivos

ID: 245
¿Puede la aspiración intermitente de secreciones subglótica causar alteraciones en la mucosa traqueal?

ID: 412
Análisis de las respuestas cualitativas en una encuesta de satisfacción de familiares de pacientes críticos

ID: 535
Calidad asistencial percibida en la uci: opinión de los familiares de los usuarios

ID: 504
Evaluación del resultado de la aplicación de acciones de mejora en la seguridad de las técnicas de depuración extracorpórea tras análisis modal de fallos y efectos

ID: 171
Calidad asistencial percibida por los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos y visión de enfermería

ID: 235

Intercomunicación entre los integrantes del equipo multidisciplinar de una unidad de cuidados intensivos (UCI)

ID: 446

Desarrollo e implementación de un nuevo proceso de información a las familias del paciente crítico: investigación acción participativa

ID: 200

Experiencias vividas de los pacientes ingresados en cuidados intensivos

ID: 414

Mejoría de la satisfacción de familiares de pacientes críticos tras un ciclo de mejora

ID: 29

Análisis de la diferencia entre dosis prescrita y administrada en técnicas continuas de reemplazo renal

ID: 192

Adecuando los cuidados intensivos a pacientes geriátricos

ID: 476

Factores que influyen en la privación del sueño en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos

ID: 107

Uso de restricciones mecánicas en unidades de cuidados críticos: perspectiva de los profesionales. Revisión bibliográfica.

ID:438

Experiencias estresantes de los pacientes sometidos a ventilación mecánica prolongada

ID: 348

Ganando vida: donación en asistolia

García Lopez, L.; Bueno Muñóz, M. J.
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

España tiene la tasa de donación más alta del mundo, 34,8 donantes por millón de población en 2012. Pero la lista de espera supera la oferta de órganos. Para compensar esta carencia se hacen necesarias estrategias que incrementen el número de donantes.

Hasta ahora, la mayoría de donaciones procedía de pacientes en muerte encefálica, pero en los últimos años ha disminuido; por ello la Organización Nacional de Trasplantes desarrolla un Plan que fomenta la donación en asistolia (DA).

Objetivos

Dar a conocer en que consiste la DA (controlada e incontrolada) y como la unidad de cuidados intensivos (UCI) colabora en su desarrollo.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica y documental de la implantación en España de este tipo de donación y la participación de la UCI en ella.

Resultados

La DA ha aumentado un 43% en los últimos años, confirmándose como la principal vía de expansión de la donación de personas fallecidas. Representa el 10% de todos los tipos de donantes en España a pesar de desarrollarse sólo en nueve Comunidades Autónomas, pero analizándose de forma aislada, llega al 40% como sucede en Madrid.

Se analiza la DA según la clasificación de Maastricht y el papel fundamental de la UCI en la recepción de posibles donantes e instauración de los procedimientos adecuados para el mantenimiento de órganos hasta su extracción.

Conclusiones

La puesta en marcha de programas como la DA, se demuestra que es rentable para la obtención de órganos gracias a la gran implicación de los profesionales que colaboran en el proceso, la generosidad de los ciudadanos y el papel fundamental del coordinador de trasplantes entre otros.

Destacar que el papel de la enfermera como cuidadora de un donante debe verse no como el final de una vida sino como el principio de otras, ya que cuidar a un donante, salva vidas.

ID: 230

Revisión de la literatura: diferencias y similitudes entre las competencias de una supervisora y una enfermera de práctica avanzada en una unidad de cuidados intensivos

del Barrio-Linares, M.[1]; Pumar-Méndez, M.[2]
1. Clinica Universidad de Navarra, Pamplona; 2. Universidad de Navarra, Pamplona

Introducción

El legitimar las competencias de los distintos roles de enfermería requiere de una regulación y para poder desarrollarla debe conocerse qué aporta cada profesional. Para poder conocer esto se plantea el siguiente estudio

Objetivos

con el objetivo de identificar las diferencias, similitudes y complementariedades entre las competencias de una supervisora de enfermería y una enfermera clínica avanzada en el contexto de una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Material y método

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura con metodología sistemática en las bases de datos Pubmed, Medline, Cinahl y Cochrane library y se amplió la búsqueda de forma manual (técnica de bola de nieve) en las revistas más relevantes del área de gestión en enfermería y de enfermería de práctica avanzada. Los límites de la búsqueda fueron artículos publicados en inglés y/o castellano en los últimos 10 años.

Resultados

Se obtuvieron un total de 174 artículos. Las competencias de la supervisora de enfermería que define la literatura son habilidades de comunicación y relaciones personales, profesionalidad, liderazgo, conocimientos en gestión y administración y conocimiento sobre los sistemas sanitarios y las competencias de la enfermera clínica avanzada son práctica clínica directa, coaching, consumo de la investigación, práctica basada en la evidencia, liderazgo, consulta y participación en la toma de decisiones éticas.

Conclusiones

Se detecta una amplia evidencia donde se aprecian competencias diferentes y otras complementarias entre las desarrolladas por una enfermera dedicada a la gestión y una enfermera clínica avanzada en UCI. Tras esta revisión se plantea la necesidad de legislación y formación en el contexto español de las enfermeras supervisoras y enfermeras clínicas avanzadas con ayuda de los programas de postgrado en las universidades para evitar áreas de solapamiento o ambigüedades en el desarrollo del trabajo de cada profesional y su correcta implementación en el sistema de salud.

ID: 505

Potenciando las competencias de los profesionales de enfermería: catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en cuidados criticos

García Gálvez, M. D. M.; García García, E.; Alvarez Rodriguez, J.; Luengo Alarcia, M. J.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

Introducción

La potenciación de la canalización de VCAP como una competencia más de los profesionales de enfermería, ha situado dichas vías como una opción a considerar en el paciente crítico. Dichas vías empiezan a ser demandadas por otros profesionales de enfermería.

Objetivos

Analizar la canalización de VCAP, demostrando que son una opción más a valorar, tanto en el ingreso como en la estancia del paciente en Unidades de críticos.

Analizar ventajas y complicaciones de las mismas.

Material y método

La muestra del estudio será todo paciente ingresado enla UCI de nuestro hospital desde 2008 a 2012 (2.299 pacientes). Utilizamos la base de datos el sistema informático PICIS.

- Analizaremos el número de VCAP insertadas y las compararemos con el número de vías centrales de cualquier otra localización.
- Se establecerá en cuántos pacientes la VCAPha sido la primera opción.
- Estudiaremos las tasas de bacteriemia diferenciando entre VCAP y VCentral otras localizaciones.
- Interpretaremos todas los valoraciones de los dos grupos.

Resultados

De los 2299 pacientes ingresados, se han canalizado 882 VCAP en un total de 726 pacientes (31,5 %)

En la UCI se han canalizado 851 VCAP frente a 684 Vías centrales. Sin embargo es superior el número de Vías Centrales de otras localizaciones (1.284) al de VCAP, ya que existe un grupo importante de pacientes quirúrgicos, que son portadores de Vía Central no periférica al ingreso enla UCI.

La complicación más valorada en ambas vías es el enrojecimiento en ambos casos: 9,39% en VCAP y 13,1% en VCentral.

En el caso de VCAP la complicación flebitis se ha producido en el 1,06% de las vías, frente al 0% de las Vías centrales.

Conclusiones

Los PICC, presentan menor índice de complicaciones y confieren mayor independencia a los profesionales de enfermería. Con el avance en canalización de VCAP ecoguiadas se abre un nuevo campo a los profesionales de enfermería que potencia aún más la posibilidad de esta técnica.

ID: 278

Fisioterapia precoz en pacientes neurocríticos

Zafra, V.; Jaume Lliteras, M.; Belmonte, S.
Hospital Clínic, Barcelona

Introducción

Numerosos estudios han demostrado que la fisioterapia temprana (FST) en UCI beneficia la evolución de pacientes críticos. Los pacientes neurocríticos (NRC) debido su propia patología y a la neuromonitorización a la que están sometidos, son altamente sensibles a cualquier esfuerzo físico. Sin embargo los beneficios de instaurar precozmente la FST en estos pacientes puede influir positivamente en su recuperación y disminuir la discapacidad que puedan presentar.

La seguridad y viabilidad clínica de llevar a cabo la FST en nuestra unidad, quedo demostrada en un estudio preliminar.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue analizar la aplicación y beneficios que ofrece la FST en un grupo de pacientes exclusivamente neurocríticos y compararlos con un grupo control que no fueron sometidos a FST.

Material y método

Estudio prospectivo durante 12 meses, en el que se incluyeron 62 pacientes, se recogieron variables demográficas e índices de gravedad. Para la valoración de la fuerza y balance muscular se utilizo la escala de Daniels.

Se aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión que en el protocolo anterior de FST.

Se estableció un grupo control de 62 pacientes recogidos de la base de datos de la unidad y se comparó con el grupo de pacientes sometidos al protocolo FST.

Resultados

Tabla1: datos demográficos

	NRC con FST	NRC sin FST
EDAD	52.8±14.6	49.9±17.4
SEXO	28M -34H	25M-37H
APACHE-II	20.0±7.0	19.3±6.3
TISS	51.8±12.5	48.8±10.9
MPMo	30.8±20.4	32.6±22.1
DÍAS-DE-INGRESO	14.8±9.0	16.0±8.7
DIAS DE VM	11.5±7.4	11.1±7.7

Tabla2: duración de la escala de Daniels (dias)

	NRC con FST	NRC sin FST
FASE-I	4.0±3.2	49.9±17.4
FASE-II	7.7±6.0	25M-37H
FASE-III	4.2±3.6	19.3±6.3
FASE-IV	4.9±6.0	48.8±10.9

ID: 66

Necesidades de sedoanalgesia en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos y con antecedentes de consumo de sustancias adictivas

Ruiz García, M. T.; Nogué Xarau, S.; Zavala Zegarra, E.; Cirera Guasch, A.; Ríos Guillermo, J.
Hospital Clínic, Barcelona

Introducción

Los pacientes con antecedentes de consumo de sustancias adictivas pueden haber desarrollado tolerancia y modificar los requerimientos de sedación y analgesia cuando son ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Objetivos

Cualificar y cuantificar las necesidades de sedoanalgesia en pacientes críticos con antecedentes de consumo de sustancias adictivas que ingresan en UCI y compararlas con las de otros pacientes sin antecedentes de consumo.

Material y método

Estudio prospectivo, observacional realizado entre Diciembre 2009-2011.

Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos del Hospital Clínico de Barcelona.

Fueron incluidos 44 pacientes.

Método

Criterios inclusión: pacientes que ingresan en UCI en un postoperatorio o traumáticos con Glasgow ≥ 12 al ingreso hospitalario y que requirieron sedoanalgesia durante un mínimo de 72 horas. Análisis de variables demográficas, valoración de antecedentes de consumo de sustancias adictivas y cuantificación de las necesidades de sedoanalgesia (midazolam, propofol, morfina, metadona, tiopental, clonidina, remifentanilo). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital.

Resultados

Fueron incluidos 44 pacientes con una edad media de 46 años de los cuales 8 eran mujeres (18,2%). El 70,3% de los casos refirieron antecedentes de un consumo regular de substancias de abuso: tabaco (56,8%), alcohol (54,5%), cannabis (13,6%), éxtasis o derivados anfetamínicos (11,4%), cocaína (9,1%) y ketamina (4,5%), Las muestras toxicológicas analizadas fueron positivas para el alcohol etílico (65,2%) con una concentración media de 1,38±1,05 g/L, anfetaminas (33,3%), cannabis (26,6%), benzodiacepinas (22,2%), metadona (9,1%), opiáceos (9,1%), cocaína (6,6%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las necesidades de sedoanalgesia entre ambos grupos.

Conclusiones

La prevalencia de antecedentes de consumo de sustancias adictivas en la población estudiada es alta. No se ha detectado una mayor necesidad de sedoanalgesia en los pacientes con antecedentes de consumo de sustancias.

ID: 11

Valoración del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardiaca sin y con circulación extra-corpórea

Castanera Duro, A.[1]; Cruz Diaz, V.[1]; Lobo Civico, A.[1]; Buxo Pujolràs, M.[2]; García Cuesta, M. G.[1]
1. Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona; 2. Institut D'investigació Biomèdica de Girona (IDIB, Girona)

Introducción

La cirugía cardiaca es una intervención quirúrgica compleja que cursa con dolor de moderado a severo durante el postoperatorio.De ahí la importancia de su correcta valoración y control.

Objetivos

Conocer el grado y el nivel de dolor percibido por los pacientes postoperados de cirugía cardiaca sin y con circulación extracorpórea (CEC) en las primeras 48h, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), mediante la Escala Visual Analógica (EVA), con valor máximo de 10 y mínimo de 0.

Material y método

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo, realizado en la UCI entre septiembre de 2010 y mayo de 2012. El dolor fue evaluado mediante la Escala Visual Analógica. Se incluyeron todos los pacientes que fueron extubados en las primeras 6 horas habiéndose utilizado el mismo abordaje quirúrgico y protocolo analgésico. Se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados

Se incluyeron un total 120 pacientes con una edad media de 70±13 años, el 70%(n=84) eran hombres, fueron intervenidos con CEC el 72% (n=87), con un tiempo medio de CEC de 94,30± 27,4 min. e isquemia de 60,50±25,1 min, y un 28% (n=33) fueron intervenidos sin CEC.

En los pacientes intervenidos sin CEC obtuvimos valores mas altos para la escala EVA (a las dos horas postextubación) que los pacientes intervenidos con CEC (4,82±2,24 vs 3,16±2,48; p<0,001).

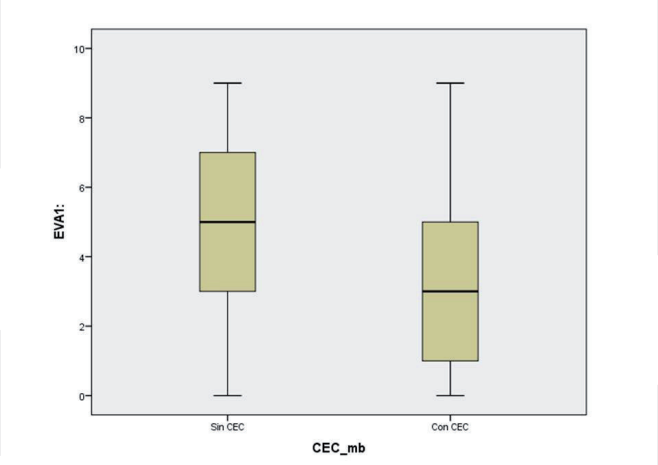
Analizando el valor de disminución de EVA (2h postextubación - a las 48h) obtenemos valores mayores de disminución para los pacientes intervenidos sin CEC a diferencia que los de con CEC (3,33±2,45 vs 1,35±2,72, P<0,001).

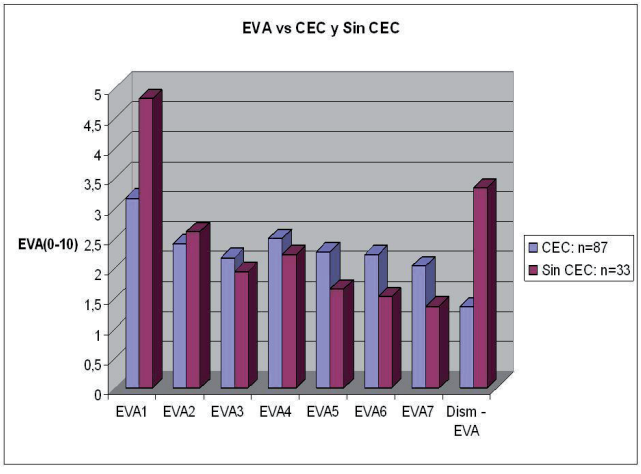
Conclusiones

Los pacientes intervenidos sin CEC experimentan valores más altos para la escala EVA a diferencia de los pacientes intervenidos con CEC.

Los pacientes intervenidos sin CEC muestran una mayor disminución para la escala EVA en las 48h de estancia en UCI.

La valoración y el control del dolor por parte de enfermería es primordial para prevenir posibles complicaciones.





ID: 155

Valoración del dolor en la aspiración de secreciones traqueales en pacientes con trauma craneal grave-moderado mediante la escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID): estudio piloto

López López, C.; Murillo Pérez, M. A.; Morales Sánchez, C.; Torrente Vela, S. A.; Orejana Martín, M.; García Iglesias, M.; Cuenca Solanas, M.; Alted López, E.
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Introducción

El dolor agudo en los pacientes críticos con traumatismo craneal debe valorarse mediante escalas.

Objetivos

Evaluar la respuesta al dolor en el paciente con traumatismo craneal moderado-grave ante un procedimiento de enfermería común: la aspiración de secreciones traqueales.

Material y método

Estudio observacional longitudinal de septiembre a diciembre de 2012. Se valoró el dolor 5 minutos antes, durante y 15 minutos después de la aspiración de secreciones traqueales los días 1, 3 y 6 de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), así como un procedimiento no doloroso, mediante la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID). También se registraron la sedoanalgesia y variables hemodinámicas. Análisis descriptivo de variables, estadística inferencial con t-student y Anova, con SPSS 17.0; significativo $p<0,05$.

Resultados

Se valoró el dolor en 27 pacientes. El 82%(22) tenían traumatismo craneal grave y el 18% (5) moderado. La media de dolor durante la realización del procedimiento el día 1 fue 3,18±2,6, el día 3: 2,59±2 y el día 6: 3,94±2,3, no existiendo diferencias significativas en las medias de dolor en los tres días de valoración ($p>$de 0,05). Los ítems que más puntuación obtuvieron en los 3 días de valoración fueron la musculatura facial y el tono muscular en un 55%. No se obtuvieron modificaciones de los ítems ante el procedimiento no doloroso de control. La sedación disminuye a la mitad de dosis del día 6 respecto al día 1: 0,24mg/Kg/h de midazolan a 0,12mg/Kg/h respectivamente. Las variables hemodinámicas se modifican de forma significativa durante el procedimiento el día 6 ($p<0,05$)

Conclusiones

La aspiración de secreciones traqueales en pacientes con traumatismo craneal produce dolor leve-moderado en los 6 primeros días de estancia en UCI. La escala ESCID es útil para detectar dolor en los pacientes de esta muestra, pudiendo ser válida también para adecuar la analgesia.

ID: 131

Fiabilidad interobservador de la escala coma de Glasgow del paciente neurológico en cuidados intensivos

Sánchez Sánchez, M. M.; Sánchez Izquierdo, R.; Sánchez Muñoz, E. I.; Martínez Yegles, I.; Fraile Gamo, M. P.; Arias Rivera, S.
Hospital Universitario de Getafe, Getafe

Introducción

La Escala del Coma de Glasgow (GCS) se desarrolló para valorar la profundidad y duración de las alteraciones del nivel de consciencia en pacientes con traumatismo craneoencefálico, aunque su uso se ha extendido para la valoración de todos los pacientes neurológicos, al ser un instrumento simple y de uso habitual para la monitorización neurológica del paciente crítico. A pesar de su extendido uso,la GCS tiene algunas limitaciones, pues en ocasiones distintos observadores pueden valorar de forma diferente una misma respuesta.

Objetivos

Evaluar la concordancia interobservador, entre enfermeras de intensivos, en la estimación global del GCS y de cada uno de sus componentes.

Material y método

Estudio observacional prospectivo, realizado en una unidad polivalente de 18 camas, desde octubre de 2010 hasta diciembre de 2012. Incluídos pacientes neurológicos y/o neuroguirúrgicos.

Variables: demográficas, motivo de ingreso, puntuación GCS global y de sus componentes.

La valoración neurológica fue realizada por un mínimo de 3 enfermeras. Una aplicaba el algoritmo y técnica de evaluación consensuada y todas, de forma independiente, valoraban la respuesta a los estímulos.

Se mide la concordancia interobservador mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI) para un intervalo de confianza (IC) del 95%. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Ensayos Clínicos del hospital.

Resultados

125 pacientes: edad [media (DE): 62 años (15)], 34% mujeres, GCS [media (DE):9 (4)]. SAPS [media (DE):34 (17)].

Para GCS CCI (IC 95%): GCS global: 0.989 (0.985 – 0.992); respuesta ocular: 0.981 (0.974 – 0.986); respuesta verbal: 0.971 (0.960– 0.979); respuesta motora: 0.987 (0.982 – 0.991).

Conclusiones

En nuestra cohorte de pacientes hemos observado un alto nivel de concordancia tanto en la aplicación de la Escala del Coma de Glasgow como en cada uno de sus componentes.

ID: 10

Perfil del donante de tejidos en el período 2011-2012 en un hospital de tercer nivel

Cabrejas Ayuso, A.; Cano Puig, M.
Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

Introducción

El donante de tejidos en nuestro hospital procede del donante multiorgánico. La donación de órganos está muy difundida en nuestra población con una tasa de donación de las más altas de la ciudad. Por otro lado, la donación de tejidos, aún siendo conocida, la población sigue siendo en parte reacia a la donación.

Objetivos

Identificar las características de los donantes / no donantes para optimizar la donación de tejidos. Determinar aquellos grupos de población en los que la donación de tejidos no se produce apra determinar las estrategias para aumentar la donación.

Material y método

Realizamos un trabajo descriptivo de los donantes multiorgánicos y tejidos/no tejidos de los años 2011 y del 2012 hasta el mes de octubre incluído. Estudiamos las variables: edad, sexo, grupo sanguíneo, patologia, escala Glasgow al ingreso, evolución y hora del diagnóstico de muerte encefàlica.

Resultados

En el año 2011, el 50% de los donantes de tejidos tenian entre 41 – 60 años, el 54% hombres y el 46% mujeres, la patología causante del evento fue el accidente vasculocerebral con un 62,5%, el 32,5% el proceso evolucionó en 1-2 días, el Glasgow fue de 3-4 en el 62,5% lo que hacia preveer el pronóstico infausto. El momento del día en que se realizó el diagnóstico de muerte encefálica fue similar durante la mañana y la tarde, y el 54% eran grupo sanguíneo A.

En el 2012, el 35% tenian 51-60 años, 64%, hombres y 36% mujeres, la patología fue 28,5% anoxia y 28,5% HSA, el 43% 1 dia de evolución, 57% el diagnóstico de muerte fué realizado por la mañana, y el 43% de grupo sanguíneo 0.

Conclusiones

El grupo identificado como no favorable a la donación de tejidos: grupo de mayores de 71 años, que ingresan con Glasgow variable entre 3- 6 y con diagnóstico de accidente vasculocerebral, con hasta 5 días de evolución.

No hubo negativa judicial a la donación de tejidos.

ID: 258

Relación entre el índice de masa corporal y el desarrollo de úlcera por presión en Medicina Intensiva

Catalá Espinosa, A. I.; Hidalgo Encinas, Y.; Cherednichenko, T.; García-Martínez, M.A.
Hospital de Torrevieja, Torrevieja

Introducción

La aparición de úlcera por presión (UPP) en el paciente crítico se asocia a un peor pronóstico. La detección de sus factores de riesgo ayuda a prevenir su desarrollo.

Objetivos

Evaluar la asociación entre índice de masa corporal (IMC) y aparición y severidad de UPP, en pacientes que ingresan en Medicina Intensiva (UMI). Describir el pronóstico diferencial de los pacientes con UPP y los factores que lo modifican.

Material y método

Estudio de casos y controles. Se recogieron los pacientes con UPP durante 15 meses en una UMI polivalente de 14 camas. Se eligieron 3 controles por caso de entre los ingresos en el mismo periodo, con riesgo de UPP definido por estancia mayor a 24 horas y necesidad de ventilación mecánica (VM). La tabla I muestra las variables que definen la muestra. La tabla II muestra las variables en relación con UPP. Se excluyeron los pacientes con UPP al ingreso.

Resultados

1424 pacientes ingresaron en el periodo de estudio y 77 desarrollaron UPP. Los casos tuvieron mayor puntuación APACHE II (p=0,043) y SAPS 3 (p=0,023), mayor tiempo de estancia en UMI y de VM (p<0,001). IMC≥40 se asoció a UPP (p=0,024 OR=3,23 IC95% 1,17-8,93). Como variable cuantitativa el IMC no predijo el desarrollo de UPP (ABC=0,538). No hubo asociación entre el grado de UPP y los días de inmovilización, uso de colchón neumático y el fallecimiento. No hubo correlación entre APACHE II, SAPS 3 y el tiempo hasta el diagnóstico de UPP (p=0,953). El modelo multivariante para la variable dependiente "UPP" y las variables independientes que adquirieron significación en el estudio bivariante (Tabla I) mostró como única variable explicativa el tiempo de VM (p<0,001, OR 1,1 IC95% 1,04-1,14).

Conclusiones

1. Los pacientes con IMC≥40 desarrollaron más UPP, pero el IMC es un factor de confusión al asociar mayor tiempo de VM.
2. El diagnóstico de UPP y su grado máximo no asociaron peor pronóstico.

Tabla I. Características de la muestra

	Casos	Controles	P (OR, IC95%)
N	77	231	
Edad (años, X, DE)	67,51 (11,99)	67,34 (13,58)	0,764
Sexo varón (%)	62,3	60,2	0,422
IMC (kg/m², X, DE)	29,08 (7,09)	27,8 (5,84)	0,157
Infrapeso (%)	2,6	1,3	0,443
Normopeso (%)	32	32,5	0,525
Sobrepeso (%)	33,8	27,3	0,180
Obesidad (%)	28,1	28,6	0,148
Obesidad mórbida (%)	3,5	10,4	0,024 3,23, [17-8,93]
APACHE II	21,64 (6,72)	19,61 (9,64)	0,043
SAPS 3	61,89 (15,34)	56,64 (20,77)	0,023
Motivo de ingreso (%)			
Coronario	11,7	4,3	0,023
Electroestimulación	1,3	0	0,248
Médico	54,5	48,1	0,169
Quirúrgico programado	6,5	26,4	<0,001
Quirúrgico urgente	20,8	17,7	0,313
Trauma	3,9	3,5	0,54
Barthel independiente (%)	76,6	83,1	0,32
Aminas (%)	74	51,5	<0,001 3,35 [1,82-6,18]
LET (%)	11,7	10,8	0,835
Días VM (Me, RIC)	9,25 (16,88)	1 (3,5)	<0,001
Estancia en UMI (días)	13,5 (15,75)	3 (4)	<0,001
Éxitus (%)	35,1	27,3	0,196

LET: Limitación del esfuerzo terapéutico. DE: Desviación estándar. RIC: Rango intercuartílico. X: Media. Me: Mediana. OR: Odd ratio. IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Tabla II. Variables en relación con UPP

Características	
Localización (%)	
Sacro	61
Talón	3,9
Cabeza	1,3
Glúteo	5,2
Varias	15,6
Grado (%)	
I	37,7
II	44,2
III	13
IV	5,2
Colchón antiescaras	40,3
Días hasta aparición	5,65 (4,92)
Días de inmovilización	4,47 (3,55)

ID: 336

Uso adecuado de drogas vasoactivas con bomba de perfusión

Catalan Gutiérrez del Arroyo, E.[1]; Rodríguez Martínez, S.[2]
1. Hospital Motril, Motril; 2. Hospital Santa Ana, Motril

Introducción

Los pacientes en estado critico precisan que los fármacos que se administran en perfusión continua (vasoactivos), se perfundan sin oscilaciones en la velocidad de infusión. Conocer el uso de dispositivos electrónicos de perfusión para controlar el adecuada perfusión de drogas es fundamental para evitar cambios clínicos yatrogenicos.

Objetivos

Determinar si existen factores que afectan el ritmo del flujo programado en los sistemas de perfusión.

Material y método

Relizamos un estudio experimental: Elegimos a la azar dos bombas de infusión (Perfusor Rfm Braun) y las estudiamos en dos situaciones: en situacion basal, sin presión en extremo distal y otra con una presión de 10cmH_2O, programamos la velocidad de infusión a 1 ml/h. Realizamos 5 estudios en cada perfusor, infundiendo agua destilada tenido con azul de metileno La velocidad de perfusión fue calculada utilizando una pipeta calibrada de 1 cc el volumen infundido fue medido cada 10 minutos durante 1 hora. Velocidad infusión mediante regresión lineal del volumen infundido (ml) y el tiempo (minutos)

Resultados

La pendiente de la relación volumen/tiempo en situación basal (velocidad de perfusión) fue de 0.016+ 0.0004ml/minuto, el intervalo de confianza de la media al 99% es de 0.015-0.016ml/min). El perfusor fue menos exacto con 10 cmH_20 de presión (p=0.01), la velocidad de infusión fue 0.015+ 0.001ml/min (IC 99% 0.013-0.016ml/min). Aunque el coeficiente de correlación entre el volumen infundido y el tiempo de medida fue de 0.99+0.00 en las dos situaciones (si r=1 velocidad de infusión constante), encontramos que hay diferencias significativas entre el funcionamiento exacto del perfusor a 1ml/hora (0.0166 ml/min) y los valores de velocidad de infusión obtenidos en las dos situaciones estudiadas ($p<0.05$)

Conclusiones

La velocidad de perfusión puede ser irregular en diferentes condiciones a las basales y existen otros factores externos que influyen en la administración de fármacos vasoactivos.

ID: 313

Percepción y creencias del personal de cuidados intensivos (UCI) sobre la aplicación de Reiki

Carrilero López, C.; Rodríguez Moreno, E.; Claramonte Monedero, R.; Garrido Moya, D.; García Vitoria, J.; Saiz Vinuesa, M. D.; Piqueras Carrión, A. M.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete

Introducción

El Reiki es una terapia complementaria no invasiva que deriva de la antigua práctica de colocación de las manos, desde la última década se ha venido introduciendo en hospitales españoles, sin que cese la controversia sobre su efectividad.

En UCI se está desarrollando un ensayo clínico (ECA) sobre su efectividad en el destete ventilatorio y se quiere conocer la opinión del personal.

Objetivos

Principal:

- Describir las percepciones y creencias del personal de UCI sobre Reiki.

Secundarios:

- Determinar la aceptación sobre la aplicación de Reiki.
- Evaluar si el personal conoce el ECA.
- Determinar los conocimientos sobre las terapias complementarias.

Material y método

Estudio descriptivo, transversal

Ámbito: UCI polivalente.

Muestra: Personal sanitario/no sanitario de UCI, Criterios de exclusión: Investigadores del ECA.

Variables sociodemograficas, laborales, otras variables: conocimientos, creencias, actitudes en torno a las terapias complementarias y en particular sobre Reiki.

Recogida de datos: Cuestionario de 15 preguntas de elaboración propia, con respuestas múltiples cerradas, anónimo y autoadministrado.

Análisis estádistico: descriptivo (medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas), comparación de proporciones (c^2). Paquete estadístico SPSS17.

Resultados

La participación ha sido del 100% (n=62). El 77,4%mujeres; Due 45,2%, Médicos17,7%, auxiliar de Enfermería25,8% celador3,2%. La edad media es de 42,4años, desviación típica 7,6.

El 71% cree en la eficacia de terapias complementarias. El 87,1%conoce el Reiki y el 64,5% cree en los beneficios de aplicarlo en los hospitales (Due 64,3%Si, 35,7%No sé. Médicos 54,5%Si, 36,4%No, 9,1% No sé.)

El 87,1%conoce que se está desarrollando un ensayo clínico de aplicación de Reiki en la unidad, de ese porcentaje el 100% está de acuerdo. El 73,7%opina que puede ayudar a reducir la ansiedad y 77,2%que mejora la relación enfermera-familia, existiendo significación.

Conclusiones

Encontramos conocimiento de la técnica y gran aceptación en nuestra unidad.

Existen diferencias en cuanto a la percepción del Reiki y sus efectos según categorías profesionales.

ID: 163

Valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de cirugía cardiaca mediante la escala *Behavioural Pain Scale*

de las Pozas Abril, J.; Toraño Olivera, M. J.
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

El dolor es una experiencia subjetiva. Los pacientes en el postoperatorio de cirugía cardiaca tienen la capacidad de comunicación abolida y por tanto no pueden expresarlo. Existen escalas de valoración del dolor siguiendo indicadores conductuales, especialmente indicadas en este tipo de pacientes ya que el dolor produce importantes efectos adversos tanto fisiológicos como no fisiológicos que alteran la evolución de los pacientes.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio el medir la incidencia de dolor en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante el postoperatorio inmediato, mediante la escala Behavioural Pain Scale.

Material y método

Estudio observacional, prospectivo y longitudinal llevado a cabo enla Unidad de Cuidados Postoperatorios Cardíacos (UCP). Muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se incluyeron en el estudio 27 pacientes a los cuales se les valoró el dolor, mediante la escala Behavioural Pain Scale, durante la realización de dos procedimientos considerados como dolorosos, la movilización y la aspiración de secreciones.

Resultados

Se realizaron un total de 27 mediciones de procedimientos considerados como dolorosos, de ellos 18 fueron durante la movilización y 9 durante la aspiración de secreciones.

Los resultados obtenidos al aplicar la escala BPS fueron que el 70% de los pacientes tuvieron ausencia de dolor. El 22,2% de los pacientes tuvieron dolor leve-moderado y el 7,14% tuvieron una puntuación por encima de 6, lo que indica un dolor inaceptable.

Conclusiones

El dolor en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca tiene importantes efectos adversos y dificulta la correcta evolución del paciente. En este estudio se ha identificado que los pacientes sufren dolor durante el postoperatorio inmediato y que incluso puede llegar a ser un dolor inaceptable. Esto es un hallazgo que sirve como inicio de una línea de investigación para mejorar el manejo del dolor durante el postoperatorio de cirugía cardíaca por parte de enfermería.

ID: 39

Revisión sistemática: la nutrición enteral continua comparada con la intermitente en pacientes de cuidados intensivos

Aguilera Martinez, R.[1]; Ramis Ortega, E.[2]; Carratalá Munuera, C.[3]; Fernández Medina, J. M.[4]; Saiz Vinuesa, M. D.[5]; Barrado Narvión, M. J.[6]

1. H. Universitario de San Juan, Alicante; 2. H. Universitario de San Juan, Alicante; 3. Universidad Miguel Hernández, Alicante; 4. Hospital de Manacor, Manacor; 5. H. Universitario de Albacete, Albacete; 6. Hospital Royo Villanova, Zaragoza

Introducción

La nutrición enteral (NE) en los pacientes de UCI, está orientada a la eficiencia (evitar malnutrición) y a la seguridad (evitar complicaciones digestivas o respiratorias) relacionadas con su administración.

Objetivos

Determinar la efectividad de la Nutrición Enteral Continua frente a la Nutrición Enteral Intermitente en pacientes adultos con sonda nasogástrica ingresados en UCI respecto a la ingesta nutricional, tolerancia digestiva y sus complicaciones.

Material y método

Revision Sistematica

Búsqueda realizada desde el inicio de cada base de datos hasta enero de 2011, y en la literatura gris, manual y secundaria.

Criterios de inclusión: 1) Estudios: Ensayos Clínicos y estudios pre-post. 2) Participantes: >18 á, con SNG y NE. 3) Intervenciones: Nutrición Enteral Continua (NEC), administrada sin interrupciones. Nutrición Enteral Intermitente (NEI), administrada en varias tomas. 4) Resultados: estado nutricional, tolerancia digestiva y broncoaspiración.

Selección de datos, valoración de la calidad metodológica y extracción de datos de forma independiente y ciega por dos evaluadores.

Análisis: La heterogeneidad clínica y la escasez de estudios aconsejaron realizar síntesis narrativa.

Resultados

De 2853 estudios, se incluyeron 6 artículos que cumplieron criterios de inclusión.

Resultado nutricional: Al 7º día del inicio de nutrición enteral, MacLeod obtiene que los pacientes con NEI tuvieron mayor probabilidad de cumplir el objetivo calórico que los pacientes con NEC (chi^2=6,01, p=0,01), Chen obtiene que llegan al objetivo calórico 30/ 51 sujetos en la continua y 52 /56 en la intermitente (p=0.000).

Intolerancia digestiva: Sin diferencias significativas entre grupos en ninguno de los estudios.

Broncoaspiración: Chen muestra que la nutrición intermitente presenta menor riesgo de neumonía por aspiración (8/ 56, p=0,000) que la continua (26/ 51, p=0,049). OR=0,146, (95% IC=0,062-0,413; p=0,000).

Conclusiones

La NEC no obtiene resultados significativamente mejores que la NEI en ninguna de las variables estudiadas.

La comparación entre la NEC y la NEI en estado nutricional, intolerancia digestiva y broncoaspiración obtiene resultados poco concluyentes que merecen la profundización en esta línea de investigación.

Becada por la **Joanna Briggs Institute** (JBI).

ID: 259

Concordancia interobservador en la lectura de la escala EMINA

Velasco Guillen, M. C.[1]; García Grau, N.[1]; Roca-Biosca, A.[2]; Anguera Saperas, L.[1]; Tuset Garijo, G.[1]; de Molina Fernández, M. I.[2]; Rubio-Rico, L.[2]

1. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona, Tarragona; 2. Universidad Rovira I Virgili, Tarragona

Introducción

La escala EMINA para la valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP)está validada con un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,93, aunque no es específica para unidades de cuidados intensivos (UCI). En nuestra práctica diaria hemos observado que las mediciones entre distintos observadores pueden variar.

Hipótesis: La variabilidad inter-observador en la lectura de la escala EMINA en UCI es alta.

Objetivos

Valorar la fiabilidad en términos de concordancia inter-observador de las valoraciones de riesgo de la escala EMINA.

Material y método

Estudio observacional, longitudinal realizado en una UCIpolivalente. Periodo de estudio: del día 15 de noviembre al 14 de diciembre de 2012. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron durante este periodo. Dos observadores valoraron diariamente y en el mismo turno de trabajo el riesgo de desarrollar UPP mediante escala EMINA. Uno de ellos era el responsable del cuidado del paciente. La concordancia entre observadores para la puntuación total de EMINA se midió mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI). La concordancia entre las subescalas se midió mediante el índice de Kappa. Se consideró alto un CCI>0,75 y un Kappa > 0,60.

Resultados

Se han estudiado 30 pacientes con un total de 175 observaciones. CCI inter-observador = 0,837. Los índice de Kappa para las diferentes subescalas fueron: *Estado mental*= 0,837, *Movilidad*= 0,686, *Humedad*= 0,632, *Nutrición*= 0,224 y *Actividad*= 1.

Conclusiones

La concordancia inter-observador de la escala EMINA es alta o muy alta para todas las variables consideradas excepto para la subescala Nutrición, que es débil.

Son necesarias intervenciones educativas adicionales orientadas a la correcta valoración de la subescala Humedad.

ID: 84

Factores relacionados con el duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos en UCI con patología grave

Mesa García, S.; Rodríguez Villar, M.
HVS, Toledo

Introducción

Aunque la muerte sea una experiencia ubicua humana, el Trastorno por Duelo Prolongado (TDP) se distingue como un cuadro médico difícil de diagnosticar.

Objetivos

Examinar los factores relacionados con la aparición de duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos en UCI.

Material y método

Todos los pacientes fallecidos durante un año que ingresaron en la UCI con disfunción multiorgánica (fallo de al menos 2 órganos). Los pacientes neurocríticos y neuroquirúrgicos eran excluidos del estudio. Se estableció contacto telefónico con los familiares a partir de los 12 meses de la muerte del enfermo. Se analizaron sexo, escala Ranking modificada, lugar de fallecimiento, grado parentesco del contacto, si se originaba un problema económico añadido importante, la ayuda profesional (psicólogo/psiquiatra) para superar la muerte y su grado de satisfacción sobre la atención recibida en la UCI. El duelo prolongado se valoró con las escalas de *The Texas Revised Inventory of Grief* y Criterios de Prigerson.

Resultados

298 pacientes fallecidos en este periodo; se contactó con familiares de 107 pacientes fallecidos. Se contactó una media de 22,1±5,3 meses desde la muerte. Familiares contactados: 62,8% hijos, 17% cónyuge, 12,8% hermanos, 5,3% padres; 2,1% otros parentescos. 11 familiares de pacientes fallecidos en UCI (10,3%) presentaban datos de TDP. Al comparar, existe significación en los familiares que habían recibido ayuda psicologica tras la muerte (8,3% vs 72,7%; $p<0,001$) y el grado de satisfacción del trato recibido en la UCI (satisfechos: 72,4% vs 42,9%; $p<0,05$). No existía relación con la existencia de problemas economicos, el grado de parentesco, la escala de Ranking ni el sexo.

Conclusiones

La existencia de duelo prolongado en familiares de pacientes fallecidos en UCI con patología grave se asocian al grado de satisfacción del trato durante el ingreso en UCI y se acompaña de una alto soporte de ayuda psicológica.

ID: 95

Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto

Bueno Muñoz, M.
Hospital General Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

Desde hace unas décadas la muerte a nivel hospitalario ha aumentado considerablemente en relación a la muerte en el domicilio y, dentro de la mortalidad hospitalaria, cerca del 20% de las defunciones ocurren en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

En el trabajo de las UCI se trata, cada vez más, de buscar el equilibrio entre la medicina intensiva (centrada en la curación) y la medicina paliativa (centrada en los cuidados y bienestar del paciente). Es en este contexto donde la práctica clínica denominada limitación del esfuerzo terapéutico (LET) cobra creciente interés como auténtico puente entre la Medicina Intensiva y la Medicina Paliativa.

Objetivos

Realizar una aproximación a la situación actual de la LET.

Material y método

Revisión bibliográfica de la literatura médica a partir de 45 artículos seleccionados, 23 en español y 22 en inglés, clasificados según procedimiento de búsqueda, tipo y ámbito de estudio.

Palabras clave: limitación del esfuerzo terapéutico, cuidados intensivos, cuidados paliativos, final de la vida, withdrawing/withholding, intensive care, palliative care, end of life.

Resultados

Se analizan los siguientes aspectos: desplazamiento del lugar de la muerte, distintas terminologías de la LET, criterios y frecuencia de aplicación de la LET, mortalidad asociada, toma de decisiones y comparaciones entre UCI de adultos y pediátricas, conflictos con los familiares, papel de la bioética clínica, la LET en atención primaria, testamento vital y papel de la enfermería en la LET.

Conclusiones

La retirada o no implantación del soporte vital es un procedimiento clínico que requiere, por parte de los profesionales de las UCI, alta preparación, trabajo en equipo, sensibilidad, principios éticos, respeto a la voluntad del paciente y fluida colaboración con sus familiares. Aunque la LET se encuentra plenamente acreditada en el ámbito de los cuidados críticos, es mucho todavía lo que queda por hacer: mejorar el trabajo en equipo, facilitar la comunicación entre médicos y enfermería, potenciar la formación, etc.

ID: 540

La planificación anticipada de las decisiones en las unidades de cuidados intensivos

Velasco Sanz, T. R.; Rayón Valpuesta, E.
Universidad Complutense, Madrid

Introducción

La planificación anticipada de las decisiones (*Advance Care Planning*), surge en EEUU como una nueva corriente, para fomentar amplios procesos comunicativos entre los pacientes, familiares, representantes legales y profesionales sanitarios, dejándose de centrar las actuaciones en los documentos de voluntades anticipadas de modo que fueran una herramienta más de trabajo, dando importancia al contexto temporal, psicológico, cultural, comunitario y familiar.

Objetivos

Identificar los conocimientos, habilidades y actitudes de los médicos y enfermeras de las unidades de cuidados intensivos, sobre la planificación anticipada de las decisiones.

Material y método

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Criterios de inclusión: todos los médicos y enfermeras de las unidades de cuidados intensivos de 9 hospitales de la Comunidad de Madrid. Muestreo: oportunidad, estratificado, restrictivo. Recogida de Datos: encuesta cualitativa tipo likert, con respuesta múltiple.

Variables estudiadas: socio-demográficas, conocimiento, habilidades y actitudes.

Intervención: Se entregaron 649 formularios repartidos de octubre-diciembre de 2010. Análisis estadístico descriptivo con porcentajes y correlación ji-cuadrada tomando como significativos valores $p<0,05$ mediante el programa estadístico SPSS 18.0

Resultados

Se recogieron 331 encuestas (51%). Además de los demográficos se obtuvo: el 77,9% de los profesionales afirman no saber que son los planes de cuidados anticipados. El 84% opina que es conveniente planificar y escribir los cuidados que se desearían recibir al final de la vida. El 88,2% de los profesionales, no han planificado nunca con un enfermo los cuidados que desearía recibir en caso de incapacidad terminal o enfermedad irreversible. El 38,6% de los profesionales que conocen la planificación anticipada consideran que la enfermera debe coordinar su puesta en marcha $p=0,002$.

Conclusiones

La mayoría de los profesionales considera que es importante planificar y escribir los cuidados que se desearían recibir al final de la vida, sin embargo, casi nunca lo han planificado con un paciente. Conocimientos escasos, necesaria formación de los profesionales.

ID: 552

Valor pronóstico del patrón intestinal en relación a la encefalopatía hipóxico-isquémica en pacientes adultos supervivientes a una parada cardiorrespiratoria: Estudio piloto

Marin Esteban, L.; Alia Gil, J. P.; Iglesias Moreno, R. D.
Hospital Universitario la Paz, Madrid

Introducción

Tras una parada cardiorrespiratoria (PCR), los resultados en los pacientes deberían valorarse en relación a la capacidad funcional neurológica, para lo cual se aplica un algoritmo pronóstico con diversas herramientas, cuya validez está cuestionada por la implementación generalizada de la hipotermia terapéutica.

Esta investigación plantea otra alternativa pronóstica, que asocia una mayor probabilidad de fracasar en la recuperación neurológica exitosa a los supervivientes adultos de una PCR que, en las fases precoz e intermedia del síndrome posparada (SPP), presentan abundantes deposiciones de características diarreicas (patrón intestinal de riesgo).

Objetivos

Demostrar la relación existente entre el patrón intestinal y el grado de recuperación neurológica, así como su valor pronóstico, en los pacientes adultos supervivientes de una PCR, durante las fases precoz e intermedia del SPP.

Material y método

Se efectúa un estudio de cohortes históricas con los supervivientes adultos de una PCR ingresados en la Unidad Coronaria del Hospital La Paz del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011. Se extrae información de la historia clínica relacionada con el patrón intestinal, la evolución neurológica y otros datos relevantes (antecedentes, circunstancias de la PCR, método de hipotermia, resultados de otras herramientas pronósticas).

Resultados

La aparición del patrón intestinal de riesgo en las primeras 72 horas tras la PCR (p=0,015 – Riesgo relativo=2,945) presenta una relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica (mala recuperación neurológica). Además, la regresión logística con odds ratio (OR) permite afirmar que los pacientes con patrón intestinal de riesgo presentan 16,473 veces más de probabilidades de mal resultado neurológico, tras ajustar por la variable de primer ritmo cardíaco monitorizado.

Conclusiones

Los supervivientes de una PCR con patrón intestinal de riesgo tienen una mayor probabilidad de desarrollar una encefalopatía hipóxico-isquémica, lo que debe confirmarse en futuros estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y de carácter multicéntrico.

ID: 18

¿Cómo nos afecta el estrés en intensivos?: diferencias encontradas con otros servicios y la importancia de la Resiliencia como recurso personal

Arrogante Maroto, Ó.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. Madrid

Introducción

El estrés crónico al que hace frente el personal sanitario que trabaja en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) puede desembocar en el conocido Síndrome de Agotamiento Profesional (*Burnout*), cuyos componentes son: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y falta de Realización Personal (RP). La Resiliencia (capacidad de sobreponerse a las situaciones estresantes) ha demostrado ser una característica inherente a los profesionales sanitarios.

Objetivos

- Determinar si existen diferencias en las consecuencias del estrés laboral en el personal de intensivos y de otros servicios hospitalarios.
- Establecer la relación de la Resiliencia con los tres componentes del *Burnout*.

Material y método

- **Diseño:** estudio cuantitativo correlacional de corte transversal.
- **Participantes:** 176 profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Fuenlabrada (25 médicos, 95 diplomados/as en enfermería y 56 auxiliares de enfermería). 50 trabajaban en UCI, 54 en otros servicios especiales (Quirófano, Reanimación, Neonatos y Urgencias) y 72 en hospitalización (Ginecología, Traumatología, Cirugía y Medicina Interna).
- *Instrumentos de medida*: *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* y *Connor-Davidson Resilience Scale-10 item*.
- *Procedimiento:* se distribuyeron los cuestionarios entre los participantes para que los depositaran una vez cumplimentados en una urna colocada en los controles de enfermería de cada unidad.

Resultados

- En general, los niveles en los tres componentes del *Burnout* fueron bajos.
- El personal de intensivos, con respecto al de otros servicios especiales, mostró significativamente niveles más altos en CE, DP y más bajos en RP y Resiliencia. Con respecto al de hospitalización, los niveles únicamente fueron más bajos en RP y Resiliencia.
- Las correlaciones entre la Resiliencia y los tres componentes del *Burnout* fueron moderadamente altas solamente en el personal de intensivos y de otros servicios especiales.

Conclusiones

- Las consecuencias del estrés laboral son peores en el personal de intensivos que en otros servicios hospitalarios.
- Mayor importancia de la Resiliencia en la UCI y en otros servicios especiales.
- La Resiliencia constituye un recurso personal esencial para afrontar el estrés en intensivos y, además, se puede entrenar.

ID: 91

Información y toma de decisiones en UCI. Punto de vista del familiar

Lisbona Roldán, M. T.; Sanz Pacheco, B.; Molero Pardo, M. J.; Núñez Toscano, C.; García Aragón, S.; Aranda Delgado, Y.; Fernández Añón, J. M.; Durán Moreno, A.
SAS. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción

Con el ingreso del paciente en UCI se produce una desestructuración familiar, generándose una situación de crisis,estrés y angustia.Identificar las necesidades de los familiares con respecto a la información así como describir el grado de conocimiento que poseen éstos acerca de las voluntades anticipadas o testamento vital ha sido el objeto de nuestro estudio.

Objetivos

Nuestro objetivo es averiguar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes de UCI en relación a la información, si la comprenden,si el tiempo que se le dedica a ésta es suficiente, si el entorno dónde se realiza es el adecuado y el grado de conocimiento de los familiares acerca de las voluntades anticipadas o testamento vital.

Material y método

Realizamos un estudio prospectivo transversal en UCI del H.U.Virgen de la Victoria de Málaga sobre 74 familiares de pacientes ingresados con estancia superior a 48 horas, mediante encuesta semiestructurada y guiada por los enfermeros durante Febrero y Marzo de 2012 en horario de visita y en la unidad. Utilizamos como variables sociodemográficas: sexo, edad, estudios, parentesco y profesión y como variables de estudio: comprensión de la información, calidad, tiempo dedicado a ésta demora, nivel de preocupación por la demora,conocimiento del concepto de testamento vital, existencia de éste y conocimiento de la voluntad del paciente.

Resultados

El 75.67% refiere que la información es suficiente, el 95.94% la comprende, el 79.73% considera que el tiempo dedicado a ésta es suficiente, al 62.16% les produce preocupación la demora, el 43.24% considera prioritario que el facultativo se el mismo, al 27.02% les preocupa que el lenguaje sea sencillo, sólo el 4% conoce la existencia del testamento vital y un 74% tiene conocimiento de la voluntad del paciente.

Conclusiones

La familia enfatiza personal saniotario de referencia en la información y hay un gran desconocimiento del testamento vital que dejan al descubierto las voluntades del paciente.

ID: 478

Evolución de los niveles de *burnout y engagement* en una unidad de cuidados intensivos polivalente durante los años 2011 y 2012

García Verdejo, J. A.; Lacasaña Bellmunt, P.; Ros Martínez, M.; Calle Flores, A. I.; Fernández Reina, P.; Ramis Juan, R.; Mingo Vergara, S.; Cano Ocón, I. M.; Vila Rumbo, M.
Hospital Can Misses, Ibiza

Introducción

El *burnout* se define como "una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que se trabaja y que conlleva un aislamiento o deshumanización". El *engagement* es considerado como su antítesis, definido como un estado positivo de la mente relacionado con el trabajo, caracterizado por el vigor, dedicación y absorción.

Objetivos

Analizar la evolución de los niveles *burnout y engagement* de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Can Misses.

Material y método

Estudio descriptivo, longitudinal, realizado en 2011 y 2012, utilizando el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y la escala *Utrecht Works Engagement Score* (UWES), con sus correspondientes subescalas.

Resultados

La muestra fue de 44/45 profesionales en 2011/2012. El 77% fueron mujeres. Por estamento participaron 6/7 médicos, 19/17 diplomados de enfermería, 15/16 TCAEs (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería) y 4/3 celadores. El burnout total fue 55,4/57,4 (agotamiento 21,9/23,8; despersonalización 11,6/12,3; realización 21,9/21,2). Los mayores incrementos se obtuvieron en el estamento médico (57,9), sexo masculino (57,8) y mayor experiencia profesional (56,7). Disminuyen tanto el *engagement* total (4,4/4,1) como sus subescalas (vigor 4,6/4,2; dedicación 4,8/4,5; absorción 3,8/3,6). Solo se incrementa en TCAEs (4,3/4,4) y es más bajo en hombres (4,8/3,5) y en profesionales con menor experiencia (4,7/4,8).

Conclusiones

El *burnout* aumenta en 2012 en todas sus subescalas, niveles y estamentos, especialmente en aquellos con mayores responsabilidades. Por el contrario, el *engagement* baja en el año 2012 en todas sus subescalas, niveles y estamentos (excepto en TCAEs). Durante el período de estudio no se objetiva un aumento de cargas de trabajo, cartera de servicios o disminución del número de profesionales, aunque sí empeoran las condiciones laborales y salariales.

ID: 144

Procedimientos y órdenes de monitorización en la unidad de cuidados intensivos. ¿Los intensivistas le dan la suficiente importancia?

Saura Nieto, J.[1]; Maho Shaw, V.[2]; Caballero Aleman, F.[1]; Carrillo Alcaraz, A.[1]
1. Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia; 2. Hospital, Murcia

Introducción

La necesidad de monitorización de constantes vitales es fundamental en el paciente critico. La orden para ello parte de los médicos que indican cuales y con qué intervalo deben de monitorizarse. Una vez estabilizado el paciente, muchas de estas órdenes deben de eliminarse de los tratamientos, pues pueden inducir a errores.

Objetivos

Analizar los errores de transcripción de procedimientos y monitorización de constantes vitales realizadas por intensivistas en las hojas de indicación de monitorización.

Material y método

Estudio observacional de las hojas de indicación de monitorización de 100 pacientes que, durante 2 meses, ingresan en UCI de forma consecutiva. Se recogen los procedimientos y constates monitorizadas en UCI que habían sido suspendidos y que aun aparecen en las hojas de monitorización indicadas por los médicos. Se contabilizan los días con estos fallos y la relación con el médico prescriptor. La comparación entre variables se realiza mediante Chi^2 de Pearson

Resultados

Se analizan 905 hojas de procedimientos y monitorización. La sonda vesical estaba mal prescrita en 10 casos (1,1%), en 33 casos se seguía prescribiendo cuantificación de drenajes quirúrgicos, una vez estos se habían retirado (3,7%), se solicitaba presión venosa central (sin catéter central) en 45 casos (5%), inadecuación de oxigenoterapia en 5 (0,6%), 93 casos de cambios posturales mal indicados (10,3%), 80 casos de inadecuación de l dieta (8%), 38 en la fecha de monitorización (4,2%), constantes vitales en 8 casos (0,9%). En el caso de la monitorización de drenajes ($p=0,008$), presión venosa central ($p<0,001$), dieta ($p=0,007$) y cambios posturales ($p<0,001$) existía una relación con el medico prescriptor.

Conclusiones

En relación con los procedimientos y monitorización se constata un elevado porcentaje de errores en la prescripción médica, con lo cual se puede trasmitir información antigua y potencialmente desactualizada.

ID: 271

Pérdida de dispositivos invasivos en el paciente de cuidados intensivos

Rodríguez Borrajo, M. J.; Romero Montoya, R.; Ruiz de Eguino Berasategui, M.; González García, M. P.; Lorenzo Fernández, I.; Martín Martínez, M.; Paniagua Gordo, I.; García Sánchez, A.; Garate Echenique, L.
Hua Txagorritxu, Vitoria

Introducción

Desde 2011 disponemos de un registro de eventos adversos (EA) ocurridos en la Unidad de Medicina Intensica (UMI) del Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu). Entre los EA más frecuentes están las pérdidas de dispositivos invasivos. Estos EA pueden incluso llegar a poner en riesgo la vida del paciente.

Objetivos

Describir la frecuencia de pérdida de dispositivos invasivos en pacientes de UMI durante el 2012, y analizar las causas y consecuencias.

Material y método

Estudio retrospectivo descriptivo. Incluimos todas las pérdidas de sondas nasogástricas (SNG), catéteres venosos centrales (CVC), tubos endotraqueales (TET), sondas vesicales (SV) y drenajes, registradas de enero a septiembre de 2012. Analizamos: tipo de dispositivo, causa de la pérdida, fecha y turno en que ocurrió, nivel de sedación-agitación del paciente según escala RASS (Escala de Agitación - Sedación de Richmon), si llevaba contención mecánica, la evitabilidad y si precisaron ser reimplantados. Las comparaciones de porcentajes se hicieron mediante distribución binomial.

Resultados

En este periodo hubo 109 pérdidas de dispositivos invasivos: 43 SNG, 36 CVC, 18 TET, 8 SV, 2 drenajes abdominales y 2 drenajes torácicos. El 55,6% de los eventos ocurrieron durante el turno de noche, y los meses en los que más ocurrieron fueron febrero, junio, julio y agosto. El 71% de los pacientes estaban en RASS -1 a+1. El 58,7% de los casos tenían colocada la contención mecánica. El 73,6% de las pérdidas se atribuyó al paciente, catalogándose el resto como accidentales. El 46,2% de las pérdidas se consideraron sin duda evitables o posiblemente evitables. El 67,4% precisaron ser reimplantadas ($p<0.001$). No hay diferencias significativas entre el nivel de sedación, estén o no contenidos, los turnos de trabajo o los meses del año.

Conclusiones

Aunque los resultados están dentro de los estándares, mejoras en los protocolos de contención y sedación, especialmente en el turno de noche, podrían disminuir la incidencia de estos eventos.

ID: 41

Adecuación de los recursos humanos y materiales en función de la gravedad del paciente crítico en el traslado intrahospitalario. Implementación de una escala de valoración de traslado intrahospitalario

Estruga Asbert, A.; Vila Vidal, M.
C. S.P. Taulí, Sabadell

Introducción

Para un transporte intrahospitalario (TIH) seguro es necesario valorar la complejidad/gravedad del paciente crítico. Atender esta valoración nos permitiria adecuar los recursos humanos (RH) y materiales apropiados a la situación clínica del momento. Sin enbargo, es escasa la bibliografia que aporte una herramientea que ayude a la toma de la decisión de los recursos humanos (escala Moreno Millan -EMM-).

Objetivos

1. Adecuar RH y materiales según la gravedad y complejidad del paciente crítico, adaptando EMM.
2. Reducir la variabilidad en la determinación de RH y materiales en TIH.

Material y método

Estudio prospectivo unicéntrico. UCI polivalente adultos.

Población estudiada: pacientes que han precisado un TIH durante 7 meses consecutivos (junio 2012). Excluidos: pacientes con ventilación mécanica, electrocateter, agitación, disminución del *Glasgow* y drenaje ventricular por tener predeterminado el recurso humano necessario según protocolo de la unidad.

Valoración del riesgo/complegidad de los pacientes mediante EMM, (parámetros hemodinámicos, respiratorios, neurológicos, medicación,...).

Previo al traslado: la enfermera aplica EMM y el resultado lo contrasta con la valoración médica, siendo está última la que prevalece. Clasificación RH según la EMM:

1. Camillero,
2. Camillero y enfermera
3. Camillero y enfermera y médico.

Analisis estadístico: en base a los datos recogidos se elaboraron tablas de contingencia (3x3)

Resultados

Durante el periodo estudiado se realizaron 400 TIH

Pacientes que cumplieron criterios para aplicarles la EMM fueron 216.

De los 216 TIH analizados la coincidencia de valoración EMM vs valoración médica fue:

- 85,8% camillero.
- 63,2% camillero / enfermera.
- 100% camillero / enfermera / médico.

La valoración médica consume un 15,7% más RH.

Incidencias: la EMM asigno correctamente el RH para hacerles frente, excepto en un 2,7%. En este 2,7% solo aparecieron incidencias menores (vómitos).

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que la EMM determina el RH necesario según la gravedat del paciente de manera adecauda. Con lo que la EMM podria ser una herramienta útil, segura y fiable para implementar en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) u otras UCIs de las mismas caracteristicas.

Los resultados observados muestran que la aplicación de EMM podria reducir la variabilidad en la toma de decisiones de RH, por ser una herramienta objetiva.

ID: 63

El sellado con Etanol en la prevención de Infección Relacionada a Catéter (IRC) después de Cirugía Cardiaca Mayor (CCM)

Pérez Granda, M.; Barrio Gutiérrez, J. M.; Muñoz García, P.; Hortal Iglesias, J.; Rincón Sanz, C.; Martin Rabadan, P.; López Pernia, S.; Bouza Santiago, E.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. Madrid

Introducción

El sellado con antibióticos se ha utilizado para el tratamiento y la prevención de Infección Relacionada a Catéter (IRC). El sellado con etanol se ha llevado a cabo principalmente en pacientes de pediatría o hematológicos con resultados limitados y variables. Los pacientes sometidos a Cirugía Cardiaca Mayor (CCM) que requieren más de 48 horas en las Unidades de Cuidados Intensivos son una población de riesgo para desarrollar IRC y otras infecciones nosocomiales.

Objetivos

Evaluar la eficacia y la tolerancia del sellado con etanol (E-locks) en la prevención de IRC en el postoperatorio de los pacientes sometidos a CCM.

Material y método

Se trata de un ensayo clínico académico, prospectivo, aleatorizado que compara la tolerancia a E-locks y la incidencia de IRC de los pacientes con E-Locks, con los pacientes tratados con cuidados convencionales del catéter (CCC).

Resultados

Se incluyeron 200 pacientes y 323 catéteres. De ellos, 179 catéteres (113 pacientes) recibieron E-Locks y 144 catéteres (87 pacientes) CCC. Ambos grupos fueron comparables (riesgo quirúrgico EuroSCORE 4,04 vs 4,07 p = 0,94). Los resultados para el grupo E-locks y CCC fueron los siguientes respectivamente: incidencia de episodios de IRC/1000 días de exposición 2,1 vs 5,2 (p = 0,33), colonización de la punta del catéter 14 (7,8%) frente a 6 (4,2%) pacientes (p=0,17), duración media de la estancia hospitalaria, 15 días vs 16 (p = 0,77). Siete pacientes (6,19%), del grupo etanol no pudieron ser sellados debido a efectos adversos e intolerancia al sellado.

Conclusiones

No se recomienda la profilaxis de la IRC con sellado de etanol-de forma rutinaria en pacientes sometidos a cirugía cardiaca mayor.

ID: 116

Impacto de las medidas de higiene ambiental en la transmisión de Bacilos Gram Negativos Mmultirresistentes (BGN-MR) en una UCI polivalente

Bosqué Vall, C.[1]; Vela Cano, F.[1]; Abad Peruga, V.[1]; Tarragó Eixarch, E.[1]; Roca Alcarria, J.[1]; Carol Riera, M.[1]; Balaguer Blasco, R.[1]; Villaescusa Arrabal, R.[1]; Terradas Robledo, R.[1]; Plasencia, V.[2]; Alvarez Lerma, F.[1]
1. Hospital Del Mar. Parc de Salut Mar, Barcelona; 2. Laboratorio Referencia de Catalunya, Barcelona

Introducción

De octubre 2010 (caso índice) a mayo 2011 se detectó en una UCI polivalente un brote epidémico por *Acinetobacter baumannii MR* (resistente a imipenem) que afectó 20 pacientes.

Objetivos

Describir el impacto de las medidas de higiene ambiental instauradas para disminuir la carga de BGN-MR.

Material y método

UCI polivalente de 18 boxes con protocolo de cultivos de vigilancia de los pacientes. Se hicieron cultivos ambientales seriados desde enero a septiembre con gasa estéril impregnada con tioglicolato del entorno del paciente, material y aparataje de utilización común y personal sanitario. El protocolo de estudio de Microbiología incluyó la búsqueda de: *A.baumannii, Pseudomonas aeruginosa* y enterobacterias productoras de BLEE y/o carbapenemasas.

Se aplicaron 21 medidas de higiene ambiental (agrupación de los pacientes con

A.baumanii y personal, prohibición de utilización de guantes y batas en zonas intermedias; limpieza de fonendoscopios, teclados, carros de curas con toallitas desinfectantes, uso de toallitas con antisépticos (clorhexidina) para la higiene de pacientes colonizados, cambio de productos de limpieza, etc). Información semanal al personal de resultados.

Resultados

Durante los 8 meses, se hicieron cultivos ambientales en 22 ocasiones con un total de 427 muestras. 70 (16'4%) positivas para BGN-MR.

Se observa disminución de la carga ambiental de BGN-MR al implantarse las medidas desde un 21'05% (68/323) de muestras positivas los primeros 4 meses, a un 1'92% (2/104) los últimos 4. ($p<0.001$).

Se aislaron BGN-MR en: entorno del paciente. Entorno del personal sanitario: uniforme enfermera, manos, mesa staff enfermería, cafetera. Utillaje: neumotaponamiento, teléfono, transfer, carro paros, ecógrafos,etc.

Conclusiones

Las medidas de higiene ambiental establecidas fueron efectivas, quedando muchas establecidas definitivamente. Se cambió el protocolo de desinfección de material y utillaje. El personal tomó más conciencia de la fácil diseminación de los patógenos y extremó las medidas de limpieza. Conveniencia de hacer controles ambientales especialmente en brotes epidémicos de patógenos MR.

ID: 391

Optimización de recursos en la desinfección del utillaje y aparataje en una UCI

Ferrer Fernandez, M.; Gasull Perpiña, R. M.; Balluerca Rodero, M. A.; Soriano Ferrin, A.; Torrens García, L.; Muñarch Sobradiel, R.; Gavalda Mestre, L.
Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

Introducción

La limpieza y desinfección del material es una medida para minimizar la transmisión de infecciones. Existen escasos estudios sobre los costes en recursos que esto comporta.

Objetivos

Determinar la técnica y el producto más eficiente en el procedimiento de limpieza de mantenimiento y al alta del paciente

Material y método

Intervención realizada en un Hospital de tercer nivel.

Se desarrolla en tres etapas de una semana, definidas por la técnica utilizada:
1. Habitual: manual con detergente, aclarado con agua, y aplicación del desinfectante con bayeta textil de uso múltiple;
2. Spray con detergente i desinfectante, aplicado con bayetas desechables;
3. Bayetas desechables preimpregnadas con detergente y desinfectante.

Se registraron las variables:
A. Los tiempos empleados y los consumos.
B. Diferenciación entre desinfección al alta y mantenimiento.
C. Opinión sobre el método de elección.
D. El coste se calculó en base a los consumos y el tiempo utilizado por el personal de enfermería
E. Deterioro del material
F. Nº de intervenciones

Resultados

La 2 fue la elegida para la desinfección al alta, mientras que la 3 para el mantenimiento.

El coste mensual estimado para la 2 fue de 377,5 € (0,87 € /alta) y para la 3 fue de 1.089,9 € (1,0 €/ día).

En las altas, el tiempo mensual de dedicación fue de 135,9 horas con la 1 y de 90,6 horas con la 2 (reducción de 45,3 horas/mes).

En la desinfección rutinaria, el tiempo mensual estimado de dedicación fue de 221,4 horas con la 1 y de 88,2 horas con la 3 (reducción de 133,2 horas/mes).

La reducción del tiempo se estimó en 178, 5 horas/mes.

Conclusiones

Los métodos de limpieza y desinfección que incorporan detergente y desinfectante permiten una reducción del tiempo empleado, con iguales o mejores resultados. La implementación de este estudio, ha comportado que el Hospital apruebe su compra y el cambio en los protocolos de limpieza.

ID: 518

Mejora en la fijación de vías venosas centrales (VVC) mediante la utilización concomitante de un apósito transparente junto con otro en forma de aerosol: ensayo aleatorizado controlado. Estudio piloto

Zaragoza García, I.[1]; Sanchez Chillón, F. J.[1]; Carrasco Rodriguez-Rey, L. F.[1]; de la Vera Arias, E.[1]; Jaén Rosado, A.[1]; Muñoz Gómez, E.[1]; Posada Moreno, M. P.[2]; Ortuño Soriano, I.[2]

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

Introducción

La infección nosocomial sigue siendo hoy un problema muy relevante en el medio hospitalario; combatirla y prevenirla, son acciones que los profesionales tenemos muy presentes, siendo más evidenciado en nuestras unidades de cuidados críticos. Existen diversas actividades para su prevención, en nuestro ámbito, encontramos Bacteriemia Zero; propone, entre otras, disminuir la manipulación de vías venosas centrales (VVC), recomendando conservar los apósitos protectores del punto de inserción 7 días, siendo en muchos casos imposible en nuestros enfermos; haciéndose necesario encontrar un sistema más duradero evitando la manipulación.

Objetivos

Conocer el tiempo que permanecen fijados los apósitos que cubren las VVC, teniendo en cuenta su localización.

Comparar el tiempo de fijación “apósito trasparente versus apósito en aerosol más trasparente”.

Material y método

Ensayo Unicéntrico, aleatorizado controlado, grupos paralelos, la asignación se realizó mediante tabla informatizada, ciego simple. Estudio piloto.

Participaron pacientes ingresados en la Unidad CardiacaPostquirúrgica de un hospital terciario de Madrid. Se tomaron 102 muestras utilizándose 94.

Intervención: Post-Cura de la vía central, se fija mediante apósito trasparente versus apósito en forma de aerosol más apósito trasparente. Ambos, se siguen durante 7 días.

Variable principal: Tiempo fijación apósito.

Resultados

Se registraron 102 intervenciones(51 para grupo control y 51 para experimental). 8 muestras fueron excluidas, quedando 94 (47 para grupo control y 47 para experimental). Encontramos dos muestras bastante homogéneas, con edad media de 63,5 años(DE±14,5). En los casos donde se aplicó técnica experimental, vemos aumentar significativamente el número de días de fijación de las VVC($p=0,002$), disminuyendo el número de apósitos utilizados, curas realizadas y por tanto la manipulación de las VVC.

Conclusiones

La utilización del apósito en forma de aerosol más trasparente, alarga los días de fijación de VVC.

Emplazamientos a nivel yugular, tienen menor duración que los de subclavia, aumentando cuando se utiliza técnica experimental.

Financiación: El estudio resultó premiado en el concurso “Nobecutan® 2012”.

ID: 164

Enfermería en la LTSV

Rodríguez Delgado, M. E.; Morales Laborías, P.; Morales Laborías, M. E.; Martín López, J. I.; García del Moral Martín, R.; Díaz Castellanos, M.A.
HGB Motril/SAS, Motril

Introducción

Los conocimientos en Medicina han producido un envejecimiento de la población española en los últimos tiempos (esperanza de vida en España años 70 73,7 años Siglo XXI: 81,71 años).

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), surgen nuevos dilemas difíciles de acometer. ¿Es necesario prolongar la vida de los pacientes, a pesar de estos avances? ¿Enfermería es una pieza importante e indispensable en la toma de decisión de la LTSV (Limitación tratamiento de Soporte Vital)?.

A raíz de esta última pregunta y por falta de consenso entre el equipo, nos propusimos conocer de primera mano la opinión del personal de enfermería, siendo este el objetivo principal de este estudio. Se pasó una encuesta para recoger información y posteriormente proponer medidas y/o áreas de mejora.

Objetivos

1. Papel de Enfermería en la LTSV.
2. ¿De quién la responsabilidad de esta decisión?
3. Conocimientos en bioética de la Enfermería de nuestra UCI.

Material y método

Ámbito: La UCI del hospital Santa Ana de Motril es una unidad polivalente con 8 camas. Estudio descriptivo transversal realizado 2012. Encuesta anónima autoadministrada de 10 preguntas concretas sobre papel de enfermería y conocimientos en LTSV más datos generales.

Resultados

Contestó el 92%. Edad media: 43.88 años. Antigüedad en UCI: 6.28 años. Sólo el 31.8% admitió temer conocimientos en bioética. El 68.2% conocía el código deontológico de enfermería. El 27.3% había participado activamente en la toma de decisión de la LTSV. Todos respondieron que esta decisión se tomó tardíamente. El 100% contestó que el papel de enfermería es importantísimo y que debemos participar en esta decisión siendo consensuada con el paciente, familia y médico. El 77.3% reconoció que nunca se había tomado de manera precipitada.

Conclusiones

1. La Enfermería, como pilar fundamental de las UCIs, demanda un papel activo en la toma de decisión de la LTSV.
2. Reconoce que debe ser una decisión consensuada con el paciente, familia y médico.
3. Nuestra UCI presenta déficit de formación en Bioética.

ID: 479

Análisis modal de fallos y sus efectos (AMFE) sobre la gestión de las alarmas del respirador

García Verdejo, J. A.; Bustamante Munguira, E.; Merino de Cos, P.; Montoya Mira, M.; Bartual Lobato, E.; Ros Martínez, M.; Pérez Espuelas, S.; Gámez Cantero, S.; Lacasaña Bellmunt, P.; Calle Flores, A. I.; Vila Rumbo, M.
Hospital Can Misses, Ibiza

Introducción

Los incidentes relacionados con el uso inadecuado de las alarmas del respirador representaron en el estudio SYREC el 27.78% de los relacionados con la ventilación mecánica (VM).

Dentro del Plan de Gestión de Riesgos de la Unidad de Cuidados Intensivos, se identificó como uno de los riesgos potenciales para la seguridad de nuestros pacientes. Seleccionamos el AMFE como herramienta para el análisis proactivo de los mismos.

Objetivos

Analizar los riesgos asociados a la gestión de las alarmas del respirador mediante el AMFE, para establecer estrategias que ayuden a una correcta definición, valoración y manejo de las mismas.

Material y método

Empleamos el AMFE para identificar los modos potenciales de fallo (MPF), sus efectos, causas e índices de evaluación (escala de1 a10): gravedad (IG), ocurrencia (IO) y detección (ID).Por cada MPF calculamos el Número de Prioridad de Riesgo (NPR=IGxIOxID).

Resultados

Los MPF en la fase de inicio de la VM fueron: *El médico no las prescribe* (NPR:500); *enfermería no realiza el chequeo* (NPR:500); *y no se conocen* (NPR:540). Durante la fase de mantenimiento de la VM: *No se realiza el chequeo* (NPR:450); *no se adaptan tras cambiar la modalidad* (NPR:560) y *se suspenden* (NPR:740).

Las acciones de mejora recomendadas: creación de un programa educacional (curso sobre VM incidiendo en la importancia de la gestión de alarmas y sesión mongráfica para difundir los resultados del AMFE y sensibilizar al personal); protocolo de alarmas; creación de check-list; validación de alarmas; rondas de seguridad; comunicación de incidentes y control de calidad.

Conclusiones

Centrarse en estrategias que disminuyan los incidentes con mayor repercusión para el paciente es una manera eficiente de mejorar la calidad de los cuidados.

El AMFE permite identificar y priorizar los MPF en el proceso de gestión de alarmas del respirador, e instaurar acciones de prevención y mejora en la seguridad del paciente, favoreciendo así una cultura de seguridad en el entorno de los cuidados críticos.

ID: 239

Inadecuación en la prescripción de órdenes médicas. Variabilidad en los errores entre las diferentes secciones de una UCI

Saura Nieto, J.; Caballero Alemán, F.; Maho Shaw, V.; Carrillo Alcaraz, A.
Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

Introducción

Los errores en las órdenes de prescripción médica pueden suponer un perjuicio para el personal de enfermería debido al tiempo perdido en su resolución, pudiendo repercutir en el estado de salud del paciente.

Objetivos

Comparar los errores de prescripción entre 3 secciones de una Unidad de Cuidados Intensivos y la repercusión en el personal de enfermería.

Material y método

Estudio observacional de hojas de tratamiento y monitorización de 100 pacientes que, durante 2 meses, ingresan en una UCI de 18 camas, divididas en 3 secciones (similares características, pero distinto personal facultativo). Se recogen medicación, sueroterapia, procedimientos y constantes monitorizadas que tras ser suspendidos aparecen en las hojas de tratamiento, así como los que reciben los pacientes sin ser prescritos. Se contabilizan los días con estos fallos y la relación con el médico prescriptor. La comparación entre variables se realiza mediante Chi^2 de Pearson.

Resultados

Se analizan 905 hojas de tratamiento. Los fallos en la medicación se observan en 267 hojas (29,5%), sueroterapias en 79 (8,7%), medición de presión venosa central (PVC) en 45 (5%), cambios posturales (CP) en 93 (10,2%) e inadecuación de dieta en 80 (8,8%).

Comparando los fallos entre secciones se deduce que, en la 1ªsección destacan errores en medicación (26,5%) y sueroterapia (17,2%), en la 2ª sección encontramos más fallos en medicación (36,4%) y CP (22,3%) y en la 3ª sección fundamentalmente hay errores en medicación(28,7%).

Conclusiones

Una adecuada prescripción de tratamientos y monitorización conlleva una menor pérdida de tiempo de enfermería y mayor seguridad del paciente.

	1ª Sección	2ª Sección	3ª Sección	p
Medicamentos %	26,5	36,4	28,7	0,032
Sueros %	17,2	10,5	6,7	0,001
PVC %	3,9	10,1	2	<0,001
CP %	11,5	22,3	1	<0,001
Dieta %	6,8	10,5	12,7	0,007

ID: 321

Formación continuada en las unidades de cuidados intensivos

Martínez Estalella, G.; Domínguez Domínguez, M.; Carbonell Ribalta, D.
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos se caracterizan por disponer de profesionales a los que se les pide un nivel de conocimientos amplio derivado del grado de complejidad, variabilidad clínica de los pacientes, así como del alto nivel tecnológico.

Esto obliga a los profesionales a estar permanente formados en los temas que refiere al paciente crítico, y a sus mandos a trabajar conjuntamente con las Unidades de Formación Continuada (FC) para establecer planes adaptados a las necesidades.

Objetivos

- Describir el método de detección de necesidades formativas.
- Analizar los resultados en los últimos cuatro años de la formación impartida en las UCIs de un Hospital de Tercer Nivel.

Material y método

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital durante los años del 2009 al 2012 de las diferentes acciones de formación. Variables: nº de acciones, nº de participantes, nº de horas de docencia/acción, nº de horas de formación realizadas, temáticas específicas.

Se recogen los datos en base de datos específica y se tratan mediante paquete estadístico Excel.

Resultados

En los últimos cuatro años se han realizado 267 acciones formativas, con un total de 436 h. de docencia, 14.397 horas de formación y 3.480 participantes.

Las principales temáticas tratadas específicas de la UCI han sido: Ventilación mecánica, RCP, farmacología, atención al paciente neurocrítico, ECMO, Control de infección,…

Conclusiones

El caudal de conocimientos según Blakburn caduca a los 15 años de la graduación a menos que se actualice mediante un aprendizaje específico y significativo. La correcta detección de necesidades de formación ha de permitir realizar planes de FC que permitan la capacidad de reflexión, valoración crítica y sensibilidad, para poder gozar de aquello que se ha aprendido (Menze y de Kiekemans). En tiempos de crisis se ha de fomentar las habilidades para el autoaprendizaje y potenciar la gestión del conocimiento.

FORMACION ESPECÍFICA UNIDADES DE CRÍTICOS

AÑO	Horas docencia	num. acciones formativas	num. Participantes	num. horas de formación
2009	144	70	932	5176
2010	89	49	618	2709
2011	68	40	482	1503
2012	135	108	1448	5009
TOTAL	436	267	3480	14397

ID: 145

Problemas de calidad en las hojas de tratamientos de una UCI: " Síndrome de Copiar y Pegar"

Saura Nieto, J.; Maho Shaw, V.; Caballero Aleman, F.; Carrillo Alcazar, A.
Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

Introducción

La prescripción de la medicación puede condicionar errores por una inadecuación de la orden médica. Para evitarlo, en muchas UCI, se realiza mediante plantilla informatizada, que a su vez puede generar errores, pues a veces tratamientos suspendidos siguen saliendo en la plantilla, y nuevos, iniciados durante la guardia, no se trascriben.

Objetivos

Analizar los errores de transcripción de medicación en las hojas de tratamiento informatizadas.

Material y método

Estudio observacional de las hojas de tratamiento de 100 pacientes que, durante 2 meses, ingresan de forma consecutiva en UCI.Se recogen los medicamentos que habían sido suspendidos y que aun aparecen en las hojas de tratamientos, así como los que reciben los pacientes pero no aparecen en los tratamientos. Se contabilizan los días con estos fallos y la relación con el médico prescriptor. La comparación entre variables se realiza mediante Chi^2 de Pearson.

Resultados

Se analizan 905 hojas de tratamiento, 267 (29,5%) presentaban al menos 1 fallo de medicación, siendo el mas frecuente persistir la prescripción de una medicación previamente suspendida (85%), dosis que no se correspondía con lo recibido (9,7%), via inadecuada (1,9%) y no prescripción de medicación que recibe el paciente (1,5%). Los medicamentos implicados eran 206, el mas frecuente furosemida. El fallo en la prescripción se produjo en un caso (77,7%), dos casos (3,2%), tres casos (3,4%), cuatro casos (1,5%) y cinco casos (0,5%). Existe relación entre medico prescriptor y el fallo de prescripción (p=0,032), con un máximo de hojas de tratamiento incorrecto en el 38,1% en un medico y un mínimo de 5,5% de errores.

Conclusiones

Los fallos de la prescripción medicamentosa son frecuente en nuestra Unidad pudiendo llevar a eventos por seguir con tratamientos ya suspendidos, por inadecuación de la dosis o vía utilizada o al no recibir un tratamiento que había sido prescrito previamente.

ID: 130

Efecto de la implementación de un protocolo de extracción de hemocultivos sobre la tasa de falsos positivos

Sánchez Sánchez, M. M.; Jareño Collado, R.; Vadillo Obesso, P.; Fraile Gamo, M. P.; López Román, S.; Córdoba García, A.; Pulido Martos, M. T.; Cacho Calvo, J.; Frutos Vivar, F.; Martín Pellicer, A.; Arias Rivera, S.
Hospital Universitario de Getafe, Getafe

Introducción

El hemocultivo es de las muestras más procesadas en los laboratorios de microbiología. El objetivo principal de su extracción es diagnosticar una bacteriemia. Aunque no existe un "gold Standard" apropiado para diferenciar los auténticos agentes patógenos de los contaminantes, la sospecha de contaminación o falsos positivos es común. Esta contaminación se asocia a un aumento en los costes, constituye un factor de confusión para los clínicos, conlleva administración inapropiada de antibióticos, pruebas adicionales y aumento de la estancia hospitalaria. La contaminación puede deberse a diversos factores, entre ellos, una incorrecta técnica de extracción.

Objetivos

Determinar la tasa de falsos positivos tras la implementación y difusión de un nuevo protocolo de extracción de hemocultivos.

Material y método

Estudio de cohortes prospectivo desarrollado en una unidad polivalente de 18 camas desde Enero-2012 a Enero-2013.

Se incluyeron todos los pacientes a los que se les solicitó extracción de hemocultivos.

El estudio se desarrolló en un período observacional pre-formación de 6 meses (Enero-Junio) y otro período post-formación de 3 meses (Octubre-Enero), donde el personal de enfermería implementó el nuevo protocolo, divulgado durante 3 meses (Julio-Septiembre). La difusión del protocolo fue mediante pósteres y charlas, en los distintos turnos, a todo el personal de enfermería.

Se recogieron variables de resultados de la extracción de los hemocultivos, realizándose una comparación de tasas entre ambos períodos.

Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

Resultados

De los 833 pacientes ingresados durante los dos períodos (539 vs. 294), obtuvimos 242 hemocultivos (158 vs. 84), de los cuales 24 fueron contaminados (22 vs. 2), con tasas de 10 hemocultivos contaminados por 100 hemocultivos [14 vs. 2,4 (p=0,01)].

Conclusiones

Nuestras tasas de falsos positivos tras la divulgación e implementación del protocolo ha supuesto una reducción significativa en nuestras tasas de contaminación, encontrándonos actualmente en las recomendadas.

ID: 43

Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en las unidades de cuidados intensivos

Cachón Pérez, J. M.[1]; Álvarez López, C.[2]; Palacios Ceña, D.[3]
1. Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada. Madrid; 2. Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, Majadahonda. Madrid; 3. Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón. Madrid

Introducción

El síndrome confusional agudo en las unidades de cuidados intensivos presenta una elevada incidencia, entre el 20 y el 70% dependiendo del tipo de unidad de intensivos, es una patología infradiagnosticada e infratratada en la mayoría de las ocasiones.

Objetivos

Conocer cuales son las medidas no farmacológicas que las enfermeras de cuidados intensivos utilizan para la prevención y el tratamiento del síndrome confusional agudo en el paciente critico.

Material y método

Estudio cualitativo descriptivo.

Para la recogida de la información utilizaremos la técnica de grupos de discusión formado por enfermeras que realicen su labor asistencial en unidades de cuidados intensivos de la comunidad autónoma de Madrid.

Para el muestreo de los participantes usamos las técnicas de bola de nieve y el muestreo por propósito.

Se realizó análisis temático, utilizando la propuesta de Giorgi, identificado en primer lugar unidades de significado concluyendo con la elaboración de los subtemas y temas de la investigación.

Empleamos la triangulación de los datos como método de validez internadel estudio cualitativo. Una vez transcrito el resultado de los grupos se re-envió a los participantes para confirmar el contenido del mismo.

Utilizamos los criterios de calidad para estudios cualitativos COREQ.

Resultados

Formamos tres grupos de discusión formados por 15 enfermeras, con una media de edad de 49,5 y una media de 9 años de experiencia en UCI

- Los temas identificados son:
- Falta de formación de los enfermeros en relacion al paciente con delirium.
- Participación de los familiares para prevenir y tratar el síndrome confusional agudo.
- La dificultad para mantener el patrón sueño - vigilia de los pacientes en la UCI.
- La estructura de la unidad como factor negativo para el manejo del paciente con delirium.

Conclusiones

Las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos, demandan más formación. La familia puede mejorar el tratamiento del delirium. Es necesario crear protocolos de descanso y sueño para los pacientes criticos. La estructura de la UCI es percibida como factor desencadenate.

ID: 65

Ansiedad y apoyo social en los pacientes dados de alta en UCI

Romero Pastor, M.[1]; Ricart Basagaña, M.[1]; Mariné Méndez, A.[1]; López Pérez, A.[1]; Ferreiro Gómez, M.[1]; Solà Solé, N.[1]; Lleixà Fortuño, M.[2]

1. Hospital Sant Pau, Barcelona; 2. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Introducción

La ansiedad es una emoción subjetiva, una reacción instintiva de autoprotección que si se prolonga en el tiempo puede incapacitar al individuo para adoptar estrategias de adaptación. El apoyo social es un factor que puede modular la ansiedad.

Objetivos

Determinar el soporte social percibido por los pacientes al alta de UCI.

Identificar el perfil de pacientes que presentan bajo soporte social.

Conocer la relación entre ansiedad y apoyo social.

Material y método

Estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo realizado en la UCI de un hospital universitario. Se cuantificó nivel de ansiedad mediante escala STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) y soporte social mediante escala MOSS (*Medical Outcomes Social Support*). Se registraron las variables consideradas determinantes.

Se incluyeron todos los pacientes conscientes y orientados, mayores de edad, que pudieran expresarse de forma oral o escrita y que aceptaran formar parte del estudio. Análisis descriptivo e inferencial para evaluar las respuestas a las preguntas de las escalas de valoración.

Confidencialización de datos mediante cuestionarios codificados. El proyecto tiene la aprobación del Comité de Ética.

Resultados

Durante los 6 meses del estudio se obtuvo una muestra de 149 pacientes, 62,5% hombres y 37.5 % mujeres, edad media de 64.55 años (DE 13.362). El nivel medio de soporte social percibido es de 76.28 (DE 16.26). Los pacientes con peor soporte social presentan niveles de ansiedad más altos (p=0.021). Además existen diferencias por sexo, estado civil, edad, situación laboral y presencia de enfermedades crónicas.

Conclusiones

Los enfermos dados de alta de UCI presentan, en general, niveles satisfactorios de MOSS. El soporte social percibido es más bajo en hombres, no casados, mayores, que viven solos y con patologías crónicas. Los pacientes que presentan niveles bajos de soporte social, tienen más ansiedad y por tanto requieren atención específica dirigida a mejorar su confort emocional.

ID: 337

Neumonía Zero: cumplimiento de dos medidas para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica (elevación del cabezal y control del neumotaponamiento)

del Cotillo Fuente, M.; Valls Matarín, J. V. M.
Hospital Universitario Mútua Terrassa, Terrassa

Introducción

El proyecto NEUMONíA ZERO incluye evitar la posición de decúbito supino a 0º, recomendando el cabezal entre 30-45º y el mantenimiento del neumotaponamiento entre 20-30cmH_2O. Para esto se aumentó la frecuencia de medición pautándola en gráfica cada 6 horas.

Objetivos

Cuantificar las horas diarias que los pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM) permanecen a ≥30º y determinar el cumplimiento de la medición cada 6 horas del neumotaponamiento.

Material y método

Estudio descriptivo longitudinal, de noviembre a enero 2013. Criterios inclusión: mayores de 18 años, estancia >24 horas y sometidos a VM. Se recogieron variables demográficas, días intubación, tiempo del cabezal a 0º y las causas y tiempo ≥30º, registro y valores del neumotaponamiento y diagnóstico de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV). Se determinó el ángulo de la cabecera con el software integrado en la cama Hill-Rom® y el neumotaponamiento mediante manómetro Covidien®. Estadística descriptiva con medias y porcentajes, t-Student y Chi^2.

Resultados

Se recogieron 172 registros de cabezal y 584 controles de neumotaponamiento de 33 pacientes. La media de días de ventilación fue 5,7 (DE = 3,4). La media diaria del cabezal a 0º por procedimientos o cuidados fue de 2 horas (DE = 1h 19'). La media de horas teóricas que los pacientes debían permanecer a ≥30º fue de 21h 15' (DE = 3h) y las reales de 14h (DE = 5h), p<0,001. Se registró el neumotaponamiento cada 6 horas en el 76,7% de los días. El 75,9% estaba entre 20-30cm H_2O, el 10,8% <20cm H_2O y el 13,3% >30cm H_2O. El porcentaje de neumotaponamientos infrapresionados fue del 20% cuando se midió cada 6 horas y del 33,7% cuando el intervalo fue mayor, p = 0,04. Episodios de NAV durante el periodo de estudio = 0.

Conclusiones

Una tercera parte del día los pacientes permanecen <30º sin causas justificadas. El registro del neumotaponamiento y el porcentaje de normopresionados son elevados. El control cada 6 horas disminuye el riesgo de infrapresión.

ID: 291

Cuidados de la Vía Aérea Artificial. La taxonomía (NNN) Vs Nuevas recomendaciones (Bacteriemia Zero)

Peña Otero, D.[1]; Ruiz-Henestrosa Campos, M. J.[1]; Sánchez Fernández, G.[1]; Tomey Soria, M. J.[1]; Santano Magariño, A.[1]; Iglesias Blanco, M.A.[2]

1. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; 2. Enfermero, Oviedo

Introducción

Cada día que pasa en la enfermería, somos cada vez mas conscientes de la necesidad de aplicar medidas para la Seguridad del Paciente basadas en la evidencia científica. Durante estos últimos años se han aprobado diferentes programas basados en la seguridad. En este trabajo hemos querido dar importancia a las medidas que llevan implantándose en España para la prevención de la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NAVM).

La NAVM tiene una mortalidad global entre 24% y 76% y una mortalidad atribuida entre 13,5% y 17,5%, de ahí de la importancia de realizar una buena prevención y de poder contar para ello de nuestros propios diagnósticos, objetivos e intervenciones enfermeras.

Objetivos

Implantar los objetivos y medidas de la N-Z en la taxonomía enfermera NNN, y de esta manera poder seguir realizando nuestro trabajo de la manera más eficiente con las medidas recomendadas, y que estas medidas estén dentro de la práctica de cualquier profesional de la enfermería.

Material y método

Revisión de las dos últimas revisiones de la taxonomía diagnóstica NANDA y los objetivos e intervenciones en sus respectivos codificadores estandarizados –NOC y NIC-. Además, se he realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos indexadas a través de las palabras clave: Nursing Care, Respiratory Care Units, nursing, Respiration Artificial, Respiratory Mucosa.

Resultados

Recientemente se han propuesto varios paquetes de medidas para la prevención de la NAVM que han conseguido bajar su incidencia un 30% desde el 2005. Existen medidas preventivas que no se encuentran en la taxonomía enfermera.

Conclusiones

A través de esta revisión aportamos una guía de cuidados del manejo del paciente sometido a ventilación artificial. Seria necesario incluir estas medidas dentro de la taxonomía NNN para poder seguir ofreciendo cuidados de excelencia.

ID: 92

Infección del tracto urinario en pacientes postoperados de cirugía cardíaca según el tipo de sonda uretral

Hidalgo Fabrellas, I.; Hidalgo Fabrellas, I.; Rebollo Pavón, M.; Planas Canals, M.; Planas Canals, M.; Barbero Cabezas, M.; Barbero Cabezas, M.
Hospital Dr. Josep Trueta, Girona

Introducción

La infección del tracto urinario (ITU) asociada al sondaje uretral representa la segunda causa de infección nosocomial en UCI. Definimos ITU cuando obtenemos un resultado de 100.000 UFC/ml con al menos 1 microorganismo en el cultivo de orina.

Objetivos

Determinar y comparar la incidencia de ITU en los pacientes postoperados de cirugía cardiaca (CC) según el dispositivo de sondaje.

Material y método

Estudio prospectivo aleatorizado de pacientes sondados con sonda Foley (SF) o BIPFoley-Bactiguard® (SBF) en el postoperatorio inmediato de CC. A diferencia de la SF, la SBF está recubierta de metales nobles (plata, oro y paladio) con propiedades antimicrobianas y biocompatible, que recubre toda la superficie del dispositivo y evita la formación de biofilm, la adherencia microbiana y la colonización.

Resultados

De 65 casos, el 49,2% llevaba SF (n=32) y el 50,8% llevaba SBF (n=33). De las ITU obtenidas el 24,6% eran portadores de SF y el 18,5% de SBF. Los microorganismos etiológicos más frecuentes han sido: Escherichia coli 15,4%, Klebsiella pneumoniae 10,3% Y Klebsiella oxytoca 3,8%. (Muestra significativa: P<0,05)

VARIABLES		TOTAL N (%)	FOLEY N (%)	BIP® FOLEY N (%)	VALOR P
Sexo	Hombre	43 (66,2)	22 (33,8)	21 (32,3)	0,663
Diagnóstico	Bypass	28 (43,1)	13 (20)	15 (23,1)	0,694
	Sustitución Valvular	31 (47,7)	18 (27,7)	13 (20)	0,174
	Bypass + Sustitución Valvular	6 (9,2)	1 (1,5)	5 (7,7)	0,197
Antecedentes médicos asociados a ITU	Diabetes	10 (15,4)	7 (10,8)	3 (4,6)	0,185
	Insuficiencia Renal	4 (6,2)	0	4 (6,2)	0,114
	Diabetes +Insuficiencia Renal	5 (7,7)	4 (6,2)	1 (1,5)	0,197
ITU		28 (43,1)	16 (24,6)	12 (18,5)	0,267

Conclusiones

Con los datos actuales no hemos obtenido diferencias significativas que demuestren mayor eficacia para evitar ITU entre un dispositivo u otro.

ID: 351

Efectos de la aplicación de protocolo clínico en la optimización de las técnicas de depuración extracorpórea

Regueiro Díaz, N.; Casas Martín, A. I.; Quintana Estellés, M. D.; Sanz Cruz, P.; Molano Álvarez, E.; Sánchez-Izquierdo Riera, J.A.
Hospital Doce de Octubre, Madrid

Introducción

La complejidad de las Técnicas Continuas de Depuración Extracorpórea (TCDE) y la necesidad de optimizar su eficacia y eficiencia hacen preciso desarrollar protocolos para su implementación.

Objetivos

Evaluar cambios en la aplicación clínica de las TCDE tras establecer protocolo fundamentado en el manejo dinámico de las terapias.

Material y método

Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados desde enero/2012 a diciembre/2012, con TCDE en UCI. Comparamos resultados con estudio previo de 2010. Analizamos variables demográficas y del tratamiento. Variables continuas expresadas como media±SD o mediana[RI]. Significación estadística por chi-cuadrado o test Fisher. Comparación mediante t de Student o ANOVA; coeficiente de correlación de Spearman. Significación $p<0.05$.

Resultados

Se incluyeron 72 pacientes (13,4%) con edad 59,98±14,52, 49 hombres (68,05%), mediana de SOFA 10 [13-8], 59 (81,94%) con indicación principal mal manejo del agua. Grupo preprotocolo de 58 pacientes (12%), edad 68,82±1,76, 42 hombres (70,68%), en 36 (62,06%) la indicación mal manejo del agua. Comparamos grupo preprotocolo vs. postprotocolo: 84,48% vs. 56,12% hemodiafiltración ($p<0,05$), 4,92% vs. 40,31% hemodiálisis continua ($p<0,05$); mediana de horas de tratamiento 62 [32-98]h vs. 96 [52-122]h ($p<0,005$) h y mediana de 5 [2-6] vs. 3 [2-4] filtros/paciente ($p<0,05$); femoral derecha acceso vascular mayoritario (53,70% vs. 62,70%); comparativa de Fracción de filtración (FF) media 20,71±11,32% vs. 10,01±8,75% ($p<0.005$), dosis convectiva de 19,23±9,19ml/Kg/h vs. 12,15±11,05ml/Kg/h ($p<0,05$) y difusiva de 21,24±5,94 ml/Kg/h vs. 22,34±28,01ml/Kg/h; flujos sanguíneos 161,82 ±36,5 ml/min vs. 170, 87±23,66 ml/min y extracción de 114,44 ± 56,5 ml vs. 119,96±72,97 ml, con manejo dinámico de dosis y terapias.La mayor duración del circuito se correlaciona con flujos sanguíneos más elevados ($p<0,005$). Postprotocolo, duración media de filtros de 25,37±22,88 horas y coagulación como causa principal de retirada (61,9%). Mediana de dosis de heparina de 10 [7,90-12,10]u/Kg/h.

Conclusiones

1. Postprotocolo aumentó significativamente la hemodiálisis continua.
2. Se realizaron tratamientos más largos con menor consumo de filtros/paciente
3. Se optimizó tratamientos con FF menores, aumento de difusión en dosis depurativas totales y ajustes dinámicos de dosisy terapias según la situación clínica del paciente.

ID: 539

La oxigenoterapia de alto flujo en pacientes críticos

Velasco Sanz, T. R.; Sánchez de la Ventana, A. B.; Merino Martínez, R.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción

En las unidades de cuidados intensivos, la mayoría de los pacientes requieren un aporte de oxigeno como soporte terapéutico en el fracaso respiratorio agudo. Tradicionalmente el oxígeno (02) se administraba mediante mascarillas y cánulas nasales con flujos de aire secos o sin previo calentamiento. Actualmente, se ha comprobado que al añadir calor y altos niveles de humidificación se pueden emplear flujos más elevados de aire y O_2 mejorando la tolerancia y la oxigenación de los pacientes. Se considera alto flujo entre 7 y 50 lpm en adultos.

Objetivos

Analizar la incidencia del uso de oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en cuidados intensivos y valorar el procedimiento.

Material y método

Estudio descriptivo, prospectivo. Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos del hospital Clínico San Carlos del 15-Noviembre de 2012 al 15-Enero de 2013 que requirieron OAF. Variables: socio- demográficas, indicaciones, complicaciones, objetivos y flujos. Análisis estadístico con media, desviación estándar y porcentajes, con el programa estadístico SPSS ver18.0.

Resultados

12 casos: 58,3% hombres, edad media 68,66 y con NEMS 33,25. Incidencia de OAF:0,95%. Indicación OAF: Insuficiencia respiratoria moderada o necesidad de aporte de 02 mayor al 40% (75%), hipoxemia sin hipercapnia (58,3%), retirada y/o empleo con ventilación mecánica no invasiva (41,7%), apoyo tras extubaciones (25%), exacerbaciones de la insuficiencia cardiaca (16,7%), mejorar trabajo respiratorio (16,7%) y edema agudo de pulmón (8,3%). Complicaciones de la OAF: Respiración bucal (8,3%), lesión en la nariz (8,3%), abundantes secreciones (8,3%). Cumplimiento de los objetivos de la OAF: Mejora de la oxigenoterapia (91,7%), evitar intubación orotraqueal (50%).

Conclusiones

Existe incidencia baja de OAF en la unidad. La indicación principal es la insuficiencia respiratoria moderada o la necesidad de aporte de oxigeno elevada. Casi todos los pacientes han mejorado la oxigenoterapia, sin embargo, no se ha podido evitar la intubación.

ID: 418

Estudio comparativo de dos métodos de cuidado de traqueotomías en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

Suárez Mier, M. B.; Clavero Ballester, N.; Wensell Fernández, A.; Linares Gutiérrez, B.; Fernández García, C.; Alonso Rodríguez, A.; Espina Angulo, M. J.; Arenas Fernández, J. A. F.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Introducción

La traqueotomía es uno de los procedimientos más extendidos en el cuidado del paciente crítico, indicada ante ventilación mecánica o intubación translaríngea prolongada, necesidad de acceso a la vía aérea para el drenaje de secreciones etc. No está exenta de complicaciones, siendo la infección una de las más frecuentes.

Objetivos

Analizar las tasas de infección en las traqueotomías convencionales y comprobar si la cura local con polihexanida reduce las infecciones respecto a la cura tradicional con suero salino (SS) más povidona yodada (PY). Disminuir la variabilidad en la cura de la traqueotomia minimizando riesgos y garantizando unos cuidados eficientes y de calidad.

Material y método

Estudio aleatorizado, controlado y prospectivo realizado en la UCI I del Hospital Universitario Central de Asturias durante 12 meses para analizar los resultados con ambos tipos de cura contando con el consentimiento del Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias.

Los pacientes se aleatorizan a tratamiento habitual (control) o a polihexanida (caso) y se registran dos curas al día en una hoja de recogida de datos, anotando hasta cinco posibles signos locales de infección. Tres o más signos conllevan un control microbiológico y su positividad condiciona la salida del estudio.

Resultados

Actualmente 39 pacientes han finalizado el estudio, 20 son controles. La incidencia observada de infección fue del 25.0% en controles y 10.5% en casos, para un odds ratio de 2.83 (0.48-16.8)

Conclusiones

Los resultados preliminares, aun no siendo concluyentes, sí nos indican que debemos seguir realizando el estudio lo que posibilitará confirmar que la cura de la traqueotomía con polihexanida minimiza riesgo de infecciones locales.

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Hoja de recogida de datos de la cura

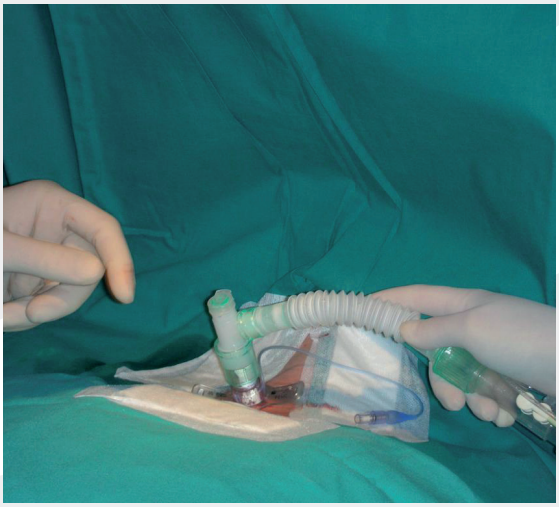
Número código de paciente:.....

Tipo de cura: .....

		Fecha cura																	
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
Signos locales de infección	Inflamación																		
	Enrojecimiento																		
	Mal olor,																		
	Exudado purulento																		
	Dolor																		
Tratamiento antibiótico local	Si / No																		
Tratamiento antibiótico sistémico	Si / No																		
Frotis local	Si																		

OBSERVACIONES: .....

.....



ID: 387

Correlación entre los valores de la presión venosa central y la presión venosa periférica en pacientes críticos. Revisión sistemática de la evidencia

García Velasco Sánchez Morago, S.; Migallón Buitrago, M. E.; Ramírez de Orol, M. Á.; Puyana Manrique de Lara, M. D. C.
Hospital General Universitario, Ciudad Real

Introducción

La monitorización de la presión venosa central (PVC) evalúa la precarga del paciente en estado crítico y orienta sobre la necesidad de administrar líquidos o deplecionarlos. En los últimos años diversos estudios analizan la fiabilidad de la presión venosa periférica (PVP) medida a través de catéteres venosos periféricos.

Objetivos

Determinar si la PVP es una alternativa a la PVC en los pacientes críticos.

Material y método

Revisión bibliográfica en MEDLINE, CUIDEN y Cochrane de ensayos clínicos y artículos de revisión que comparen la correlación entre la PVC y PVP. Se evalúa el tipo de paciente y los protocolos realizados.

Resultados

Los diferentes estudios realizados no son comparables por su diseño, no obstante y en general, las cifras de PVP se correlacionan con las de PVC. La localización de la inserción y el tipo de catéteres periféricos y centrales no influye en las mediciones. LA PVP suele ser mayor que la PVC siempre que la curva de presiones obtenida en la monitorización sea buena. Puede estimarse el valor de la PVC con la fórmula: PVC = PCP - 1,5. La posición del paciente no influye en los valores obtenidos de ambas presiones.

Conclusiones

El paciente crítico se puede beneficiar de la medición menos invasiva de la PVP por catéter periférico siempre que se registre una morfología de PVP correcta, siendo una alternativa a la PVC en pacientes sin catéter venoso central. En determinados pacientes que no precisan un catéter venoso central para otro uso es una alternativa útil disminuyendo los riesgos para el paciente.

ID: 483

Resultados de la Bacteriemia Zero 4 años después

Jaume Lliteras, M.; Heering, C.; Zafra Lamas, V.; Benito Jarque, S.; García Rodríguez, F. J.; Marsà Pérez, N.; Sánchez Espejo, E.; Barroso Tirado, M.; Sánchez, S.; Cirera Guasch, A.; Zavala Zegarra, E.
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

Introducción

En 2008 la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Quirúrgica se adhirió al Plan de Seguridad Integral (PSI) y al Proyecto Bacteriemia Zero (PBZ) llevados a cabo a nivel nacional para mejorar la Seguridad del Paciente (SP), dimensión fundamental de la calidad asistencial.

Objetivos

Analizar los resultados conseguidos con el PBZ en nuestra unidad entre 2008 y 2012.

Material y método

Se ha realizado un estudio prospectivo para valorar el impacto de implantación del PBZ. Se han recogido variables demográficas y de hospitalización (días de estancia, días de CVC, Bacteriemias Relacionas con el Catéter (BRC)) de 2008 a 2012. Se ha utilizado la base de datos online ENVIN-HELICS®.

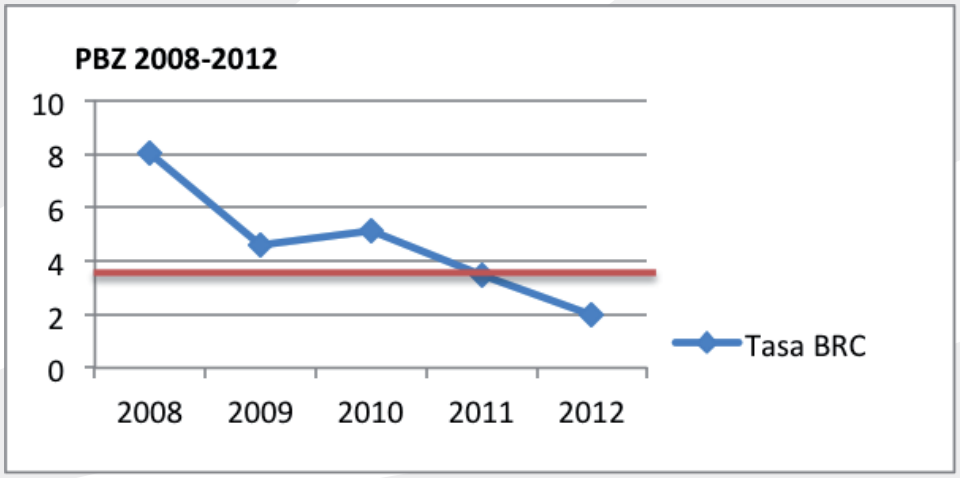
Resultados

Se ha reducido la Tasa por 1.000 días de CVC (Tasa) de BRC de 8,05 a 1,95 a los 4 años de implantación, además de reducir los días de estancia en UCI, los días de ventilación mecánica y los costes.

Año	Días estancia	Días de CVC	BRC	Tasa BRC
2008	2.236	2.153	18	8,36
2009	2.614	2.609	12	4,60
2010	2.733	2.730	14	5,13
2011	2.592	2.591	9	3,47
2012	2.566	2.551	5	1,96

Conclusiones

Con la implantación del PBZ según el PSI la tasa de BRC ha disminuido significativamente. De forma paralela el Proyecto Neumonía Zero ha contribuido a conseguir estos resultados. El papel de enfermería y el trabajo en equipo han sido fundamentales para el desarrollo de los proyectos.



ID: 472

Evaluación del nivel de cumplimentación del *check-list* neumonía zero en una unidad de medicina intensiva polivalente

Inat Carbonell, J.; Díaz Belinchon, A.; Martínez Catalá, G.; Correa Suay, C.; Adalid Illueca, J.; Requeni Gabarda, E.; Coll García, N.; Badia Berzosa, C.
Hospital Clínico, Valencia

Introducción

Las estrategias para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) constituyen una prioridad en la atención a pacientes críticos. La NAVM es la infección hospitalaria más frecuente y grave en pacientes críticos, reduciendo y previniendo riesgos asociados durante la estancia hospitalaria, mejoramos la calidad y seguridad del paciente, disminuyendo la estancia en la Unidad de Medicina Intensiva y coste sanitario.

Objetivos

Analizar el cumplimiento del registro del paquete de medidas básicas propuesto por el proyecto neumonía zero (NZ) mediante el análisis del *check-list*.

Material y método

Estudio descriptivo y retrospectivo analizándose con metodología Excel. Recogida de datos del *Check-List* NZ mediante revisión de las Histórias Clínicas del paciente con intubación orotraqueal (IOT) y ventilación mecánica invasiva (VMI), mediante muestreo aleatorio durante el último semestre de 2012. Revisando los registros de las medidas: 1. higiene bucal; 2. presión del neumotaponamiento; 3. elevación cabecero de la cama; 4. cambio filtro; 5. aspiración subglótica; y 6. higiene de manos. Registrándose las medidas cada 8 horas.

Resultados

Se analizan los registros de 40 pacientes con 288 días de VMI. El correcto cumplimiento de las medidas establecidas fue: 1 el 76,4%; 2 el 45,4% ; 3 el 44,1%; 4 el 71,5%; 5 el 71,9%; 6 el 76,4%.

El registro no se ha llevado a cabo en un 22,4% de ocasiones.

Conclusiones

La cumplimentación del *Check-List*, no ha resultado tan satisfactorio como se esperaba, debido sobre todo al incorrecto registro de las medidas 2 y 3 por la falta de expresión numérica de los cmH_2O y los grados de inclinación. A pesar de ello se observa que la puesta en práctica de las medidas de prevención de la NAVM es correcta, siendo su incidencia de 14 episodios en el 2012.

ID: 208

Adherencia al protocolo de neumonía zero en una UCI polivalente

Tenor Salas, G.; Gómez Rodríguez, A.; Matas Telllez, E.
Hospital Infanta Elena, Huelva

Introducción

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la principal infección adquirida en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Sociedades cientificas han recomendado la implementación de medidas (especificas y de obligado cumplimiento) que han demostrado la eficacia en la prevención (NAV) aunque el seguimiento de las recomendaciones es limitado y desigual. Nuestra unidad se adhirió al protocolo de neumonía Zero a finales del 2011.

Objetivos

Conocer el grado de cumplimiento de las medidas consideradas como obligadas para la prevención de la NAV en nuestra UCI.

Material y método

Estudio descriptivo observacional prospectivo desde junio a diciembre 2012 en una unidad de 10 camas polivalentes. Se recogieron 131 determinaciones en un total de 31 pacientes, suponiendo el 40,78% del total de pacientes susceptibles de estudio.

La recogida de datos se realizó por observación directa y cumplimentación de checklist.

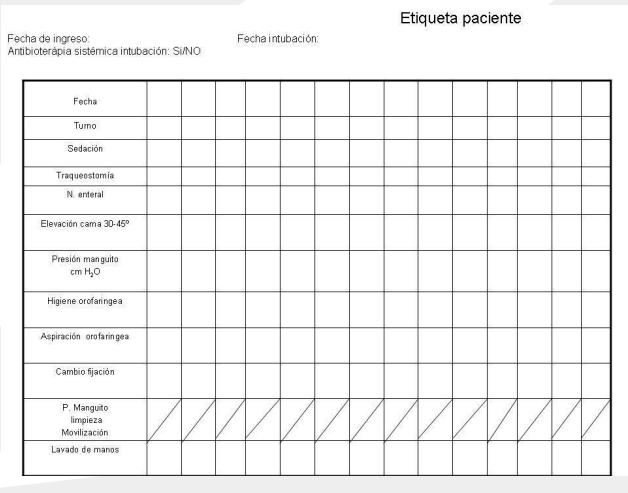
Variables de estudio: formación, aspiración de secreciones, higiene de manos, presión del neumotaponamiento, higiene bucal, posición cabecero y cambio de tubuladuras. Se siguieron los criterios establecidos por la SEMICYUC.

Resultados

Las variables se expresan en porcentajes (%) ó media± desviación estandar (DE). La media y DE de mediciones/ pacientes fué de 4,4 ± 5,84. Se obtuvieron los siguientes resultados: formación profesionales (100%), aspiración de secreciones (100%) excepto incremento FiO2 que no se realiza de forma rutinaria en pacientes hipoxémicos, higiene de manos (100%) presión de neumotaponamiento (88%) (24,52±6,04), higiene bucal (97,01%), posición del cabecero entre 30º-45º (74,62%), con una media y DE en grados de 28,42±5,42 y evitar cambio rutinario de tubuladuras (100%).

Conclusiones

Todos los profesionales de nuestra unidad conocen y llevan a cabo las medidas de obligado cumplimiento en un grado aceptable, aunque se hace necesario afianzar medidas como la elevación de la FiO2 previo a la aspiración en pacientes hipoxémicos, así como la elevación del cabecero y control del neumotaponamiento. Siendo imprescindible la incorporación de medidas altamente recomendables como la utilización de tubos endotraqueales de aspiración subglótica que se encuentra en proceso de implantación de forma mas rutinaria.


Etiqueta paciente

Fecha de ingreso: Fecha intubación:
Antibioterápia sistémica intubación: SI/NO

Fecha														
Turno														
Sedación														
Traqueostomía														
N. enteral														
Elevación cama 30-45º														
Presión manguito cm H_2O														
Higiene orofaringea														
Aspiración orofaringea														
Cambio fijación														
P. Manguito limpieza Movilización														
Lavado de manos														

ID: 16

Evolución de la fuerza muscular en pacientes críticos con ventilación mecánica invasiva

Via Clavero, G.[1,2]; Sanjuán Naváis, M.[1]; Menéndez Albuixech, M.[1]; Martínez Estalella, G.[1,2]; Díaz-prieto Huidobro, A.[1]; Corral Ansa, L.[1,2]

1. Hospital Universitari Bellvitge-Idibell, L'Hospitalet de Llobregat.; 2. Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat

Introducción

El paciente crítico sometido a inmovilidad prolongada presenta pérdida de fuerza.

Objetivos

Evaluar la evolución de la fuerza muscular en pacientes críticos con ventilación mecánica (VM) tras la retirada de la sedación y hasta el alta hospitalaria o a 60 días.

Material y método

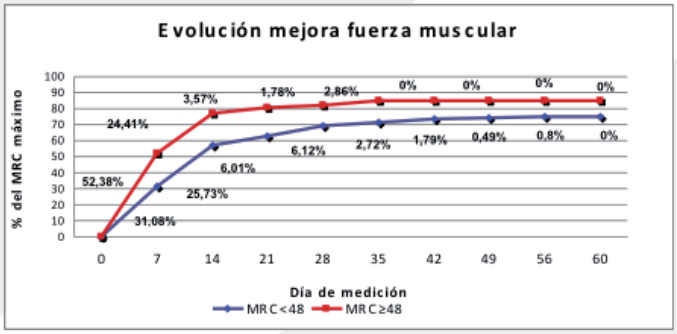
Estudio de cohortes desarrollado en dos unidades de cuidados intensivos (UCI) polivalentes del Hospital Universitari de Bellvitge de Noviembre 2011 a Marzo 2012. Se incluyeron pacientes consecutivos con VM >72h con predicción de continuar conectados como mínimo 24h más. Variable dependiente: Fuerza muscular a pie de cama el primer día que el paciente fue capaz de responder a 3 de 5 órdenes sencillas (día 1 de estudio), cada 7 días, al alta de UCI y al alta hospitalaria o a 60 días mediante la escala Medical Research Council (MRC) para calcular el porcentaje de recuperación de fuerza semanal. Variables independientes: factores asociados a la pérdida de fuerza hasta día 1, días libres de VM, días de estancia en UCI y estancia hospitalaria. Los pacientes se distribuyeron en dos grupos (MRC<48, MRC≥ 48) tras la primera medición. Todas las mediciones las realizó la misma persona.

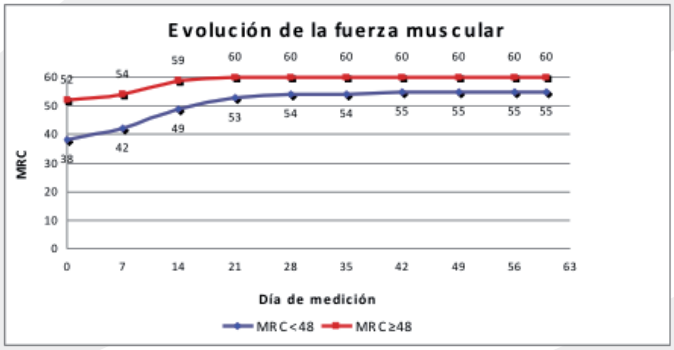
Resultados

Se evaluaron 34 pacientes. Variables independientes asociadas a pérdida de fuerza: días con SOFA cardiovascular >2 (p<0,001) y número de días con corticoides (p<0,001). MRC inicial para el grupo con MRC<48: 38 (27-43) (mediana+RIQ) y 52 (50-54) para el grupo MRC≥ 48. La mayor ganancia de fuerza se obtuvo la primera semana (31% versus 52%). Un MRC <48 se asoció a mayor duración de la VM (p<0,007) y mayor estancia en UCI (p<0,003).

Conclusiones

La mayor ganancia de fuerza tras la retirada de la sedación se consigue la primera semana. La pérdida de fuerza se asocia a un valor de SOFA cardiovascular>2 y el uso de corticoides. Los pacientes con MRC<48 presentan mayor duración de la VM y mayor estancia en UCI.





ID: 206

Elaboración de un cuestionario para evaluar factores relacionados con el cumplimiento de la medida de prevención "posición semiincorporada" en el paciente sometido a ventilación mecánica

Güell, R.[1]; Llauradó Serra, M.[2]; Dalmau Agraz, N.[1]; Fortes del Valle, M. L.[1]; Molina Ramos, S.[1]; Vallejo Henao, L. M.[1]; Olona Cabases, M.[1,2,3]; Jiménez Herrera, M.[3]; Rodríguez Oviedo, A.[1,2,3]; Bodí Saera, M.[1,2,3]

1. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona; 2. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Tarragona; 3. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Introducción

La posición semiincorporada a 30-45º(PS) es parte del cuidado del paciente sometido a ventilación mecánica (VM). Su práctica es menor de la recomendada y las causas son poco conocidas.

Objetivos

Elaborar un cuestionario para valorar factores relacionados con el cumplimiento de PS en el paciente sometido a VM.

Material y método

Se utilizó método Delphi. Tras realizar una revisión bibliográfica, se elaboró un listado con 65 factores potencialmente relacionados con el cumplimiento de PS, distribuído en 5 apartados (factores del paciente (A1), del equipo y profesionales (A2), relacionados con la tarea (A3), la formación y entrenamiento (A4) y el equipamiento y recursos (A5). Se envió a 14 expertos seleccionados según su experiencia en cuidados intensivos (UCI). Se realizaron 3 rondas. En cada una, se puntuó la importancia de cada ítem de 1-7. Se eliminaron los que obtuvieron <5 en >80% de los expertos. Se reformularon los que obtuvieron variabilidad (>3 expertos puntuaron 6-7 y >3, 1-2).

Finalmente, se autoadministró el cuestionario a 9 profesionales de UCI para evaluar su comprensión y detectar errores.

Resultados

En la primera ronda se reformularon 37 ítems con baja puntuación y variabilidad y se añadieron 8 ítems. En la segunda: se eliminaron 28 ítems y se reformularon 8 y en la tercera se eliminaron 4 ítems y se reformularon 4.

El cuestionario final consta de 35 ítems evaluados según la escala Likert del 1 al 5. El cuestionario tiene 21 ítems en el A1, 5 en el A2, 4 en el A3, 3 en el A4, 2 en el A5.

Durante la prueba piloto se identificaron 6 problemas de comprensión y 8 comentarios de mejora.

Conclusiones

La mayor parte de factores incluídos están relacionados con el paciente, aunque también se consideran otros ámbitos del cuidado. El método Delphi ha permitido la elaboración del cuestionario mediante consenso de expertos en cuidados del paciente crítico.

ID: 158

Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva

Murillo Peréz, M. A.; López López, C.; Torrente Vela, S. A.; Morales Sánchez, C.; Orejana Martín, M.; García Iglesias, M.; Cuenca Solanas, M.; Alted López, E.
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) la familia considera la necesidad de comunicación como una de las más importantes

Objetivos

Analizar la percepción de las enfermeras sobre el proceso de comunicación con los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva (SMI)

Material y método

Estudio transversal (diciembre 2012) mediante un cuestionario "Nurse Activities for Communicating with families" (NACF), adaptado transculturalmente por Santana Cabrera et al. Participantes: Enfermeras de un SMI de un Hospital Universitario de nivel terciario. Variables de estudio: tipo de UCI, años de experiencia en UCI y los ítems del cuestionario. Análisis descriptivo de variables y estadística inferencial con Chi-cuadrado y Kruskal-Wallis, programa estadístico SPSS 17.0; significativo $p<0,05$.

Resultados

La cumplimentación fue del 80% (132 de 166 enfermeras). La media de experiencia fue de 9,6±7,95años. El 55,9% explica a los familiares el tratamiento y equipos del paciente algunas veces y casi siempre un 37%. Las enfermeras hablan con la familia sobre la enfermedad y el tratamiento que se le está aplicando al paciente siempre/casi siempre en un 59% y un 35,38% algunas veces. El 54,6% habla con la familia acerca de sus sentimientos algunas veces y un 28,46% casi siempre. El 47,8% comunica siempre/casi siempre los cambios en el plan de cuidados. El 87,9% aseguran la confortabilidad del paciente siempre/casi siempre. No existe asociación entre años de experiencia en UCI y las respuestas a los ítems. Se encuentran diferencias entre los tipos de UCI y la información sobre enfermedad y tratamiento.

Conclusiones

Las enfermeras comunican más aspectos técnicos que los relacionados con los sentimientos de la familia. La confortabilidad del paciente es el ítem que mas comunica la enfermera independientemente de la experiencia y del tipo de unidad de cuidados críticos.

ID: 395

Medición de las cargas de trabajo de enfermería al ingreso y alta médica de la unidad de cuidados intensivos

Roldan Gil, C.; Valls Matarín, J.; Salamero Amorós, M.; Villagrasa Moreno, M.
Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Terrassa. Barcelona

Introducción

Los pacientes requieren cuidados enfermeros al ingreso y alta de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las cargas de trabajo no necesariamente están relacionadas con la gravedad del paciente.

Objetivos

Cuantificar mediante tres escalas la carga de trabajo enfermero en pacientes de UCI al ingreso y alta.

Material y método

Estudio descriptivo longitudinal durante 2012 a mayores de 18 años y estancia en UCI >24 horas. Se midió Nursing Activities Score (NAS), Nine Equivalents Manpower Score (NEMS) y Valoración de Cargas de Trabajo y Tiempos de Enfermería (VACTE) al ingreso y alta. Se recogieron datos demográficos, estancia y mortalidad. Estadística descriptiva con media (DE) y porcentajes, t-Student y Chi^2. Significación $p<0,05$.

Resultados

Se recogieron 177 pares de registros de cada escala. El 67% eran hombres, edad media de 66 (DE=31) años. La mortalidad intra UCI fue 7% y la estancia media de 6 (DE=10) días. La puntuación media NAS, NEMS y VACTE al ingreso fue: 61 (DE=13,2), 30 (DE=8,4) y 452 (DE=164) respectivamente y al alta: 50 (DE=9,6), 23 (DE=7,7) y 311 (DE=100), $p<0,001$. Los pacientes que fallecieron respecto a los que sobrevivieron obtuvieron, al ingreso: NAS 70 (DE=24,7) frente 60 (DE=11,8) $p=0,008$, NEMS 29 (DE=8,2) frente 36 (DE=7,5) $p=0,004$ y VACTE 579 (DE=176) frente 442 (DE=159) $p=0,005$; al alta: NAS 68 (DE=10,9) frente 48 (DE=8) $p<0,001$, NEMS 35 (DE=5,7) frente 21,6 (DE=7) $p<0,001$ y VACTE 453 (DE=140) frente 300 (DE=89) $p<0,001$. Comparando estancias ≤5 días con estancias superiores la puntuación fue: NAS 49 (DE=9,1) frente 54 (DE=9,7) $p = 0,001$; NEMS 22 (DE=7,3) frente 24 (DE=8,7) $p=0,03$ y VACTE 296 (DE=96) frente 357 (DE=106) $p<0,001$.

Conclusiones

La puntuación en las tres escalas es siempre superior al ingreso que al alta. Los pacientes fallecidos obtienen una puntuación superior y similar al ingreso y alta, en comparación con los que sobreviven. Los pacientes con el alta médica de UCI suponen una inversión importante de tiempo enfermero. A mayor número de días en UCI mayor puntuación al alta en las tres escalas.

ID: 398

Traducción y adaptación transcultural del “ICU stressful experience questionnaire” (ICU-SEQ)

Gallart i Vivé, E.; Riera i Badia, M. A.; Llauradó Serra, M.; da Palma Afonso, E.; Tellez Velasco, D.; Mey Altrach, M.; Olivera Corpas, E.; Calleja Macho, L.; Humet Díez, A.
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción

Los elementos estresores que se generan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debido a su alta especialización y características particulares, pueden afectar psicológica y físicamente a la recuperación de los pacientes. Disponer de instrumentos para su evaluación, en lengua castellana y adaptados a nuestro medio, es básico para poder conocer cuáles son estos estresores y poder aplicar intervenciones enfermeras para poder eliminarlos o que su repercusión sea menor.

Objetivos

Validar el cuestionario ICU-SEQ al castellano.

Material y método

Se utilizó el método de traducción y retrotraducción por parte de dos nativos ingleses y dos españoles que fueran bilingües, de forma independiente. Para el consenso de la traducción y su adaptación transcultural se realizaron reuniones entre los traductores y el equipo investigador. Posteriormente se llevo a cabo una reunión para la validación del contenido con un grupo de expertos y se realizó una prueba piloto para valorar la comprensión de los ítems y la consistencia interna del cuestionario resultante mediante el Alfa de Cronbach.

Resultados

La mayoría de los ítems se adaptaron al español sin plantear dificultades. Solo dos ítems plantearon dificultades en cuanto a la expresión más adecuada para su entendimiento. Ambos ítems estaban relacionados con el tubo endotraqueal y fue necesario adaptar su expresión de manera consensuada.

Se realizó una prueba piloto con 10 pacientes de las mismas características que los sujetos de estudio que demostró una correcta compresión. La valoración de la consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach tuvo un resultado de 0,91.

Conclusiones

Se ha obtenido la versión española del cuestionario ICU-SEQ adaptada a nuestro medio para evaluar los elementos estresores que sufren los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos.

ID: 85

Opinión de las enfermeras de planta sobre el informe de alta de cuidados intensivos

Rodríguez Borrajo, M. J.; Romero Montoya, R.; Arana Monte, M.; Boloix Gil, V.; Soleto Paredes, G.; Sota Menezo, A. I.; Insagurbe Amezcua, M. B.; Ramos Rendo, A.
Hospital Txagorritxu, Vitoria

Introducción

En 2010 empezamos a emplear en la UCI del Hospital Txagorritxu, un sistema informático en el que se integra toda la información clínica de los pacientes. El informe de alta se actualiza y deriva directamente de él y se envía a las plantas con cada alta.

Objetivos

Conocer la opinión de las enfermeras de planta sobre el informe que reciben de UCI y recoger sugerencias.

Material y método

Estudio descriptivo. Elaboramos una encuesta con 6 preguntas cerradas sobre calidad y cantidad de información, y presentación del informe, y 3 preguntas abiertas para recoger sugerencias. La encuesta se mandó con las altas para que la rellenara la enfermera que recibe al paciente entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de 2012. Analizamos los datos con estadística descriptiva en SPSS 20.0.

Resultados

Se contestaron 152 encuestas. La media de puntuación del informe es de 22 (DE 5,3) puntos sobre 30. El ítem más valorado es el grado de actualización de la información, ya que el 75% dicen que está actualizada o muy actualizada. El 70% dicen que la información resulta útil o muy útil, el 69% que la información está ordenada o muy ordenada y el 68% que la información dada es suficiente. Los ítems peor valorados son la claridad de la información y el diseño con casi un 50% de respuestas no positivas. Existe relación entre la edad del profesional y la satisfacción (p=0,032). Se recogieron 19 aportaciones para añadir al informe, 2 opiniones sobre exceso de información en el plan de cuidados, y 43 sugerencias, 25 referentes al diseño y 10 a la gráfica de administración del tratamiento.

Conclusiones

En general el informe de alta está bien valorado, excepto en el diseño y parece haber información que no llega a visualizarse fácilmente. El nuevo informe incorpora todas las sugerencias que han sido informáticamente posibles.

ID: 245

¿Puede la aspiración intermitente de secreciones subglótica causar alteraciones en la mucosa traqueal?

Valles Fructuoso, O.; Vázquez Guillamet, B.; Fuentes Milà, V.; Salmeron Boig, G.; Costa Capella, L.; Martínez Ocón, S.; Pena Alfaro, M.; Martínez Estalella, G.; Pitarch Tonera, A.; Martínez Nieto, S.
Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

Introducción

La aspiración subglótica continua (ASgC) o intermitente (ASgI) de secreciones se recomienda en la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (VM). Están descritas hasta un 50% de complicaciones en los pacientes con ASgC, debido al prolapso de la mucosa traqueal en el puerto de succión.

Objetivos

Determinar si la ASgI causa daños en la mucosa traqueal.

Material y método

Muestra de 15 pacientes con VM y traqueostomía por imposibilidad de destete. Portadores de cánula de aspiración subglótica Shilley© 8 mm comprovada mediante auscultación pulmonar y placa de tórax. Presión del neumotaponamiento entre 20-30 mmHg. Higiene de la cavidad oral con solución de clorhexidina cada 8 horas. La ASgI a presión media de 125 mmHg con un intervalo de 25s y duración de 15s. Después de 24 y 72 horas, tras la inserción de la cánula, se valoró aspecto de las secreciones, presencia de tapones mucosos, lesiones en la mucosa, presencia de secreciones orales y el aspecto del estoma traqueal.

Resultados

El 75% de los pacientes presentaron obstrucción por secreciones de la cánula traqueal. En esos casos, en el lumen de aspiración manual de la cánula se observaron secreciones ligeramente teñidas de sangre. Las secreciones que se acumulan en la línea de evacuación sufrieron "swinging" movimientos consistentes con un efecto de presión negativa. La instilación posterior de enjuague bucal antiséptico en la cavidad oral restauró el flujo de aspiración y la movilidad de las secreciones. Los pacientes con secreciones espesas requirieron lavados con 10 ml de suero fisiológico a través del lumen de aspiración manual de la cánula.

Conclusiones

Ante escasas secreciones la ASgI puede provocar un prolapso dañino de la mucosa traqueal en el lumen de succión. Debe existir una cantidad moderada de fluidos de consistencia líquida en la cavidad oral para permitir la aspiración adecuada y segura.

ID: 412

Análisis de las respuestas cualitativas en una encuesta de satisfacción de familiares de pacientes críticos

Alonso Tovar, A. R.; Rocamora Gaona, E.; Ruiz Usero, J.; Carrillo Alcaraz, A.; Riquelme Martínez, E.; Torregrosa García, M. A.; Torres Mínguez, M. A.
Hospital Morales Meseguer, Murcia

Introducción

La opinión y satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados es fundamental en los sistemas sanitarios, a los que debe de tomarse en cuenta para una mejora continúa de la calidad asistencial.

Objetivos

Evaluar las opiniones realizadas por los familiares de pacientes ingresados en UCI.

Material y método

Estudio transversal de 1 mes de duración. Herramienta: cuestionario validado de satisfacción de familiares de pacientes en UCI, con datos demográficos, respuestas mediante escala Lickert y respuesta mediante texto libre, entregada en sobre y recogido en mano. Se analizan las respuestas/comentarios con texto libre realizado por las familias, y asignándose a respuestas positivas o negativas. La comparación entre variables se realiza mediante Chi^2 de Pearsón.

Resultados

Durante el periodo de estudio fueron entregadas 115 encuestas y recogidas 110 (95%). Comentarios con texto libre fueron 96, realizadas por 42 familiares (19% hombres y 81% mujeres). La mayoría de comentarios la han realizado hijas/os (65,6%) y esposa/o (11,4%). La edad media de los que contestaron fue 45 ± 10 años. Los comentarios fueron 55 con contenido negativo (57,3%), 40 positivos (41,7%) y uno donde no refleja ningún contenido. Los motivos de los comentarios mas frecuentes fueron relacionados con el personal de la UCI (32 casos, 33,3%), aspectos relacionados con la información (21, 21,9%), lencería (32, 13,5%) y estructura de la unidad (10, 10,4%). El haber tenido un familiar previamente ingresado en UCI se relaciona con mayor número de comentarios negativos, 32 casos (68,1%) frente a 23 casos (46,9%) (p=0.036), observándose una tendencia no significativa a mayor numero de comentarios negativos en las mujeres que en los hombres: 48 (61,5%) frente a 7 (38,9%) (p=0.080)

Conclusiones

La encuestas de satisfacción de los familiares de la UCI son instrumentos que nos ayudan a detectar problemas que deberían solucionarse mediante ciclos de mejora.

ID: 535

Calidad asistencial percibida en la UCI: opinión de los familiares de los usuarios

Zafra, V.; Benito, S.; Jaume, M.; Rioja, M.; González, M.; Sánchez, E.; Arco, M.; Talleda, J.; Cirera, A.; Grau, J.; Zavala, E.
Hospital Clínico, Barcelona

Introducción

Podemos definir la calidad asistencial (CA) a nivel hospitalario como el tipo de atención que se espera que maximize el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención". La CA se evalúa, llevando a cabo encuestas relacionadas con la satisfacción de los usuarios/familiares, ya que permite objetivamente, conocer y valorar la calidad de los servicios otorgados.

Objetivos

El objetivo principal fue conocer el grado de satisfacción de los familiares o personas allegadas al paciente

Material y método

Fue un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo durante un periodo de 3 meses. Se diseñó una encuesta basada en la escala SERVQUAL adaptándose a nuestros recursos y necesidades. Se entregó la encuesta a los familiares de 87 pacientes ingresados antes del alta de la UCI, 58 cumplieron criterios de inclusión (estancia ^{3}48H, habla hispana)figura1. Se recogieron datos demográficos (tabla1) y parametros relacionados con la comunicación, competencias, seguridad, empatía, y estructura de los servicios.

Se utilizó el programa STAT VIEW, SPSS y "t" Student test.

Población	51 familiares
Sexo	21H - 30M
Edad	48.3 ± 13.4
Dias estancia UCI	8.1 ± 6.1
Familiar previo ingresado	47.1% Sí 52.9% No
Tipo de ingreso	82.3% UCIAS 17.6% Programado
Nacionalidad	96% Española 2% Italiana 2% Venezolana

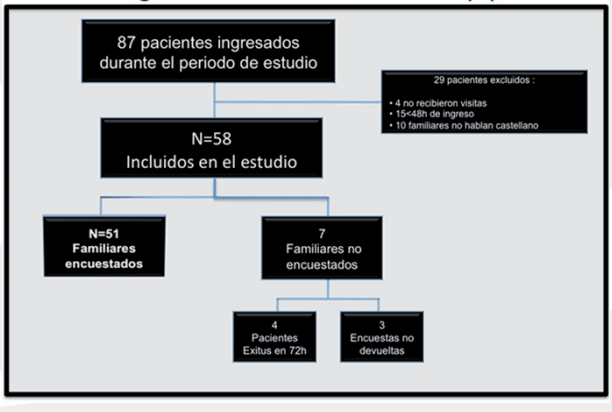
Resultados

Los familiares de los usuarios, tras su experiencia de nuestra UCI han mejorado su opinión sobre el Hospital y están bastante satisfechos con la información que se les proporciona y la calidad de los cuidados de enfermería, pero piensan que la estructura y servicios de la unidad se podrían mejorar (figura 2 y 3).

Conclusiones

El papel de enfermería es clave en la valoración, intervención y modificación de la calidad asistencial, este estudio ha permitido conocer la percepción que tienen los familiares sobre nuestro trabajo diario y nos ha servido para proponernos nuevas metas de mejora en la CA.

Figura 1. Muestra de estudio (N)



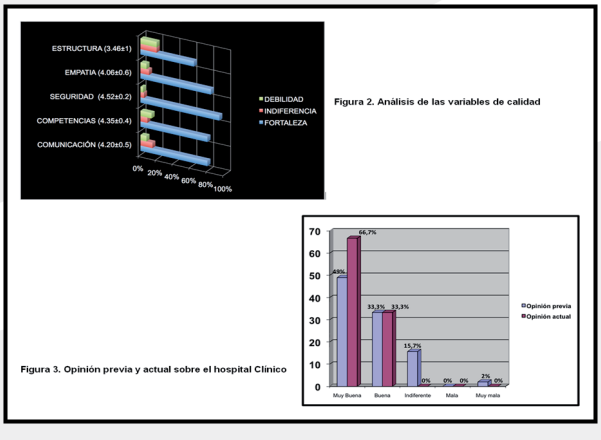


Figura 2. Análisis de las variables de calidad

Figura 3. Opinión previa y actual sobre el hospital Clínico

ID: 504

Evaluación del resultado de la aplicación de acciones de mejora en la seguridad de las técnicas de depuración extracorpórea tras análisis modal de fallos y efectos

Molano Álvarez, E.; Quintana Estellés, M. D.; Casas Martín, A. I.; Sanz Cruz, P.; Regueiro Díaz, N.; Sánchez-Izquierdo Riera, J. Á.; Montejo González, J. C.
Hospital Doce de Octubre, Madrid

Introducción

El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) permite identificar fallos potenciales de los procesos, causas y posibles efectos. La aplicación de esta metodología puede mejorar la seguridad de las Técnicas de Depuración Extracorpórea (TDE).

Objetivos

Evaluar mejoras en la seguridad de TDE tras la aplicación de las acciones de mejora priorizadas mediante metodología AMFE.

Material y método

Estudio de cohortes tras implementación de acciones de mejora de AMFE: protocolización, formación, fomento de la asepsia y optimización de catéteres. Se incluyeron pacientes ingresados desde enero/2012 a diciembre/2012, con TCDE en UCI. Se comparan datos con estudio descriptivo previo de pacientes ingresados desde enero/2009 a diciembre/2009. Variables continuas expresadas como media±SD o mediana[RI]. Significación estadística por chi-cuadrado o test Fisher. Comparación mediante t de Student o ANOVA; coeficiente de correlación de Spearman. Significación $p<0.05$.

Resultados

Se incluyeron 72 pacientes (13,4%) con edad 59,98±14,52, 49 hombres (68%), mediana de SOFA 10 [13-8], 59 (81,9%) con indicación principal mal manejo del agua. Grupo preAMFE, 58 pacientes (12%), edad 68,82±1,76, 42 hombres (70,6%). Comparamos frecuencia de riesgos/paciente de grupo preAMFE vs. postAMFE: en 100% vs. 13,9% ($p<0,05$) no se monitorizaron niveles de P, en 14 (29,3%) vs. 2 (2,8%) ($p<0,05$) faltaba pauta escrita en la orden de tratamiento y en 3 (5,6%) vs. 2 (2,8%) pacientes con coagulopatía se pautó anticoagulante en el circuito. En estudio actual no se evidenció hipotermia frente a 10 casos (18,5%) en previo ($p<0.05$). La comparativa de Fracción de filtración fue 20,71±11,32% vs. 10,01±8,75% ($p<0.005$), con dosis convectiva de 19,23±9,19ml/Kg/h vs. 12,15±11,05ml/Kg/h ($p<0,05$) y difusiva de 21,24±5,94 ml/Kg/h vs. 22,34±28,01ml/Kg/h sustentado en un manejo dinámico de dosis y terapias según protocolo.

Conclusiones

Después de implementación de AMFE se produjeron mejoras en la monitorización de P, en la pauta médica del tratamiento y el desarrollo de hipotermias. El manejo dinámico protocolizado permite optimizar la eficiencia de los tratamientos.

ID: 171

Calidad asistencial percibida por los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos y visión de enfermería

Valls Matarín, J.; Ribal Prior, R.; Pujol Vila, M.; Machuca Ayuso, B.; Villagrasa Moreno, M.; Quitana Riera, S.
Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa

Introducción

La satisfacción familiar expresada al alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI) es un indicador de calidad asistencial. Enfermería como ejecutora de acciones asistenciales debe transmitir los cuidados realizados.

Objetivos

Valorar la satisfacción de los familiares y conocer la percepción de enfermería, sobre la información, condiciones medioambientales y horarios de visita de UCI.

Material y método

Estudio descriptivo transversal entre enero-octubre 2012 de familiares de pacientes ingresados más de 48 horas y de enfermeras de UCI. Se utilizó un cuestionario validado de 33 preguntas divididas en apartados: condiciones medioambientales, horario de visita, información médica y enfermera. Se recogieron datos demográficos y días de estancia.

Estadística descriptiva con media (DE) y porcentajes, con Chi^2, t-Student y modelo de regresión lineal múltiple, significación $p<0,05$.

Resultados

Se analizaron 175 cuestionarios familiares y 40 de enfermeras. La edad media familiar fue 48 (13) años, el 64% eran mujeres, la estancia del paciente fue 8 (9) días. La edad media de enfermería fue 34 (7) años, el 90% eran mujeres, la media de experiencia profesional 13 (7) años. Lo menos valorado por los dos colectivos: ruido y sala de espera. La satisfacción con la información médica y enfermera: 8 (2) y 8 (2) respectivamente. El 40% de las enfermeras informó de los cuidados y el 80% de los familiares se sintió informado ($p<0,001$). Las variables asociadas a la valoración de la información enfermera fueron: relación previa establecida, informar sobre los cuidados y aparataje y ayudar a comunicarse con el paciente (R2 52%). Los dos colectivos opinaron que el horario de visita era adecuado.

Conclusiones

Satisfacción familiar alta. Existen diferencias entre la visión del familiar y del profesional. La información enfermera recibe idéntica valoración que la médica por parte de los familiares. Los datos sugieren que enfermería informa poco de los cuidados realizados, lo que puede impedir hacer visible el trabajo enfermero.

ID: 235

Intercomunicación entre los integrantes del equipo multidisciplinar de una unidad de cuidados intensivos (UCI)

Maqueda Palau, M.; Pérez Juan, E.; Muñoz Moles, Y.; Romero Grilo, C.
Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca

Introducción

Diferentes estudios han demostrado que la comunicación y la relación interprofesional son factores importantes que influyen en la atención al paciente. Asociándose a una disminución de los efectos adversos, aumento de satisfacción del paciente y de los miembros del equipo de salud.

Objetivos

Evaluar la percepción de los diferentes profesionales que trabajan en la UCI sobre la comunicación y relaciones existentes entre el equipo multidisciplinar.

Material y método

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todos los profesionales que trabajan en la unidad:celadores, auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos. Las encuestas fueron adaptadas según el cuestionario de Shortell que mide la comunicación interdisciplinar. Las variables estudiadas medían la percepción de los profesionales a cerca de la comunicación, relaciones interprofesionales, manejo de conflictos y satisfacción profesional. La fiabilidad interna del cuestionario se calculó con el alfa de Cronbach. La asociación entre las diferentes variables se evaluó mediante la prueba chi-cuadrado. El análisis estadístico se realizó con el SPSS 19.0.

Resultados

Se enviaron 165 encuestas con una tasa de respuesta global del 50,9%. El 56,6% de la muestra eran enfermeras, 21,7% auxiliares, 14,5% médicos y 7,2% celadores. El alfa de Cronbach fue > 0.7. En general existe buena comunicación entre los diferentes grupos interprofesionales. El 71,1% considera que la comunicación entre las diferentes unidades no es buena. Los resultados son muy similares en cuanto a la resolución de manera constructiva y la evitación de los conflictos. Se observó un menor porcentaje de mujeres (40,7%) que solucionarían los conflictos de forma constructiva respecto a los hombres (65,4%; $p<0,05$). El 59% afirma estar satisfecho con su trabajo.

Conclusiones

Los profesionales perciben que la comunicación en la UCI es buena pero menos satisfactoria con el equipo médico. Los esfuerzos encaminados a la resolución de conflictos de manera constructiva mejoran las relaciones interprofesionales.

Es necesario crear estrategias para mejorar la comunicación entre las diferentes unidades.

ID: 446

Desarrollo e implementación de un nuevo proceso de información a las familias del paciente crítico: investigación acción participativa

Regaira Martínez, E.[1]; Vázquez Calatayud, M.[1]; del Barrio, M.[1]; Morales Villanueva, A.[2]
1. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; 2. Clínica Ubarmin, Pamplona

Introducción

Desde hace varias décadas se ha identificado el proceso de información como una de las necesidades más prioritarias de los familiares de los pacientes críticos. No obstante, esta necesidad continúa sin cubrirse por parte de los profesionales implicados.

Objetivos

Desarrollar e implementar un nuevo proceso de información a los familiares del paciente crítico.

Material y método

Diseño: Investigación Acción Participativa guiada por el modelo PEPPA (Proceso Participativo para la Enfermería de Práctica Avanzada, centrado en el Paciente y basado en la Evidencia). Contexto: una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de un hospital universitario terciario. Periodo de estudio: diciembre 2011 - mayo 2012. Muestreo: conveniencia. Muestra: 11 familiares, 10 enfermeras de más de un año de experiencia profesional en UCI y 8 médicos. Recogida de datos: 29 entrevistas semi-estructuradas y 10 observaciones participantes. Análisis de datos: análisis de contenido de las entrevistas, las observaciones y las notas de campo.

Resultados

Mediante las observaciones y las entrevistas realizadas por la EPA se detectó la necesidad de sistematizar y estructurar el proceso de información a los familiares de los pacientes críticos. Una vez identificada esta necesidad y recibir la aprobación y el compromiso por parte de los principales “stakeholders” (médicos y enfermeras), se desarrolló e implementó un nuevo proceso de información a los familiares, basado en los resultados y en la mejor evidencia disponible. Éste se centró en estandarizar un horario de información y asegurar que las necesidades básicas de información estuvieran cubiertas y que la información fuera administrada de manera conjunta y complementaria por la enfermera y el médico.

Conclusiones

A través de este estudio la EPA ha desarrollado e implementado un plan de mejora del proceso de información de los familiares del paciente crítico que se prevé evaluar proximamente. De este modo, se podrá percibir los beneficios de la incorporación del rol avanzado y favorecer su implantación en España.

ID: 200

Experiencias vividas de los pacientes ingresados en cuidados intensivos

Acosta Mejuto, B.[1]; Ricart Basagaña, M.[1]; Solà Ribó, M.[1]; Romero García, M.[1]; Jover Sancho, C.[1]; Solé Solà, N.[1]; Delgado Hito, P.[2]; de la Cueva Ariza, L.[2]
1. Hospital de Sant Pau, Barcelona; 2. Universidad de Barcelona, Barcelona

Introducción

Una vivencia es aquella experiencia sentida por una persona en su vida y que forma parte de su carácter. Es individual, intransferible, única y comprensible sólo desde el punto de vista de quien la experimenta. Es importante conocer la vivencia de los pacientes críticos porque proporciona conocimientos a las enfermeras para mejorar la prestación de cuidados

Objetivos

Describir las vivencias de los pacientes críticos en relación a los cuidados enfermeros.

Material y método

Estudio cualitativo según la teoría fundamentada en tres unidades de Cuidados Intensivos de 34 boxes individuales. Muestreo teórico hasta la saturación de datos. La recogida de datos fue a través de la entrevista en profundidad y diario de campo. Análisis de contenido según teoría fundamentada. Se siguieron los criterios de rigor de Guba y Lincoln. Informe favorable del comité de ética del centro y consentimiento informado.

Resultados

La muestra final fue de 19 participantes con una edad media de 51,42 (±14,63) años, 13 varones y 6 mujeres. El 47,4% tenía estudios universitarios y la estancia media en UCI fue de 13,58 (±15,91) días. Emergen 4 categorías: cuidados recibidos, sentimientos emergentes, recuerdos tras el despertar y entorno físico de la UCI. En relación a los cuidados recibidos, los pacientes manifiestan que son necesarios, individualizados y que les permiten sentirse seguros tanto física, psicológica y espiritualmente. Sienten la gravedad y realidad de la situación manifestando miedos y sensación de muerte inminente. Recuerdan la voz y palabras de familiares y profesionales. Y, a pesar de vivir en un entorno desconocido relacionado con el aislamiento, la falta de intimidad, luz, silencio, comprenden y aceptan que todo esto forma parte de este tipo de unidades.

Conclusiones

Las vivencias expresadas por los participantes son en general positivas a pesar de hallarse en un contexto desconocido y en una situación vital de gravedad.

ID: 414

Mejoría de la satisfacción de familiares de pacientes críticos tras un ciclo de mejora

Alonso Tovar, A. R.; Ruiz Usero, J.; Rocamora Gaona, E.; Carrillo Alcaraz, A.; Riquelme Martínez, E.; Torregrosa García, M. A.; Torres Mínguez, M. A.
Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia

Introducción

Uno de los objetivos de la atención sanitaria es lograr la satisfacción de los pacientes, y además de sus familiares, lo que es especialmente importante en el caso del paciente crítico.

Objetivos

Estudio antes y después, tras un ciclo de mejora para aumentar la satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en UCI.

Material y método

Estudio transversal realizado durante 2 meses, en una UCI de 18 camas. La primera medición (PM) durante el año 2011 y la segunda en 2012 (SM). El ciclo de mejora consiste en un grupo de medidas: incremento del tiempo de visita, incremento del numero de familiares, horario mas flexible, información medico y enfermera, buzón de sugerencias. La herramienta utilizada es un cuestionario validado con variables sociodemográficas, respuestas mediante escala Lícker y respuesta mediante texto libre, entregada en sobre y recogido en mano. Las variables se expresan como número y porcentaje y las comparaciones mediante Chi^2 de Pearsón.

Resultados

Se analizaron 85 encuestas (respuesta:90%) en la PM y 110 en la SM (respuesta:95%). La mayoría de ítems mejoraron, algunos significativamente, entre la PM y SM: la limpieza de la UCI se consideró muy buena/buena en 54 casos (68,2%) y 103 casos (93,6%) respectivamente ($p<0,001$).Conocimiento del nombre del medico 57,5% y 76,4% ($p=0,008$) y de la enfermería 22,4% y 68,2% ($p<0,001$). La información fue percibida como clara en 85,9% y 96,4% ($p=0.017$). La puntualidad en la información mejoró del 63,5% al 79,5% ($p=0.025$). La relación personal con la enfermería fue percibida como fluida mejoró del 79,2% a 90,9% ($p=0,001$). El tiempo de visita fue considerado suficiente en 32,5% y 62,7% ($p<0,001$). La información diaria sobre cuidados del paciente varió de 50,6% al 90% ($p<0,001$).

Conclusiones

La mejoría de la satisfacción de los familiares de nuestros pacientes puede mejorar ostensiblemente mediante la aplicación de medidas sencillas

ID: 29

Análisis de la diferencia entre dosis prescrita y administrada en técnicas continuas de reemplazo renal

Antolino Escribano, C.; Ros Martínez, J.; Mula Rodríguez, M. J.; Fabrégas Chaler, C.; Morales Martínez, R.; López Salmerón, J.
Hospital Virgen Arrixaca, Murcia

Introducción

En las técnicas continuas de reemplazo renal existe un número de horas al día en las que no se cumple el tratamiento pautado por diversos motivos. Este tiempo perdido (TP) se ha denominado down-time (DT). Este TP puede ser de hasta 8 horas al día, y es un indicador de la calidad de los cuidados de los pacientes sometidos a hemofiltración.

Objetivos

Calcular la magnitud del TP, para estimar la calidad de los cuidados de enfermería y modificar el protocolo de nuestra unidad.Tomamos como referencia un valor de 3 horas,basándonos en estudios previos publicados.

Material y método

Estudio observacional prospectivo donde se registró la dosis prescrita, la dosis administrada procesada por el sistema de basculas del monitor y las horas diarias de funcionamiento de todos los pacientes que recibieron una técnica continua de soporte renal durante el periodo de tiempo comprendido entre el 01/09/2012 y el 31/12/2012.

Los monitores utilizados fueron PRISMAFLEX y AQUARIUS. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS V.20.

Resultados

Un total de 21 pacientes fueron tratados, suponiendo 145 días de tratamiento. El tiempo medio de tratamiento fue 19,97 horas, desviación típica de 6,2 (95% IC) y mediana de 24 horas.

El TP medio fue de 2,5 horas,desviación típica de 2,8 (95% IC),y mediana de 1,5. La dosis administrada según el sistema de básculas fue un 10,6% menor que la dosis pautada.

Conclusiones

La medición del TP en nuestro servicio es de 2,5 horas, el DT total fue del 10,6%. Este resultado tan bajo se explica por el protocolo de cambios de filtros programados ante aumentos progresivos de la presión transmembrana, lo que permite acortar los tiempos de cambios de filtro. El cálculo del TP debe calcularse y monitorizarse para evaluar la calidad del tratamiento.

ID: 192

Adecuando los cuidados intensivos a pacientes geriátricos

González de la Cuesta, D.[1]; Barrado Narvión, M. J.[1]; López Ibort, N.[2]; Bara Machín, G.[3]; Mainer Sanmatin, M. P.[4]; Cano Mateo, I.[3]
1. HRV, Zaragoza; 2. HCU, Zaragoza; 3. HUMS, Zaragoza; 4. Salud, Zaragoza

Introducción

La asistencia al anciano en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es un fenómeno creciente. La gravedad de la enfermedad que condiciona el ingreso y la situación funcional previa, más que la edad, son los elementos determinantes tanto de la mortalidad como del pronóstico vital y funcional a largo plazo

Objetivos

1. Conocer la ocupación de las UCIS de Zaragoza por pacientes mayores de 65 años.
2. Conocer las principales patologías que presentas los pacientes mayores de 65 años ingresados en las UCIS, y las enfermedades crónicas que presentas al ingreso.
3. Conocer las principales técnicas de cuidados intensivos que precisan y que realizan las enfermeras en estos pacientes

Material y método

Estudio epidemiológico de prevalencia llevado a cabo en tres de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los hospitales de Zaragoza pertenecientes a la red pública dela Comunidad Autónoma de Aragón.

Se elaboró una ficha donde se recogían los puntos más relevantes de los pacientes ingresados en estas unidades de agudos. La recogida de datos fue simultánea, realizándola en los tres hospitales el mismo día para que fueran representativos los datos.

Resultados

Del total de pacientes ingresados en las UCIS de los hospitales de Zaragoza (HUMS, HCU Y HRV), 42 de ellos, que representan el 51,27% del paciente, eran personas mayores de 65 años. De ellos 26 (el 61,9%) eran varones y el 16 (38,09%) mujeres. La mayoría de ellos se encuentran en el rango de edad entre 65 y 75 años.

PATOLOGÍA AGUDA	%	PATOLOGÍA CRÓNICA	%	TÉCNICAS	%
ENF CORONARIA	34	HTA	40,47	Vía Periférica	100,00
NEUROCIRUGÍA	22	Cardiopatía Isquémica	28,41	S Vesical	92,85
COMPLICACIONES IQ	22	EPOC	23,82	Vía Central	80,95
SHOCK SEPTICO	13	DM tipo II	11,9	Vía Arterial	64,28
CÁNCER	13	Dislipemia	9,52	Ventilación Mecánica	61,90
PERITONITIS	6	Depresión	7,14	SNG	57,14
EAP	6	I Resp Crónica	7,14	Drenajes	40,47
				N Enteral	33,33
				NPT	26,19
				Tubo Torácico	14,28
				Marcapasos	9,52

Conclusiones

Los pacientes mayores dados de alta en estas unidades están más satisfechos con los cuidados recibidos y con los resultados obtenidos,

Seria necesario introducir la valoración geriátrica en las UCIS y, especialmente, al alta, a través de escalas validadas.

Plantear unidades de cuidados intensivos geriátricas para una mejor evaluación y una mayor adecuación de los recursos necesarios.

ID: 476

Factores que influyen en la privación del sueño en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos

Bendicho López, M. J.; Benitez Ruiz, L.; Crespo Espinosa, A.; Morales Abad, M. A.
Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción

El tiempo y la calidad del sueño necesarios para el mantenimiento de la salud, en el caso del paciente crítico se convierten en una necesidad mayor al resto de la población. En la UCI la enfermería debe conocer la agresión del medio al que está expuesto el paciente crítico, y considerar que el hecho de no descansar suficientemente, influye en su recuperación física y emocional.

Objetivos

Conocer los factores que influyen en la privación del sueño, para crear intervenciones dirigidas a promover el sueño de los pacientes ingresados en la UCI

Material y método

Diseño: Estudio retrospectivo y descriptivo. Ambito: UCI de un Hospital Universitario de referencia. Periodo de estudio: Año 2011-2012. Sujetos: Pacientes ingresados más de 3 noches en la UCI Protocolo: Recogida de datos al alta. Variables: Las constitutivas de la Escala de Ballard.

Resultados

Se entrevistaron 38 pacientes, el 81,5% eran hombres y el 18,5% mujeres. Edad media: 57 (21-80) años. Estancia media 6,2 (3-29) días. Precisaron ventilación mecánica 63%. El 71% de las mujeres y el 48% de los hombres tuvieron dificultad para dormir (53% del total). Los factores mas influyentes que impidieron conciliar el sueño, fueron: 90% oír muchos ruidos, 70% tener las luces encendidas frecuentemente, 65% cama incómoda, 60% tener calor o frío, las estancias inferiores a una semana 80%

Conclusiones

En nuestra unidad más de la mitad de los pacientes entrevistados manifiestan su malestar por la dificultad o imposibilidad para dormir. Las mujeres duermen peor que los hombres, igual que los pacientes cuya estancia es superior a una semana. El personal de enfermería debe contribuir al bienestar de los pacientes, disminuyendo los ruidos (tono de voz, timbre de teléfono, volumen de alarmas) y apagando luces innecesarias, procurando una temperatura y ambiente agradables, así como colchones y almohadas confortables. De esta forma aumentaremos la calidad asistencial prestada y el descanso de nuestros pacientes.

ID: 107

Uso de restricciones mecánicas en unidades de cuidados críticos: perspectiva de los profesionales. Revisión bibliográfica

Acevedo Nuevo, M.[1]; González Gil, T.[2]; Solís Muñoz, M.[1]; Toraño Olivera, M. J.[3]; Láiz Díez, N.[1]
1. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid; 2. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid; 3. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

A pesar de ser múltiples las recomendaciones que abogan por la eliminación del uso de Restricciones Mecánicas (RM) en Unidades de Cuidados Críticos (UCC), su uso continúa siendo muy frecuente.

Para introducir cambios en la práctica en base a las recomendaciones es necesario conocer cómo conceptualizan los profesionales el uso de RM en las UCC.

Objetivos

Conocer la evidencia disponible relacionada con la conceptualización que los profesionales de UCC de adultos realizan acerca del uso de RM.

Material y método

Se realizó búsqueda sistemática y estructurada en PUBMED, Cochrane, CINHAL, CUIDEN, SCielo, LILACS y EMBASE. Palabras clave: “physicalrestraint”, “criticalcare”, “caregivers”, “perceptions”. Para búsqueda avanzada se usaron limites *clinicalquerry* para rescatar evidencia cualitativa. Se realizó búsqueda manual en publicaciones especializadas y revisión secundaria a partir de las referencias de los documentos rescatados. Criterios de inclusión: trabajos publicados desde el año 2000 en castellano o inglés y pacientes adultos críticos. Tras someter a lectura crítica las referencias localizadas, 24 artículos cumplieron criterios de calidad para dar contenido a la revisión, aunque ninguno exploraba el tema propuesto en UCC.

Resultados

Entre las 24 referencias se encuentran 1 revisión sistemática, 1 Metasíntesis de Estudios Cualitativos, 3 revisiones bibliográficas y 10 estudios cualitativos. En otros ámbitos se detecta que el uso de RM supone un dilema ético para los profesionales, y se señala la existencia de factores individuales de los profesionales (empatía, seguridad, conocimientos,…), de las organizaciones (ratios, presión de grupo, distribución de tareas,…) y sociales (legislación) que influyen en el uso de RM. Se revelan dificultades en el planteamiento de alternativas a las RM.

Conclusiones

No se ha encontrado suficiente evidencia que permita conocer cómo conceptualizan los profesionales de UCC el uso de RM. Esta falta de evidencia hace necesario el inicio de nuevas investigaciones encaminadas a resolver la cuestión desde un abordaje cualitativo.

ID:438

Experiencias estresantes de los pacientes sometidos a ventilación mecánica prolongada

Riera i Badia, M. A.; Gallart i Vivé, E.; Vicálvaro Alvarez, A.; Solsona Cercós, A.; Mont Bonada, A.; Lolo Carrete, M.; Gómez Gómez, J.; Gallart Escribà, M. A.; da Palma Afonso, E.; Mey Altrach, M.; Humet Diez, A.
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción

Las experiencias negativas de los pacientes sometidos a ventilación mecánica prolongada (VMP) despues de su ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pueden tener un impacto negativo y a largo plazo estar relacionadas con estrés postraumático, ansiedad y depresión.

Objetivos

Determinar las percepciones estresantes relacionadas con el ambiente de UCI y el tubo endotraqueal (TET) de los pacientes sometidos a VMP al alta de UCI.

Material y método

Cohorte prospectiva en la que se incluyen todos los pacientes ingresados en una UCI de tercer nivel que están sometidos a VMP más de 48 horas durante un año. Al alta de la UCI, se les administró el ICU Stressful Experience Questionnaire (ICU-SEQ) que valora, 22 items relacionados con aspectos generales de la estancia en UCI (reposo, relaciones familiares…) y 9 relacionados con el TET (molestias, comunicación…)

Resultados

Se aportan resultados de los primeros 80 casos. De todos ellos, el 8,75% no tenían ningún recuerdo de su estancia en UCI.

Las experiencias estresantes más recordadas fueron "echar de menos a sus allegados" (87,5%), "tener miedo" (85%), "sentirse solo", "tener periodos de pánico", "sentir que algo malo va a pasarle" y "sentirse triste y deprimido" (83,7% cada una de ellas) aunque no todas ellas eran recordadas con niveles de estrés importante.

Las experiencias recordadas con más alto nivel de estrés fueron el "malestar asociado con el TET" (73,9%), las "dificultades para dormir" (63,6%) y "despertarse en medio de la noche" (60%).

De las 31 situaciones estudiadas, 10 de ellas fueron recordadas con alto nivel de estrés por más del 50% de los pacientes.

Conclusiones

La experiencia estresante que conlleva la estancia en UCI es importante. Es necesario conocer los elementos más molestos con el fin de adecuar nuestros cuidados a la minimización de estas experiencias.

P1 - ID: 350

Complicaciones asociadas al uso de catéteres arteriales radiales en un Servicio de Medicina Intensiva: análisis observacional prospectivo

Surís Palou, C.; Escobar Cuesta, E.; Jiménez Galvez, C.
Hospital de Mataró, Mataró

Introducción

La inserción de catéteres arteriales radiales es uno de los procedimientos que realiza el personal de enfermería del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital de Mataró. Existen diferentes tipos de catéteres arteriales, cortos (CAC) o largos (CAL) y diferentes técnicas de inserción, punción directa (PD) o Seldinger (TS) siendo la elección para su utilización a criterio personal.

Objetivos

Describir y analizar la utilización y evolución de los catéteres arteriales radiales insertados en nuestro SMI.

Material y método

Estudio observacional prospectivo, realizado entre Julio del 2011 y Junio del 2012. Se registraron los parámetros relativos al tipo de catéter, técnica de inserción, duración, complicaciones ligadas a su uso y motivo de la retirada.

Resultados

Se insertaron 323 catéteres arteriales en 216 pacientes (67,2% CALTS, 22% CACPD, y 7,7% CACTS) de los cuales un 70,6% fueron utilizados para monitorización invasiva de la TArt. El número medio de intentos por inserción es de 1,58 +/- 0,9 y el tiempo medio que estuvieron insertados fue de 4,99 días +/- 5,05. El test de Allen se realizó en un 9,9% de los casos.

Los motivos de retirada fueron fin de tratamiento (40,2%), disfunción (29,1%) (CACTS 44%, CALTS 29,5% y CACPD 22,5%), y sospecha de complicación (7,1%) de las cuales el 1,8% fue por causas mecánicas (3 extravasaciones y 2 isquemias) y un 5% por sospecha de infección. Ninguna de las isquemias fue atribuible al uso del catéter. De los catéteres retirados por sospecha de infección estuvieron colonizados 3, todos CALTS y no se observaron bacteriemias por catéter arterial.

Conclusiones

Aunque la tasa de retirada por sospecha de complicaciones fue del 7%, las complicaciones asociadas al uso de catéteres arteriales en nuestra serie fueron infrecuentes. El catéter que más disfuncionó fue el CACTS y el CALTS el que más se colonizó.

P2 - ID: 453

Análisis de las complicaciones vasculares en arteria radial tras cateterismo cardiaco

Badiola Saralegui, E.; Iribarren Martin, A.; Auzmendi Irazoqui, M.; Echepetelecu Hernando, M.; Uria Uranga, I.; Etxabe Unanue, G.; Bergaretxe Bengoetxea, M.; Iglesias Gaspar, M.
HUD, Donostia, San Sebastián

Introducción

El cateterismo cardíaco es un procedimiento radiológico invasivo en el que se introduce un catéter en vía arterial, por el que se accede a las arterias coronarias y cavidades cardíacas para su diagnóstico y tratamiento. Al finalizar la técnica se debe realizar una compresión en la zona de punción mediante dispositivos de hemostasia radial.

Objetivos

Detectar las complicaciones vasculares locales derivadas del cateterismo cardiaco, tras seguir el protocolo de compresión y posterior descompresión radial neumática con TR Band® utilizado en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Material y método

Estudio observacional prospectivo. Ámbito: unidad coronaria de UCI del Hospital Universitario Donostia. Período: 22/10/2012 al 2/12/2012. Muestra: todos los pacientes sometidos a cateterismo radial durante este periodo. Variables:

1. Sociodemográficas: Edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), riesgos cardiovasculares (hipertensión, diabetes, tabaquismo, hiperlipidemia).
2. Técnica de cateterismo: coronariografía, angioplastia e implantación de Stent.
3. Protocolo de actuación:

Grupo 1: sin heparina; compresión radial 2 horas.

Grupo 2: con heparina; compresión radial 4 horas.

Resultados

Se incluyeron 72 pacientes; Edad: 64,64±12,48 años; Sexo: Varones: 77,8%; IMC: 26,4±3,6; Riesgo cardiovascular: hipertensos 61,1%, fumadores 25%, diabéticos 18,1%, hiperlipidemias 44,4%.

Tabla 1. Complicaciones vasculares locales expresadas en Frecuencia absoluta (%)

		Grupo I (sin heparina)	p	Grupo II (con heparina)	p
1º Cateterismo	n	18(25,00%)		52(72,20%)	
N=70	Reinflado x Sangrado	3(4,28%)	0,4366	10(14,28%)	0,7391
	Hematoma	1(1,42%)	0,1614	15(21,42%)	0,2016
2º Cateterismo	n	3(4,20%)		12(16,70%)	
N=15	Reinflado x Sangrado	1(6,66%)	1,0000	3(20,00%)	0,5165
	Hematoma	1(6,66%)	0,5165	2(13,33%)	0,1538

Conclusiones

Pese a la utilización del protocolo de compresión neumática con TR Band® continúan manifestándose complicaciones vasculares tales como el sangrado de la arteria radial y hematoma. Esto nos invitaría a realizar algunas modificaciones en nuestro protocolo como el tiempo de compresión radial, ritmo de descompresión o volumen de inyección del aire del neumo, para poder identificar y reducir la incidencia de complicaciones vasculares.

P3 - ID: 484

Endoprótesis valvular aórtica percutánea: una alternativa para pacientes de alto riesgo

de Arriba Mihi, I.; Juárez Vegas, I.; López de Gamiz Villagarcía, M.; Sánchez Lopez, M. J.; Castrillo Olabarria, A.
Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

Introducción

La cirugía de sustitución valvular aórtica es el tratamiento de elección en pacientes con estenosis aórtica. Debido al envejecimiento de la población y la presencia de varias causas de comorbilidad, aumenta el riesgo quirúrgico impidiendo la cirugía convencional.

El reemplazo percutáneo de la válvula aórtica, tanto por vía femoral como transapical, presenta una alternativa para aquellos pacientes rechazados para la cirugía extracorpórea.

Objetivos

Presentar y valorar los resultados obtenidos tras el reemplazo percutáneo de la válvula aórtica en todos los casos que ha habido en nuestro centro.

Material y método

Se realiza un estudio retrospectivo de 31 casos desde mayo del 2009 hasta noviembre del 2012.

Las variables analizadas han sido: edad, sexo, mortalidad, pluripatología asociada y complicaciones.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 78 años (68-88), de los cuales un 61,29% fueron hombres y el 38,71% mujeres.

La mortalidad total de nuestra muestra fue del 25,8% (8 casos) siendo en los primeros 30 días del 62,5% (5 casos) y del 37,5% (3 casos) pasados estos 30 días.

Entre las causas de comorbilidad destacan: hipertensión arterial (HTA) el 76,4%, dislipemia el 58,8%, diabetes el 41,1% y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) el 23,5%.

Las complicaciones más importantes fueron: fallo en el cierre de la sutura arterial con Prostar en el 12,9% de los pacientes, y el bloqueo auriculo ventricular precisando marcapasos definitivo en el 6,45% de los pacientes.

Conclusiones

La implantación percutánea de la válvula aórtica es una opción terapeútica válida para los pacientes que han sido rechazados para la cirugía convencional.

A nivel de enfermería, los cuidados que precisan estos pacientes aumentan no tanto por la propia intervención, sino por la pluripatología presente en ellos.

Nuestra experiencia muestra que la endoprótesis percutánea de la válvula aórtica constituye una buena alternativa para aquellos pacientes con un elevado riesgo quirúrgico (EuroSCORE promedio de nuestro centro de 19.5).

P4 - ID: 139

Uso del ecógrafo en técnicas de canalización de catéter venoso de acceso periférico

Ramis Juan, R.; Mingo Vergara, S.; Cano Ocón, I. M.; Pérez Espuelas, S.; Gámez Cantero, S.; Fernández Reina, P.
Hospital Can Misses, Ibiza

Objetivo

- Estandarizar un plan de cuidados para el adiestramiento de enfermería en introducción del catéter de doble luz mediante eco guiada.
- Instaurar en el servicio de UCI dicha técnica para iniciar un tratamiento y cuidados más efectivos.

Metodología

- Elaboración del protocolo.
- Difusión entre el personal de la unidad.
- Implantación del protocolo.

Intervenciones

- Revisión bibliográfica.
- Entrenamiento en la técnica a las personas que formarán al personal.
- Charlas formativas para todo el personal de cuidados intensivos.
- Presentación del protocolo en la unidad.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes que ingresan en cuidados intensivos precisan la colocación de un catéter venoso central de acceso periférico, puesto que el acceso venoso en ocasiones puede ser complicado existe una técnica innovadora que es el acceso vascular guiado por ultrasonido.

Con la elaboración de este protocolo pretendemos:

- Reducir el número de punciones.
- Reducir el tiempo empleado para ello.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes al disminuir el número de punciones y el tiempo empleado.
- Disminuir las complicaciones asociadas a este tipo de técnica.

P5 - ID: 203

La utilización del catéter PICC en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI)

Ciuró Cerezo, L.; Robles Irigoyen, J.; Garcerán Rodríguez, C.
UCI, Benalmádena

Objetivo

Los catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC), Turbo -Ject están indicados para uso a corto y a largo plazo para la monitorización de la presión venosa , la obtención de muestras de sangre,la adminstración de fármacos y líquidos y para utilizarse con inyectores mecánicos para la adminsitración de contraste en estudios TAC.

Metodología

Descripción del catéter PICC y del material necesario para su colocación, indicaciones, contraindicaciones y cuidados que se derivan a su utilización.

Intervenciones

La técnica ,la realiza el personal de enfermería, se llevaría a cabo en UCI,bajo monitorización estricta del paciente,y utilización de eco si fuese necesario para la inserción, para que la hora de inserción del catéter quede justo en el tercio inferior de la cava superior y no más allá de sección extrapericáridaca de la vena cava para evitar problemas del ritmo cardiaco y evitar erosión o la perforación del sistema venoso central y de asegurar una adecuada administración de productos de infusión.

Una vez monitorizado el paciente, informándole a su vez de lo que se le va hacer y en lo que consiste la técnica y mirada zona de punción (periférica) adecuada,le pedimos al compañero que no pinte, mientras procedemos al lavado estricto de mano y colocación de bata,mascarilla, guantes estériles y procedemos a la técnica de inserción. Este catéter a diferencia del DRUM es que puede ser de 1, 2 o 3 luces y el calibre con el que se inserta la guía es del nº20 y/o nº18 y no del nº14 como el DRUM ,es menos agresivo.Dependiendo de la cantidad de fluidos,gravedad del paciente usaremos el de más luces o menos.Finalizada la técnica se procederá a la realización de un control Radiológico, antes de su utilización, para comprobar que está correctamente colocado.

Conclusiones

Es una técnica que la realiza el personal de enfermería, fácil, rápida, menos agresiva, más barata y con la mismas condiciones de uso que los catéteres de acceso centrales.

P6 - ID: 255

Cuidados de enfermería al paciente con balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA)

Mañeru Oria, A.; Ozcoidi Ballaz, L.
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

Objetivo

El objetivo de este póster es actualizar y asegurar el conocimiento necesario para dar respuesta a los requerimientos que presentan los pacientes con balón de contrapulsación intraaórtico.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos más destacados sobre el tema en las bases de datos PubMed, TripDatabase, Cochrane y Cinhal.

Intervenciones

El Balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) es un dispositivo diseñado con la finalidad del aumento de la perfusión miocárdica mejorando asi todos los parámetros hemodinámicos del paciente. Es un dispositivo de poliuretano flexible y radiopaco, con un balón longitudinal en su extremo distal que se conecta a una consola externa encargada de hinchar y deshinchar el balón con helio según se programe.

La enfermera es la encargada de controlar la situación del paciente y detectar la aparición de posibles complicaciones llevando a cabo una serie de cuidados como control de constantes vitales, vigilancia de extremidades, control de puntos de punción, posición confortable del paciente y administración de la medicación prescrita entre otras.

Conclusiones

El personal de enfermería que dentro del equipo de salud cumple uno de los roles más importantes en la atención del paciente debe tener los conocimientos necesarios para el manejo del propio dispositivo y de los valores hemodinámicos para poder relacionarlos con los signos y síntomas que, pasados por alto o mal interpretados pueden provocar grandes consecuencias para el enfermo.

P7 - ID: 320

Sistema de monitorización *Pulse Induced Contour Cardiac Output* (PICCO)

Sau Povea, S.; González Romero, M.; Lerma Briansó, C.; Fuentes Milà, V.; Vallès Fructuoso, O.; Blanco González, I.
1. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

Objetivo

El sistema Pulse Induced Contour Cardiac Output (PICCO) permite valorar la perfusión y oxigenación tisular de forma menos invasiva que el tradicional Swan-Ganz. Ofrece una serie de parámetros adicionales muy útiles y únicamente disponibles con dicho sistema, como el volumen sanguíneo intratorácico, el agua extravascular, el índice de función cardiaca y la variación de volumen sistólico. Estos parámetros permiten valorar de una forma muy específica la contractibilidad, la precarga cardiaca y el edema pulmonar.

Realizamos un procedimiento para conocer y manejar el sistema PICCO, unificando los cuidados de enfermería del paciente portador.

Metodología

Para la confección del procedimiento se ha realizado una revisión de la bibliografía mediante las bases bibliográficas: Medline, CUIDEN, Pubmed y Google Academic, empleándose también registros de enfermería en pacientes con PICCO atendidos en las Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro hospital. Una vez elaborado se ha llegado a un consenso con expertos sobre el tema.

Intervenciones

Informar al paciente del procedimiento.

Preparación del material necesario para cateterización y sistema interfaz.

Asistir en la colocación del catéter venoso central subclavia o yugular y catéter arteria femoral.

Montar el sistema y calibrar.

Monitorizar y determinar parámetros

Detección de parámetros fuera del rango de la normalidad

Mantenimiento de catéteres y circuito.

Detección del mal funcionamiento del circuito y/o catéteres, consecuentemente parámetros erróneos.

Control puntos inserción i/o apósitos.

Conclusiones

Este trabajo proporcionará una estandarización de los cuidados de los pacientes portadores de PICCO, realizando un montaje y un funcionamiento óptimo.

P8 - ID: 335

Protocolo de inserción de catéteres centrales venosos periféricos con ecografía

Llamazares Martin, R.
Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Objetivo

La utilización de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) es una práctica cada día más frecuente en los pacientes críticos, debido a sus ventajas respecto a otro tipo de catéteres.

Sin embargo la inserción de estos catéteres en el paciente crítico requiere de una serie de conocimientos y destrezas, debido a la idiosincrasia del mismo (obesidad, edemas, multipunción, agotamiento de accesos vasculares…) La ecografía nos ha permitido superar estos obstáculos.

Es por ello que nuestro objetivo va a consistir en estandarizar la técnica de inserción de PICC con ecografía, creando unas pautas unificadas que nos permitan disminuir complicaciones, aumentar la calidad de los cuidados y difundir esta técnica entre los miembros de nuestra unidad.

Metodología

Revisión bibliográfica. También hemos tenido en cuenta la propia práctica enfermera y la unificación de criterios con enfermeras de la unidad, así como la experiencia de los cirujanos vasculares en ecografía vascular.

Intervenciones

Descripción del protocolo de inserción de PICC con ecografía y divulgación a todos los profesionales de la unidad.

Conclusiones

Ofrecer unos buenos cuidados es responsabilidad directa de la enfermera, por ello es importante actualizar nuestros conocimientos, aprendiendo a manejar nuevas herramientas, en este caso la ecografía, y hacerlo de manera unificada. Trabajando de esta manera podemos brindar a nuestros clientes la seguridad que se merecen y por otro lado alcanzar una mayor excelencia en nuestro desempeño profesional.

La ecografía no es el futuro, sino que forma ya parte del presente de nuestra profesión, a la que no debemos temer, sino asimilar como una herramienta más de nuestro trabajo.

P9 - ID: 441

Enfermería y Monitorización hemodinámica: sistema PICCO®

Pardo Pérez, V.; Igal Navascues, L.
UCI Hospital de Navarra, Pamplona

Objetivo

La finalidad es presentar y dar a conocer el sistema PICCO para la monitorización hemodinamica en las Unidades de Cuidados Criticos (UCI) y que se adquieran los conocimientos necesarios para el manejo e interpretacion de los datos.

Metodología

Hemos realizado una busqueda bibliografica en las bases de datos como Pubmed y Cochrane con las palabras claves: termodiluciín, gasto cardiaco, sistema PICCO y monitorizacion hemodinamica.

Tambien hemos realizado una revisión de los diferentes protocolos de otras Unidades de Cuidados Intensivos sobre el manejo y cuidado de este sistema.

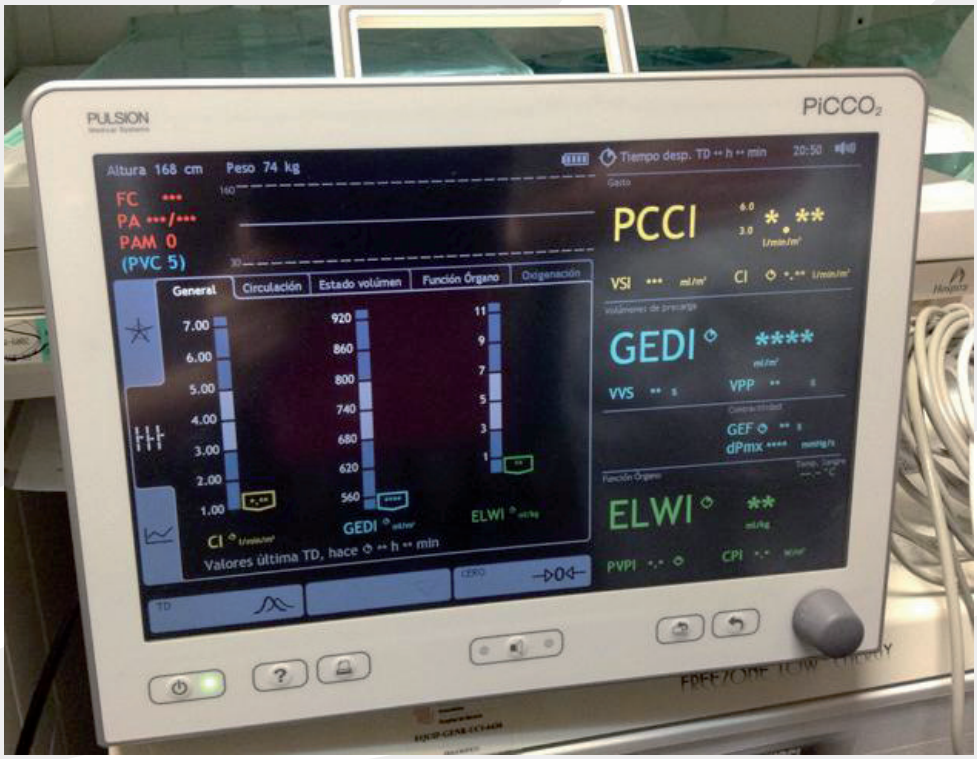
Intervenciones

En nuestro poster desarrollariamos los siguientes apartados:

- Descripción del sistema.
- Colocación.
- Indicaciones/ contraindicaciones.
- Manejo y cuidados.
- Conclusiones.

Conclusiones

Debido a la importancia de la monitorizaciín hemodinnamica en los servicios de Cuidados Intensivos creemos que este poster ayudara al personal de enfermeria al manejo de los pacientes portadores de este sistema y por tanto aumentara la calidad del cuidado, lo que conlleva una reducción de la estancia en el servicio.



P10 - ID: 111

Protocolo de retirada del dispositivo de hemostasia radial TR-BAND TERUMO

Carretero Ponce, M. T.; del Toro Guerrero, M. L.; López Sevilla, G.; Rodríguez Carrasco, J. M.
Hospital Juan Ramón Jimenéz, Huelva

Objetivo

Unificar la actuación de enfermería en el postcateterismo inmediato tras abordaje radial con compresión neumática para:

1. Preservar el acceso vascular utilizado.
2. Disminuir el riesgo de complicaciones.
3. Mejorar el confort del paciente.

Metodología

Se definió un nuevo protocolo basado en los resultados obtenidos en un estudio caso-control realizado en nuestro ámbito hospitalario donde se demostraba la seguridad en la retirada precoz del dispositivo hemostático.

1. Descripción del dispositivo:
   - Banda plástica, estéril y transparente. Permite visualización de la punción.
   - Hemostasia selectiva de arteria radial; evitando comprimir nervios y favoreciendo el retorno venoso y circulación cubital.
   - Presenta dos balones inflables con aire:
     • Grande: cubre la zona puncionada.
     • Pequeño: dirige la presión al ángulo de punción.
   - Volumen nominal:entre 12-18 mililitros(ml).

2. Descripción del vaciado y retirada:

   - Ritmo de vaciado: 3ml cada 2-4 minutos (min) tras la primera (1ª) hora (h).
   - Tras la 1ª h:
     Evaluar signos de complicaciones: si exixte presión excesiva, descomprimir la zona manteniendo la presión mínima para ejercer hemostasia.
     Vaciar el volumen de aire vigilando la aparición de complicaciones.
     Esperar 10min. sin retirar una vez vacio, (si no sangrado retirar).
     Aparece sangrado:volver a inflar por encima del punto de sangrado y esperar 60min. repitiendo el proceso anterior horariamente hasta eliminar la compresión.

3. Complicaciones: derivadas de la punción y hemostasia.

   Complicaciones

Inmediatas	Tardias
- Hematoma	- Oclusión arterial
- Equimosis	- Pseudoaneurisma
- Parestesia	- Síndrome compartimental
- Dolor peripuncional tras 30min. post-retirada	- Fístula arteriovenosa

1. Neurológicas:compresión prolongada.
2. Vasculares:más importantes.

sigue

Intervenciones
Actuación enfermera:
Informar al paciente.

1. Valoración del paciente:
   - Hora de llegada.
   - Revisar informe de Hemodinámica.
   - Tomar constantes.

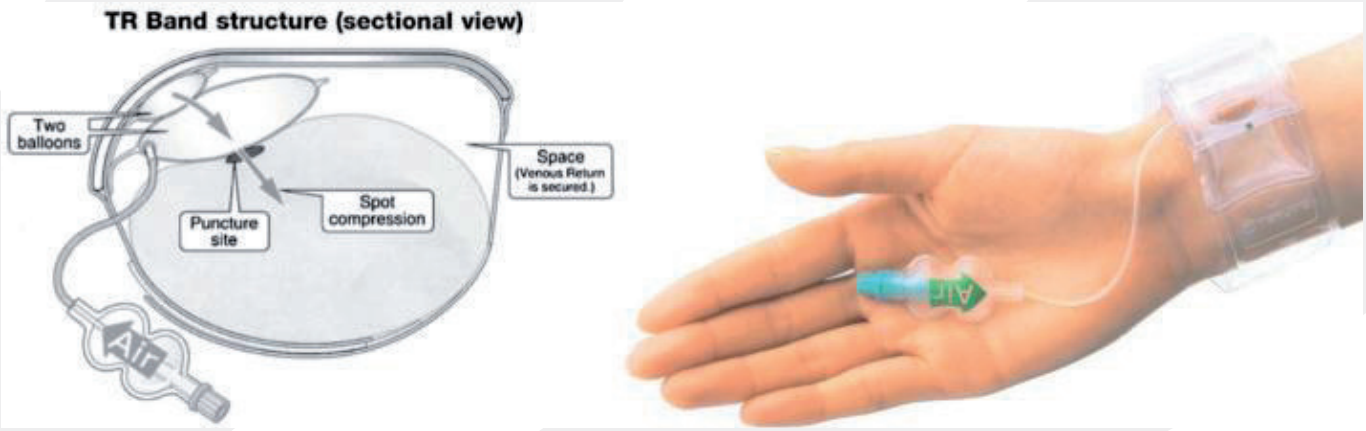
2. Valorar zona de punción:
   - Inspeccionar zona/dispositivo.
   - Valorar extremidad:pulso, color, temperatura y sensibilidad.
   - Mantener la extremidad en reposo y elevada.
   - Vigilar aparición de complicaciones.

3. Actuación a la retirada del dispositivo:
   - Revalorar zona/extremidad.
   - Disponer material.
   - Vaciar dispositivo (descrito ritmo vaciado).
   - Retirar y limpiar con antiséptico sin arrastrar.
   - Colocar apósito.
   - Cuidados posteriores:evitar flexión-torsión, no cargar peso.
   - No retirada definitiva:indicar cuánta presión se disminuye (anotar hora) y causa de no retirada.
   - Registrar complicaciones.

Conclusiones

La atención a un paciente portador de banda radial, requiere de enfermería el conocimiento, control y vigilancia del dispositivo de manera continua y adecuada.

La elaboración de este protocolo permite unificar, actualizar y asegurar los conocimientos necesarios para dar respuesta a dichos requerimientos; utilizando una forma sistemática y ordenada de trabajo.



P11 - ID: 101

Estudio sobre la viabiliidad de la retirada precoz del dispositivo de hemostasia postcoronariografía radial TR-BAND "TERUMO"

Carretero Ponce, M. T.[1]; del Toro Guerrero, M. L.[1]; López Sevilla, G.[1]; Rodríguez Carrasco, J. M.[1]; Rivera de Los Santos, F.[2]
1. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; 2. Fundación Fabis. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

Introducción

El desarrollo tecnológico permite la construcción de sistemas hemostáticos postcoronariografía más seguros facilitando su control y retirada, reduciendo así la incidencia de complicaciones.

Objetivos

Estudiar la seguridad de la retirada precoz del dispositivo de hemostasia radial TR-BAND (Terumo®).

Material y método

Estudio caso-control, unicéntrico, aleatorizado sobre 120 pacientes sometidos a coronarigrafía por acceso radial, cumpliendo criterios de inclusión (antiagregación con ácido-acetilsalicílico+tienopiridinas, introductor nº6F, control plaquetas/tiempos de coagulación normales), exclusión (no derivados a cuidados intensivos coronarios ó cardiología) valorando la retirada del dispositivo hemostático con respecto a la aparición de complicaciones inmediatas:

Hematoma

Dolor

Equimosis

Parestesia

Controles:retirada superior a 6horas (h).

Casos:retirada precoz en 4 tiempos (1ª, 2ª, 3ª y 4ª h).

Elaboramos una hoja de recogida de datos previos, durante y a la retirada del dispositivo.

Resultados

Comparamos:aparición de complicaciones y tipo de tratamiento con retirada precoz/no precoz del dispositivo.

Análisis de datos:contraste de proporciones (Chi-cuadrado+corrección de Yates y Odds-Ratio).

Análisis de complicaciones:no diferencias significativas entre grupos (inferiores en retirada precoz). Destacar la baja incidencia de complicaciones.

Complicaciones Inmediatas		No retirada precoz %	Retirada precoz %	Chi-Cuadrado (con corrección de Yates)	Odds Ratio (i.c. 95%)
equimosis	No	96,70%	96,60%	X^2 (120) = 0,001; p = ,973	1,1035
	Sí	3,30%	3,40%		(0,141-7,599)
hematomas	No	70,50%	79,70%	X^2 (120) = 0,900 p = ,343	0,61
	Sí	29,50%	20,30%		(0,263-1,412)
parestesias	No	95,10%	100,00%	X^2 (120) = 1,300 , p = ,254	-
	Sí	4,90%	0,00%		
dolor	No	93,40%	94,90%	X^2 (120) = 0,118 , p = ,731	0,763
	Sí	6,60%	5,10%		(0,163-3,567)

sigue

Complicaciones Inmediatas		No retirada precoz %	Retirada precoz %	Chi-Cuadrado (con corrección de Yates)	Odds Ratio (i.c. 95%)
tirofibán	No	68,90%	78,00%	X^2 (120) = 0,850; p = ,356	0,625
	Sí	31,10%	22,00%		(0,275-1,419)
abciximad	No	96,70%	96,60%	X^2 (120) = 0,001 p = ,973	1,1035
	Sí	3,30%	3,40%		(0,141-7,599)
Heparina bajo peso molecular	No	42,60%	59,30%	X^2 (120) = 2,712 , p = ,010	0,509
	Sí	57,40%	40,70%		(0,246-1,053)
Heparina sódica	No	98,40%	94,90%	X^2 (120) = 1,105, p = ,293	3,214
	Sí	1,60%	5,10%		(0,325-31,813)
bivalirudina	No	100,00%	98,30%	X^2 (120) = 1,043, p = ,307	-
	Sí	0,00%	1,70%		
bolo heparina sódica	No	44,30%	18,60%	X^2 (120) = 7,951, p = ,003	3,465
	Sí	55,70%	81,40%		(1,515-7,926)

Conclusiones

La retirada precoz del dispositivo de hemostasia radial TR-BAND no está asociada a una mayor presencia de complicaciones con respecto al tiempo de retirada habitual.

Existe una tendencia a disminuir la aparición de las mismas repercutiendo favorablemente en la no aparición de las posibles complicaciones derivadas de una compresión prolongada.

P12 - ID: 67

Canalización de catéteres vasculares con ecógrafo. Cuatro años de experiencia

Pedroche Muñoz, J. M.
UVI HVS Toledo, Toledo

Objetivo

Describir la evolución del uso del ecógrafo para la canalización de catéteres vasculares en la Unidad de cuidados intensivos (UVI) del Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Metodología

La canalización de catéteres en pacientes críticos supone un reto por muchas razones. En muchas ocasiones la situación de estos pacientes hace que sea imposible canalizar catéteres periféricos dificultando con esto la retirada de catéteres centrales. En muchos pacientes se produce un agotamiento vascular tanto venoso como arterial. Y otra circunstancia desgraciadamente frecuente es la multipunción a la hora de intentar canalizar un catéter que no siempre acaba con la consecución del objetivo.

Intervenciones

Todas estas razones nos han movido a buscar alternativas. En el año 2008 comenzamos a usar el ecógrafo para canalizar catéteres periféricos en pacientes en los que nos resultaba imposible hacerlo de otra forma. No teníamos experiencia pero desde el principio conseguíamos tener éxito allí donde otros habían fracasado. Fuimos creciendo e hicimos extensible la técnica a catéteres arteriales, PICC... etc. y fuimos ganando experiencia. Nuestros compañeros se interesaron en la técnica y cada vez somos mas los que utilizamos el ecógrafo y a día de hoy tanto médicos como enfermeras recurrimos al ecógrafo para cualquier tipo de acceso vascular.

Conclusiones

En estos cuatro años hemos aprendido y practicado mucho. Estamos realizando un ensayo clínico para demostrar la utilidad de la ecografía en la canalización de PICC. El ecógrafo nos ayuda a canalizar todo tipo de catéteres así como a elegir las zonas de punción mas idóneas. Nuestros pacientes se benefician ya que disminuye de forma considerable el numero de punciones. En resumen, la utilización del ecógrafo para canalizar catéteres nos proporciona seguridad y eficacia. Y este es un salto de calidad que se acabara produciendo en todas las UVIs en los próximos años.

P13 - ID: 357

Protocolo SIP: inserción segura del PICC

Ortiz Miluy, G.; Pastor Rubis, T.; Sánchez Guerra, C.
1. Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Objetivo

El protocolo SIP son 8 recomendaciones para la inserción del PICC que tienen por objetivo aumentar la seguridad del paciente y del operador, optimizar el éxito del implante, reducir coste y reducir complicaciones tardías e inmediatas

Metodología

El protocolo SIP está basado en las recomendaciones internacionales de organismos como el CDC, INS, RCN y GAVeCeLT, siendo un protocolo creado por el PICC Team de la Universita' Cattolica del Sacro Cuore en Roma y compartido por nuestro propio equipo. Los 8 puntos a seguir del protocolo SIP se basan en la Evidence Based Medicine y Nursing, y se actualiza cada vez que existe una revisión de las lineguides internacionales relacionadas con los accesos venosos.

Intervenciones

1. El protocolo SIP se resume en:
2. Lavado de manos quirúrgico; máxima barrera de protección, amplio campo estéril
3. Valoración ecográfica de venas de brazos, cuello y tórax
4. Elección de la vena apropiada usando un algoritmo calibre (vena)- French (catéter)
5. Identificación ecográfica de nervio mediano y arteria braquial
6. Punción ecoguiada
7. Control ecográfico de la yugular durante la progresión del catéter
8. Uso del EKG intracavitario para la comprobación de la punta
9. Fijación del catéter con sistemas sin puntos sutureless

Conclusiones

El protocolo SIP es un bundle de recomendaciones sencillas y a bajo coste, fáciles de seguir que optimizan el conseguimiento de objetivos como la bacteriemia cero. Nuestro PICC team de enfermeras expertas usa siempre y solo este protocolo compartido a nivel internacional a la hora de implantar PICC. Ello aumenta la duración de vida del catéter ya que minimiza la verificación de complicaciones y su retirada prematura. El uso del ECG intracavitario, técnica innovadora en España, nos permite garantizar in situ la colocación final de la punta del PICC. Somos el primer hospital en España usando el protocolo SIP, cuya unificación en otras realidades creemos puede aportar excelentes resultados para nuestros pacientes.

P14 - ID: 558

Puesta en marcha de un protocolo de registros de enfermería del paciente con balón de contra-pulsación intraaórtico (BCIAO), unificado para todo el centro hospitalario

Benlliure Portero, F.[1]; García Muriel, M. J.[1]; Martin Alonso, M. C.[1]; Benlliure Enriquez, E.[2]; Hermosa Herrero, M. N.[1]; Cuesta Bautista, A. M.[1]; Valdunciel Almaraz, M. B.[1]; Cordoba Garrido, M. D. T.[1]; Prieto Palomares, S.[1]; Prieto Roman, R.[1]; Casero Velasco, M. E.[1]
1. Complejo Hospitalario, Salamanca; 2. Paro, Madrid

Objetivo

- Unificar criterios a la hora de realizar los registros de enfermería del paciente con BCIAo
- Unificar el registro de todos los parámetros importantes del paciente con BCIAo

Metodología

- Revisión bibliográfica
- Sesiones conjuntas del grupo de expertos, médicos- enfermeras de las distintas unidades
- Entrega a cada enfermera del protocolo de registro
- Seguimiento y recogida de datos prospectiva desde su implantación.

Intervenciones

4064 Cuidados Circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico. Apoyo temporal de la circulación por medio del uso de dispositivos mecánicos o bombas.

7920 Documentación: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

4210 Monitorización hemodinámica invasiva ; Medición e interpretación de parámetros hemodinámicos invasivos para determinar la función cardiovascular y regular la terapia, si procede.

6650 Vigilancia; Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

- Constantes vitales, al menos horaria, con especial atención a la TA registrando no solo la diastólica y la sistólica si no también la aumentada en la contrapulsación
- Temperatura, pulsos y coloración de los Miembros inferiores, al menos horaria
- Modalidad de contrapulsación (frecuencia contrapulsación)
- Modalidad de disparo de la contapulsación (al menos una vez por turno y siempre que exista alguna modificacion)
- Si el paciente no esta consciente valoración neurologica al menos una vez por turno, en este caso valoración de las pupilas
- Comparacion de los pulsos perifericos en los miembros superiores, al menos una vez por turno

Conclusiones

El paciente con soporte circulatorio del tipo BCIAo, tiene unas características especiales, que se reflejan en una necesidad de modificar los registros del paciente habitual.

Hasta ahora en nuestro centro hospitalario estos registros se realizan de una manera diferente dependiendo de la unidad y de la enfermera que los realiza.

Creemos que es beneficioso para los cuidados del paciente que estos registros se realicen de forma estandarizada independientemente de la unidad en la que este ingresado el paciente y de la enfermera responsable del mismo

P15 - ID: 308

Rondas de seguridad de Bacteriemia Zero (B Z) en la unidad de medicina intensiva (UMI) Hospital HUA - Txagorritxu

Álvarez González, J.; Rodríguez Borrajo, M. J.; Ayllón Garrido, N.; Carril Rivas, Y.; Moraza Angulo, A.; Cenea González de Garibay, I.; Cristobal Pineda, A. M.; Rodríguez Nuñez, C.
Hua Txagorritxu, Vitoria

Introducción

En el año 2009 nuestra UMI se adhiere al proyecto Bacteriemia Zero (BZ) implantando el protocolo cuyo objetivo es prevenir las infecciones relacionadas con el uso de catéteres en vías centrales (CVC), y mejorar la cultura de seguridad en la UMI mediante una serie de cambios en el cuidado avalados por la evidencia. En el año 2012, se plantea la necesidad de evaluar el cumplimiento del protocolo de BZ.

Objetivos

- Evaluar la implantación del protocolo de BZ en nuestra UMI
- Identificar áreas de mejora en la implantación del proyecto
- Establecer medidas correctoras para mejorar la implantación del protocolo BZ

Material y método

Creación de un grupo de trabajo. Ficha de evaluación con 6 criterios (prácticas seguras definidas). Implantación de las “rondas de seguridad”, un sistema de evaluación mensual del cumplimiento del protocolo BZ, con evaluación interna, realizada por el personal de la UMI y externa, realizada por Medicina Preventiva

Resultados

En 4534 días de estancia se han contabilizado 4562 días de CVC. Se han realizado hasta el momento 16 rondas de seguridad en 116 pacientes con CVC, de las cuales 8 fueron rondas internas (54 pacientes) y 8 rondas externas (62 pacientes).

En dos de los criterios el porcentaje de cumplimiento fue de un 100%. En el resto de los criterios, el porcentaje de cumplimiento, supera el 90%

Durante este período, hubo 4 bacteriemias. La tasa de bacteriemia fue de 1,05/1000 días de CVC.

Conclusiones

Los resultados de las rondas han mostrado un excelente seguimiento de las recomendaciones del protocolo de BZ.

Se han detectado distintas interpretaciones de algunos criterios según los evaluadores lo que ha hecho necesaria la exhaustiva definición de ellos a más nivel de detalle.

La participación multidisciplinar en la evaluación ha servido de estímulo para la implicación de los distintos profesionales.

P16 - ID: 423

Impacto y consolidación del proyecto “Bacteriemia Zero” en la UCI

Giralt Sellarès, E.; Gijón Acosta, C.; Moreno Moreno, C.; Tarrés García, E.
Althaia St. Joan de Déu, Manresa

Introducción

En el 2009 nuestra unidad entró en el estudio nacional de Envin-Helics Bacteriemia Zero, enmarcado en la seguridad del paciente. Los resultados del primer año fueron muy satisfactorios, consiguiendo el objetivo del estudio. 3 años después, la unidad ha integrado muchos de los procedimientos que se implantaron para la colocación, mantenimiento y retirada de catéter venoso central (CVC) en la rutina del servicio.

Objetivos

Comparar resultados del proyecto desde su inicio en junio del 2009 hasta el 2012.

Determinar aspectos a mejorar y las acciones que se determinan para la consolidación del proyecto.

Material y método

Estudio descriptivo, comparativo, observacional y prospectivo; desde junio del 2009 hasta diciembre del 2012.

Población: pacientes ingresados con instauración de CVC en la unidad. Se recogieron los datos mediante un check-list .

Resultados

Respecto al 2009, el número total de CVC ha disminuido. Se ha conseguido el objetivo de reducir las bacteriemias por CVC a 0%. A pesar de que los resultados del check-list demuestran que su cumplimiento ha disminuido un 3%.

La prioridad del lugar de inserción del CVC ha cambiado, volviendo a ser las femorales las de mayor elección (22,54%), seguidas de subclavia y yugular (20,63% y 15,87% respectivamente).

Conclusiones

A pesar de haber conseguido el objetivo, los resultados demuestran que se han dejado de cumplir algunos ítems y precauciones para las infecciones por CVC implantados por el proyecto.

El importante aumento de catéteres femorales puede deberse a la introducción de nuevas tecnologías en la unidad, que obligan a instaurar como primera elección la vía femoral.

La relajación del cumplimiento del proyecto sugiere repetir la formación y realizar sesiones informativas a los médicos para mejorar los resultados.

P17 - ID: 234

Aprendiendo de los sucesos adversos: rotura de catéter venoso central

Pérez Juan, E.; Maqueda Palau, M.; Romero Grilo, C.; Muñoz Moles, Y.
Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca

Introducción

La OMS recomienda, en sus estrategias para la seguridad del paciente, analizar los errores y aprender de los mismos. Por ello, decidimos investigar la causa del suceso adverso ocurrido con categoría de gravedad E, que causó daño temporal al paciente, precisando intervención.

Observación clínica

Varón de 60 años. Ingresa en UCI por shock séptico de origen abdominal. Se realiza TAC abdominal con contraste. El paciente lleva un catéter venoso central (CVC) yugular de tres luces, el contraste se infunde por la luz distal. Durante el procedimiento no aparece el contraste en la técnica. Al revisar la vía, se observa salida de sangre del catéter en la zona de inserción. Se comprueba la luz distal que ha estallado, se prueban el resto y son permeables. Se procede a la retirada de la vía deteriorada y a la inserción de otro catéter venoso.

Plan de cuidados enfermero

Se realizó un análisis causal del suceso, averiguando qué había pasado y por qué ocurrió. Se reprodujo el incidente en el laboratorio. Posteriormente se elaboró un plan de cuidados para que no volviera a suceder, cuyos objetivos fueron: la mejora de conocimientos, habilidades y la promoción de actitudes favorables hacia la seguridad del paciente, actuando en todos los niveles de prevención del suceso adverso (primaria, secundaria y terciaria).

Discusión

Una de las complicaciones mecánicas poco frecuentes del CVC es la rotura interna o externa del dispositivo. El plan de cuidados se realizó en base a la correcta manipulación y fijación del CVC, antes, durante y después de la realización de pruebas diagnósticas con contraste, la detección precoz de los signos de alarma y la prevención de complicaciones.

Conclusiones

El aumento de la presión intraluminal, la osmolaridad del líquido infundido y la incorrecta posición de la fijación del catéter son factores predisponentes para la rotura del mismo.

P18 - ID: 388

Tunelizando PICC en la UCI: ampliación de las indicaciones

Ortiz Miluy, G.; Sánchez Guerra, C.; Pastor Rubin de Celis, T.
Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Objetivo

En la UCI se suministran gran cantidad de fluidos intravenosos. Los pacientes que los precisan necesitan un acceso venoso que garantice una suministración eficaz. Para ello se precisan catéteres venosos de gran calibre y/o de varias luces. En el caso del PICC, aunque es un catéter de baja incidencia de complicaciones y de elección en la UCI, no siempre se consigue su implante: tras la valoración con ecógrafo muchos pacientes tienen un calibre de vena deficiente al implante del catéter. La tunelización del PICC tiene como objetivo la reducción de infecciones debidas a colonización del punto de inserción y amplicar las indicaciones de implante, teniendo como nueva opción la vena axilar en el brazo, cuyo calibre apto a catéteres de elevado French

Metodología

A través de un curso de fomación en la Universita' Cattolica del Sacro Cuore se han aprendido las habilidades y conocimientos necesarios al desarrollo y aplicación de esta técnica en nuestro hospital. Hemos realizado tunelizaciones de PICC en aquellos pacientes que precisando el catéter, no presentaban calibre suficiente o la zona de inserción era muy cercana a la axila.

Intervenciones

Hemos considerado:

Antes de tunelizar: historia, diagnóstico y situación del paciente; recuento plaquetario.

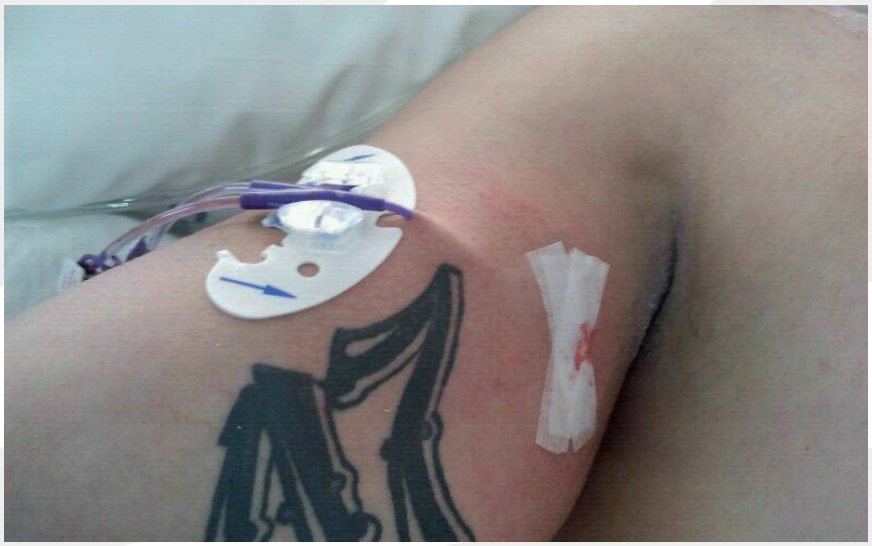
Hemos tunelizado con cánula de 14G, cánula pelable presente por defecto en las confecciones de algunos PICC o tunelizador específico. Las incisiones no se han suturado: se han usado puntos de aproximación o pegamento tisular.

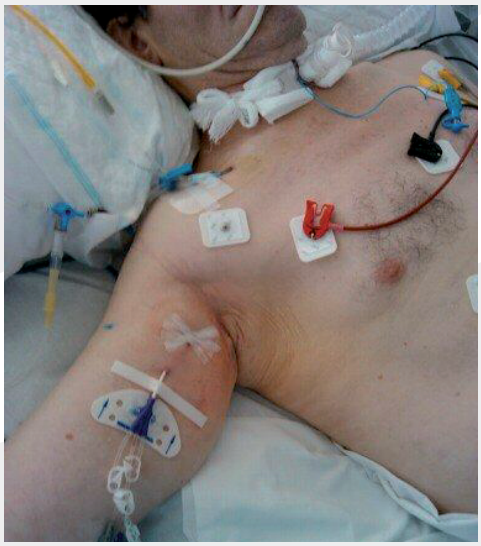
Se ha hecho seguimiento de dolor referido por el paciente, hematoma local y sangrado posterior.

Conclusiones

La tunelización es una técnica fácil que hemos incluido a lo largo del 2012. Nuestros resultados demuestran cómo se ha incrementado el número de implantes: hemos implantado en pacientes que a priori hubieran sido descartados.

Esta técnica nos ha permitido implantar PICC de 6F y de 3 luces en UCI mejorando las prestaciones del PICC en este ámbito y sus indicaciones.





P19 - ID: 421

Procedimiento balón de contrapulsación

Carreño Sánchez, M. D. R.; Pozo Corbalán, M.; Avilés Sánchez, R.; Vera Bazan, J.; Jiménez Díaz, B.; Jiménez Fernández, S.
SAS, Málaga

Objetivo

Actualizar y asegurar el conocimiento necesario para dar respuesta a los requerimientos que presentan los pacientes con balón de contrapulsacion intraaortica (B.C.I.A)

Metodología

Un catéter con balón de poliuretano (bajo trombogenecidad) de 25- 50 ml. Cateter de 8 a 11 Fr de 2 orificios; uno proximal para pasar la guía en la inserción y para monitorizar la presión aortica central, y otro distal conectado a la consola de intercambio gaseoso . Una consola formada por una unidad electrónica que hace funcionar el sistema y una electroneumatica que coordine el inflado y desinflado del balón de acuerdo a parámetros preestablecidos por el operador.

Intervenciones

Cuidados y control del funcionamiento de la consola y vigilancia integral del paciente, desde la inserción del balón hasta su retirada. Estando alerta de los signos y síntomas que detecten posibles complicaciones en el paciente durante todo el proceso.

Conclusiones

Es necesario la unificación de conocimientos específicos para dar rápida respuesta a situaciones de emergencia asi como la observación permanente de eventos durante todo el proceso que dificulte la evolución de los pacientes, acompañados de un conocimiento general sobre el manejo del balón y consola.Según la bibliografía es un método con eficacia demostrada en la asistencia cardiaca temporal en pacientes en fallo cardiaco(en contexto IAM)

P20 - ID: 37

Análisis de la capacidad de generación de córneas y de las causas de no donación en un servicio de medicina intensiva

Zaro Martínez, T.; Dalmau García, A.; Cegarra Bosque, M.; Anglade Debastos, I.; Miro Andreu, G.; Vilalta Llibre, M.
Hospital de Mataró, Mataró

Introducción

Todo enfermo que fallece en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) debería ser valorado como posible donante de corneas

Objetivos

Valorar la potencialidad de generación de corneas en un SMI polivalente y analizar las causas de pérdida de posibles donantes.

Material y método

Se registran durante 4 años consecutivos los exitus del SMI, recogiendo los que son donantes y los que no.

Los motivos para la no donación se agrupan en: contraindicaciones médicas, la no petición a la familia, la negativa familiar y la no valoración de la posibilidad de donación por parte del personal sanitario responsable.

Resultados

Durante los 4 años analizados (del 2009 al 2012) se produjeron un total de 356 exitus. De ellos, 56 (15.7%) fueron donantes de corneas (7 también lo fueron de órganos y 17 de tejidos).

De los 300 exitus que no fueron donantes 204 (68%) no lo fueron por contraindicación médica, en algunos casos por más de una. Las principales contraindicaciones fueron: edad (74 casos), sepsis (104 casos), neoplasias hematológicas (17 casos), serologia positiva (26 casos), demencias o enfermedades de etiología desconocida (16 casos) y patología corneal (6 casos). .

De los 96 exitus (32%) sin contraindicación para la donación de corneas (es decir, con corneas válidas), la causa de la no donación fue en 30 casos la negativa familiar, en otros 30 casos por problemas con la familia o logísticos, pero en 36 casos no fueron valorados como donantes a pesar de no tener contraindicaciones.

Conclusiones

De los pacientes que fallecen en nuestro servicio, el 15.7 % son donantes de corneas.

De los fallecidos no donantes el 32% tienen corneas validas para su donación. De estas, el 31.2% no se donan por negativa familiar y otro 31.2% por problemas logísticos o familiares. Sin embargo un 37.5% no son valoradas para su donación por el personal sanitario.

Vistos los resultados obtenidos durante estos 4 años hemos valorado la posibilidad de la creación de un chesk-list para todos los exitus que se producen en nuestra unidad con el fin de evitar perdidas de posibles donantes de corneas.

P21 - ID: 531

Papel de la enfermería en la donación en asistolia controlada: donantes tipo III Maastricht. Experiencia inicial

Saboya Sánchez, S.; Fernández-pinilla Sánchez, E. M.; Dávila Madrigal, F.; Camarero Jorge, E. M.; Chávarri Del Hoyo, I. C.; Galván García, M.

Hospital Universitario Puerta Hierro-Majadahonda, Madrid

Introducción

La reducción en el número de donantes hace necesario desarrollar estrategias alternativas a la donación de órganos en muerte encefálica. El donante en asistolia (DA) controlada tipo III Maastricht supone actualmente una de ellas. Son pacientes que, sin presentar contraindicación para la donación, por su patología de ingreso y evolución se decide la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) y tras la misma, se produce la parada cardiorrespiratoria (PCR) en un periodo compatible para la donación de órganos.

Objetivos

Describir la experiencia inicial de nuestro hospital y el papel que desempeña la enfermería en este tipo de donaciones.

Material y método

Estudio descriptivo, retrospectivo en casos de DA controlada entre el 1 de Enero de 2012 y el 30 de Enero de 2013. Se recogieron: entrevista familiar, número de LTSV llevadas a cabo mediante extubación terminal, contraindicación para donación, número de donantes potenciales y efectivos.

Resultados

Se realizaron un total de 17 LTSV, ninguna negativa familiar. Seis pacientes excluidos para la donación por contraindicación, quedando 11 potenciales donantes de los que se perdieron dos, uno por negativa familiar a donación y otro por ausencia de PCR tras 120 minutos, lográndose finalmente 9 donaciones.

Conclusiones

Es el médico responsable del paciente quien plantea la LTSV a la familia. Tras ser aceptada, el coordinador de trasplantes solicita la donación de órganos, momento en el que la enfermera responsable del paciente acompaña a la familia.

Durante la LTSV, la enfermería procurará el confort del paciente, acompañará a los familiares y los informará de su evolución.

En caso de potencial donación, la enfermera responsable participará con el medico en las maniobras de LTSV si se hace en UCI o acompañará al paciente a quirófano donde seguirá realizando las funciones de monitorización, vigilancia de las perfusiones de sedación, analgesia, etc., hasta el fallecimiento.

P22 - ID: 160

Atención del paciente trasplantado hepático en UCI: prácticas seguras

Cazorla López, L.; Algaba Andrade, A. L.; Sánchez Payán, E.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo

Mejorar la seguridad del paciente trasplantado hepático a través de una óptima monitorización, procurando la detección y prevención de eventos adversos (EA), aplicando prácticas seguras y abriendo la comunicación sobre el riesgo clínico de los pacientes.

Metodología

Revisión y actualización del tema mediante una búsqueda bibliográfica de los artículos más relevantes y el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Intervenciones

Exponemos las diferentes medidas de seguridad usadas en la atención integral al paciente: uso de pulseras identificativas, administración segura de medicación y hemoderivados, lavado de manos, seguimiento de las directrices de los proyectos “Neumonía Zero” y “Bacteriemia Zero”, medidas de aislamiento protector, cumplimentacion del “check-list” por turno, elaboración del plan de cuidados, prevención de úlceras por presión, notificación de EA, así como actividades de vigilancia y control de posibles complicaciones.

Conclusiones

- El seguimiento del protocolo de atención de estos paciente y la unificación de criterios en la práctica diaria permiten ofrecer cuidados “seguros” y de calidad.
- La instauración del check-list ha promovido un mayor cumplimiento de las medidas básicas de seguridad.
- La inclusión en los proyectos de “Neumonía Zero” y “Bacteriemia Zero” ha contribuido a la mejora de conocimientos, valores y habilidades sobre los temas que tratan.
- Es fundamental promover la comunicación sobre problemas de seguridad y favorecer la formación del personal, proporcionando autonomía a los profesionales para identificar riesgos y establecer medidas correctoras. Se trata, en definitiva, de hacer que la seguridad sea responsabilidad de todos y cada uno de los integrantes de la organización, promoviendo una cultura de seguridad.

P23 - ID: 383

Muerte encefálica como problema de colaboración

Rodríguez Goncet, C.[1]; Lucenilla Hidalgo, R.[1]; Barrasa Fernández de Velasco, M. T.[2]; Sánchez Roldán, F.[1]; Ceballos Gallardo, O.[1]; Toro Romero, M. J.[2]
1. UCI HRT Virgen Del Rocío, Sevilla; 2. SAMU, Sevilla

Introducción

La Muerte Encefálica se define como el cese irreversible de las funciones de las estructuras neurológicas, intracraneales, hemisferios cerebrales, troncoencéfalo y cerebelo. Según este criterio, la persona se declara clínicamente muerta a pesar de, la actividad circulatoria y ventilatoria debida al soporte artificial realizado en las unidades de cuidados intensivos.

La irreversibilidad de la actividad cerebral será comprobada mediantes protocolos clínicos neurológicos y apoyados por pruebas especializadas. Tras pasar los controles rigurosos que declaran su fallecimiento, el individuo podría ser un potencial donante de órganos, sino existe ninguna contraindicación médica.

Objetivos

Conocer unificando criterios, los problemas de colaboración reales que existen para determinar la muerte encefálica y los problemas fisiopatológicos que se producen durante el proceso.

Material y método

Búsqueda bibliográfica y revisión de protocolos de la unidad de cuidados críticos de traumatología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Resultados

Tras revisión exhaustiva se puede constatar, que existen protocolos específicos de la unidad donde trabajamos, tales como el protocolo de ingreso en la misma y otros que están recogidos en un marco legal común para todas las unidades de cuidados críticos de España (Real Decreto 426/1980, de 22 de Febrero, por el que se desarrolla la Ley 30/1979, de 27 de Octubre).

Conclusiones

La ley no exime del desconocimiento, por tanto enfermería está obligada a conocer todas las técnicas, pruebas y procedimientos llevados a cabo en el diagnóstico de muerte cerebral, así como todos los problemas fisiopatológicos derivados de la misma. Lo que deriva en una enfermería altamente cualificada para enfrentarse a todo tipo de situaciones que conllevan las unidades especializadas. Este trabajo se deriva de todo esto.

P24 - ID: 195

Protocolo de diagnóstico de muerte encefálica: última revisión

González de la Cuesta, D.[1]; Barrado Narvión, M. J.[1]; Cano Mateo, I.[2]; Mainer Sanmartín, M. P.[3]
1. HRV, Zaragoza; 2. HUMS, Zaragoza; 3. Salud, Zaragoza

Objetivo

Actualizar el proceso del diagnóstico neurológico de muerte.

Conocer las intervenciones enfermeras en el diagnóstico neurológico de muerte.

Integrar el proceso de donación de órganos como parte fundamental del trabajo de enfermería en cuidados intensivos.

Metodología

A través de revisiones bibliográficas y de las últimas recomendaciones dela ONT, se actualiza el protocolo de diagnóstico de muerte encefálica, incluyendo las más recientes evidencias científicas y los últimos avances tecnológicos adecuándolos a los recursos del hospital.

Intervenciones

Procedimientos

Criterios diagnósticos

Control de constantes vitales

Exploración clínica

Reflejos troncoencefálicos:

Escala de Glasgow

Test de Apnea

Pruebas instrumentales

Función neuronal: EEG

Flujo sanguíneo cerebral: ECO doppler, gammagrafía cerebral

Certificación

Conclusiones

El protocolo de diagnóstico de muerte encefálica debe ser conocido por el equipo de enfermería de la unidad de cuidados intensivos para asegurar el cumplimiento de todos sus puntos con rigor y prontitud.

Este documento deber estar consensuado por todos los servicios implicados

La existencia y actualización del protocolo de DNM garantiza la transparencia en el proceso de donación de órganos.

P25 - ID: 190

Cuidados oftalmológicos en el potencial donante de córneas

Rodríguez Lozano, C.[1]; Mellado López, S.[1]; García Rubio, C.[2]; Jiménez Fernández, J. C.[1]; Urban Carmona, M. R.[1]; Quintero Hernández, I.[1]; González Casal, M. L.[1]; Clemente Barquero, L.[1]; García Carnerero, F.[1]
1. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; 2. Hospital Virgen de Valme, Sevilla

Objetivo

Mostrar la importancia del cuidado de ojos precoz en el paciente potencial donante de corneas ingresado en UCI (Unidad de cuidados intensivos). Establecer pautas de instauracion temprana para un cuidado protocolizado que evite una queratopatia que impida la donacion de corneas

Metodología

Revisión de los problemas oculares mas frecuentes en los pacientes ingresados en UCI.

Analisis de los mecanismos de proteccion ocular existentes y de su eficacia.

Criterios especificos a tener en cuenta en el donante de corneas.

Intervenciones

Elaboración de un plan de cuidados oftalmológicos especifico del donante de corneas que incluya horarios de aplicación (cada 3 o 4 horas), personal encargado(diplomado de Enfermería), asi como indicación de una adecuada oclusion de ambos ojos , lubricantes topicos oftalmologicos mas eficaces disponibles en nuesta UCI asi como uso de antibioticos si fuera preciso, bajo prescripcion medica.

Coordinar estos cuidados con el Coordinador de Transplante y/o Servicio de Oftalmología.

Conclusiones

El cuidado de los ojos en el donante potencial , por basica no deja de ser una de las actividades independientes y esenciales que enfermeria desarrolla en estos pacientes.

El transplante de corneas es un procedimiento de bajo costo , que no requiere terapia inmunosupresora y que tiene un alto porcentaje de exito(95%)

De un adecuado cuidado de ojos dependera la optima preservacion del tejido corneal y posterior transplante al receptor determinado.

P26 - ID: 256

Seguimiento de la prevalencia de úlceras por presión tras la finalización de un programa de formación

García Grau, N.[1]; Roca Biosca, A.[2]; Velasco Guillén, M. C.[1]; Anguera Saperas, L.[1]; Tuset Garijo, G.[1]; de Molina Fernández, M. I.[2]; Rubio Rico, L.[2]; Berrueta, A.[3]

1. Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona; 2. Universidad Rovira I Virgili, Tarragona; 3. Hospital Universitario Mútua Terrassa, Terrassa

Introducción

La educación continuada es la herramienta fundamental para mantener y mejorar la calidad de los cuidados. Está demostrado que la aplicación de un programa educativo reduce la aparición de las úlceras por presión (UPP). De la misma manera, se sabe que los niveles de aprendizaje adquiridos retornan a niveles de conocimiento inicial pasado un tiempo.

Objetivos

Realizar el seguimiento de las UPP desde 6 meses antes de iniciar un programa educacional hasta cuatro años después.

Valorar la idoneidad de la prevalencia semestral como indicador de la evolución en la aparición de las UPP.

Material y método

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo realizado en un Servicio de Medicina Intensiva y Unidad Coronaria de 30 camas.

Período de estudio: de Enero 2007 a diciembre 2012.

Intervención: Desde julio 2007 a diciembre 2008 se realizaron sesiones formativas orientadas a sensibilizar a los profesionales de la importancia de aplicar medidas preventivas en función del riesgo de desarrollar UPP. Las sesiones fueron dirigidas a todo el personal del servicio. Se impartieron en horario laboral, en la unidad, repitiéndose en cada turno, con una periodicidad semestral.

Recogida de datos: Se midió la prevalencia de pacientes con UPP mediante dos cortes anuales realizados la tercera semana de los meses de mayo y noviembre de cada año.

Resultados

El periodo de formación incluye los valores máximo y mínimo de prevalencia registrados (32% y 0% respectivamente). El resto de la curva es errática.

Conclusiones

La evolución de la curva de prevalencia no refleja el efecto que los programas de formación tienen en la disminución de la aparición de UPP.

La prevalencia semestral es un indicador muy coyuntural que impide valorar la evolución en la aparición de UPP.

P27 - ID: 151

Cuidados de enfermería en el paciente con necrolisis epidérmica tóxica (NET): cura de lesiones

Rodríguez Lozano, C.; Urban Carmona, M. R.; Jiménez Fernández, J. C.; Quintero Hernández, I. M.; Mellado López, S.; González Casal, M. L.; García Carnerero, F.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo

La NET es una enfermedad cutánea grave con aparición de ampollas y lesiones exfoliativas de la piel provocada por la reaccion autoinmune a un medicamento, normalmente antibióticos, anticonvulsivantes o corticoides.

Se produce una muerte celular masiva de la piel generando que los pacientes sean tratados como pacientes quemados del 100%.

En este contexto, se hace esencial durante su tratamiento la cura de lesiones de los pacientes afectados.

Metodología

La elaboración del protocolo de actuación ante los pacientes afectados de NET se ha basado en la revisión sistemática de bibliografía actualizada.

Intervenciones

Las intervenciones comprenden:

- Mantener un aislamiento inverso/protector
- Colocacion de cateter venoso central (preferiblemente acceso periférico)
- Control de diuresis horario mediante sondaje vesical
- Monitorización de frecuencia cardíaca, pulsioximetría continua y PVC
- Realización de pruebas complementarias (analítica y biopsia cutánea que confirme el diagnóstico)
- Reposición hidroelectrolítica con ringer lactato
- Humedificación de via aerea con aerosoles
- Fisioterapia respiratoria incentivada
- Administración de mucolíticos
- Tratamiento con ciclosporina o inmunoglobulina, retirando inmediatamente toda medicación anterior
- Analgesia en perfusión con cloruro mórfico
- Cuidado de las mucosas (oftálmica, oral, nasal y genital)
- Cura de lesiones con clorhexidina al 0,05% y nitrato de plata liquido al 0,5%
- Mantenimiento de la temeperatura mediante mantas térmicas
- Apoyo emocional del paciente y la familia
- Instrucciones sobre la actuación al alta
- Evitar complicaciones e infecciones

Conclusiones

El manejo multicisciplinar de los pacientes con NET, requiere la elaboración y utilización de protocolos consensuados que garanticen la seguridad clínica del paciente durante su cuidado en el contexto clínico del hospital.

P28 - ID: 23

Guía de actuación en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para la prevención de úlceras por presión (UPP)

Román López, M. D. M.; Muñoz Arranz, E.
HULAMM, San Javier, Murcia

Objetivo

Establecer una Guía de actuación estandarizada que sea rápida, eficaz y de fácil manejo por el profesional para prevenir la aparición de UPP en UCI, garantizando la continuidad en la valoración y cuidados específicos que requieren estos pacientes.

Metodología

Mediante un estudio descriptivo-observacional de las actividades desarrolladas en nuestro servicio y valorando los resultados obtenidos hasta la fecha, hemos desarrollado esta Guía para el fomento de la prevención de UPP y, por tanto, mejorar la seguridad del paciente durante su estancia en el mismo. En nuestra unidad es la escala de valoración de riesgo de UPP (EVRUPP) denominada EMINA junto con el juicio clínico del profesional de enfermería, los que determinan los cuidados a desarrollar.

Intervenciones

Como hemos mencionado, la valoración final es el resultado del juicio clínico junto con la escala, y es a partir de aquí cuando se empiezan a desarrollar las actividades necesarias de prevención en cada caso a nivel particular.

Las intervenciones a llevar a cabo serán descritas en la Guía, que se compone de varios aspectos: nutricional, higiene y cuidados de la piel, movilidad física y alivio de la presión.

Conclusiones

Ya que durante el primer año de funcionamiento de esta UCI nuestro balance fue de cero UPP y que hace unos pocos meses estamos observando la aparición de úlceras de grado I y II en zonas no comunes, surge la necesidad de realizar esta Guía a falta de un protocolo estandarizado (en elaboración), ya que se trata de una unidad de reciente apertura.

Tras la revisión de numerosos artículos, y de nuestra observación diaria, es necesaria la estandarización de cuidados en cuanto a prevención de UPP mediante la protocolización de los mismos a partir de una EVRUPP que se adecue a los requisitos del servicio.

P29 - ID: 257

Terapia de vacio para el tratamiento de heridas

Mañeru Oria, A.; Ozcoidi Ballaz, L.
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

Objetivo

Presentar una nueva forma de tratamiento para facilitar la curación de heridas agudas, subagudas y crónicas mediante la aplicación de presión negativa (subatmosférica) para favorecer la formación de nuevo tejido.

Metodología

Para la elaboración de este póster se han consultado diferentes manuales de utilización del sistema de terapia de vacio y se ha realizado una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos PubMed, Cochrane y Cinhal.

Intervenciones

El sistema de terapia de vacio facilita la curación de heridas gracias a su mecanismo de acción que reduce el edema tisular, aumenta la formación de tejido de granulación, estimula la proliferación de tejidos adyacentes a la herida y disminuye los niveles bacterianos locales. Consta de una esponja de poliuretano o polivinilo alcohol reticulada estéril, un tubo multifenestrado no colapsable, un apósito adhesivo transparente, una bomba de succión y un reservorio.

Conclusiones

El tratamiento de las heridas mediante este sistema permite el manejo de diversos tipos de heridas en las que se necesite estimular los procesos de reparación tisular granulación y epitelización. Es un método seguro y efectivo con escasas complicaciones, que permite una rápida curación de las heridas sin generar dificultades en su utilización y mantenimiento.

P30 - ID: 467

Manejo del sondaje rectal permanente como mecanismo para minimizar la propagación de la infección fecal y reducción del riesgo de perdida de la integridad cutánea

Archilla Tirado, I.; Sánchez Ruiz, B.; del Fresno Ramirez, S.; Piñas Viñambres, P.; Piedra Sánchez, J.; Gil Sendino, M. D. P.; Fernández Gutiérrez, M. L.; Crespo Serrano, M. D. M.
Fundacion Jiménez Díaz, Madrid

Objetivo

Dar a conocer un sistema de control, que nos ayude a minimizar la propagación de la infección fecal y a su vez reducir el riesgo de lesiones provocadas en la piel.

Metodología

La sonda rectal permanente se define como un colector fecal, siendo un cateter de introducción rectal a través del esfinter anal hasta el recto.

La sonda rectal consta de varias partes:

- Globo: se trata de una pieza flexible que se ajusta a la anatomia de la ampolla rectal consiguiendo un sellado efectivo y disminuyendo la posible presencia de fugas.
- Señal indicadora de inflación exclusiva: ayuda a determinar el correcto llenado del globo hasta el volumen adecuado.
- Tira de sujección flexible: se ajustara al borde de la cama.
- Bolsas colectoras con filtro de carbón: permiten la recogida de las heces, así como un eficaz control del olor.

Intervenciones

En esta exposición hemos querido señalar la importancia de la utilización del sondaje rectal permanente en aquellos pacientes que presentan deposiciones líquidas y abundantes.

Así mismo consideramos necesario el conocimiento por parte de enfermería de esta técnica y de cuales son sus principales aplicaciones.

Hemos observado que esta técnica es de gran utilidad en el control de la infección provocada por la bacteria Clostridium difficile así como en la reducción de los principales efectos secundarios provocados por las heces líquidas: úlceras por humedad y mucositis.

El control de dichas complicaciones supondría una disminución del dolor en los pacientes, así como en los costes del centro, tanto económicos como personales.

Conclusiones

Hemos podido comprobar que tras el uso de un sistema de control fecal como el explicado con aterioridad se puede ayudar a preservar el confort y limpieza de los pacientes, evitando la aparición de infecciones nosocomiales y la pérdida de integridad cutanea.

A su vez hemos observado un ahorro de tiempo por parte del personal de enfermería.

P31 - ID: 524

VAC. Encantadas de conocerte ¿Quién dices que eres?

Zuloaga Quiroga, P.; Miguelez González, N.; Cousillas Corrales, A.; Presa García, S.
Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

Objetivo

INTRODUCCIÓN

La terapia con presión negativa (TPN) o VAC (Vacuum Assisted Closure) es una técnica terapéutica enfermera no invasiva que promueve la cicatrización de heridas mediante la aplicación de un vacio o presión sub-atmosférica en un medio estéril, húmedo y cerrado.

La infección profunda de herida quirúrgica tras esternotomía media es una complicación poco frecuente (1-5%). Sin embargo, a pesar de los avances antibióticos y de las diversas estrategias de manejo terapéutico (desbridamiento, lavados mediastínicos, curas húmedas, reconstrucción con músculos pectorales) continúa teniendo una alta mortalidad (≈30%).

OBJETIVO

Acercar a los profesionales de enfermería el manejo adecuado del sistema de TPN y unificar pautas de actuación para optimizar la atención enfermera

Metodología

Revisión bibliográfica de la evidencia científica en diferentes bases de datos:Medline, Cinhal, Cuiden, Biblioteca Cochrane, PubMed.

Análisis de la propia experiencia asistencial.

Intervenciones

Se elaboró un póster en el que hacemos una descripción detallada de:

Mecanismo de acción

Descripción del sistema (componentes y montaje)

Cuidados e intervenciones de enfermería: información al paciente, cuidados previos a la puesta en marcha del sistema, verifiación de las conexiones, cuantificación del drenaje, precaución ante signos de alarma.

Conclusiones

El sistema VAC ofrece múltiples beneficios en comparación con las terapias convencionales:

Control de los síntomas del paciente (disminución de la analgesia y antibioterapia).

Mejoría de la calidad de vida del paciente, permitiendo la deambulación precoz mediante el sistema portátil.

Disminución de la frecuencia de las curas por parte de la enfermería.

Reducción del tiempo de hospitalización.

Disminución de la morbimortalidad.

Evita, en muchos casos, la necesidad de nuevos procedimientos quirúrgicos.

Reducción del coste económico.

La aplicación del sistema VAC supone un avance en la administración de cuidados de calidad y conlleva grandes ventajas tanto para el paciente como para el profesional de enfermería y el sistema sanitario en general.

PALABRAS CLAVE

Terapia, heridas, presión negativa, cicatrización

P32 - ID: 500

Análisis de úlceras por presión (UPP) en una unidad de cuidados críticos (UCI)

García Gálvez, M. D. M.; Álvarez Rodríguez, J.; Lospitao Gómez, S.; Pérez Gómez, S.; Navarro de la Peña, L.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada

Introducción

Las UPP son consideradas tanto como un evento adverso del paciente como un indicador de calidad de los cuidados enfermeros. Los profesionales de enfermería son los máximos responsables de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las UPP.

Objetivos

General:

Disminuir la incidencia de las UPP enla UCI del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Específicos:

Analizar la incidencia y localización de las UPP en nuestra Unidad.

Analizar las UPP relacionándolas con la escala Norton del paciente.

Analizar los días de estancia en relación con el inicio de UPP.

Implementar acciones de mejora según el análisis de los datos

Material y método

Se utiliza la base de datos del sistema informático PICIS. La muestra incluye todos los pacientes ingresados durante el año 2012 (445 pacientes).

El informe se realiza según las directrices que proporciona el Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento de Ulceras por presión y Heridas Crónicas (GNEAUP).

Se extraen las distintas variables según la localización de las mismas. Se realiza la media de la Escala Norton en todos aquellos pacientes que han presentado UPP.

Resultados

Tasa de incidencia de UPP en el año 2012 es de 7,4%.

El 54,5% de los pacientes presentan una única UPP.

La UPP más frecuente es la de sacro, en un 69,7 % del total.

Un 50,9 % de las UPP que se producen en UCI son de grado II o III.

El 56 % de las UPP en la unidad se desarrollan en la primera semana de ingreso

Conclusiones

El análisis de las UPP de una unidad potencia acciones de mejora específicas lo que aumenta su eficiencia: La presentación del análisis en sesión a la Unidad, permitirá disminuir el número de UPP en localizaciones no relacionadas con la inmovilidad y potenciar las medidas de prevención iniciales.

P33 - ID: 469

La quemadura como coraza: "manejo del paciente quemado con síndrome compartimental abdominal, un abordaje multidsciplinar"

Sénico Alves, C. P.; Sánchez Viedma, A.
Hospital la Paz, Madrid

Objetivo

Adquisición de conocimientos sobre el manejo del paciente quemado critico con síndrome compartimental abdominal

Metodología

Seguimiento, desde el ingreso, de un paciente en la unidad de quemados buscando la máxima eficacia y eficiencia en el trabajo de la enfermera y en el resto de profesionales implicados en el manejo integral del enfermo.

Intervenciones

Desarrollo de actividades de enfermería encaminadas al cuidado y tratamiento del paciente quemado critico con síndrome compartimental abdominal.

Veremos como en el manejo de estos pacientes es necesario que la enfermera desarrolle al máximo su rol autónomo (prevencion,vigilancia, identificación de problemas, interpretacion y validación de datos….) y como ejerce de nexo de unión entre los distintos profesionales que integran el equipo de abordaje a estos pacientes.

Conclusiones

A pesar de la complejidad de esta patología, el desarrollo de unidades con equipos multidisciplinares mejora los resultados, disminuye la morbilidad e incrementa la calidad asistencial que ofrecemos a nuestros pacientes.

La enfermera tiene un papel relevante en estos equipos ya que interviene en la generacion, ejecucion y evaluacion de formas de enfrentarse a la asistencia del paciente, alerta y previene de las complicaciones potenciales, ayudando en la resolución de los problemas y en la toma de decisiones.

P34 - ID: 210

Manejo Terapeútico de la enfermedad de Mucha-Habermann en una unidad de Cuidados Críticos.

Galisteo Romero, N.; Gil Almagro, F.; Pérez Vázquez, B.; Carmona Monge, F. J.
Hospital Universitario Fundacion Alcorcón, Alcorcón

Introducción

La enfermedad de Mucha-Habermann (EMH) es un tipo de Pitiriasis Liquenoide Eruptiva Variliforme Aguda (PLEVA) raramente conocida y potencialmente letal.

Se caracteriza por la presencia de numerosas lesiones eritematoescamativas y variceliformes que se acompañan en ocasiones de fiebre, astenia y lesiones ulceronecróticas.

Aunque actualmente se desconoce la etiología, la hipótesis más aceptada sugiere una reacción de hipersensibilidad frente a un microorganismo.

El objetivo de nuestro trabajo es describir un caso de EMH en una UCI médica polivalente.

Observación clínica

Varón de 38 años con antecedentes de fumador, bebedor moderado, dislipemia y psoriasis.

Ingresa en nuestra unidad con diagnostico de PLEVA, hipertransaminasemia, fiebre sin foco y desnutrición proteico-calórica.

El motivo inicial del ingreso fue el manejo del control del dolor durante la realización de las curas, que precisaron sedación e incluso soporte ventilatorio de forma puntual. Sin embargo, por una evolución tórpida de las lesiones cutáneas precisó una estancia prolongada en UCI requiriendo ventilación mecánica invasiva, drogas vasoactivas, terapia renal sustitutiva y politransfusiones.

Plan de cuidados enfermero

Las lesiones cutáneas se trataron con diferentes fármacos tópicos, como fucidine y Sulfato de Zinc, dependiendo del estadío de las mismas. Además todas las lesiones se cubrieron con apósitos vaselinizados que favorecieron su hidratación y epitelización. Se utilizó técnica aséptica para dichas curas.

El tratamiento se completo con antibioterapia, corticoides e inmunosupresores.

Discusión

Ante la exclusividad de esta patología en nuestra unidad y dadas las complicaciones derivadas de la misma, fue imprescindible la formación y coordinación del equipo multidisciplinar.

Conclusiones

Se deberá hacer especial hincapié en las medidas de asepsia para minimizar el riesgo de infección de las lesiones.

P35 - ID: 567

Sostenibilidad del gasto en productos de cura en ambiente húmedo en cuidados intensivos

García Díez, R.; Andres Jáuregui, A.; Gómez Alcibar, A.; Filardo Manero, E.; Alcalde Franco, M. A.; Delicado Domingo, M.
Hospital Universitario Basurto, Bilbao

Introducción

Las úlceras por presión suponen un grave problema sanitario y un indicador negativo de calidad. Su desarrollo agrava el estado general del paciente, complicando su tratamiento.

Diversos estudios manifiestan que, en el coste de la atención de estas lesiones, el 15-22% lo constituye el gasto en apósitos, el 19-41% el tiempo de enfermería y el 37-49% las estancias hospitalarias.

Objetivos

Definir puntos críticos a abordar tras la resolución del concurso centralizado de apósitos para lograr una contención del gasto e identificar posibles soluciones.

Material y método

Estudio de investigación-acción participativa y método de recogida de datos grupo nominal en el que participaron 6 miembros de UCI. Los participantes respondieron a la pregunta: " Resuelto el concurso centralizado ¿cuáles son las posibles barreras de contención del gasto en apósitos en la UCI?. Se realizó un análisis de contenido, agrupando los datos en categorías siguiendo el criterio de analogía. Posteriormente, para cada categoría identificada los participantes respondieron a la pregunta: "¿Qué se puede hacer para evitarlo?", procediendo de igual modo que con las respuestas anteriores.

Resultados

Se identificaron 6 puntos críticos: existencia de una enfermera experta en UPP y productos de cura en ambiente húmedo en UCI, confección del petitorio, aprovisionamiento de productos, difusión entre profesionales, aprovisionamiento fuera de petitorio y uso racional de productos . Desde el grupo nominal se llevó a cabo diversas estrategias: asesoramiento a profesionales, clasificación-codificación única, creación y difusión del poster-petitorio de UCI y formación en uso racional de apósitos.

Conclusiones

En el momento actual de crisis económica, el abordaje integral utilizado con este expediente ha resultado efectivo de cara a la contención del gasto.

La incidencia de UPP en los pacientes ha experimentado un descenso de 3,2% a 0,9% siendo estas producidas por dispositivos terapéuticos.

La participación en estas actividades, tradicionalmente ligadas a la gestión, de enfermeros asistenciales expertos enriquece el proceso aportando un valor añadido al mismo.

P36 - ID: 207

Movilización y posición en el paciente crítico

García García, V.; Pastor Rubín de Célis, T.
Fundacion Jiménez Díaz, Madrid

Objetivo

- Mejorar el retorno venoso,evitar edemas
- Mantener ventilación pulmonar adecuada
- Evitar úlceras por presión
- Proporcionar confort

Metodología

El paciente en estado crítico depende de una movilización pasiva asistida por ello el personal de nuestra unidad nos regimos por una serie de pautas básicas como instrumento para mejorar el estado hemodinámico y ventilatorio además de mantener la integridad de la piel con las diversas posiciones anatómicas.

dos pautas esenciales a tener en cuenta:

- cabeza 30°.posición neutra.evita reflujo(broncoaspiración)y compresión de venas yugulares
- mantener cabeza y cuello en posición alineada respecto al tórax.mejora riego sanguíneo a órganos vitales(corazón-cerebro)

respecto a la posición anatómica y teniendo en cuenta patología del paciente:

1. decúbito supino. mejora circulación y facilita drenaje del líquido cefalorraquídeo
   - trendelenburg .plano del cuerpo 45° (shock)
   - anti-trendelenburg. plano del cuerpo 45° respecto al suelo
2. fowler. cama 45° semisentado (patología respiratoria aguda)
3. prono (distrés respiratorio)
   - décubito lateral derecho e izquierdo. evita úlceras por presión

Intervenciones

El cuidado en la movilización y posición constituye un procedimiento básico y esencial en el paciente crítico tanto a nivel de protección como hemodinámico y ventilatorio. Al tener comprometidos sus mecanismos de protección por su no autonomía mantenemos posición fisiológica y ponemos en marcha una movilización pasiva asistida. Evitamos:

- complicaciones a nivel hemodinámico
- estado ventilatorio
- rigidez y atrofia.manos en garra y pie equino

Permite,así mismo,una evaluación del estado de la piel.

Conclusiones

Tanto la posición como la movilización constituyen un cuidado general en el paciente crítico que proporciona mejoras hemodinámicas y minimiza complicaciones.

Enfermería, tiene la responsabilidad de los cuidados, además de la prioridad de proporcionar confort y seguridad al paciente.

P37 - ID: 378

Apósito antimicrobiano de espuma (Covidien Kendall): cura aséptica del estoma traqueostomizado

Sáez Sánchez, J.; Muñoz Borrachero, E.; Expósito Barroso, F.; Miras Bruno, J. A.; Córdoba Seguí, B.; Sánchez García, M. D. C.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Objetivo

Mostrar el apósito antimicrobiano (COVIDIEN KENDALL TM).

Describir la técnica de colocación/retirada del apósito.

Manejo y cuidados de enfermería.

Metodología

Mostrar el apósito.

Describir la técnica y manejo y cuidados de enfermería.

Informar al paciente si está consciente.

Preparar el material estéril: guantes estériles, gasas estériles, paño estéril, apósito antimicrobiano (COVIDIEN KENDALL TM).

Limpiar la zona con suero fisiológico 0,9%.

Antes de la colocación del apósito nos aseguraremos de que no hay ninguna zona sangrante ni zona infectada.

Colocar el apósito de forma aséptica, ajustar la cinta y fijar la traqueostomía.

Registrar el procedimiento.

Intervenciones

El apósito antimicrobiano (COVIDIEN KENDALL TM) lo encontramos en un envoltorio estéril e individual para facilitar su manipulación.

El apósito tiene una forma anatómica, adaptándose a la cánula de traqueotomía y a la zona donde se encuentra el estoma.

Dispone de un grosor 10 mm de espuma, que hace de absorbente del exudado pudiendo actuar la polihexametileno biguanida (PHMB-antiséptico) para matar a las bacterias con el contacto.

El enfermero se enfrenta a los cuidados del estoma de la traqueostomía al menos una vez cada 24 horas. De su correcta manipulación de la zona, dependerá del grado o tasa de infección que pueda darse en el paciente. El abordaje de la cura siempre se realizará de la manera lo más aséptica posible, usando apósitos antimicrobianos, que evitan el crecimiento bacteriano.

El apósito antimicrobiano tiene una duración de acción microbiana de una semana.

Conclusiones

Ofrecer una cura limpia y segura debido a su composición antimicrobiana y su forma anatómica.

Constituye en un procedimiento rápido y fácil para la actividad enfermera respecto a los tradicionales apósitos (gasas, compresas, etc...)

La evidencia clínica nos muestra una menor incidencia de infecciones relacionadas con los estomas de la traqueostomía.

P38 - ID: 503

Terapia con presión negativa en desarticulación de cadera

Martínez Coleto, E.; Serrano Fortea, V.; López Díaz, M.; Romero Moran, A.; Fores Rivas, E.
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

Introducción

La mortalidad por Streptococo pyogenes es del 70%. Es un microorganismo no esporulado aerobio, cuyo reservorio es la piel y la mucosa. Estos microorganismos conocidos como "bacterias come carne" provocan el Síndrome de shock tóxico estreptocócico.

Observación clínica

Varón de 22 años sin antecedentes de interés, que ingresa en nuestra unidad tras amputación en miembro inferior derecho mediante desarticulación de cadera y exéresis de escroto. Durante su estancia presentó fallo multiorgánico precisando drogas vasoactivas, ventilación mecánica invasiva y técnicas de depuración renal extracorpóreas.

Dada la evolución tórpida y la complejidad de la herida quirúrgica, instauramos terapia con presión negativa.

Plan de cuidados enfermero

El equipo enfermero planificó los cuidados conforme a los siguientes diagnósticos de la NANDA: deterioro del intercambio gaseoso, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, riesgo de déficit, diarrea, deterioro de la eliminación urinaria, riesgo de disfunción neurovascular periférica, termorregulación ineficaz, perfusión tisular inefectiva, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, dolor agudo, duelo anticipado y trastorno de la imagen corporal.

Los cuidados fueron dirigidos a la prevención de las Infecciones Nosocomiales: bacteriemia, neumonía, infecciones urinarias e infección quirúrgica. Además, prevención de úlceras por presión y neuropatía.

Discusión

Con la realización de curas convencionales de la herida quirúrgica con clorhexidina al 2%, se objetivaron signos de mal progreso: escasa proliferación celular, aumento del edema y exudado.

A través de la terapia de presión negativa en la herida quirúrgica fue posible la reducción de la extensión, la mejora del riego sanguíneo, la reducción del riesgo de infección y el edema, así como la rápida formación del tejido de granulación. Todo ello, con un mejor control del dolor.

Conclusiones

La terapia con presión negativa resultó un tratamiento útil, fácil y cómodo de aplicar y permitió un lecho granulado sano y facilitó los Cuidados de enfermería. Al mismo tiempo se redujo la estancia en cuidados intensivos y los costes de tratamiento y hospitalización.

P39 - ID: 458

Dificultades en el manejo de la lactancia materna (LM) en la unidad de cuidados intensivos (UCI)

Fadrique Hernández, A.[1]; Pérez Félez, A.[1]; Pérez de Albéniz Anguís, A.[1]; González Herrero, I.[1]; Crespo Pérez de Albéniz, V.[1]; Incera Torre, S.[2]

1. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; 2. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Objetivo

Desarrollar el conocimiento sobre LM en los profesionales de UCI.

Familiarizar a los profesionales en la técnica del amamantamiento.

Señalar la patología más frecuente de las puérperas ingresadas en UCI.

Indicar las dificultades que se encuentran con la LM.

Favorecer las estrategias adecuadas para instaurar la LM con eficacia y eficiencia.

Facilitar el contacto piel con piel.

Aumentar las tasas de LM en UCI.

Metodología

Tras la observación clínica y la revisión en bases de datos, se analiza la necesidad de realizar un póster para familiarizar a los profesionales de unidades intensivas con la LM y las estrategias de mejora en el manejo.

Intervenciones

Para la realización de este proyecto se consideran distintos aspectos fundamentales para el manejo eficaz de la lactancia enla UCI. Entre ellas se consideran las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a la LM y sus ventajas en la salud materna y del recién nacido, teniendo en cuenta las contraindicaciones absolutas y relativas de la LM, las patologías más frecuentes en puérperas que requieren ingreso en UCI y las dificultades más frecuentes que se encuentran estos profesionales así como los métodos de mejora para favorecer la lactancia materna.

Conclusiones

La OMS recomienda vivamente la lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida. La leche materna es ideal ya que aporta todos los nutrientes que necesitan los recién nacidos (RN). Además es fácil de conseguir, asequible y aporta beneficios esenciales para el niño.

Pese a todo lo anterior, la LM requiere aprendizaje y esfuerzo. Además si se añade el ingreso de la madre y del RN en la UCI se convierte en una carrera llena de obstáculos que sin la ayuda de los profesionales de la salud es muy probable que no se consiga superar.

P40 - ID: 403

Caso clínico probable ELA (embolia de líquido amniótico) y CID (coagulación intravascular diseminada) junto a técnicas contínuas de reemplazo renal (TCRR) en UCI (unidad de cuidados intensivos)

Muñoz Arranz, E.; Román López, M. D. M.
HULAMM, San Javier, Murcia

Introducción

La ELA es una emergencia obstétrica poco frecuente, inevitable e impredecible que se presenta de forma súbita causando un shock cardiovascular, asociado a hipotensión, hipoxemia y CID.

Actualmente, continúa siendo una de las primeras causas de muerte en el parto y primeras horas del postparto.

El uso de técnicas TCRR ayudan a la estabilización clínica y hemodinámica, además de corregir la coagulopatía.

Observación clínica

Mujer de 30 años, G 2, P 1 (cesárea por placenta previa), exfumadora y meningitis vírica previa sin secuelas, ingresa en UCI por shock hemorrágico tras parto instrumentalizado y metrorragia persistente que requiere histerectomía urgente. Ingresó sedo-analgesiada, con intubación orotraquel (IOT) conectada a ventilación mecánica invasiva (VMI), muy inestable hemodinámica y clínicamente, precisando reposición de volemia con politransfusiones, soporte vasoactivo a dosis altas y TCRR tipo HDFCVV (Hemodiafiltración veno-venosa contínua) por fallo renal.

Plan de cuidados enfermero

La elaboración de un Plan de cuidados debe ser integral e individualizada ya que permite la actuación enfermera de una manera eficiente y eficaz.

Según el modelo teórico de patrones funcionales de Marjory Gordon, elaboramos un Plan de Cuidados Enfermero personalizado basándonos en la Taxonomía NANDA-NOC-NIC

Discusión

La relación entre ELA-CID es significativa, así como la infrecuente aunque elevada mortalidad de dicha patología. Esta emergencia exigió rapidez de actuación, profundo conocimiento del tratamiento y de las TCRR que fue nuestra prioridad. Fue alta a planta tras 18 días de ingreso con sistema renal, respiratorio y hematológico normalizados.

Conclusiones

El componente psíquico era uno de tantos objetivos a cumplir, pero quizás el de mayor connotación humana. Seguir el Plan de Cuidados Enfermero de forma individualizada nos ayudó a conseguir con éxito la recuperación (bio-psico-social) de la paciente. A día de hoy, la paciente y su hija, realizan vida normal sin secuelas.

P41 - ID: 81

Análisis de las características de los profesionales sanitarios de cuidados intensivos en una unidad polivalente, frente al hábito tabáquico

Rodríguez Mondéjar, J. J.[1,2]; Navarro Sanz, L.[1]; Armero Sánchez, M. C.[1]; Paredes Pérez, F. J.[1]; Martínez Guerrero, M.[1]; Navarro Lozano, R.[1]; Pedreño Vera, A.[1]; Gómez Blaya, F.[1]; López Alacid, F. J.[1]; Bermejo Jiménez, R.[1]; Mellado Gutierrez, M.[1]
1. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia; 2. Fac. Enfermería. Campus Mare Nostrum. Umu, Murcia

Introducción

La prevención de enfermedades cardiovasculares y otras tienen relación directa con el consumo de tabaco de forma mantenida, por ello es importante el implementar medidas para dejar de fumar. En nuestro centro se ha realizado una iniciativa en este sentido para los profesionales.

Objetivos

El objetivo en este trabajo es analizar la situación basal o punto de partida en un grupo de profesionales, para establecer posteriormente un programa de deshabituación tabáquica y mejorar su estilo de vida.

Material y método

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y transversal.

Muestra: universo de profesionales de una unidad cuidados intensivos. Temporalidad: 2º trimestre-12.

Lugar: UCI, en un HGU del servicio murciano de salud.

Desarrollo: Se realizó un cuestionario autoadministrado, y voluntario en su cumplimentación, en relación al hábito tabáquico y factores sociodemográficos relacionados, con respuestas cerradas y abiertas, compuesto por 22 items, y con validación interna.

Procesamiento estadístico con programa SPSS v18, calculando media y desviación estándar para cualitativas, frecuencias y porcentajes para cuantitativas.

Resultados

Población: 44 personas, 75% mujeres, edad media 41,45 años DE 8,9 (22-61).

Enfermeras 42%, auxiliares de Enfermería 32,6%. Médicos 18,6%.

Se ha visto fumar en zonas públicas 78%, se ha visto alguna vez fumar en el trabajo 38,6%. Fuman 38,6%, eligen el cigarro el 100% de los fumadores.

Se relaciona el tabaco con enfermedad o molestia 81%. Media de cigarros/día consumidos 13 DE 9,9 (1-30).

Edad de comienzo a fumar 18 años DE 4,6 (13-31). Tienen interés en dejar de fumar 70%.

Ha estado más de 1 semana sin fumar el 23%. Usado algún tratamiento para dejarlo 78,3%.

Conclusiones

Los profesionales sanitarios estudiados tienen un índice de hábito tabáquico medio-alto que deben disminuir en pro de un estilo de vida más saludable.

Se manifiesta voluntad para deshabituarse pero desconfían en conseguirlo porque ya lo han intentado y han fracasado.

P42 - ID: 507

Contarse para cuidarse

González Campos, J. S.
UCI HUIGC, Las Palmas de Gran Canaria

Introducción

La comunicación en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debería considerarse como un aspecto decisivo dentro de los planes de cuidado de enfermería de un paciente crítico. En los últimos años hemos observado una mayor especialización y tecnificación de la labor enfermera en la UCI. Nuestra labor docente con los alumnos de enfermería ha sido intentar realizar una reflexión sobre la importancia de la comunicación con el paciente crítico y sus familiares.

Objetivos

Mejorar la comunicación con el paciente crítico y su familia.

Implementar técnicas comunicativas que nos permitan una comunicación más eficaz.

Material y método

Para lograr ambos objetivos nos hemos planteado trabajar la enseñanza de la comunicación mediante el visionado de tres películas que tratan directamente este tema: “La escafandra y la mariposa” (donde su protagonista consigue comunicarse mediante el parpadeo de un ojo), “Johnny cogió su fusil” (donde su protagonista puede comunicarse finalmente mediante la utilización del código morse con su cabeza) y “Las alas de la vida” (donde su protagonista reflexiona sobre la importancia de la comunicación entre los pacientes y los sanitarios). Tras el visionado de las películas se realiza un pequeño debate para analizar las técnicas comunicativas expuestas en las tres películas y cómo podemos aplicarlas en nuestra labor enfermera en la UCI.

Resultados

Los resultados evaluados mediantes encuentas finales de cada alumno en su ciclo formativo en la UCI, muestra que el alumno no sólo consigue darse cuenta de la importancia de la comunicación con el paciente y su familia, sino que desarrolla técnicas propias adaptada a cada paciente para mejorar la comunicación.

Conclusiones

Los relatos de los pacientes nos pueden servir para aprender a cuidarlos mejor. Contarse para cuidarse es una perspectiva hermenéutica que deberíamos incorporar en nuestra labor enfermera en la UCI, y considerarla, al menos, tan importante como el buen manejo de las diferentes técnicas que realizamos en la UCI.

P43 - ID: 462

Percepción de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca de los pacientes con edad avanzada

Granero Giner, C.[1]; Sospedra Beltran, C.[2]; Mauri Mauri, P.[2]; Rodríguez Corbatón, R.[2]; Fatsini Mateos, N.[2]; Piñol Tena, A.[2]
1. ICS, Tortosa; 2. Hospital Tortosa/ICS, Tortosa

Introducción

El ingreso de persona de edad avanzada en los Servicios de cuidados intensivos (UCI)es cada vez más frecuente, existiendo bibliografía que así lo corrobora. Son unidades muy tecnificadas con criterios de ingreso muy definidos que se han visto cambiados con el paso de los años. El estudio se realiza en la UCI del Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta (HTVC), donde la edad máxima de ingreso hace siete años era de 68 años.

Objetivos

Conocer la percepción que tienen las enfermeras de la UCI sobre el paciente en edad avanzada.

Conocer a la vez si existen estereotipos.

Material y método

Es un estudio cualitativo descriptivo transversal. De orientación holística y concretizadora ya que la investigación pretende captar todo el contenido de experiencias y significados en la representación de los casos a estudio. Las técnicas de investigación fueron la observación directa de la dinámica de trabajo y la realización de 5 entrevistas semiestructuradas a las enfermeras voluntarias , con una experiencia mínima de 18 meses en el Servicio con la capacidad de contar su historia.

Resultados

Una vez analizados los datos se procedió a una triangulación consiguiendo tres categorías:

1. quien eran los actores sociales.
2. que relaciones tienen las enfermeras con los pacientes de edad avanzada.
3. como influye a las enfermeras el ingreso de pacientes de edad avanzada en la UCI.

Conclusiones

El estudio nos ayuda a mejorar la práctica clínica diaria y a adaptar la atención para este tipo de pacientes, abrir el campo a otro tipo de paciente que precisa atención integral y integrada dejando de lado la edad como criterio determinante.

P44 - ID: 97

Habilidades de comunicación y *burnout* en los profesionales de la salud de urgencias y cuidados críticos de un hospital comarcal

Leal Costa, C.[1,2]; Tirado González, S.[3]; Díaz Agea, J. L.[1]; Berenguer Ortuño, S.[2]; Van-der Hofstadt Román, C. J.[3]
1. Universidad Católica San Antonio, Murcia; 2. Hospital Vega Baja, Orihuela; 3. Universidad Miguel Hernández, Elche

Introducción

Los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito de las urgencias y cuidados críticos se ven con frecuencia expuestos a situaciones complejas en las que la comunicación va a ser imprescindible para su manejo. Deben afrontar todo el proceso comunicativo de enfermedades graves y rápidamente evolutivas a veces difíciles de explicar. Con frecuencia, son portadores de malas noticias y apenas han recibido formación para transmitirlas. Finalmente, en las unidades de cuidados críticos, un elevado porcentaje de pacientes no están en situación de competencia, por lo que son los familiares quienes deben recibir la información lo que hace más compleja la comunicación. Estas características hacen que en estas unidades el personal sanitario sufra niveles más altos de estrés laboral y *burnout*.

Objetivos

Determinar las Habilidades de comunicación del personal sanitario de la Unidad de Urgencias y Cuidados Críticos.

Determinar si las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios previene el síndrome de Burnout.

Material y método

Estudio descriptivo transversal.

Se emplearon dos instrumentos de evaluación: un cuestionario de variables sociodemográficas y profesionales diseñado ad hoc, la Escala de Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS) de Leal, y, El Maslach Burnout Inventory (MBI).

Resultados

Se obtiene una elevada tasa de respuesta. Podemos observar que la muestra obtiene una puntuación media-alta en cada una de las dimensiones y el total de la EHC-PS.

Se encuentra una correlación negativa y estadísticamente significativa entre las dimensiones y el total de la EHC-PS y las dimensiones Agotamiento Emocional y Cinismo, y, positiva y estadísticamente significativa con la Realización Personal en el Trabajo del MBI. De este modo, se corrobora empíricamente que las habilidades de comunicación son un factor protector de padecer *burnout*.

Conclusiones

En cada una de las dimensiones de la EHC-PS, la muestra obtiene una puntuación media-alta.

Las habilidades de comunicación son un factor protector de padecer burnout por parte de los profesionales de la salud.

P45 - ID: 279

Papel de enfermería en la malaria grave o complicada

Rodríguez Goncet, C.[1]; Barrasa Fernández de Velasco, M. T.[2]; Lucenilla Hidalgo, R.[1]; Ceballos Gallardo, O.[1]; Sánchez Roldán, F.[1]; Toro Romero, M. J.[2]
1. UCI HRT Virgen del Rocío, Sevilla; 2. SAMU, Sevilla

Introducción

La Malaria grave o complicada suele producir una disminución progresiva de hemoglobina además de un fallo renal,hipoglucemia y coagulopatía siendo el síntoma más destacado la fiebre.

Este trabajo intenta destacar que la enfermería intensiva se enfrenta a retos tan importantes como conocer enfermedades poco comunes en la unidad.

Objetivos

Conocer criterios clínicos, fisiopatológicos y terapéuticos de la malaria grave monitorizando datos analíticos y clínicos para hacer un abordaje multidisciplinar y evitar en lo posible complicaciones.

Material y método

Revisión de historia clínica y búsqueda bibliográfica.

Paciente varón de 40años, con fiebre, desorientación y con un diagnóstico inicial de Malaria cerebral. Se confirma Malaria Plasmodium falciparum por inmunocromatografía y gota gruesa . Se inicia tratamiento con quinina y doxiciclina intravenosa, más tarde se cambia por artesunato.

El paciente al ingreso está consciente, orientado y colaborador, con cierto grado de inquietud y agitación. Gasglow 15 puntos.

Hemodinámicamente hipotenso, normocárdico, febril, eupneico con sat 02 98 %. Oligúrico con respuesta favorable a bolos puntuales de diuréticos. Enzimas hepáticas elevadas que hace destacar el fallo hepático progresivo. Coliuria e ictericia conjuntival. Posteriormente se procede a IOT se conecta a ventilación mecánica , sedoanalgesiado y relajado por inestabilidad hemodinámica y fallo multiórganico, precisando terapia contínua de reemplazo renal, politransfusiones y dosis alta de furosemida intravenosa.

Resultados

Tras monitorizar indicadores de laboratorios pronósticos de la malaria grave se demuestra que, una buena atención, el conocimiento y abordaje de estos paciente es vital para enfermería para prevenir precozmente las complicaciones y secuelas.

Conclusiones

Tras analizar todos los datos enviados por laboratorio se realiza gráfica para ver tendencia de la evolución clínica, considerando que existe una leve mejoría en los indicadores de laboratorio pronóstico de la malaria pero no en los indicadores clínicos quedando el paciente desconectado del medio, con mutismo y no reconocimiento de familiares al salir de la unidad.

P46 - ID: 454

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la bacteriemia por cateter venoso central, protocolo de actuación

Granero Giner, C.; Herrero Gómez, E.; Mauri Mauri, P.; Sabaté Ortigues, R.; Fatsini Mateos, N.; Ferré Felipo, R.; Luna Jarque, J.
Hospital Tortosa/ICS, Tortosa

Objetivo
Los catéteres venosos centrales (CVC), son necesarios para los pacientes que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Objetivos:
- Describir la evolución de la incidencia de bacteriemias relacionadas a catéter (BRC) en la UCI del Hospital de Tortosa durante el período 2004-2012.
- Revisar y establecer un nuevo protocolo de actuación en relación al CVC.

Metodología
- Estudio descriptivo retrospectivo, utilizando la base de Datos Envin-Helics conoceremos la incidencia durante el período anterior a la instauración del proyecto BZ (2004-2008)y a la de después (2009-2012).
- Revisión bibliográfica para la ejecución del protocolo

Intervenciones:
1. Lavado de manos/desinfección antes de la inserción o manejo CVC.
2. Elegir catéteres con el mínimo de luces necesarias y reducir el nº de luces cuando no se utilicen.
3. Uso de medidas de barrera.
4. Fijación que permita ver punto de inserción. Cura estéril con clorhexidina 2%.
5. Revisión por turno del punto de inserción i el estado de las luces.
6. Cambiar el apósito cada siete días o cuando este húmedo, manchado o despegado.
7. Utilizar bombas de infusión. Fluidos continuos.
8. Cambiar equipos de infusión cada 72 horas. Soluciones lipídicas cada 24 horas.
9. Desinfectar válvulas y tapones de larga duración antes de su uso.
10. Lavar con suero salino y en presión positiva antes y después de su utilización.
11. Heparinización de las luces no utilizadas. Mantener pinzadas.
12. Retirar vías innecesarias.
13. Registro en la historia del paciente.

Conclusiones
El protocolo de Bz ha sido útil en nuestra unidad porque nos ha ayudado a unificar los criterios de inserción y mantenimiento de los CVC.

La implementación de los cuidados de enfermería consigue prevenir la bacteriemia por catéter y aporta al profesional una línea de trabajo que minimiza riesgos y complicaciones, además de proporcionar al paciente un mayor confort y confianza.

P47 - ID: 519

Mapa de riesgos por procesos asistenciales integrados: sepsis grave

Cruz Barranco, S.; Pérez Castillo, M. I.; Díaz Garrido, L.2; Del Castillo Cabrera, C.; Perea Ruiz, J.; Hernández Ortiz, J. A.
Complejo Hospitalario Jaén, Jaén

Objetivo

Identificar de forma proactiva eventos adversos, fallos y causas relacionadas con la arquitectura IV del Proceso Asistencial Integrado (PAI) "Sepsis grave" durante la asistencia intraUCI.

Metodología

Elaboración de mapa de riesgos y Análisis de fallos y efectos (AMFE) mediante técnica cualitativa "grupo nominal". Grupo de trabajo multidisciplinar del servicio de Cuidados críticos y urgencias. Estratificando por consenso. Relacionando los potenciales eventos adversos, fallos y causas con las actividades establecidas en la arquitectura IV del PAI sepsis grave del Complejo Hospitalario del Jaén

Intervenciones

Se identifican un total de 14 eventos adversos de los cuales:

- Críticos: Pueden provocar un daño irreversible. Total 10
- Graves: Determina la importancia o severidad del evento: Consideramos a partir de puntuación superior a 5(Moderada).Total 9
- Detectables: Probabilidad de que la causa o fallo sea detectado con antelación. Consideramos a partir de puntuación 5 o superior. Total :7

Conclusiones

- Se elabora un mapa de riesgo para el PAI "Sepsis grave"
- Mediante el AMFE se pueden resaltar de manera proactiva puntos críticos con el fin de eliminarlos o establecer sistemas preventivos.
- Los profesionales de enfermería juegan un papel imprescindible en la prevención de posibles eventos adversos detectados.
- Es fundamental la adhesión a la cultura de comunicación de eventos adversos

P48 - ID: 547

Protocolo para cateterismo vesical como medida de prevencion de las infecciones del tracto urinario relacionado con cateter en UCI

Díaz Belinchón, A.; Martínez Català, G.
Hospital Clínico, Valencia

Objetivo

Propuesta de plan de cuidados estandarizado sobre la instauración del cateterismo vesical para prevenir o reducir las infecciones del tracto urinario y evitar su uso inadecuado.

Metodología

Descripción y ejecución de la técnica de inserción aséptica y mantenimiento del catéter urinario.

Intervenciones

Aplicación de medidas de prevención dirigidas a la educaión y concienciación de la enfermería mediante la utilización de correctas medidas de asépsia: mediante un correcto lavado de manos, antes y después de manipular el catéter, utilizándo guantes y un equipos esteriles, sistemas de drenaje estérile, continuo y cerrado (evitando desconexiones), asegurando un flujo de orina descendente por debajo de la vejiga; no movilizar el catéter de dentro afuera o viceversa; colocar sistemas de buena calidad en cateterismos prolongados (silicona); recogida de muestras de orina para micrrobiología por punción-aspiración del catéter en el punto más proximal por métodos asépticos. Revisión diaria de las necesidad de su uso.

Conclusiones

El protocolo propuesto permite unificar criterios de actuación y busca la implicación de la enfermería de cuidados críticos para reducir la infección urinaria secundaria a cateterismo vesical. y el establecimiento de criterios claros de indicación y duración de los sondajes.

P49 - ID: 277

Malaria P.Falciparum: caso clínico

Lucenilla Hidalgo, R.[1]; Rodríguez Goncet, C.[1]; Barrasa Fernández de Velasco, M. T.[2]; Ceballos Gallardo, O.[1]; Sánchez Roldán, F.[1]; Toro Romero, M. J.[2]
1. UCI HRT Virgen Del Rocío, Sevilla; 2. Samu, Sevilla

Introducción

La malaria o paludismo es una enfermedad causada por protozoarios del género Plasmodium. Existen cuatro especies de éste que son parásitos en el ser humano : P.Vivax ; P. Falciparum; P. malariae y P, Ovale.

El vector de la malaria humana son las hembras de mosquitos del género Anopheles, a través de su picadura. Una vez se produce la picadura los esporozoitos migran al hígado donde se multiplican dentro de los hepatocitos. Posteriormente pasan a torrente sanguíneo invadiendo glóbulos rojos y siguen multiplicándose.

La transmisión también puede ser de madre-feto; por vía transfusional (pinchazo o inoculación directa de glóbulos rojos infectados).

Observación clínica

Paciente que ingresa en la unidad por síndrome confusional , desorientación y fiebre, en las primeras horas se observa disminución del débito urinario, aparición ictericia y datos analíticos de fracaso renal, hiperbilirrubinemia y trombocitopenia. A las 24h ingreso precisa conexión a ventilación mecánica, sedación y en días posteriores hemodiafiltración.

Plan de cuidados enfermero

Los cuidados de enfermería van encaminados:

A la valoración e identificación de signos y síntomas de alarma como: disminución del nivel de conciencia, cambios en la temperatura corporal, dolor, convulsiones, hipoglucemias y disminución eliminación urinaria.

Inicio de tratamiento con clorhidrato de quinina y doxiciclina.

Discusión

La malaria es una enfermedad rara para la cual no existe vacuna, pero existe una profilaxis y unas medidas preventivas para los viajeros a países endémicos. El paciente tenía conocimiento de éstas medidas, pero aún a sabiendas de ellas, no las llevo a cabo.

Conclusiones

La malaria es una enfermedad poco común en nuestra unidad. De ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz de la misma como de los síntomas que puedan aparecer y que son signos de complicaciones más graves.

P50 - ID: 344

Malaria importada en la región de Murcia: adecuación de los cuidados de enfermería, a propósito de un caso

Vera Escolar, F.; Bernal Martín, E.
H. G. U. Sta. Lucía, Cartagena

Introducción

La malaria es la enfermedad parasitaria más importante a escala mundial.

En España, el paludismo es la infección importada por viajeros e inmigrantes más relevante. El paludismo endémico desapareció de España en 1964; el flujo migratorio fue el factor determinante de la reaparición de la enfermedad.

En 2012, se declaró un caso de paludismo importado, en la Región de Murcia. Interpretar los registros de cuidados de enfermería y procedimientos realizados, en un paciente de estancia prolongada en UCI conlleva un alto nivel de recursos técnicos y humanos.

Observación clínica

Paciente de 35 años, embarcado en navío procedente de África, con datos de ictericia, hepatomegalia y cuadro febril, es diagnosticado de Malaria aguda complicada.

Plan de cuidados enfermero

El proceso de atención de enfermería, es referente metodológico de los cuidados, siendo la clasificación de diagnósticos enfermeros de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la de mayor importancia.

Deterioro de la respiración, desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, hipertermia, incontinencia fecal, deterioro en la eliminación urinaria, riesgo de deterioro integridad cutánea, movilidad deteriorada en la cama, riesgo de infección, representan la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados que llevamos a cabo.

Discusión

A pesar de la infrecuencia de esta patología, la universalidad de los cuidados de enfermería muestra un alto nivel de calidad en la atención prestada.

Conclusiones

Escasa incidencia de úlceras por presión.

Un adecuado manejo de técnicas de canalización de vasos y los cuidados realizados.

El registro de los cuidados de enfermería y la monitorización de los procedimientos, permite una evaluación de los mismos y posibilita aplicar medidas de mejora.

Ausencia de registro de medidas para favorecer la relación y comunicación con el paciente.

P51 - ID: 477

Comparativa de los hemocultivos contaminados los años 2009, 2010 y 2011 en una unidad de medicina intensiva

Granero Giner, C.; Rodríguez Corbatón, R.; Mauri Mauri, P.; Adell Ginovart, M. T.; Fatsini Mateos, N.; Ventura Moratalla, M. T.
Hospital Tortosa/ICS, Tortosa

Introducción

Los hemocultivos son una técnica diagnóstica estándar en los pacientes con sospecha de bacteriemia.

El seguimiento estricto del protocolo evita la contaminación.

Debido a la importancia que tiene diagnosticar el aumento causal de la bacteriemia, por tal de aplicar un tratamiento eficaz, nos planteamos hacer un control de los hemocultivos contaminados en nuestra unidad, detectar posibles causas de contaminación y cuando se precise hacer nuevas charlas recordativas al personal de enfermería.

Objetivos

- Comparar la incidencia de hemocultivos contaminados durante los años 2009, 2010 y 2011.

- Definir y evaluar las posibles causas que llevan a la contaminación.

Material y método

Estudio retrospectivo durante el año 2009, 2010 y 2011 de los hemocultivos realizados.

Mejora de la hoja de recogida de datos pera adaptarlo a las necesidades.

Resultados

El año 2009 se realizaron 217 hemocultivos, un 9,7% estaban contaminados. En el 2010 se extrajeron 250 de los cuales un 2,8% salieron contaminados i el año 2011 se realizaron 242 hemocultivos de los cuales un 4,1% estaban contaminados.

En base al resultado de la variables obtenidas podemos decir que hay diversos factores que pueden influir en la contaminación de los hemocultivos.

Hay una diferencia significativa entre los extraídos en los diversos turnos.

Se puede ver la disminución significativa de hemocultivos contaminados entre el año 2009 y 2010, también se puede ver que en el 2011 la incidencia de contaminación había vuelto a aumentar pero sin llegar a ser tan elevada como el primer año de estudio.

Conclusiones

Cuando revisamos la bibliografía nos dice que se acepta entre un 2-3% de contaminación, este objetivo solo se consiguió en 2010, probablemente porque fue el año en que se hizo más formación sobre el tema al personal de la unidad.

Al 2011 el número de hemocultivos contaminados volvió a aumentar, por lo tanto, nos planteamos que era el momento de volver a hacer formación al personal encargado de las extracciones.

P52 - ID: 272

Implementación de un protocolo de vigilancia de multiresistentes en UCI

Barriuso Iturralde, P.; Gutierrez Vivar, P.; Pradales Pérez, E.; González Hortigüela, E.; Ortiz Güemes, C.; López Pueyo, M. J.; Díaz Tobajas, C.; Del Valle Ortiz, M.
HUBU, Burgos

Introducción

Los microorganismos multirresistentes (MR) son un problema crucial dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), ya que son responsables de infecciones intrahospitalarias,difíciles de tratar ycon una elevada morbimortalidad.

Objetivos

Valorar la repercusión en la calidad de la vigilancia epidemiológica (VE) tras una intervención de control.

Material y método

En la unidad existía un Protocolo de vigilancia (PV) de Pseudomona, Acinetobáctery SARM.

Se detectaron fallos en el seguimiento por lo que diseñamos un estudio antes/después con intervención.

El estudio retrospectivo (Eret) se realizó a partir de los cultivos registrados en Microbiología y de los datos de estancias de Enero-Julio 2011.

En el estudio prospectivo (Epros) que se llevó a cabo con los pacientes ingresados de Octubre-Diciembre de 2011, se realizó la intervención de control (semanalmente una enfermera revisó la indicación y el cumplimiento del PV durante el primer mes de ingreso).

Se presentan las variables cuantitativas con medias y las cualitativas en porcentajes y se analizan mediante la Ji Cuadrado.

Resultados

Se analizan 232 pacientes, 64 del ERety 168 de lEPros, se realizó VEa64/699 (9.15%) en el ERety 168/376 (44.68%) en e lEPros. La edad fue 65.51 años y el 71.67% varones. El motivo dei ngreso fue Sepsis 14,3%, Coronario 31,5%, Politrauma 13,1%, Postoperados 22%, Neurocríticos10,7% y otros 8,3%. La procedencia fue M.Interna 4,2%, Cirugia General 6,5%, C. Vascular 2,4%, Sociosanitarios1,2%,Otro hospital 10,7%, Otras UCIs1,2%, Otrosservicios 73,8%.

La media de tiempo empleada en la intervención fue 16min para 24 camas/semana.

La VE fue óptima en el 77.4% de los pacientes de lEPros y en el 51.3% del ERet con una diferencia significativa(p=0.00).

Conclusiones

Mediante una intervención sencilla y rápida mejora el cumplimiento del PV en cantidad y calidad.

P53 - ID: 546

Elementos facilitadores y barreras existentes en la implementación de un paquete de medidas o *care bundles*

Solsona Cercós, A.; Riera i Badia, M. A.; Gallart i Vivé, E.; Marin Vivó, G.; Fernández Becerra, D.; Butrón Carmona, D.; Téllez Velasco, D.; Pérez Hortigüela, S.; Palomar Martínez, M.
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción

La aplicación de paquetes de medidas (PM) o "care bundles" han demostrado su eficacia en la mejora de los resultados en la prevención de la infección hospitalaria. Su implementación puede contar con elementos facilitadores pero no está exenta de barreras que debemos conocer y minimizar.

Objetivos

Identificar las barreras y los elementos facilitadores en la implantación de un PM para prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)

Valorar el impacto de una acción de mejora sobre las barreras en la implementación del PM para prevenir la NAV

Material y método

Estudio quasi-experimental de tipo test-retest que se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel. Se administró una encuesta elaborada para este estudio a los miembros del equipo asistencial que voluntariamente quisieron responder. Posteriormente se realizó una acción de mejora (formativas e informativas) sobre el PM y después de 12 meses se ha realizado una segunda administración de la misma encuesta.

Resultados

Los elementos facilitadores con los que se contaba eran la creencia generalizada de que el PM era beneficioso y no suponia otros riesgos para los pacientes y que la dirección del servicio estaba implicada. Las barreras más importantes fueron el no conocer el protocolo escrito del PM (68,3%), no conocer los resultados respecto el PM (70,7%) y no contar con actividades de discusión y revisión del mismo (41,5%).

Al año se alcanzó un alto conocimiento del PM (70,5%), se mejoró en el conocimiento de la adherencia (50,7%) y en la realización de sesiones de discusión y revisión de la cumplimentación (60,6%).

Conclusiones

Los profesionales creen en la eficacia de los PM para la mejora de nuestra atención y, aunque existen barreras para la adhesión a las mismas, estas mejoran sustancialmente con medidas de formación y feed-back.

P54 - ID: 263

Vigilancia de microorganismos multirresistentes en una unidad de cuidados intensivos

Ortiz Güemes, C.; Barriuso Iturralde, P.; Gutiérrez Vivar, P.; González Hortigüela, E.; Pradales Pérez, E.; Díaz Tobajas, C.; López Pueyo, M. J.; Del Valle Ortiz, M.
HUBU, Burgos

Objetivo

Conocer la incidencia de colonización de MMR (microorganismos multirresistentes) en pacientes ingresados más de una semana en UCI.

Conocer la incidencia de colonización de MMR en pacientes durante su estancia en UCI.

Conocer la incidencia de colonización de MMR en pacientes que ingresan en UCI procedentes de servicios con elevada incidencia de MMR, otros centros o con antecedentes de colonización previa.

Metodología

El protocolo de vigilancia incluye la realización de rastreo de Pseudomona, Acinetobacter, y SARM (en frotis nasal, frotis perianal y frotis faringoamigdalar o aspirado traqueal en pacientes intubados).

Intervenciones

Se realizan cultivos y PCR de SARM al ingreso en pacientes que proceden de:

Otros servicios con alta incidencia de MMR (Medicina interna, Cirugía plástica, Cirugía general y Nefrología)

Centros socio-sanitarios, otros...

Otras UCIs

O pacientes portadores de SARM en un ingreso anterior en el último año.

Posteriormente, se realiza un seguimiento de pacientes ingresados más de una semana. Si el paciente es positivo para algún MMR, será aislado con medidas de barrera, de contacto o aislamiento respiratorio. Estas medidas se mantendrán hasta que se obtengan dos cultivos negativos (separados por una semana).

Conclusiones

La aplicación de un protocolo bien definido y conocido por todos los profesionales de la unidad permitirá un doble fin:

Introducir precozmente medidas de asilamiento a los pacientes colonizados por MMR, ya que son responsables de infecciones intrahospitalarias que por sus características son difíciles de tratar y que entrañan una alta morbi-mortalidad.

Conocer la colonización previa puede ser de utilidad a la hora de elegir un tratamiento empírico adecuado, no propagarlo dentro de nuestra unidad y un marcador de calidad para el manejo de estos pacientes.

P55 - ID: 361

Evaluación de los resultados de la implantación del protocolo Bacteriemia Zero en UCI del hospital Meixoeiro

Martínez Suárez, M.; Mera Leboso, M.; Domínguez Pereira, A.; García Mariño, A. M.; Álvarez Román, R.; Muñoz Blanco, E. M.; Camesella Álvarez, E. M.; Bara Rial, N.; Magariños Garrido, A. B.; Vila Nuñez, E. T.
Sergas, Vigo

Objetivo

Evaluar los resultados obtenidos con la aplicación del protocolo de prevención de la bacteriemia relacionada con catéter venoso central (BRC) en la UCI del Hospital de Meixoeiro (Vigo).

Metodología

El Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante la Agencia de Calidad, promueve el proyecto Bacteriemia zero a través de la cofinanciación con las CCAA y liderado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). En cada UCI se nombró un equipo responsable del proyecto, compuesto por un médico intensivista y una enfermera. Se realiza un estudio de incidencia, prospectivo, recogiendo los datos de todos los pacientes ingresados durante 11 meses consecutivos (Enero a Noviembre) en los años 2010-2011 y se compara con los registros históricos.

Intervenciones

La intervención para la prevención de la BRC consta de: STOP-BRC que impone 6 medidas:

a) higiene de manos,

b) uso de clorhexidina,

c) medidas de barrera total durante la inserción,

d) preferencia por vena subclavia, e)retirada catéteres venosos centrales (CVC) innecesarios,

f) manejo higiénico de CVC;

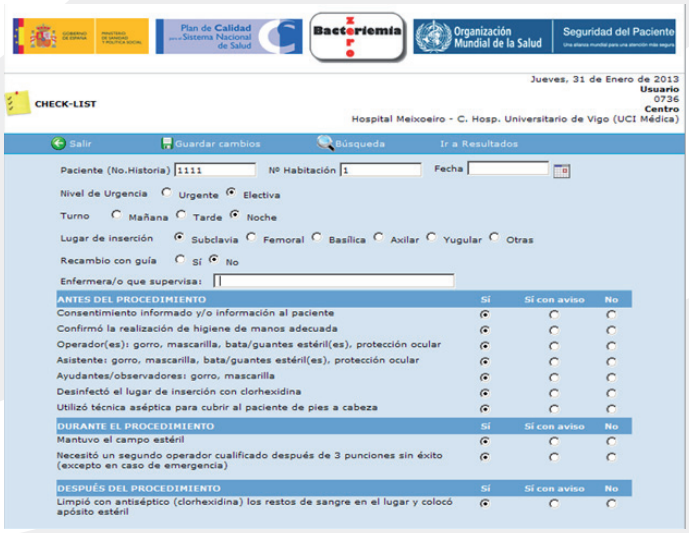
y Plan de Seguridad Integral que promueve una cultura de seguridad en el trabajo. El objetivo principal del proyecto es reducir la media estatal de las BRC a menos de 4 bacteriemias por 1.000 días de CVC.

Conclusiones

Se han obtenido resultados favorables con la aplicación de un paquete de medidas no farmacológicas y de un programa formativo dirigido al personal sanitario asistencial de nuestra unidad. La tasa de BRC ha disminuido en comparación con los registros históricos y se ha cumplido con el objetivo de Bacteriemia zero.

BACTERIEMIA ZERO

AÑOS	2005/06 y 2009	2010	2011
PACIENTES	280	360	299
BRC	12	6	7
DÍAS CVC	1428	1878	2059
TASA	8,4	3,19	3,40



P56 - ID: 389

Análisis del cumplimiento de la higiene de manos en la UCI durante los años 2009, 2010 y 2011

Ferrer Fernández, M.; Gasull Perpiñá, R. M.; Balluerca Rodero, M. A.; Soriano Ferrín, A.; Torrens García, L.; Gavaldà Mestre, L.
1. HUB, L'Hospitalet de Llobregat

Introducción

Las manos contaminadas del personal es uno de los principales mecanismos de transmisión nosocomial, se considera que la higiene de manos (HM) es una de las medidas más económicas y eficaces para prevenirla.

Objetivos

Grado de cumplimiento de la HMglobal y por categoría profesional en las unidades de críticos de un hospital de tercer nivel.

Material y método

Observaciones directas del cumplimiento de HM (Enero 2009-Diciembre 2011) en los diferentes estamentos. Realizadas por personal entrenado y vinculado al control de la infección hospitalaria. 2009, los profesionales observados, sin refuerzo formativo adicional. 2010 y 2011 personal con diversas sesiones de formación y cambios en la infraestructura para facilitar la realización dela HM. Hojade recogida de datos basada en las recomendaciones de la OMS. (Parrilla del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya)

Resultados

955 observaciones: 554 año 2009, 201 año 2010 y 200 año 2011. Cumplimiento global HM: 38,8% antes de iniciar la campaña, 51.7 % en el 2010 y 51,0% en el año 2011.

Por categorías en los diferentes años. Médico: 42,3%, 47,7% y 42,7% Enfermería 34,7 %, 57, 1% y 60,5% y, Auxiliar de enfermería 25,8% 45,8% y 49%.

En el primer período, la HM se realizó 34% con solución alcohólica, aumentó a 66 % el año 2010, pero disminuyó a 48 % el 2011.

Conclusiones

Cumplimiento global de HM preintervención es similar a la mayoría de estudios publicados. El personal de enfermería ha aumentado el cumplimiento de HM. La formación, instauración del gel alcohólico en el entorno del paciente y la introducción de guantes sin polvo han contribuido a que se realice con más frecuenciala HM con gel o solución alcohólica..

P57 - ID: 252

Autoevaluación de los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre la Higiene de Manos

Torrijos Rodríguez, M. I.[1]; Herrero Avia, D.[1]; Fernández Fernández, M. L.[2]; Varona Ferrer, G.[3]
1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; 2. Universidad de Cantabria, Santander; 3. Servicio Cántabro de Salud, Santander

Introducción

En 2011 abrimos una línea de investigación sobre Higiene de manos(HM) en los trabajadores de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), realizando un estudio dirigido por profesionales de las propias unidades, adiestrados expertamente para tal proyecto. Seguimos trabajando en las líneas de mejora resultantes de este estudio, proponiéndonos conocer la percepción que tienen los propios trabajadores de su HM y de su cultura de seguridad con respecto a dicha HM.

Objetivos

1. Analizar el nivel de cultura sobre seguridad en HM de los trabajadores de la UCI.

2. Identificar los motivos por los que no realizan HM adecuada.

Material y método

Estudio cuantitativo. Encuesta de 7 ítems validada previamente. La encuesta se cumplimenta (voluntariamente) por distintos trabajadores de la UCI durante un periodo establecido de dos meses.

Resultados

Se analizan 146 encuestas (70.2% del total de trabajadores de UCI). El 90% de las encuestas considera que la información sobre HM es importante, las mujeres son más conscientes que los hombres, así como los trabajadores con más años de antigüedad, con una p significativa. Creen que las infecciones nosocomiales de su unidad tienen relación con la HM: médicos 90.9%; enfermeras 65.3%; auxiliares 58.6%; técnicos 66.7%; celadores 52.2%; limpiadoras 60%. Se realiza HM: a) antes y después de cada procedimiento: médicos 86.4%; enfermeras 87%; auxiliares 73.3%. b) entre pacientes: médicos 86.4%; enfermeras 87%; auxiliares 80%; técnicos 33%; celadores 44.8%. c) después de estornudar, toser o tocarse el pelo: médicos 40.9%; enfermeras 55.6%; auxiliares 40%; técnicos 25%; celadores 35,7%; limpiadoras 20%. Creen que no se realiza HM: a) por olvido: médicos 70.6%; enfermeras 56.1%; auxiliares 37.5%; celadores 66.7%; técnicos 37.5%; limpiadoras 40%. b) por no estar suficientemente concienciados: médicos 5.9%; enfermeras 2.4%; auxiliares 6.3%; técnicos 6.3%; limpiadoras 20%. c) no pasa nada si se les olvida alguna vez: enfermeras 2.4%; auxiliares 6.3%; celadores 12.5%; limpiadoras 20%.No realizan la técnica porque: a) no tienen suficiente información: auxiliares 6.3%; celadores 12.5%; limpiadoras 20%. b) se les irritan las manos y rompen las uñas: médicos 11.8%; enfermeras 29.3%; auxiliares 31.3%; técnicos 50%; celadores 6,3%.

Conclusiones

La percepción de los trabajadores señala una amplia diferencia con los estudios realizados por expertos en HM. Tenemos que seguir trabajando en la concienciación de la HM para evitar riesgos de infección nosocomial, evitar olvidos e insistir en la formación.

P58 - ID: 176

Efectividad de un protocolo de extracción de hemocultivos con técnica estéril y registro personalizado en UCI

Carreira Coria, A.; Cueva Arias, G.; Coballes Estevez, M. D.
Hospital San Agustín, Avilés

Introducción

La contaminación de hemocultivos(HC) supone un problema de gran impacto tanto en la atención al paciente por las extraciones repetidas,las consecuentes molestias originadas al mismo y la prolongación de su estancia hospitalaria,como por el aumento en la utilización de recursos humanos, materiales y temporales.

"No tenemos tiempo para hacer las cosas bien a la primera pero si para hacerlas dos veces"

Objetivos

Determinar la efectividad de un protocolo de extración de HC con técnica esteril y registro personalizado del profesional que extrae la muestra, para disminuir al máximo los factores externos causantes de la contaminación.

Material y método

Estudio de seguimiento comparando el grado de contaminación de los HC extraidos en UCI entre el periodo preimplantación (2011) y postimplantación(2012) de un nuevo protocolo instaurado en la unidad.

Las diferencias del nuevo protocolo respecto al previo incluyen:

- Lavado y desinfección de la zona con clorhexidina jabonosa y acuosa a 2%,excepto en casos de alergia que se seguirá utilizando Povidona yodada
- Utilización de bata esteril,gorro y mascarilla durante toda la técnica de extracción y recogida de las muestras.
- Registro de la persona que realiza la extracción en la historia electrónica.
- Nota informativa del resultado de la contaminación o no,por parte del servicio de Microbiología a la persona que realizó la extracción.

Los resultados se expresan en porcentajes y se comparan ambos periodos utilizando el test de Chi cuadrado,rechazando la hipótesis nula con $P<0,05$.

Resultados

Durante el periodo preprotocolo del 2011 se recogieron 743 HC,de los cuales 86 resultaron contaminados (11,6%). En el periodo postprotocolo se extraen 568 HC de los cuales 24 están contaminados(4,2%).Esta diferencia es estadisticamente significativa ($p<0,0001$).

Conclusiones

La implantación de un protocolo de extracción de HC de forma esteril,el registro de la persona que realiza la extracción y la notificación posterior ha conseguido una reducción significativa de la contaminación de las muestras cumpliendo los estandares de calidad internacionalmente aceptados.

P59 - ID: 326

La enfermera de sepsis en la atención al paciente séptico. De la evidencia a la práctica

Hurtado Navarro, C.; Ogalla Sanmartin, V.; Romero Morán, Á.
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

Objetivo

Describir el papel de la enfermera del equipo multidisciplinar de sepsis en la implantación y desarrollo de un programa de atención precoz al paciente con sepsis grave/shock séptico, con el objetivo de disminuir la mortalidad y los costes derivados de su asistencia.

Metodología

La enfermera de sepsis desarrollará sus funciones gestoras, asistenciales, docentes e investigadoras dentro del equipo con estas directrices metodológicas:

- Multidisciplinariedad en la asistencia al enfermo séptico, como única forma de proporcionar cuidados de calidad.
- Integrar la comunicación interdisciplinar y el trabajo en equipo.
- Difundir la cultura de la seguridad y mejora continua de la calidad.
- Métodos docentes participativos, implicando al profesional en la toma de decisiones y diseño de procesos asistenciales.
- Investigación y análisis continuado de resultados.

Intervenciones

- Elaboración de un documento informatizado que activa al enfermo en el programa y sirve de check-list para dirigir el diagnóstico y tratamiento precoz en tiempo real.
- Difusión del programa en el hospital.
- Sesiones formativas grupales y personales sobre la atención al paciente séptico y control de la infección nosocomial.
- Creación de una bolsa de sepsis con la medicación para el tratamiento precoz.
- Colaboración asistencial en la atención precoz al paciente séptico en cualquier lugar del hospital.
- Vigilancia y control de la atención al enfermo séptico y registro de datos las primeras 72 horas.
- Estrecha relación con el servicio de microbiología que permite trasladar rápidamente al clínico los resultados y sugerencias que se realicen desde este servicio.
- Elaboración y difusión de informes periódicos con los resultados obtenidos

Conclusiones

La inclusión de la enfermera en el equipo de sepsis asegura la práctica de la evidencia en el proceso de atención precoz al enfermo con sepsis grave, disminuyendo la mortalidad y asegurando unos cuidados de calidad y más eficientes.

P60 - ID: 17

Protocolo de visita ampliada a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos

Arrogante Maroto, O.; Aparicio Zaldívar, E. G.; Holguín Fernández, M. D. C.; García Gálvez, M. D. M.; Medina Reina, A.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. Madrid

Objetivo

Integrar a las familias en la unidad de cuidados intensivos proporcionándoles más tiempo al lado del paciente crítico e incorporándoles en los cuidados enfermeros.

Posibilitar el apoyo social y emocional que necesita el paciente crítico por parte de sus familiares para acelerar su recuperación.

Metodología

Se consultaron las bases de datos Cuiden, Scielo y Medline. Se introdujeron los descriptores visita, familia, enfermería y cuidados intensivos en las mismas.

Tras consultar la bibliografía existente sobre cómo se organizaban las visitas en otras unidades, el Grupo de Atención a la Familia decidió dividir el protocolo en tres partes: Criterios de Inclusión, Criterios de Exclusión y Pautas de Actuación para ampliar la visita familiar.

En diferentes reuniones del grupo se consensuaron tanto los criterios como las pautas, elaborándose el Protocolo de Visita Ampliada.

Intervenciones

INTRODUCCIÓN: justificación de la competencia enfermera a la hora de proponer al resto del equipo la ampliación de la visita a los familiares en situaciones especiales y/o específicas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: se identificaron siete criterios.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: se identificaron cuatro criterios.

PAUTAS DE ACTUACIÓN: toma de decisiones para llegar a un consenso con el resto del equipo, horarios de visita ampliada y colaboración familiar en determinados cuidados enfermeros.

Conclusiones

Decidir la conveniencia de la visita ampliada a los familiares debe partir de la enfermería ya que, además de ser el personal más cercano al paciente, constituye una competencia enfermera.

La enfermería debe ser consciente de que no puede brindar el mismo apoyo social y emocional a los pacientes críticos que el que le pueda ofrecer su familia.

La visita ampliada a los familiares constituye un camino hacia la integración de las familias en intensivos mediante su colaboración en los cuidados enfermeros.

P61 - ID: 170

Satisfacción del paciente con la Unidad de Medicina Intensiva y comparación de los resultados obtenidos en el HUA (Sede Txagorritxu)

Boloix Gil, V.; Arana Monte, M.; Samaniego Boveda, L.; Sanchez Zugazúa, J.; García Gonzalo, M. E.; Mingo Elguea, N.; Acebes Fernandez, M. I.; Carreras Covarrubias, M. C.; Montero Rus, P.
Hua Txagorritxu, Vitoria

Introducción

La satisfacción del paciente es un objetivo e indicador de calidad asistencial. El hospital realiza encuestas de satisfacción telefónicas aleatoriamente a pacientes dados de alta. La Unidad de Medicina Intensiva (UMI) comenzó en 2012 con su propia encuesta de satisfacción, desconociendo la opinión de los usuarios sobre la Unidad.

Objetivos

Conocer la satisfacción y opinión de los usuarios respecto al trato recibido en UMI y compararlos con los del hospital.

Material y método

Estudio descriptivo. Se adaptó la encuesta de satisfacción general del HUA a una propia de UMI con 27 preguntas, sobre organización, trato e información recibidos y satisfacción con el entorno. Entregamos una encuesta a cada paciente dado de alta en UMI durante el 2º semestre de 2012. Comparamos los resultados con los datos generales del Hospital obtenidos telefónicamente el primer semestre del 2012.

Resultados

La encuesta de UMI la respondieron 145 pacientes, la telefónica 300.

El porcentaje de pacientes que dieron una valoración global excelente fue superior en UMI, 89,9% frente a 72,3% ($p<0,001$).

Como aspectos mejor valorados en UMI destacan el funcionamiento de la unidad, su excelente organización, la capacidad de apoyo y la amabilidad del personal de enfermería, todas ellas con ($p<0,001$). También hay mayor satisfacción con la competencia e información del personal de enfermería, y con el tratamiento del dolor.

Por el contrario, sólo el 35% de los pacientes de UMI considera suficiente el tiempo de visita, frente al 85,9% ($p<0,001$) del HUA. La información de posibles alternativas también está peor valorado en UMI.

Conclusiones

En general los usuarios muestran mayor satisfacción con el trato recibido en UMI excepto en la información de posibles alternativas y el régimen de visitas a pesar de haberse incrementado el horario de tarde.

P62 - ID: 298

Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la unidad de medicina intensiva (UMI)

Álvarez González, J.; Álvarez González, M. J.; Ayllón Garrido, N.; Corredera Baz, E.; Sereno Barrancas, R. D.; Irigoien Aguirre, J.; Velasco Martín, M.; García Sánchez, A.; Iglesias Rodríguez, A.
Hua Txagorritxu, Vitoria

Introducción

La hospitalización en UMI provoca en el paciente y sus familiares una situación de desestabilización, estrés y ansiedad, que se agrava por la separación física que implica la restricción de los horarios de visita. Desde Junio del 2012 tenemos certificación ISSO9001:2008 y hemos modificado el protocolo de visitas, ampliando el horario. El personal de enfermería tiene un papel relevante en la atención a la familia en el contexto de un enfoque integral de los cuidados del paciente ingresado.

Objetivos

Analizar la satisfacción de los familiares en relación a los distintos aspectos de la atención sanitaria prestada aplicando el nuevo protocolo.

Material y método

Estudio observacional prospectivo, durante segundo semestre 2012.

Al alta de UMI se entregó al paciente o familiar responsable un cuestionario anónimo y voluntario que constaba de 26 preguntas sobre aspectos de organizativos, competencia e información médica y de enfermería, trato recibido, control del dolor, opinión sobre el box y política de visitas, valoración global y expectativas.

Se recogieron datos relativos al sexo, edad, nivel de estudios. Análisis estadístico mediante test de chi-cuadrado.

Resultados

Se analizaron 145 cuestionarios. El 53% cumplimentados por el propio paciente y el 47% por un familiar. La edad media fue de 55.8 ± 16.2. La valoración global de la asistencia fue calificada como excelente (49%) o muy buena (38%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo o persona que responde. Si el respondedor tiene estudios secundarios o universitarios muestra una mayor satisfacción en cuanto a orden y limpieza del box o en expectativas superadas.

Conclusiones

La percepción de pacientes y familiares respecto al apoyo recibido por parte del personal de UMI es muy positiva.

Una atención integral al paciente y familia, especialmente por parte de enfermería, mejora su satisfacción global durante su estancia en UMI.

P63 - ID: 390

Actuación frente a un brote de *Acinetobacter Baumannii* en un servicio de críticos

Gasull Perpiñá, R. M.; Ferrer Fernández, M.; Balluerca Rodero, M. A.; Soriano Ferrin, A.; Torrens García, L.; Rodríguez Velarde, C.; Gavalda Mestre, L.
HUB, L'Hospitalet de Llobregat

Objetivo

El *Acinetobacter baumannii* (ABAU) es un patógeno multiresistente oportunista que puede producir brotes especialmente en áreas de críticos (UCI). La persistencia de los brotes se ha documentado por la dificultad en la eliminación del microorganismo del ambiente, si no se dispone de un programa de vigilancia adecuado. A principios del 2012 se detectó un importante número de pacientes con infección . Los responsables de diferentes departamentos (médico, enfermeria, servicios generales, higiene hospitalaria y control de la infección) deciden reunirse para afrontar el problema.

Por lo que se pretende: Implementar un plan de medidas para disminuir un brote de ABAU en las unidades de críticos de un hospital de tercer nivel.

Evaluar la eficacia del plan y de las medidas llevadas a cabo.

Metodología

Intervención realizada en enero-marzo de 2012 en las unidades de críticos de un hospital de tercer nivel.

Dispone de tres unidades con 34 camas.

Implantación de las medidas (cuadro)

Intervenciones

Se inicia la intervención previo traslado de pacientes portadores a la unidad (*cohorting*).

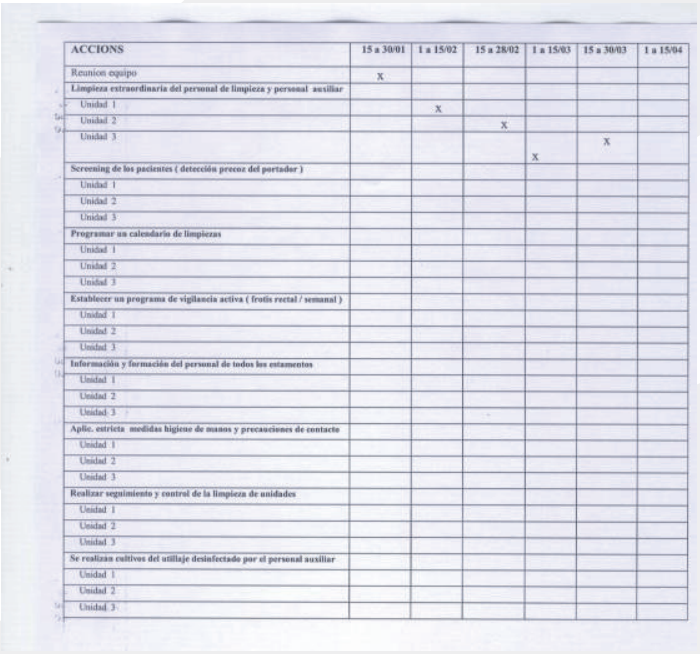
Se realizan higiene terminal de zonas comunes , almacenes y al alta del paciente.

Revisión del procedimiento limpieza y desinfección del utillaje. Uso de bayetas de microfibra cuya mezcla de detergente y desinfectante facilita la tarea y el tiempo al personal auxiliar.

Inventario del aparataje para determinar el proceso de limpieza y personal responsable.

Refuerzo del programa de higiene de manos y precauciones de contacto.

Información y formación a todos los turnos y estamentos.



ACCIONS	15 a 30/01	1 a 15/02	15 a 28/02	1 a 15/03	15 a 30/03	1 a 15/04
Reunion equipo	X					
Limpieza extraordinaria del personal de limpieza y personal auxiliar						
Unidad 1		X				
Unidad 2			X			
Unidad 3				X	X	
Screening de los pacientes (detección precoz del portador)						
Unidad 1						
Unidad 2						
Unidad 3						
Programar un calendario de limpiezas						
Unidad 1						
Unidad 2						
Unidad 3						
Establecer un programa de vigilancia activa (frotis rectal / semanal)						
Unidad 1						
Unidad 2						
Unidad 3						
Información y formación del personal de todos los estamentos						
Unidad 1						
Unidad 2						
Unidad 3						
Aplic. estricta medidas higiene de manos y precauciones de contacto						
Unidad 1						
Unidad 2						
Unidad 3						
Realizar seguimiento y control de la limpieza de unidades						
Unidad 1						
Unidad 2						
Unidad 3						
Se realizan cultivos del utillaje desinfectado por el personal auxiliar						
Unidad 1						
Unidad 2						
Unidad 3						

Conclusiones

No se observa disminución de los casos hasta el mes de julio.

Redefinicion del procedimiento de limpieza y mantenimiento de las habitaciones.

Disminución del tiempo de limpieza y desinfección del utillaje.

La implicación de un equipo multidisciplinar facilito la disminución ABAU

El personal sanitario tomó más consciencia de la diseminación de microorganismos, extremando las medidas de limpieza, la higiene de manos y precauciones de contacto…

El ahorro del tiempo de limpieza pudo invertirse en cuidados.

P64 - ID: 497

Protocolo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI)

Chaves Cuñado, B.; González Sedeño, N.; Martínez Martínez, T.; Núñez Méndez, M. P.; Simancas Simancas, M. P.
Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada. Madrid

Objetivo

Proporcionar una atención de calidad ante el ingreso del paciente crítico, facilitando la labor asistencial del personal fijo y/o de nueva incorporación.

Conseguir la máxima eficacia y coordinación ante un ingreso, optimizando los tiempos, los recursos humanos y los recursos materiales.

Metodología

Se consultaron las bases de datos Cuiden, Medline y Scielo . Se introdujeron en las mismas los descriptores ingreso, enfermería y cuidados intensivos.

Se revisaron los protocolos de actuación ante los diferentes tipos de paciente crítico, así como las pautas de trabajo habitual desde la apertura del servicio hace ocho años.

Tras la revisión, se concretaron los puntos clave, mejoras y déficits. Una vez hecho esto, se dividió el protocolo en tres partes: Recursos Humanos, Recursos materiales y Procedimientos.

En sucesivas reuniones del grupo se consensuaron los recursos y procedimientos elaborándose el Protocolo de Ingreso en la UCI

Intervenciones

1. Introducción: justificación de la importancia de un protocolo con los criterios básicos que guíen la atención al paciente crítico al ingreso, asegurando una atención óptima de calidad.
2. Recursos Humanos: identificación del personal necesario.
3. Recursos Materiales: descripción de la dotación del box de acogida.
4. Procedimientos: Actuaciones a seguir ante cada caso.

Conclusiones

Conocer el medio (UCI) facilita estar preparado para una situación de estrés (ingreso).

La unidad de criterios a la hora de actuar evita duplicidad en las tareas a llevar a cabo.

La coordinación y el reparto, tanto de competencias como de personal durante el ingreso, favorece una atención de calidad al recién llegado y al resto de pacientes de la unidad.

P65 - ID: 509

Protocolo del proyecto de telemedicina en el tratamiento del paciente crítico en la Unidad de Quemados del Hospital Vall Hebron

Pérez Del Prado, M.; González Gilarte, L.; Montané Quiñonero, M.; Barroso Sala, M.; Moreno Ramos, C.
1. Vall Hebron, Barcelona

Objetivo

Los objetivos fundamentales de este proyecto son:

Describir el funcionamiento del sistema de telemedicina en al abordaje terapéutico del paciente quemado crítico.

Establecer una guía de procedimientos concisa y sistemática en la atención inmediata al paciente con traumatismo térmico severo, que fomente la máxima estabilidad hemodinámica y/o respiratoria.

Actuar como centro consultor en la valoración, diagnóstico y tratamiento del paciente.

Metodología

Revisión retrospectiva de los datos obtenidos de las actuaciones realizadas a pacientes quemados críticos mediante conexión telemática, con conclusiones de estadística descriptiva.

Intervenciones

Definición de los pasos a realizar para establecer una correcta comunicación telemática. Descripción de los criterios de actuación de forma precisa y ordenada en el fomento de la supervivencia del paciente. Valoración especializada y toma de decisiones por el centro de referencia en consenso con el personal encargado de su atención: diagnóstico y tratamiento.

Conclusiones

La técnica de la telemedicina aplicada en el tratamiento del paciente quemado crítico permite gestionar de forma eficiente el manejo inicial de este complejo paciente con grandes repercusiones hemodinámicas y/o respiratorias. A su vez permite priorizar intervenciones acordes a las necesidades del paciente del mismo modo que ofrece soporte profesional especializado a los distintos centros asistenciales encargados de su atención inmediata.

Esta prestación optimiza los recursos existentes, reduce desplazamientos innecesarios y aumenta de forma global la calidad asistencial del paciente quemado crítico.

P66 - ID: 303

Procedimiento y beneficios de la auditoría interna en la unidad de cuidados intensivos de tercer nivel

Núñez López, R.; Quesada Pérez, T.; González Caro, L.
Hospital Virgen Macarena, Sevilla

Objetivo

El objetivo del presente estudio es dar a conocer los beneficios de la auditoria interna de forma periódica como herramienta para medir el nivel de calidad de los cuidados enfermeros.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de las auditorías internas presenciales realizadas en la unidad de cuidados intensivos del hospital Virgen Macarena a lo largo del año 2012. También se realizó una entrevista a la supervisora y coordinadora de dicha unidad con respecto al sistema de implantación de la auditoría , así como su uso como herramienta en estrategias que mejoren la calidad de los cuidados enfermeros en dicha unidad. Tambien se realizó un estudio cualitativo donde se examina las ventajas e inconvenientes de la auditoria interna presencial por parte del personal de enfermería.

Intervenciones

La auditoria interna es realizada por personal de enfermería, siguiendo un listado de items a verificar. aunque la gráfica de enfermería es la principal fuente de datos, al ser presencial tiene la gran ventaja de analizar in situ el estado del paciente. La auditoria tambien es usada como medio de control de estrategias de nueva implantación o el seguimiento de otras ya implantadas como los programas de bacteriemia cero o neumonia cero. Tambien comprobamos que es una buena herramienta para el control y seguimiento de personal de nueva incorporación.

Sin embargo, desde el punto de vista del personal de enfermería la auditoria interna es vista como algo negativo viendo en ella más una herramienta de control que una herramienta de mejora de los cuidados administrados.

Conclusiones

La auditoria interna, realizada de forma regular, no es solo una herramienta en el control de la calidad en nuestra unidad, sino que se revela útil en el seguimiento de las estrategias de nueva implantación en la unidad, refuerzo formativo y apoyo al personal de nuevo incorporación.

P67 - ID: 410

Hay una manera de hacerlo mejor: ISO 9001:2008

Cano Ocón, I. M.; Merino de Cos, P.; Ramis Juan, R.; Fernández Reina, P.; Mingo Vergara, S.; García Verdejo, J. A.; Vila Rumbo, M.; Gámez Cantero, S.; Pérez Espuelas, S.
Hospital Can Misses, Ibiza

Objetivo

Presentar la implantación de la Norma ISO 9001 en un servicio de Medicina Intensiva.

Metodología

La Norma ISO 9001 Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC). Requisitos, específica los requerimientos aplicables a organizaciones que quieran demostrar su capacidad para proporcionar productos/servicios que cumplan los requisitos del cliente y los reglamentarios, para aumentar su satisfacción, pudiendo realizar,a través de entidades acreditadas, un proceso de certificación voluntario.

Intervenciones

Crear equipo de trabajo multidisciplinar, formado en la Norma. Diagnosticar la situación: cómo nuestro funcionamiento se ajusta a los principios de la Norma: enfoque al cliente, liderazgo, participación del personal, basado en procesos, enfoque del SGC, mejora continua, basado en hechos para tomar decisiones y relación beneficiosa con proveedores. Determinar:mapa de procesos, acciones de mejora, responsabilidades y recursos. Elaborar documentación:manual de calidad, procedimientos (tabla), instrucciones técnicas y registros. Comunicar, formar al personal e implantar. Seguimiento: mediante indicadores y auditoria interna, realizada a los seis mesesdel inicio del proyecto, la externa a los doce, sin detectarse no conformidades.

Tabla. Procedimientos

PC-75-SMI-00 Servicio Medicina Intensiva

PC-75-SMI-01. Ingreso del paciente

PC-75-SMI-02 Ingreso sin cama

PC-75-SMI-03 Atención al paciente ingresado (protocolos clínicos)

PC-75-SMI-04 Alta del paciente

PC-75-SMI-05 Traslado intrahospitalario

PC-75-SMI-06 Comunicación con familiares

PC-75-SMI-07. Dispensación de la medicación. Unidosis

PC-75-SMI-08. Gestión estupefacientes

PC-75-SMI-09. Formación

PC-75-SMI-10. Gestión de la información/comunicación

PC-75-SMI-11. Personal de nueva incorporación

PC-75-SMI-12. Mantenimiento equipos

PC-75-SMI-13. Organización almacenes

PC-75-SMI-14 Formación residentes

PC-75-SMI-15 Seguridad del paciente

PUESTOS DE TRABAJO

Conclusiones

El servicio consiguió la certificación ISO 9001, permitiendo consolidar una cultura de calidad, mejorar la organización interna, efectividad y eficiencia de los procesos, motivación y el trabajo en equipo, así como, mostrar a terceros que disponemos de un SGC orientado a satisfacer sus expectativas,ofreciendo una imagen de calidad avalada por una entidad independiente.

P68 - ID: 411

Hay una manera de hacerlo mas segura: UNE 179003

Pérez Espuelas, S.; Merino de Cos, P.; Fernández Reina, P.; Ramis Juan, R.; Mingo Vergara, S.; Vila Rumbo, M.; García Verdejo, J. A.; Gámez Cantero, S.; Cano Ocón, I. M.
Hospital Can Misses, Ibiza

Objetivo

Presentar la implantación de la Norma UNE 179003 en un servicio de Medicina Intensiva.

Metodología

Con el objetivo de disponer de una metodología de gestión de riesgos (GR), el Comité Técnico de Normalización AEN/CTN 179 calidad y seguridad en los centros sanitarios, subcomité 5 GRde seguridad del paciente (SP), ha elaborado la Norma UNE 179003 Servicios sanitarios. GRpara la SP.

Intervenciones

Aunque no es obligatorio estar certificado en ISO 9001 para certificarse por UNE 179003, consideramos necesario trabajar bajo un sistema de gestión de calidad (SGC), así, obtenida esta certificación, abordamos la relativa a SP. Fases: Crear equipo de trabajo multidisciplinar con experiencia en calidad y SP, formado en la Norma. Diagnosticar la situación y evaluar las acciones a realizar para adaptar el servicio a los requisitos de la Norma. Elaborar la documentación procedimentando las actividades relacionadas con GR (manual GR, notificación incidentes, rondas de seguridad, herramientas reactivas y proactivasetc..) y diseñando el Plan de GR. Se identificaron 16 riesgos priorizándose 5:tratamiento antibiótico, conciliación medicación, alarmas del respirador, técnicas continúas depuración extrarrenal y personal de nueva incorporación. Para analizarlos, utilizamos el análisis modal de fallos y efectos. Se elaboraron registros y acciones de mejora. Difusión (sesiones, salvapantallas etc..) y formación del personal (curso semipresencial). Implantación, seguimiento y revisión mediante indicadores y auditoría interna a los cinco meses de obtener la certificación ISO 9001, la externa se realizó a los seis, sin detectarse no conformidades.

Conclusiones

El servicio consiguió la certificación UNE 179003, permitiendo mejorar la SP y demostrar a terceros, que tenemos,además de un SGC ISO 9001, un sistema de GR avalado por una entidad independiente. Ambas comparten requisitos, disminuyendo tiempo y costes de auditoría,ya que las de seguimiento y recertificación, se auditan conjuntamente.

P69 - ID: 495

Informatización global de una unidad de medicina intensiva

Aliaga Marsillach, M.; Valenzuela Sánchez, M. L.
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa. Barcelona

Objetivo

Describir el proceso para la informatización completa de la Unidad de Medicina Intensiva (UCI).

Metodología

En el año 1997 se identificó la necesidad de informatizar la UCI como mejora en el proceso y registro de la actividad asistencial.

Se analizaron las opciones de software comercializadas que permitían la informatización de todos los registros derivados de la actividad asistencial en tiempo real, omitiendo el soporte en papel clásicamente utilizado.

Para la selección del software de la Estación Clínica de Trabajo (ECT) para la UCI, se realizó un estudio cualitativo comparativo, analizando las características diferenciales de las dos opciones de software comercializadas específicas para informatización de UCI en aquellos momentos.

Intervenciones

Seleccionado el software, ICIP-Phillips® se procedió al análisis de la situación de partida inicial y sistemas de trabajo, para la identificación y desarrollo de las adaptaciones específicas del programa.

El análisis y desarrollo se centró en la adaptación para la integración de registros entre ICIP® y el Gestor Clínico (ECT implantada previamente en todo el Hospital de desarrollo propio), asegurando la bidireccionalidad en la comunicación entre ambos programas en registros del usuario identificados como críticos, evitando la segmentación de la información generada en todo el proceso asistencial o bien la generación de duplicidad de información en las transiciones asistenciales entre Unidades de Hospitalización y UCI.

En la consecución del proyecto se dispuso de un equipo interdisciplinar de enfermería, médicos, informáticos (del hospital y de Phillips®) y farmacéuticos, consiguiendo una integración total de todos los procedimientos y de la cadena farmacoterapéutica completa.

Conclusiones

Es posible una informatización completa de todos los procesos implicados en UCI, destacando el dinamismo de los mismos que permite la adaptación a los cambios en la práctica clínica habitual y a las necesidades específicas del servicio y/o hospital.

La adaptación al programa ha sido más fácil y rápida de lo que todos pensábamos.

P70 - ID: 559

Implantación de indicadores de calidad de medicina intensiva

Esteve Paños, M. J.; Velasco Soria, E.; Godayol Arias, S.; Salva Ribas, M.; Conesa Folch, N.; Ruiz Moreno, J.; Corcuera Romero de la Devesa, R.; Ezquerra Argilés, L.; Jordà Sánchez, J. C.; Cruz Oliveras, A.
Capio Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona

Introducción

Mientras que se ha avanzado mucho acerca del diseño de indicadores de calidad en EI, su implantación y uso en las UCI aún no es una realidad.

Objetivos

Evaluar la implantación de 2 indicadores de calidad (1 de proceso, 1 de resultado) en EI

Material y método

Indicadores seleccionados:

- Registro de alergias clínicamente documentadas en enfermos críticos (EC)
- Dimensión: Seguridad y riesgo
- Fórmula: (Nº registros en EC con alergias clínicamente documentadas / Nº de EC con alergias clínicamente documentadas) X 100
- Periodo del estudio: De 1 a 30-XI-2012
- Población: EC ingresados en la UCI durante el periodo de estudio
- Tipo: Resultado
- Estándar: 100%
- Registro de todos los accesos vasculares venosos y arteriales
- Dimensión: Efectividad y continuum asistencial
- Fórmula: (Nº cumplimentaciones inadecuadas accesos vasculares venosos y arteriales / Nº de cumplimentaciones evaluadas de accesos vasculares venosos y arteriales) x 100
- Periodo del estudio: De 1 a 15-XI-2012
- Población: EC ingresados en la UCI durante el periodo del estudio
- Tipo: Proceso (continuum asistencial)
- Estándar: 15%

Resultados

- Registro de alergias clínicamente documentadas: 92.68%
- Registro de todos los accesos vasculares venosos y arteriales: 21,01%

Conclusiones

Mientras que el registro de las alergias clínicamente documentadas es más que satisfactorio, habría que mejorar el registro de accesos vasculares venosos y arteriales.

P71 - ID: 253

Descripción de los eventos adversos ocurridos en 24 horas en UCI de un hospital comarcal

Royo Calvo, A.; Albiñana Vidal, G.; Belmonte Pascual, M. I.; Del Rincón Ros, F.; García García, M. A.; García López, I.; Herranz López, F.
Hospital Sagunto, Sagunto

Introducción

Debido a la alta incidencia de efectos adversos(eas) que se producen el las ucis,iniciamos en nuestra unidad, hace 6 meses, una comision de seguridad del paciente para identificar y clasificar los eas y adoptar medidas para disminuir su incidencia.

Objetivos

Realizar un estudio para estimar la incidencia y caracteristicas de los eas registrados.

Material y método

Realizar un estudio observacional prospectivo con una duracion de 24 horas, llevado a cabo desde las 9:oo horas del dia 27/01/2013 hasta las 9:00 horas del dia 28/01/2013.

La recogida de datos se ha realizado por medio del formulario de registro y notificacion de incidentes usado en el estudio syrec 2007.

Resultados

En 24 horas de recogida de datos para una uci con 9 camas activas, de ratio 2:1 y un nems de 25,5 con la presencia de un medico , 6 enfermos ingresados y un apache ii medio de enfermos ingresados de 18,5 , se producen y registran los siguientes eventos:

- 1 Ea relacionado con los procedimientos:1 sangrado
- 1 Ea relacionado con el cuidado: 1 tromboembolismo pulmonar que ocasiona dos paradas cardiacas.
- 1 Ea relacionado con los accesos vasculares:dispositivo de presion intrabdominal obstruido.
- 2 Eas por fallo de aparatos: ecografo no funciona y caudalimetro averiado.

Conclusiones

La tasa de eas es similar a los resultados obtenidos en el estudio syrec 2007

(1 Ea /paciente/24 horas).

La diferencia con el estudio syrec es que en dicho estudio los eas mas frecuentes fueron por medicacion y en nuestro estudio los eas de mayor prevalencia han sido por fallos de aparatos o equipos medicos.

P72 - ID: 322

Grado de cumplimentacion del registro de formulario de alta en UCI

Escobar Lavela, J.; Juncos Gozalo, M.
Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey

Introducción

El cumplimiento de los registros de enfermería garantiza la calidad y la continuidad de cuidados al paciente.

Nuestra UCI trabaja con un programa informático diferente al de hospitalización por lo que para garantizar dichos cuidados, nos vimos obligados a diseñar un formulario al alta en el programa de planta, con el propósito de mejorar la comunicación interdisciplinar.

Objetivos

Evaluar el grado de cumplimentación del registro del formulario.

Valorar la carga de trabajo que supone rellenar el formulario al alta.

Garantizar una continuidad de cuidados.

Material y método

Estudio descriptivo durante el periodo del 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2012, en la UCI del Hospital Universitario del Sureste.

Se excluyen los pacientes fallecidos, los ingresados para realizarles alguna técnica y los trasladados intercentros.

Para el estudio se utilizó:

Un formulario con 14 ítems compuestos por diversos apartados, siendo la mayoría desplegables.

Una encuesta con 4 preguntas cerradas.

Resultados

Pacientes ingresados: 362

Pacientes incluidos: 295

Pacientes excluidos: 67

Número de registros debidamente cumplimentados: 260

Grado de cumplimentación del registro: 88,13%

Conclusiones

La puesta en marcha del formulario ha permitido que el personal de enfermería de planta tenga conocimiento de la situación en la que el paciente ha sido trasladado de la UCI, para mantener una adecuada continuidad asistencial de cuidados.

Teniendo en cuenta que los indicadores de calidad recomiendan el 100% de cumplimentación del registro, los resultados obtenidos aun siendo buenos, son mejorables por lo que se llevarán a cabo planes de mejora.

Según resultados de la encuesta, el formulario supone cierto grado de carga de trabajo pero el personal establece que garantiza la continuidad de cuidados.

P73 - ID: 434

Los registros informatizados aumentan la Seguridad para el paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Giménez Lajara, M. A.
Hospital Clínico Barcelona, Barcelona

Introducción

Estudio del impacto de la implantación de un sistema de registro informático, llamado IPA (SAP), para trabajar en una unidad de cuidados intensivos de cirugía cardiovascular en el Hospital Clínico de Barcelona, tras evaluar las necesidades del servicio.

Objetivos

Estudiar el impacto que tiene la informatización de los registros sobre la seguridad para el paciente en una UCI.

Material y método

Se ha realizado una revisión de 100 registros en gráfica papel y 100 registro informatizados, de pacientes ingresados en la UCI de cirugía cardiovascular del Hospital Clínico de Barcelona.

Como herramienta para la revisión se ha enfrentado los registros a un Chek list, centrado en la aparición o no de diferentes ítems sobre los datos, centrados en tres bloques:

- Datos antropométricos, demográficos e identificación.
- Datos sobre la prescripción farmacológica.
- Datos sobre el registro enfermero (seguridad y calidad)

La muestra no puede ser mayor al realizar el estudio en una unidad en la que se acaba de implantar el registro informatizado por lo que hay una casuística baja.

La metodología de trabajo se basa en la identificación de errores, ausencias, etc. que puedan generar problemas y complicaciones en la seguridad para el paciente en una unidad de alta complejidad y variedad de los tratamientos, como es una UCI.

Resultados

El presente trabajo determina la mejora de la seguridad para el paciente en una unidad de cuidados intensivos al informatizar los registros, mejorando también, la seguridad para el personal que imparte los cuidados.

Conclusiones

Introducir los registros informáticos en las unidades de cuidados intensivos es manifiestamente positiva, si pensamos en la seguridad para el paciente, pero también, es tranquilizador para el profesional sanitario, médicos y enfermería. Disponen de una nueva herramienta que promueve trabajar estrechamente ligados por un vínculo común: Trabajar para aumentar la seguridad del paciente.

Esto evidencia, que más pronto que tarde se ha de extender esta herramienta por todo el sistema sanitario, por el beneficio común.

P74 - ID: 69

Comunicación a través de órdenes verbales. ¿Son seguras?

Aranda Ruiz, M. J.; Córdoba Garrido, L.; Méndez Pozo, M. L.; Cuadra Pérez, M. G.; Pozo Gómez, E. M.
Area Sanitaria Norte de Málaga. Hospital Antequera, Antequera

Introducción

La comunicación es un aspecto fundamental en la actividad sanitaria diaria, ya que de su adecuación depende, en gran medida, la calidad de la atención.

La transferencia de información es uno de los momentos frágiles que puede conllevar errores relacionados con una inadecuada o incompleta comunicación entre profesionales.

En la literatura se ha encontrado una relación directa entre los problemas de comunicación y la incidencia de eventos adversos. Así, el estudio realizado por Richard M. Frankel et al. concluye que, de los errores que se comenten en hospitales, el 75 % involucra cierta falta o errores en la de comunicación.

Objetivos

Mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales sanitarios.

Establecer un procedimiento seguro para dar y recibir órdenes verbales o telefónicas que requieran una confirmación.

Metodología

Elaboración de un Procedimiento general de comunicación de órdenes verbales dentro del marco de Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA (Sistema Sanitario Público Andaluz).Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

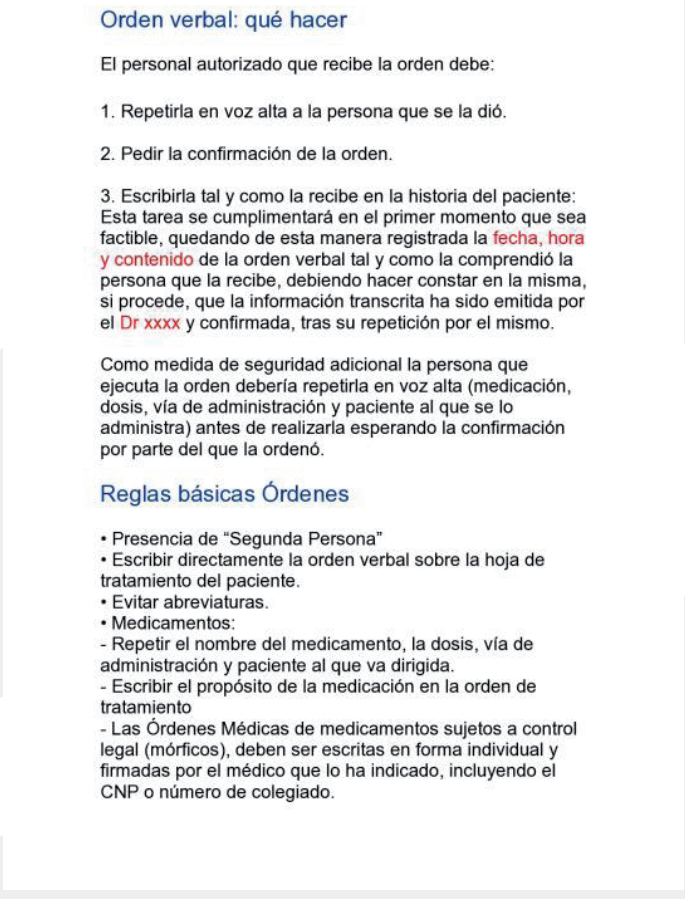
Intervenciones

Se elaboró el procedimiento y se realizó la difusión a todos los profesionales sanitarios con responsabilidad asistencial que tienen contacto directo y asistencial en algún momento con pacientes.

Se establecen unas normas claras a seguir ante una orden verbal o telefónica.

Conclusiones

Se han establecido unos requerimientos mínimos que hay que contemplar en la transcripción de las órdenes verbales y comunicación de pruebas clínicas y se ha instaurado una nueva conducta de comprobación por parte de los profesionales en contacto directo con los pacientes, instándoles a implantar y verificar de forma satisfactoria, los puntos de transferencia de información de pacientes mediante protocolos de actuación sobre la transcripción de las órdenes verbales y comunicación de pruebas clínicas de los distintos servicios del centro.



Orden verbal: qué hacer

El personal autorizado que recibe la orden debe:

1. Repetirla en voz alta a la persona que se la dió.

2. Pedir la confirmación de la orden.

3. Escribirla tal y como la recibe en la historia del paciente: Esta tarea se cumplimentará en el primer momento que sea factible, quedando de esta manera registrada la fecha, hora y contenido de la orden verbal tal y como la comprendió la persona que la recibe, debiendo hacer constar en la misma, si procede, que la información transcrita ha sido emitida por el Dr xxxx y confirmada, tras su repetición por el mismo.

Como medida de seguridad adicional la persona que ejecuta la orden debería repetirla en voz alta (medicación, dosis, vía de administración y paciente al que se lo administra) antes de realizarla esperando la confirmación por parte del que la ordenó.

Reglas básicas Órdenes

• Presencia de "Segunda Persona"
• Escribir directamente la orden verbal sobre la hoja de tratamiento del paciente.
• Evitar abreviaturas.
• Medicamentos:
- Repetir el nombre del medicamento, la dosis, vía de administración y paciente al que va dirigida.
- Escribir el propósito de la medicación en la orden de tratamiento
- Las Órdenes Médicas de medicamentos sujetos a control legal (mórficos), deben ser escritas en forma individual y firmadas por el médico que lo ha indicado, incluyendo el CNP o número de colegiado.

P75 - ID: 103

Necesitamos conocerte: ¿realizamos correctamente la identificación de pacientes en la unidad de cuidados críticos y urgencias?

Méndez Pozo, M. L.; Cuadra Pérez, M. G.; Pozo Gómez, E. M.; Aranda Ruiz, M. J.
Area Sanitaria Norte de Málaga. Hospital Antequera, Antequera

Introducción

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia sanitaria.

De acuerdo con la American Hospital Association,la identificación verbal no se debería hacer porque los pacientes pueden estar sedados,con pérdida de atención,indiferentes,confusos o simplemente incapaces de responder.

Asumiendo que los profesionales sanitarios debieran acercarse cada día a los pacientes como si se tratara de la primera vez,un primer paso en la correcta identificación de los pacientes es la utilización de un brazalete identificativo,que permita en todo momento conocer su filiación.

Objetivo

Analizar la adherencia al Procedimiento General de Identificación de Pacientes en la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias.

Metodología

Auditoría presencial en la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias realizada por la Unidad de Calidad del Área Sanitaria Norte de Málaga.

Muestreo aleatorio de pacientes ingresados.

Intervenciones

1. Selección de normas de calidad de seguridad del paciente en el procedimiento.

2. Petición en admisión el día de realización de la auditoria de los listados de pacientes ingresados en la Unidad.

3. Realización de la auditoria presencial.

4. Entrevista personal con el paciente y/o cuidador.

5. Identificación física mediante brazalete identificativo

Presencia del brazalete identificativo según el formato descrito en el procedimiento general.

Identificación física:pulsera homologada según criterios de la estrategia de identificación de pacientes (EIP) Nombre y apellidos completos, número único de historia de salud de Andalucía (NUHSA), Fecha de nacimiento.

Mantenimiento de las características del brazalete,según se describe en el procedimiento general, con ausencia de deterioros.

Comprobación de la presencia / ausencia de la etiqueta de alergias.

Conclusiones

En todas las variables de Identificación de pacientes analizadas en la auditoría se obtienen los mismos resultados: un 89.28% tanto en la presencia de pulsera identificativa como en la presencia del brazalete homologado según la EIP (nombre,apellidos,fecha de nacimiento,NUHSA). El estado de conservación del brazalete también ha sido de un 89.28%,así como la identificación correcta de las alergias con una concordancia con la Historia clínica del 100%.

P76 - ID: 162

Análisis de los registros de enfermería y normas básicas de calidad de las historias clínicas de los pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivo

Méndez Pozo, M. L.; Cuadra Pérez, M. G.; Pozo Gómez, E. M.; Aranda Ruiz, M. J.
Area Sanitaria Norte de Málaga. Hospital Antequera, Antequera

Objetivo

La Historia clínica es el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Con el objetivo de mejorar la calidad en la asistencia sanitaria en los pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivo se realizan auditorías de forma periódica.

Metodología

Realización de auditorías periódicas de cumplimentación de las historias clínicas mediante el análisis del registro de actuaciones sanitarias (diagnósticas, terapéuticas y de cuidados) y no sanitarias (administrativas) atendiendo a los ítems de calidad definidos para cada proceso asistencial.

Intervenciones

Creación del grupo auditor de entre los profesionales de la Unidad y establecimiento de la muestra, que fue el total de los pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivo en el periodo de tiempo establecido (año 2012).

Se establecen los indicadores de calidad a evaluar.

En cuanto a cuidados de enfermería se refiere:

Identificación del CUIDADOR PRINCIPAL

Presencia PLAN CUIDADOS ENFERMERIA (Diagnóstico NANDA- NIC- NOC)

Presencia de DIAGNOSTICOS DE DEFICIT DE AUTOCUIDADOS.

Presencia de Intervenciones para abordar el déficit de autocuidado.

RECOMENDACIONES sobre su proceso (Educación sanitaria)

Conclusiones

Tras la auditoria del total de las Historias clínicas incluidas en el estudio se observa un cumplimiento en cuanto a datos de identificación de pacientes cercano al 100% en todos los ítems.

Los bajos porcentajes respecto a los ítems de presencia de diagnóstico de déficit de autocuidados y presencia de intervenciones para abordar dicho déficit de autocuidados (41.46% y 51.21% respectivamente), se deben a que en la mayoría de los casos los pacientes no presentaban dicho déficit por ser personas independientes para las Actividades de la vida diaria (AVD).

Tanto las recomendaciones como el cuidador principal están cumplimentados y especificados en el 100% y 92,58% respectivamente Historias Clínicas.

P77 - ID: 202

Aumentando la seguridad en nuestra UCI. Implantación de una hoja de *chek list* de revisión de los *box*

Pozo Gómez, E. M.; Cuadra Pérez, M. G.; Méndez Pozo, M. L.; Aranda Ruiz, M. J.
Area Sanitaria Norte de Málaga. Hospital Antequera, Antequera

Objetivo

La seguridad del paciente,definida ésta como la minimización del riesgo de sufrir un daño en el curso de su atención sanitaria representa actualmente uno de los mayores desafíos para el perfeccionamiento de la calidad en el sector salud.

Dentro del marco de la seguridad en nuestro trabajo diario,contamos con diversas herramientas que ya llevamos a cabo como son el control de caducidades,revisión diaria del carro de RCP,protocolización de limpieza de respiradores…

Como línea de mejora y para que quede constancia por escrito,se propone el registro de las revisiones que se realizan de los box de UCI a diario y al alta de los pacientes.

Objetivos:

Conocer los diferentes elementos a revisar al ingreso y al alta del paciente.

Conocer el correcto uso del aparataje de soporte vital.

Desarrollar actitudes de fomento que garanticen la seguridad clínica de los pacientes.

Detectar posibles eventos adversos susceptibles de ser corregidos.

Metodología

Reunión del comité local de Seguridad tras un evento adverso(casi error)relacionado con mal funcionamiento de aparataje de soporte vital al ingreso de un paciente en nuestra unidad,donde se hace visible la necesidad de incorporación de una hoja de comprobación de los box de UCI ante el posible ingreso de un paciente.

Intervenciones

Creación de una hoja de chek list con los ítems a revisar antes del ingreso de cada paciente en UCI. También se revisarán los que ya se encuentren ocupados ante la posibilidad de necesidad urgente de algún aparataje que no esté debidamente revisado. Los ítems a revisar son: Oxigenoterapia,Ambu,Respirador,Aspiración,Monitorización y Alarmas.

Conclusiones

La incorporación del listado de verificación o check-list a la actividad diaria profesional aporta, junto al cambio de mentalidad,un cambio radical en la visualización de la atención al usuario en su ingreso en UCI,aumentando la seguridad en la atención y la calidad en sus cuidados,disminuyendo,la incidencia de errores y eventos críticos no deseados tanto entre el personal experimentado como en el de nueva incorporación.

P78 - ID: 282

Opinión de los profesionales de enfermería sobre la implementación de un nuevo sistema de trabajo informatizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de 22 camas en un Hospital Universitario de tercer nivel

Martín, N.; Montoyo, I.; Coronado Graña, A.; Català Novell, M.; Aran Esteve, B.; Villanueva Fuentes, C.
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Objetivo

Conocer la opinión del profesional de enfermería sobre su implantación en la UCI y las implicaciones en la gestión del cuidado, la mejora en el conocimiento de los problemas activos y la seguridad del paciente.

Metodología

Estudio observacional descriptivo. Se ha utilizado una encuesta con 24 preguntas que valora diferentes ítems y va dirigida al personal de enfermería de todos los turnos. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS.

Intervenciones

Se cumplimentaron correctamente los 58 cuestionarios entregados. El 62,1% de los profesionales tenían más de 10 años de experiencia laboral. El 89,7% reconocieron un cambio organizativo en los cuidados de enfermería con valoración positiva en el 46,6%. El sistema Centricity refleja la actividad de los cuidados de enfermería según el 79,3% , pero el 75,9% cree que no facilita la comunicación interdisciplinar de la unidad. El 65,5% considera que la dedicación al uso del programa interfiere en los cuidados del paciente. El 27,6% del personal valora en 5 (escala de 1 a 10) el grado de satisfación en la implementación de Centricity y el 50% volverían al formato papel.

Conclusiones

La implantación de Centricity ha modificado la organización del trabajo de enfermería, reflejando nuestra actividad continuamente. El grado de satisfacción sobre su implantación es baja por su reciente uso. Creemos que la baja valoración obtenida en el cambio organizativo del trabajo puede deberse a que los profesionales han adaptado Centricity a sus tareas sin realizar un cambio como tal en la organización del trabajo ya existente, siendo necesario un nuevo planteamiento organizativo.

P79 - ID: 172

Gestión y medición de indicadores de calidad en una unidad de cuidados intensivos, una experiencia en seguridad del paciente

Rodríguez Mondéjar, J. J.[1,2]; Felices Abad, F.[1]; Cano Reyes, A.[1]; Martínez Huéscar, M.[1]; Lasheras Galacho, J. G.[1]; Rodríguez Soler, J.[1]; Valbuena Moya, R. M.[1]; Peñalver Hernández, F.[3]; Pérez Olmos, A.[1]; Martínez Oliva, J. M.[1]; Sánchez López, F.[1]

1. UCI HGU Reina Sofía de Murcia, Murcia; 2. Facultad de Enfermería. Campus Mare Nostrum. Umu, Murcia; 3. UCI. HGU Morales Meseguer de Murcia, Murcia

Introducción

En las Unidades de Cuidados intensivos (UCIs) se reconoce un papel importante a la seguridad del paciente como dimensión de la calidad asistencial. La medición de indicadores de forma establecida y repetida puede ser una buena herramienta de gestión interna ya que detecta desviaciones de los estándares

Objetivos

Objetivos: identificar áreas de mejora dentro de nuestra unidad, y cuantificar el nivel de cumplimiento de los indicadores de calidad específicos para cuidados críticos.

Material y método

Estudio observacional, transversal y prospectivo.

Temporalidad: 3 cortes cuatrimestrales en 2012.

Dimensión de la calidad: la seguridad

Lugar: UCI polivalente de 12 camas, en hospital general universitario

Desarrollo: se escogieron 16 indicadores de los 20 recomendados por las sociedades científicas de cuidados críticos. Se revisaron entre el supervisor y el jefe de servicio (de forma conjunta y por observación directa del paciente y/o Hª clínica) todos los días del estudio, se hizo variación horaria para evitar acomodamiento del personal o sesgo.

Procesamiento: Excell y SPSS v15.

Resultados

Nº de ingresos: 184, días medidos 126, estancias 832, enfermos con ventilación mecánica invasiva (VMI) > 48 h= 48, días de VMI 320, días de catéter venoso central (CVC) 517, días de enfermos no sedados 484, nº de sepsis/ shock séptico 17, Enfermos con NE precoz 19, nº de EPOC 12, limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se indicó en 13 casos. Nivel de cumplimientos: profilaxis tromboembólica 99,43%, Cama incorporada 30-45º en pacientes con VMI 86,88%, profilaxis de hemorragia digestiva en VMI 97,92%, antibióticos en sepsis (<1hora) 94,12%, analgesia en paciente no sedado 99,3%, EPOC y VMNI 100%, información a familiares 100%, sedación en enfermo intubado 99,79%, LET 100%, transfusión sanguínea adecuada (Hb<8)92,86%.

Conclusiones

La medición reglada de indicadores de calidad en cuidados críticos es útil para establecer una detección adecuada de lo que se debe mejorar y aumentar la seguridad del paciente.

P80 - ID: 179

Percepción de la seguridad del paciente por los profesionales

Morales Laborías, P.; Rodríguez Delgado, M. E.; Morales Laborías, M. E.; García Del Moral Martín, R.; Martín López, J. I.; Díaz Castellanos, M.A.
HGB Motril/SAS, Motril

Introducción

La Seguridad de los Pacientes (SP) es un problema de salud pública relevante que ocupa desde hace más de una década a organizaciones nacionales/internacionales. La Estrategia para la SP ha tenido un amplio impacto en las administraciones, promoviendo un cambio en la cultura de seguridad (CS).

Las UCIs (Unidades de Cuidados Intensivos), por el tipo de pacientes que atienden, son especialmente sensibles a lo que se refiere a la SP. Con este estudio se pretende comprobar la situación desde la que partimos creando una estrategia de actuación en SP para hacer nuestra UCI más segura.

Objetivos

Analizar los conocimientos de los profesionales en SP.

Crear estrategias de actuación en vista de los resultados.

Material y método

Estudio transversal descriptivo realizado en 2012. Ámbito: La UCI del HGB de Motril es una unidad polivalente de 8 camas. Se pasó encuesta autoadministrada dividida en varias secciones: Datos generales. Conocimientos en SP. Notificación de EAS/Incidentes. Formación.

Resultados

Respondieron 62.89% de los profesionales (22.7% médicos, 77.3% enfermería).Edad media: 42.78 años. Antigüedad media en UCI: 4.95 años. Sólo el 45.5% conoce el término “CS” .El 45.5% admitió tener conocimientos deficientes en SP. El 81.8% no conocía lo que es un Incidente y 72.7% lo que es un evento centinela.59.1% han notificado algún EAs/I(Evento Adverso/Incidente) pero sólo el 27.3% lo hizo en el último año. De los que han notificado, el 77.2% no fueron informados de las medidas correctoras. El 50% desconoce los cauces de notificación.90.9% creen que no se notifican todos los EAs/I. Más del 75% desconocen los recursos existentes en SP. Sólo el 36.4% tiene formación en SP (la mayoría cursos on line).

Conclusiones

Es prioritario crear una línea de formación en SP.

Fomentar una estrategia en SP en nuestra UCI, con sistemas de notificación sencillos y conocidos por todos.

Se hace imprescindible el fomento de la notificación de los EAs/I entre los profesionales y dar a conocer las medidas llevadas a cabo.

P81 - ID: 466

Monitorización de indicadores de cuidados generales en una unidad de cuidados intensivos: análisis de dos años consecutivos

Rodríguez Mondéjar, J. J.[1,2]; Iniesta Sánchez, J.[1,2]; Sáez Soto, A. D. R.[1]; Mateo Albaladejo, M. A.[1]; García Martínez, M.[1]; Juárez Herrero, M.[1]; Gómez Blaya, F.[1]; Navarro Sanz, L.[1]; Armero Sánchez, M. C.[1]; Sánchez García, A. B.[1]; Martínez Guerrero, M.[1]
1. UCI. HGU Reina Sofía, Murcia; 2. Campus Mare Nostrum. Universidad de Murcia, Murcia

Introducción

La monitorización de indicadores de cuidados de enfermería son un paso cualitativo en el seguimiento de la calidad asistencial en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), fortaleciendo la seguridad del paciente. Objetivos: analizar los indicadores obtenidos en nuestra UCI, compararlos con el resto de la organización y establecer prioridades en medidas de mejora.

Objetivos

Objetivos: analizar los indicadores obtenidos en nuestra UCI, compararlos con el resto de la organización y establecer prioridades en medidas de mejora.

Material y método

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo

Lugar: Hospital General Universitario metropolitano. UCI polivalente de 12 camas.

Temporalidad: años 2011 y 2012

Fuente de datos: registro especialmente diseñado para la recogida de indicadores de procedimientos.

Desarrollo: se establecieron en todo el centro y a nivel regional la medición de indicadores de calidad de cuidados de enfermería, y se realizaron 3 cortes anuales de una semana cada uno. Los parámetros escogidos para UCI fueron los relacionados con procedimientos de cuidados del catéter venoso central (CVC), catéter venoso periférico (CVP), sondaje vesical (SV), escala de Norton, e incidencia y prevalencia en ulceras por presión (IUpp, PUpp). Una persona durante una semana mide todo el centro en cada uno de los procedimientos.

Procesamiento estadístico con Excell y SPSS, cálculo de medias para variables cuantitativas, y de frecuencias y porcentajes para cualitativas.

Resultados

Año 2011: CVC 87%, CVP 100%, Norton 85% , IUpp 6% ,PUpp 9%, SV 97%, media 92% de cumplimientos.

Año 2012: CVC 96%, CVP 94%, Norton 93%, IUpp 7% , PUpp 6%, SV 81% , media del 91% de cumplimientos.

Se compararon con los datos del resto de unidades del hospital.-

Conclusiones

La medición de indicadores de cuidados de forma homogénea en todo el centro sirve para monitorizar la calidad y tener datos reales y comparables.

El servicio de UCI ha mantenido sus resultados a lo largo de estos dos años siendo positivos al superar los propuestos por la dirección de enfermería.

P82 - ID: 223

Algoritmo de contención mecánica (CM) para la optimización de la limitación de movimientos en UMI (unidad de medicina intensiva). Hospital Universitario de Alava (HUA)

García Ares, C.; Montero Rus, P.; Martínez García, L.; Onaindia Salaberria, A.; Guerrero Robles, S.; Nieva Maeztu, M. T.; Maillo González, E.; Lopez García, M. A.; Mogena Gordo, A.; Elespuru Lete, A.; Romero Montoya, R.
Osakidetza, Vitoria

Objetivo

Elaborar e implantar un algoritmo de decisión para indicar la contención mecánica en pacientes de UCI y medios a utilizar.

Metodología

Un grupo interdisciplinar analizó las situaciones en las que utilizamos la CM y los medios. Se consensuó que el algoritmo de decisión sobre indicación de CM y medios a emplear debía estar basado en el grado de agitación y fuerza muscular. Se seleccionaron la escala RASS de Richmond para medir el estado de sedación/agitación (de -5 a +4) y la escala de la American Spinal Cord Injury Association (ASIA) para objetivar la fuerza muscular (0 parálisis muscular completa y 5 fuerza muscular completa). Se creó algoritmo de decisión estableciendo los grados a partir de las que se indicaría CM y que determinaran el tipo de contención.

Intervenciones

El algoritmo de decisión sobre CM establece que:

1. Si RASS es igual a 4 se indica CM clásica tipo segufix de 5 puntos.

2. Si la puntuación RASS es de +2 o +3 se indica CM clásica tipo segufix de 3 puntos

3.Si la puntuación RASS está entre -1 y +2 usamos la escala ASIA. Si la puntuación en ASIA es de 2 a 5 se indica la contención intermedia que inmoviliza parcialmente algún miembro con dispositivos manopla/muñequeras, y si ASIA es menor a 2 no hay indicación de CM.

4. Si la puntuación en RASS es <-2 no precisaría CM.

Conclusiones

Hemos creado una herramienta práctica que facilita y estandariza la toma de decisión de la CM así como los medios a utilizar bien en una contención intermedia como clásica. Esto puede disminuir la variabilidad en la indicación de CM y el riesgo vital en situaciones de agitación por la interrupción de tratamientos y retirada de dispositivos.

P83 - ID: 54

Sexo en la UCI

González Campos, J. S.; Barrionuevo Afonso, R. V.; Vega García, R. J.
UCI HUIGC, Las Palmas de Gran Canaria

Introducción

El presente trabajo trata de reflexionar sobre un caso clínico ocurrido en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI), donde una paciente joven solicitó que le desconectásemos su monitorización para poder autosatisfacer sus necesidades sexuales. A partir de este hecho, hemos realizado unas consideraciones sobre las necesidades sexuales de los pacientes en una UCI.

Observación clínica

La paciente ingresó en la UCI con el diagnóstico de un linfoma en fase avanzada. Tras varios días de ingreso, a las 7 de la mañana solicita a su enfermera responsable que le desconecte su monitorización y que le coloque un biombo para reservar su intimidad y poder autosatisfacer sus necesidades sexuales. Tras la valoración de su petición la enfermera decide no permitir que tal hecho ocurra. Tres días más tarde la paciente murió en nuestra unidad.

Plan de cuidados enfermero

Dentro de los planes de cuidados de los pacientes ingresados en una UCI, las necesidades sexuales de los pacientes no suelen ser contempladas. Existe una infravaloración de éstas relacionándose sólo con alteraciones de los patrones de sexualidad, dentro de las etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson, estaría clasificada en la necesidad de realción/comunicación como disfunción sexual: “Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante”

Discusión

Desde una concepción holística del ser humano, se estableció un grupo de trabajo en la UCI para reflexionar sobre las necesidades sexuales de los pacientes en una UCI. Se consultaron las bases de datos bibliográficas al respecto y la valoración cultural de las prácticas de autosatisfacción sexual.

Conclusiones

Se llegaron a dos conclusiones principales: la primera es que es necesario que seamos conscientes de las necesidades sexuales de los pacientes en una UCI. La segunda es conseguir la suficiente intimidad en nuestras unidades para que estas prácticas sean posibles, si la situación clínica del paciente lo permite.

P84 - ID: 512

Implantación y seguimiento del protocolo de hemovigilancia en la UCI de un hospital comarcal

Alonso León, N.; Banco Tura, L.; Sist Viaplana, X.; Amenábar Guerrero, R.; Rodríguez Sadurní, J.; Castelló Gil, M.
Hospital General de Granollers, Granollers

Objetivo

Principal:

- Conocer el grado de cumplimentación del protocolo de hemovigilancia.

Secundario:

- Aumentar el registro de reacciones adversas de hemoderivados.
- Mejorar la seguridad en la administración de hemoderivados.

Metodología

A partir del 2010, en el Hospital General de Granollers se decide implantar un protocolo de hemovigilancia (Gricode®), para aumentar la seguridad del proceso para el personal de enfermería. En el servicio de UCI es especialmente relevante debido al gran volumen de hemoderivados que se administran, centralizando los controles de seguridad en el Banco de Sangre para prevenir errores en el circuito.

Se sigue un procedimiento desde el mismo inicio de la petición ya sea hematíes, plasma como plaquetas. Se le asigna un brazalete con un código de barras al enfermo y se relacionan con las pruebas cruzadas que se le extraen. Cuando las muestras ya están preparadas el personal de enfermería solo tiene que escanear el código de barras del hemoderivado y del brazalete del enfermo y en ese momento se da el visto bueno a la transfusión, saliendo en la pantalla del Gricode® "OK". Al finalizar el proceso se vuelve a pasar el Gricode® y este pregunta si ha habido algún tipo de reacción transfusional.

Todos estos datos se vuelcan a un programa que está conectado con el Banco de Sangre.

Este procedimiento sustituye a la antigua comprobación de grupo ABO a pie de cama del enfermo con los reactantes que a veces daban error de lectura por exceso o escasez de muestra.

Intervenciones

	Correctos	Incorrectos	TOTAL CASOS	Control extracción	Control Inicio transfusión	Control final transfusión
Marzo	9	2	11	0	9	10
Abril	14	5	19	1	5	6
Mayo	8	13	21	3	16	34
Junio	10	8	18	4	1	8
Julio	3	12	15	1	14	28
Agosto	7	4	11	2	5	6
Setiembre	10	4	14	1	3	4
Octubre	10	2	12	2	1	0
Noviembre	11	6	17	1	4	4
Diciembre	10	4	14	0	4	5
Enero 2012	11	7	18	2	2	6
Febrero	9	6	15	2	9	15
TOTALES AÑO	**112**	**73**	**185**	**19**	**73**	**126**

sigue

	Correctos	Incorrectos	TOTAL CASOS	Control extracción	Control Inicio transfusión	Control final transfusión
Marzo	14	4	18	1	2	1
Abril	10	4	14	0	7	8
Mayo	10	4	14	0	6	7
Junio	17	8	25	1	3	10
Julio	13	4	17	1	0	4
Agosto	9	3	12	0	1	2
Setiembre	6	3	9	0	0	5
Octubre	16	4	20	0	2	4
Noviembre	8	6	14	1	6	3
Diciembre	7	3	10	2	3	3
01/01/2013	14	5	19	1	3	5
TOTALES AÑO	**124**	**48**	**172**	**7**	**33**	**52**

Conclusiones

Con la implantación y seguimiento del protocolo de hemovigilancia se pone de manifiesto el aumento de seguridad para el personal de enfermería. Se debe de tener especial inciso en dedicar esfuerzos en el seguimiento del cumplimiento, ya que al ser una nueva manera de trabajar es importante dar el soporte oportuno y el feedback de resultados para mejorar en los registros, y en consecuencia en la seguridad.

P85 - ID: 169

Protocolo de rondas de seguridad (RS) en una unidad de cuidados intensivos (UCI)

Suárez Mier, M. B.; Cofiño Castañeda, L. A.; Clavero Ballester, N.; Linares Gutiérrez, B.; Salamanca Corteguera, M. S.; García Fernández, J. A.; Blanco Vicente, A.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Objetivo

Mejorar y reforzar la seguridad del paciente crítico.

Promover la Cultura de Seguridad en las Unidades de Cuidados Intensivos facilitando la comunicación entre sus profesionales y con el equipo directivo.

Metodología

En su desarrollo y evolución se contemplan dos fases:

Fase I

RS o visita a un predeterminado número de pacientes elegidos aleatoriamente, del equipo directivo y representantes de la Unidad para evaluar unos ítems acordados por consenso y relacionados con prácticas que potencialmente podrían suponer un riesgo en la atención al paciente crítico.

La RS tendrá una periodicidad mensual (realizadas en la UCI I del Hospital Universitario Central de Asturias de marzo 2010 a setiembre 2012) y un tiempo de realización inferior a una hora. No se avisa a los profesionales de la unidad. Los resultados son comunicados al resto del personal sanitario así como las apreciaciones personales de los profesionales que han participado.

Fase II

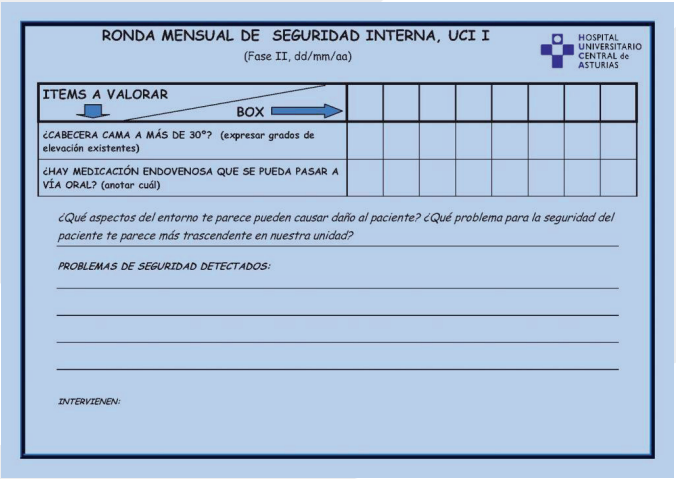
Entrevista concertada y planificada del equipo directivo con los profesionales del servicio para conocer los problemas de seguridad detectados en la primera línea de trabajo. La periodicidad y el tiempo de realización se mantienen (noviembre 2012 a enero 2013 y continúan)

Intervenciones

El profesional de enfermería co-lidera y dirige el desarrollo de la RS, registra las áreas de mejora detectadas, propone junto con el resto del equipo medidas a instaurar y colabora en la evaluación de los resultados obtenidos y en la retroalimentación de información a todo el personal implicado.

Conclusiones

Las RS se han convertido en una herramienta dinámica que mejora la seguridad del paciente crítico y promueve el cambio cultural entre el equipo multidisciplinar de las UCI


RONDA MENSUAL DE SEGURIDAD INTERNA, UCI I
(Fase II, dd/mm/aa)
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL de ASTURIAS

ITEMS A VALORAR / BOX									
¿CABECERA CAMA A MÁS DE 30°? (expresar grados de elevación existentes)									
¿HAY MEDICACIÓN ENDOVENOSA QUE SE PUEDA PASAR A VÍA ORAL? (anotar cuál)									

¿Qué aspectos del entorno te parece pueden causar daño al paciente? ¿Qué problema para la seguridad del paciente te parece más trascendente en nuestra unidad?

PROBLEMAS DE SEGURIDAD DETECTADOS:

INTERVIENEN:

RONDA MENSUAL DE SEGURIDAD INTERNA, UCI I
(Fase I: dd/mm/aa)
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL de ASTURIAS

ITEMS A VALORAR / BOX											
PORTA PULSERA IDENTIFICATIVA											
HOJA DE OBJETIVOS DIARIA CUBIERTA AL MENOS UNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 48 H											
HOJA DE TRATAMIENTO ACTUALIZADA, AL MENOS UNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 48 H, Y SIN DUDAS PARA LA ENFERMERÍA (Y ajustándose a la medicación administrada...)											
CABECERA DE LA CAMA ELEVADA AL MENOS 30°											
APÓSITOS DE VÍAS VENOSA Y/O ARTERIAL EN BUEN ESTADO											
SOBRA ALGUNA LUZ DEL CVC											
INDICACIONES TERAPÉUTICAS ENTREGADAS A LA ENFERMERA ANTES DE LAS 12.30 H											
SE HA REALIZADO ALGÚN CHEQUEO DE VIGILANCIA (MRSA, Acinetobacter...) EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS											

INTERVIENEN:

OBSERVACIONES:

P86 - ID: 358

Protocolo de contención en pacientes críticos del Hospital Universitario Araba

García Ares, C.; Montero Rus, P.; Mantínez García, L.; Onaindia Salaberria, A.; Ayllon Garrido, N.; Romero Montoya, R.
Osakidetza, Vitoria

Objetivo

Las situaciones de agitación, ansiedad y delirio suponen un riesgo para la integridad física del paciente, sus acompañantes y profesionales. Para evitar el daño suele procederse a la contención del paciente. La contención puede ser verbal, farmacológica o mecánica y existen diversas alternativas dentro de cada una de ellas. Todas tienen implicaciones éticas y legales y los profesionales requieren de una guía consensuada que indique cuándo y cómo debe utilizarse. El objetivo de este trabajo es elaborar un protocolo de contención que indique la actuación profesional en estas situaciones

Metodología

Un grupo interdisciplinar analizó las situaciones en las que utilizamos la contención verbal, farmacológica y mecánica así como los medios empleados para aplicar las contenciones. Posteriormente se consensuó la indicación de los diferentes tipos de CM y se estableció el orden de aplicación de las diferentes contenciones. También se definieron los medidas y acciones que se podrían en marcha para aplicar cada una de las contenciones. Finalmente se presentó este protocolo al resto del personal en una sesión clínica, donde fue aceptado.

Intervenciones

El protocolo establece que se empleará:

Contención verbal: a todos los pacientes de UCI con riesgo vital y con una Escala de RASS entre -2 y +4 .Consiste en reorientar, informar del proceso del entorno y del aparataje, siendo respetuosos, con un tono calmado y sin conductas provocadoras.

Contención farmacológica se llevara a cabo cuando la contención verbal no sea suficiente y el paciente con un RASS de-2 a + 4 no colabore. Se sigue el protocolo de sedación de la unidad en el que se utilizan benzodiacepinas y/o hipnóticos

Contención mecánica: se utilizarán escalas de sedación-agitación RASS y de fuerza muscular ASIA para determinar si es necesaria y si la sujeción debe ser clásica, de 3 o 5 puntos, o intermedia

Conclusiones

Hemos creado una herramienta práctica que facilita y estandariza la toma de decisión del tipo de contención así como los medios a utilizar.Esto puede disminuir la variabilidad en la indicación de contención y el riesgo vital en situaciones de agitación por la interrupción de tratamientos y retirada de dispositivos.

P87 - ID: 362

Listado de verificación (*checklist*) para evaluacion inicial del paciente crítico, al inicio del turno

Gómez García, H.; Calvo Flores, M.; García Martínez, M. C.; Santos Tejedor, I.; García Bermejo, I.; Martin Álvarez, E.; González-Cebrián, M.; Alonso Lobo, J.; Mateos Baruque, J.; Benito Estevez, M. S.; Hernández Díez, M. D.
Complejo Asistencial de Salamanca, Salamanca

Objetivo

Establecer un *Checklist* para la valoración inicial del paciente al inicio del turno en una UCI.

Aumentar la seguridad del paciente crítico.

Mejorar la organización la valoración inicial facilitando la calidad de los cuidados y actuación de enfermería, en los profesionales experimentados y en los de nueva incorporación.

Metodología

Revisión Bibliográfica sobre seguridad del paciente y en concreto sobre *Checklist*.

Creación del *Checklist* adaptado a nuestra UCI Polivalente, y guía de uso.

Reuniones de trabajo para establecer un consenso en la determinación de los ítems a valorar, así como establecer tanto ítems para enfermeras como técnicos en cuidados auxiliares.

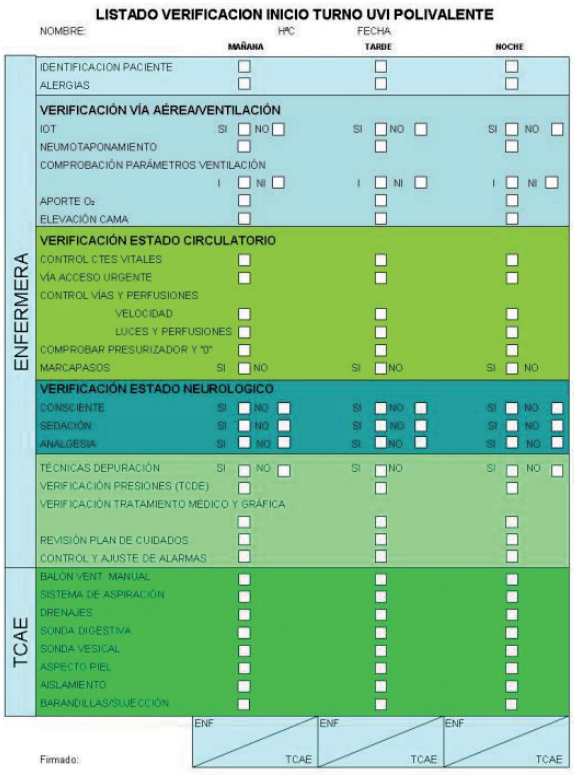
Intervenciones

Implantación del *Checklist* y pilotaje del mismo durante un mes.

extrapolación al resto de UCIs

Conclusiones

La introducción del *Checklist* en el inicio del turno facilita la calidad y continuidad de cuidados de enfermería, mejora la seguridad del paciente crítico y del personal tanto del experimentado como el de nueva incorporación, proporcionando una guía de organización y valoración inicial, minimizando los errores por omisión o desconocimiento de algún aspecto del paciente crítico.



LISTADO VERIFICACION INICIO TURNO UVI POLIVALENTE

NOMBRE: HC FECHA

		MAÑANA	TARDE	NOCHE
ENFERMERA	IDENTIFICACION PACIENTE	☐	☐	☐
	ALERGIAS	☐	☐	☐
	VERIFICACIÓN VÍA AÉREA/VENTILACIÓN			
	IOT	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
	NEUMOTAPONAMIENTO	☐	☐	☐
	COMPROBACIÓN PARÁMETROS VENTILACIÓN	I ☐ NI ☐	I ☐ NI ☐	I ☐ NI ☐
	APORTE O_2	☐	☐	☐
	ELEVACIÓN CAMA	☐	☐	☐
	VERIFICACIÓN ESTADO CIRCULATORIO			
	CONTROL CTES VITALES	☐	☐	☐
	VÍA ACCESO URGENTE	☐	☐	☐
	CONTROL VÍAS Y PERFUSIONES			
	VELOCIDAD	☐	☐	☐
	LUCES Y PERFUSIONES	☐	☐	☐
	COMPROBAR PRESURIZADOR Y "0"	☐	☐	☐
	MARCAPASOS	SI ☐ NO	SI ☐ NO	SI ☐ NO
	VERIFICACIÓN ESTADO NEUROLOGICO			
	CONSCIENTE	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
	SEDACIÓN	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
	ANALGESIA	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
	TÉCNICAS DEPURACIÓN	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
	VERIFICACIÓN PRESIONES (TCDE)	☐	☐	☐
	VERIFICACIÓN TRATAMIENTO MÉDICO Y GRÁFICA	☐	☐	☐
	REVISIÓN PLAN DE CUIDADOS	☐	☐	☐
	CONTROL Y AJUSTE DE ALARMAS	☐	☐	☐
TCAE	BALON VENT. MANUAL	☐	☐	☐
	SISTEMA DE ASPIRACIÓN	☐	☐	☐
	DRENAJES	☐	☐	☐
	SONDA DIGESTIVA	☐	☐	☐
	SONDA VESICAL	☐	☐	☐
	ASPECTO PIEL	☐	☐	☐
	AISLAMIENTO	☐	☐	☐
	BARANDILLAS/SUJECCIÓN	☐	☐	☐
	Firmado:	ENF / TCAE	ENF / TCAE	ENF / TCAE

P88 - ID: 140

Protocolo de traslado intrahospitalario del paciente crítico

Coll Sola, M.; Juanola Codina, M.; García Mota, V.; Catalán Expósito, A.; Vidal Segura, E.; Seoane, C.; Catalán Ibars, R.; Custodi Bernadet, A.
CHVIC, VIC

Introducción

Se unifica el traslado intrahospitalario del paciente crítico (PC) a través de un protocolo, recogiendo datos de cada traslado,y analizando los resultados.

Objetivos

Optimizar cuidados, monitorización y tratamiento del PC durante el traslado,homogeneizando recursos humanos , materiales y actividades a realizar antes, durante y después del traslado.

Analizar incidentes y eventos adversos (EA) relacionados con los traslados.

Material y método

Elaboración de un protocolo de traslado asisitido del PC a pruebas diagnósticas (PD) y a quirófano,indica preparación del PC, prevención de riesgos durante el traslado, estratificación de recursos materiales-personal para el traslado del PC, según nivel de monitorización, estabilidad hemodinámica, situación neurológica o soporte ventilatorio requerido. Incluye listado de material , medicación,etc. Describe actividades previas, durante y posteriores al traslado, así como complicaciones potenciales.Efectuando un registro electrónico , para comprobar medicación ,material ,controles a realizar antes-durante el traslado.Incidentes detectados y EA.

Estudio observacional descriptivo de los traslados, recogidos informáticamente entre marzo de 2011 -noviembre de 2012.

Resultados

216 traslados,171(79%) PD y 45 quirófanos. 119 PC edad media 64±12'3, 72% hombres. 62% urgentes. 171 (79'2%) turno mañana, 35 tarde ,10 noche.Cumplimentación listado pre-traslado 99'5% . 115 traslados (53'2%) ventilación mecánica invasiva.32% de PC (38) requirió más de un traslado. 48 con incidentes (22'2%) y 4 de ellos se consideraron EA (1'85%). Los incidentes relacionados con: vías/equipos infusión 9 (4'2%), medicación/ material en 8 (3'7%) y 19 (39'58%) problemas con el equipo/organización. Menos frecuentes : incidentes respirador 5 (2'3%), monitor 5 (2'3%), drenajes 1 (0'5%), oxígeno 2 (0'95) , trastornos hemodinámicos 1 (0'5%). Los 4 EA fueron: colapso pulmonar - neumotórax masivo, hipoxemia - bradicardia por consumo oxigeno del ventilador, repetir TAC por realización defectuosa, luxación prótesis cadera. Ningún fallecimiento.

Conclusiones

Un protocolo estricto de traslado asistido del PC,con listado de comprobación permite incrementar la seguridad del paciente. La incidencia de EA es baja y la mayoría de incidentes no llegaron al paciente.

P89 - ID: 117

Traslado intrahospitalario asistido: implantación y evaluación del *checklist*

Fuentes Milá, V.; Vallés Fructuoso, O.; Campos Urieta, X.; Díaz Nuñez, J.; Sau Povea, S.; Gasull Perpiña, R.
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

Objetivo

El traslado intrahospitalario de pacientes críticos presenta riesgos y la probabilidad de desarrollar complicaciones. La implantación de un *checklist* estandarizado puede mejorar la seguridad clínica y la calidad asistencial. Tras realizar un estudio de los efectos secundarios y las complicaciones más frecuentes que suceden durante el traslado intrahospitalario, hemos consensuado la necesidad de establecer un *checklist* de control para la correcta realización de dicho traslado.

Metodología

Revisión de los incidentes detectados en el anterior estudio: olvidos, falta y fallos del material, mala comunicación con otros profesionales y valoración de riesgo/beneficio del traslado.

Consenso de expertos.

Trabajo descriptivo de la elaboración del procedimiento y del *checklist*.

Intervenciones

Implantación del siguiente *checklist* en 3 unidades de cuidados intensivos polivalentes en nuestro centro para identificar el material necesario durante el traslado intrahospitalario, la óptima preparación del paciente y la correcta coordinación con el equipo multidisciplinar:

CHECK-LIST TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

Coordinación del equipo multidisciplinar

Equipo radiología / Médico / Celador / Enfermeria

Confirmación de traslado

Preparación del paciente

Control hemodinámica (TA, FC , FR, SatO2…)

Preparación perfusiones necesarias y volumen

Retirada lencería

Preparación y control de drenajes

Preparación y control de bolsas colectoras

Aspiración secreciones

Recirculación del Hemofiltro

Preparación del material

Revisión del respirador portátil (batería, funcionamiento…)

Revisión del monitor de traslado

Revisión de las bombas de perfusión (cables, batería…)

Revisión ambú y mascarilla

Revisión de la bala de Oxigeno

Revisión del maletín de traslado (material de parada e intubación)

Conclusiones

El *checklist* contempla las actuaciones pre, intra y post traslado intrahospitalario del paciente crítico. Su realización consigue un control estandarizado mejorando la seguridad en el traslado intrahospitalario del paciente crítico y la calidad asistencial.

P90 - ID: 261

Plan de cuidados ante el paciente susceptible de ACTP trasladado en UVI móvil

Barrasa Fernández de Velasco, M. T.[1]; Lucenilla Hidalgo, R.[2]; Rodríguez Goncet, C.[2]; Sánchez Roldán, F.[2]; Ceballos Gallardo, O.[2]; Toro Romero, M. J.[1]
1. SAMU, Sevilla; 2. UCI HRT Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo

Estandarizar y dar unos cuidados mínimos ante el paciente susceptible de Angioplastia Coronaria Transluminar Percutanea (ACTP)

Metodología

En la práctica diaria del traslado extrahospitalaro de pacientes con Síndrome Coronario Agudo/Infarto Agudo de Miocardio (SCA/IAM), hemos detectado una serie de características comunes a todos ellos. Esta necesidad nos lleva a estandarizar los cuidados e intervenciones que precisan previa entrada al servicio de hemodinámica.

Intervenciones

Como diagnósticos de enfermería reconocemos, los relativos al proceso de le enfermedad: disminución del gasto cardíaco, patrón respiratorio ineficaz, dolor agudo, náuseas. Los relativos a la propia percepción del paciente: síndrome de estrés del traslado, conocimientos deficientes, afrontamiento inefectivo, temor. Y por último respecto a la familia: afrontamiento familiar comprometido.

Nuestras intervenciones de enfermería deberán ir encaminadas a minimizar todos estos problemas: se llevará monitorizado al paciente, correcta oxigenación, control del dolor y de las náuseas; dar conocimiento respecto a la prueba y al proceso de enfermedad, disminuir la ansiedad, atender a todas sus dudas y preocupaciones. Dar información a la familia.

Conclusiones

Destacando la elevada necesidad de una atención enfermera hacia el paciente cardíaco susceptible de ACTP, justificamos la estandarización de un plan de cuidados. Con este método de calidad en el cuidado, llevaremos a nuestros pacientes con una mejor preparación a una prueba tan importante y decisiva como es la angioplastia.

P91 - ID: 275

Traslado interhospitalario del paciente bariátrico

Barrasa Fernández de Velasco, M. T.[1]; Rodríguez Goncet, C.[2]; Lucenilla Hidalgo, R.[2]; Sánchez Roldan, F.[2]; Ceballos Gallardo, O.[2]; Toro Romero, M. J.[1]

1. SAMU, Sevilla; 2. UCI HRT Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo

Dar a conocer método alternativo para el traslado extrahospitalario del paciente bariátrico.

Metodología

Al personal que realiza el traslado de pacientes críticos en las provincias de Sevilla y Huelva, se les presenta el siguiente caso: varón de 55 años y 350 kg de peso, intubado, que tras cirugía de reducción de estómago sufre complicaciones, las cuales precisan de una segunda intervención en un hospital de más alto nivel, por lo que se activa al equipo de emergencias para realizar el traslado en UVI móvil. Las camillas que utilizan las ambulancias soportan un máximo de 295 kg. Con ello se plantea el problema de no poder movilizar al paciente dicha camilla, viéndose en la situación de búsqueda de un método alternativo.

Intervenciones

Para solventar el problema el traslado se llevó a cabo siguiendo los siguientes pasos:

- Se fabricó una tabla espinal especial, de madera, más ancha y con refuerzos en toda su base.
- Una vez en la UCI del hospital emisor, tras valoración del paciente y control de dispositivos, se dispuso del somier de una cama estándar (que no fuera de UCI), en ella se colocó la tabla espinal especial.
- Mediante sábanas y recursos humanos, se pasó al paciente a esta segunda cama, en la cuál se trasladó hasta la puerta de la UVI móvil.
- Se transfirió al paciente junto con la tabla especial a la bancada de la ambulancia (sin camilla). Se inmovilizó tanto la tabla como al paciente con correas de sujeción.
- Una vez en la puerta del hospital receptor, se realizó la misma operación pero en sentido contrario.

Conclusiones

No son habituales las demandas de traslados de este tipo de colectivo, a pesar de ello se ha de tener en consideración, para así poder atender las necesidades especiales que estos pacientes precisan.

P92 - ID: 550

Correlación de los NANDA y de las NIC con el peso relativo (PR) de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) en el enfermo crítico (EC)

Esteve Paños, M. J.; Ruiz Moreno, J.; Velasco Soria, E.; Salva Ribas, M.; Godayol Arias, S.; Conesa Folch, N.; González Marin, E.; Corcuera Romero de la Devesa, R. Jorda Sánchez, J. C.; Cruz Oliveras, A.
Capio Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

Introducción

Los GRD constituyen un sistema de 'case-mix' hospitalario apto para relacionar los pacientes con su coste monetario. Los GRD recogen todos los diagnósticos y procedimientos médicos, pero no los NANDA y NIC; ignorando entonces la complejidad que aportan al enfermo.

Objetivos

Analizar la correlación de los NANDA y de las NIC con el PR de los GRD en una población de EC ajustada por procedencia.

Material y método

- Estudio prospectivo, analítico, longitudinal y de cohortes.
- Período: 10-XII-2012 / 31-I-2013
- Ámbito: UCI (10 camas).
- Población: EC ingresados consecutivamente enla UCI.
- Criterios exclusión: EC <16 a, EC quirúrgicos programados no críticos, grandes quemados, documentación clínica insuficiente, altas voluntarias.
- Procedencia: EC médicos (ECM), EC quirúrgicos electivos (ECQE) y (ECQU) quirúrgicos urgentes.
- GRD versión AP-GRD 25.0
- NANDA 2012-2014 (216 diagnósticos y 12 dominios; a partir de los cuales se identifican diagnósticos específicos de enfermería intensiva).
- NIC cuarta revisión (514 intervenciones y 7 campos, a partir de los cuales se identifican intervenciones específicas de enfermería intensiva).
- Estadística: Coeficiente correlación lineal de Pearson. Contraste de medias y T Student.

Resultados

	EC totales: 76	ECM: 31	ECQE: 32	ECQU: 13
NANDA	6579	2651	2758	1170
- media	86,56	85,51	86,18	90,00
NIC	3685	1511	1526	648
- media	48,48	48,74	47,68	49,84
Correlación	'r'			
PR-NANDA	0,0820	NS		
PR-NICS	22	NS		
NANDA – NICS	0,2039	NS		
Comparación	NANDA	NIC	PR	
ECM –ECQE	NS	NS	NS	
ECM-EQU	P < 0,05	NS	NS	
ECQE-ECQU	P=0,07	NS	NS	

Conclusiones

- Los GRD no recogen la contribución al diagnóstico que tanto los NANDA (media 86,56) y las NIC (media 48,48) aportan.
- Se observa que la correlación NANDA/NIC con PR es NS y la diferencia entre los subgrupos estudiados no refleja tampoco diferencias ES respecto al PR, sino más bien una homogeneidad.

P93 - ID: 338

Identificación de NANDA y de NIC en una población de enfermos críticos (EC)

Esteve Paños, M. J.; Ruiz Moreno, J.; Velasco Soria, E.; Salvá Ribas, M.; Godayol Arias, S.; Conesa Folch, N.; González Marín, E.; Corcuera Romero de la Devesa, R.; Jordá Sánchez, J. C.; Cruz Oliveras, A.
Capio Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

Introducción

La importancia de los NANDA en el ámbito de la enfermería y de las NIC no es cuestionable. Sin embargo, su aplicación en enfermería intensiva (EI) no se ha generalizado.

Objetivos

Identificar los NANDA y las NIC en una población de EC.

Material y método

- Estudio prospectivo, analítico, longitudinal, de cohortes y observacional
- Período: 10-XII-2012/15-I-2013
- Ámbito: UCI de 10 camas.
- Población: EC ingresados consecutivamente enla UCI.
- Criterios exclusión: EC <16 a., EC quirúrgicos programados no críticos, grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias.
- NANDA 2012-2014 (216 diagnósticos y 12 dominios) y NIC cuarta revisión (514 intervenciones y 7 campos). Se identifican los NANDA y NIC específicos de EI.

Resultados

- Nº de EC: 76
- NANDA
- 216 NANDA generales
- 195 NANDA seleccionados (EI)
- 155 NANDA observados (79 %)
- En los 155 NANDA observados, los 20 NANDA más frecuentes son en:
- 76 EC: 00003, 00178, 00179, 00195, 00022, 00015, 00040, 00202, 00200, 00108, 00173, 00053, 00054
- 75 EC: 00088, 00050, 00203, 00109, 00174
- 74 EC: 00197
- 67 EC: 00225
- NIC
- 514 NIC generales
- 127 NIC seleccionadas (EI)
- 104 NIC observados (81 %)
- En las 104 NIC observadas, las 20 NIC más frecuentes son en:
- 76 EC: 2020, 2300, 2314, 6550, 7660, 7800, 590
- 75 EC: 2380, 4120, 7880
- 74 EC: 2000, 4104, 6680
- 73 EC: 6550
- 71 EC: 1910
- 70 EC: 2440
- 70 EC: 4066
- 69 EC: 4110
- 63 EC: 0844
- 67 EC: 4106

Conclusiones

- Los 20 NANDA más prevalentes son de 'riesgo' y se identifican en la gran mayoría de EC.
- Las NIC más prevalentes son cuidados de EI comunes a la atención de EC.

P94 - ID: 560

¿Debemos estandarizar la monitorización de la PIA?

Delicado Domingo, M.; García Diez, R.; Filardo Manero, E.; Andres Jáuregui, A.; Gomez Alcibar, A.; Santamaria Roqueiro, B.
Hospital Universitario Basurto, Bilbao

Introducción

La elevación de la presión intraabdominal (PIA) se relaciona con hipertensión intraabdominal y síndrome compartimental, este último asociado con incremento significativo en la morbimortalidad.

La monitorización de la PIA es una herramienta diagnóstica y, por lo tanto, la detección temprana de una alteración puede mejorar el pronóstico del paciente.

Objetivos

Describir los resultados de la monitorización de la PIA en la Unidad, para poder estandarizar su utilización tanto en pacientes médicos como quirúrgicos.

Material y método

Estudio observacional prospectivo realizado durante un periodo de 31 meses. Se incluyeron pacientes ingresados en la UCI, con patología médica y quirúrgica que requirieron tratamiento activo: ventilación mecánica,?medicación inotropo-vasoactiva,?técnicas de depuración extra-renal,? reposición de volumen (>3 litros en 4 horas). Se? excluyeron aquellos que presentaron contraindicaciones para la medición de la PIA mediante el método intravesical: fractura pélvica, vejiga neurógena o intervención quirúrgica vesical.

Resultados

Los datos se agruparon en variables demográficas, parámetros analíticos, parámetros clínicos, tratamientos, escalas de gravedad.

La edad media fue de 63,20 años. La etiología más frecuente fue la quirúrgica, con un 70% (28 casos), constituyeron el 13% de los ingresos (12 casos) la etiología médica (pancreatitis aguda grave).

El valor medio al ingreso de la PIA en el grupo de los fallecidos fue de 20,1 mmHg y en el grupo de los que sobrevivieron fue de 16,26 mostrando una asociación estadísticamente significativa con un p-valor de 0,0275. La estancia media fue de 18,22 días. Los pacientes a estudio presentaron una mortalidad del 25% (10 casos).

Conclusiones

La PIA constituye un parámetro de gran utilidad en la valoración evolutiva de pacientes tanto médicos como quirúrgicos siendo un procedimiento fundamental para el diagnostico de la hipertensión intrabdominal y del síndrome compartimental.

Integrar el análisis de la PIA al resto de los elementos del contexto clínico del paciente, contribuye al diagnóstico oportuno de las complicaciones favoreciendo la supervivencia y recuperación del paciente.

P95 - ID: 376

Cuidados enfermeros en el protocolo OLA

Muñoz Borrachero, E.; Expósito Barroso, F.; Miras Bruno, J. A.; Córdoba Seguí, B.; Sánchez García, M. D. C.; Sáez Sánchez, J.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Objetivo

Implantación de un protocolo consensuado de manera multidisciplinar, ante el cual se extraen los cuidados específicos en los pacientes bajo el protocolo OLA.

Metodología

El protocolo habitual en pacientes con ventilación mecánica es ARDSnet (Acute respiratory distress síndrome), consiste en mantener una PPEP estándar marcada por una tabla protocolizada.

El protocolo OLA (Open Lung Approach), consiste en el reclutamiento alveolar comenzando con volúmenes menores y PEEP mayores, hasta llegar una compliance constante para elegir la PEEP de mejor compliance. Con ésta y con gases arteriales seriados, se ajustará la PEEP y Fio2.

Estos protocolos deben ser conocidos por enfermería ya que cada uno de ellos tiene unos cuidados específicos y de ellos dependerá la mejoría de los pacientes.

Intervenciones

1. Medidas básicas de obligado cumplimiento:
2. Formación y entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea.
3. Higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea.
4. Higiene bucal utilizando clorhexidina.
5. Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento.
6. Evitar la posición de decúbito supino a 0º.
7. Favorecer los procedimientos que permitan disminuir la intubación y/o su duración.
8. Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales.

LOS CUIDADOS ESPECIFICOS DEL PROTOCOLO OLA SON:

a. EVITAR DE TODAS LAS FORMAS DESCONECTAR AL PACIENTE DEL RESPIRADOR: Enfermería tiene que ser consciente de que desconectar al paciente conlleva comenzar con el protocolo nuevamente ya que se pierde de nuevo el reclutamiento alveolar.

b. Minimizar el espacio muerto entre el TOT y tubulaciones.

c. Dejar sistemas de aspiración cerrada

d. Mantener al paciente con temperatura menor o igual a 37ºC, tanto con medios físicos como farmacológicos.

e. No realizar lavados con suero salino por TOT.

f. Para administrar aerosoles utilizar cámaras dosificadoras.

g. Si se utilizan nebulizadores utilizar nebulizador de bajo volumen con pieza en T con válvula unidireccional.

h. PROHIBIDO POSICION PRONO.

Conclusiones

Dar a conocer la enfermería el protocolo ola y los cuidados.

P96 - ID: 193

La paciente geriátrica de la cama 2...

González de la Cuesta, D.[1]; Barrado Narvión, M. J.[1]; Bara Machín, G.[2]; López Ibort, N.[3]; Cano Mateo, I.[2]; Mainer Sanmartin, M. P.[4]
1. HRV, Zaragoza; 2. HUMS, Zaragoza; 3. HCU Lozano Blesa, Zaragoza; 4. Salud, Zaragoza

Introducción

El ingreso en UCI de las personas mayores tiene un impacto muy importante sobre su esperanza de vida total y libre de discapacidad y ha sido objeto de numerosos estudios en los últimos 15 años

El motivo de ingreso en UCI, la prioridad del ingreso, el estado premórbido del paciente, la gravedad de la enfermedad que condiciona el ingreso, la edad y la comorbilidad son los parámetros que tienen un mayor impacto sobre el pronóstico de estos enfermos

A través de un caso real viviremos la estancia de una persona mayor en una UCI.

Observación clínica

Paciente mujer de 65 años de edad, con antecedentes de trastorno de la personalidad, poli medicación, disminución de la agudeza visual y hernia de hiato, que

ingresa en UCI desde urgencias por cuadro de shock por hipotermia y anemia grave. Tras el alta de la unidad de Cuidados Intensivos, reingresa a la semana por insuficiencia respiratoria aguda (IRA), derrame pleural y fiebre alta, precisando intubación orto-traqueal, ventilación mecánica, tubo torácico, vía central, colocación de sonda nasogástrica y sonda vesical; así como la administración de antibióticos y fármacos vasoactivos

Plan de cuidados enfermero

Se llevaron a cabo los diversos cuidados de enfermería que precisó.

Se aplicó el modelo de Virgina Henderson, de suplencia en las necesidades básicas para lograr la independencia del paciente cuando ello sea posible

En este caso la paciente anciana fue dada de alta a la planta una vez que se resolvió el proceso agudo que le llevo a UCI pero con importantes deficiencias. No se alcanzó la autonomía total y su situación fue de dependencia en cuanto a las funciones de higiene, alimentación y movilidad principalmente, disminuyendo claramente su calidad de vida.

Discusión

Los ingresos de pacientes mayores en unidades de cuidados intensivos deben ser valorados tanto desde el punto de vista de la patología aguda y que precisa tratamiento inmediato por su compromiso vital, como del punto de vista geriátrico El sistema de trabajo no establece una metodología diferenciada y más adaptada a este tipo de pacientes.

Conclusiones

Los cuidados de enfermería se enfocarán más globalmente y se trataría de mantenerlos de forma continuada tanto en planta de hospitalización como en atención domiciliaria.

La figura de la enfermera gestora de casos se hace imprescindible para llevar a cabo el seguimiento y la valoración geriátrica más completa del paciente, de una situación de dependencia grave o no, para que tenga su continuidad de cuidados.

P97 - ID: 267

Cuidados de enfermería en UCI del paciente sometido a cirugía maxilofacial. A proposito de un caso

Barrasa Fernández de Velasco, M. T.[1]; Lucenilla Hidalgo, R.[2]; Rodríguez Goncet, C.[2]; Ceballos Gallardo, O.[2]; Sánchez Roldán, F.[2]; Toro Romero, M. J.[1]
1. SAMU, Sevilla; 2. UCI HRT Virgen Del Rocío, Sevilla

Introducción

Las infecciones orales que tienen como origen piezas dentales, pueden progresar observándose una diseminación de esa infección primaria hacia regiones anatómicas más alejadas como zona bucal, facial y del cuello. Asimismo desde el foco primario pueden provocar diseminaciones secundarias a nivel de pulmón, cerebro, hígado, riñón, y otros órganos. Los pacientes que ingresan en UCI se encuentran en situación de compromiso vital y los cuidados que precisan son muy especializados. Las enfermeras de intensivos deben conocer y manejar todos ellos para dar cuidados de calidad tanto al paciente como a su familia.

Observación clínica

Varón de 64 años que tras 72 horas de extracción dental por odontólogo sufre cuadro de disnea e inflamación en cuello, acude a urgencias y es derivado al servicio de cirugía maxilofacial. Ingresa en observación de HRT con diagnóstico de celulitis submentoniana por absceso dentario. Es operado y trasladado a UCI donde la infección progresa hacia mediastino y compromete la estabilidad hemodinámica.

Plan de cuidados enfermero

Limpieza, cuidados y tratamiento de heridas y abscesos; cuidados de vía aérea artificial, vías venosas centrales, vías arteriales y drenaje pleural, monitorización hemodinámica, apoyo emocional y familiar, manejo de la ansiedad. Vigilancia de signos y síntomas de progresión de la infección.

Discusión

No podemos considerar a este tipo de patología inicial como algo leve, ya que, como se presenta en el presente caso, pueden llegar a agravarse sufriendo riesgo vital.

Conclusiones

En las Unidades de Cuidados Crítico se requieren enfermer@s con conocimientos y habilidades suficientes para trabajar con criterios de prioridad y coordinación. Deben además controlar el entorno y manejar correctamente el aparataje y equipamiento de la unidad.

P98 - ID: 370

Improvisando en unidad de cuidados intensivos

Sánchez García, C.; Sáez Sánchez, J.; Muñoz Borrachero, E.; Expósito Barroso, F.; Miras Bruno, J. A.; Córdoba Seguí, B.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción

Las úlceras por presión son complicaciones muy comunes Cuidados Intensivos. Exponemos un caso que por sus características especiales ha necesitado otro tipo de enfoque.

Observación clínica

Mujer de 44 años con obesidad mórbida (200kg) que ingresa en UCI, procedente de planta de Medicina Interna (paniculitis a estudio) por Insuficiencia respiratoria aguda y encefalopatía hipercápnica. Diabética DM2.

Precisa ventilación mecánica desde su ingreso en UCI, traqueostomizada al 2º día de ingreso.

Precisó sedación para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

Actualmente está consciente y orientada y precisa ventilación mecánica en modo CPAP.

Plan de cuidados enfermero

- Colocamos 2 camas juntas con 2 pares de colchones de látex perpendiculares entre sí.
- No se pudieron utilizar los colchones antiescaras comunes de UCI y se probó con los colchones de espuma DEVONTM.
- Realizamos cambios posturales cada 3h
- Aplicamos aceite hiperoxigenado para prevenir nuevas úlceras
- Se consiguen realizar las curas en la úlcera del sacro: lavado con suero + povidona yodada y agua oxigenada con arrastre, aplicándose sulfadiazina argéntica crema.
- Se coloca colector fecal para evitar infecciones en la úlcera
- Se coloca el posicionador de pie DEVONTM como taloneras.

Discusión

La paciente dado su volumen corporal y peso, y a pesar de estar en una cama para obesidad mórbida, no consigue rotar hacia un lado en la cama, con lo cual no se pueden realizar cambios posturales ni un adecuado cuidado de la piel, con la aparición de úlcera en sacro y pliegue de la espalda que rápidamente avanza hasta Grado IV.

Conclusiones

Al aumentar la superficie de apoyo de la paciente conseguimos unos cuidados básicos óptimos, tanto en el aseo personal, como en las curas de úlceras y piel.

Realizamos cambios posturales y mejoramos los puntos de presión con la espuma DEVONTM.

Se previene la aparición de nuevas úlceras y se mejora el tratamiento de las úlceras existentes (intervención de Cirugía Plástica).

P99 - ID: 228

Protocolo de fijación de dispositivos

Llobell Blasco, A.; Gómez Coronado, C.; García Ruiz, J.; Rebollo Gómez, P.; Lucas Suárez, A. R.; Zamorano Antonia, R.
1. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz

Objetivo

El objeto del siguiente protocolo es unificar el procedimiento de enfermería ante la fijación de los distintos dispositivos utilizados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología

Debido a la a autoretirada de un tubo de torax y su consecuente notificación como evento adverso y su consecuente analisis, se decidio realizar un protocolo para fijar dispositivos y asi proceder todo el personal de manera equitativa.

Intervenciones

TUBO OROTRAQUEAL (TOT).
La mala posición del TOT es una complicación que aparece en el 12% a 15% de las intubaciones realizadas en la UCI. La vía de intubación orotraqueal presenta mayores dificultades para anclar el TOT que la vía nasotraqueal o la cánula de traqueotomía.

SONDA NASOGASTRICA (SNG) y SONDA OROGASTRICA (SOG).
La fijación de la SNG tiene como objetivo, asegurar la correcta colocación de la misma y evitar escoriaciones en la nariz y en la piel.
Hay veces, que está contraindicada la inserción de la sonda a través de la nariz. En esos casos, es conveniente la inserción orogastrica.

TUBO DE TORAX.
Los tubos de toracostomía deben colocarse en las mejores condiciones de asepsia y antisepsia, por personal con experiencia. La selección del calibre del tubo debe hacerse teniendo en cuenta el material a drenar y el tamaño del paciente.

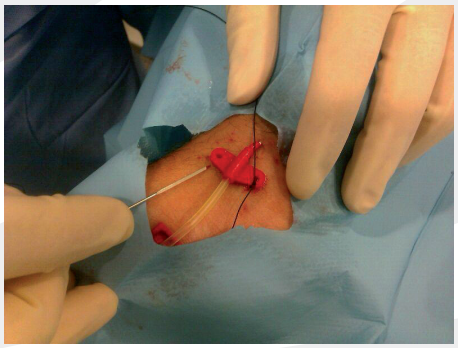
VIA PERIFERICA.
Las vías periféricas se curaran de forma aséptica y la fijación se realizará con steri-strip y apósito transparente.

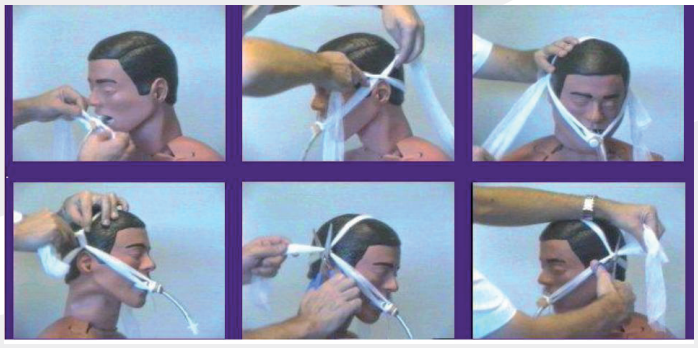
DRUM.
El drum se curara de forma estéril, y se colocará para su adecuada fijación un StatLock y apósito transparente. La cura será cada 72 horas según protocolo.

CATETER ARTERIAL.
El arteria se curara de forma estéril, y se fijará con dos puntos de seda y apósito transparente. La cura será cada 72 horas según protocolo.

Conclusiones

La buena y correcta fijación de los dispositivos previene complicaciones posteriores para el paciente, el máximo perjudicado ante dichas circunstancias.





P100 - ID: 52

Fulguración por rayo en alta mar: presentación de un caso clínico

Alonso Martín, S.; Castillo Oller, C.; Jiménez Benítez, J.; Montes Aguilera, A. J.
Hospital Son Espases, Palma de Mallorca

Introducción

El término electrocución define la muerte real o aparente producida por el paso de una corriente eléctrica por un cuerpo. El riesgo de sufrir una fulguración es muy bajo. Se estima que las lesiones por rayo producen una mortalidad del 30% y hasta el 70% de los supervivientes presenta una gran morbilidad.

Observación clínica

Varón de 20 años, que sufre impacto directo por rayo en alta mar, con trayecto de entrada la cabeza y de salida el brazo izquierdo. El paciente es hallado en parada cardiorrespiratoria (PCR), iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica de forma inmediata, durante 20 minutos. Presentó Glasgow (GCS) de recogida de 3 puntos y las siguientes lesiones: Hemorragia intraparenquimatosa, lesiones cutáneas: brazo, tórax y cara, lesiones pulmonares secundarias a broncoaspiración.

Plan de cuidados enfermero

Utilizamos la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos que destacamos: 00032 Patrón respiratorio ineficaz, 00085 Deterioro de la movilidad física, 00051 Deterioro de la comunicación verbal, 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Discusión

Dada su escasa incidencia, la bibliografía no es muy extensa al respecto, con lo cual consideramos interesante ahondar en el conocimiento del fenómeno y presentar este caso debido a las particularidades del mismo.

Conclusiones

Es de probada eficacia la instauración precoz de las maniobras de resucitación, y la consiguiente aplicación de los métodos diagnósticos y terapéuticos necesarios. Todo ello incide en una mejor calidad asistencial, con una minimización de las secuelas y mayor calidad de vida.

P101 - ID: 220

Acidemia propiónica en paciente adulto

Blanco Rodríguez, S.; Justo Varela, M.; Bals Argudo, S.; Heredia, E.; Monzó Lozano, S.
Hospital Son Espases, Palma de Mallorca

Introducción

La acidemia propiónica es un trastorno metabólico autosómico recesivo que origina un déficit enzimático de la propionil CoA carboxilasa. Se engloba dentro del conjunto de enfermedades llamadas acidemias orgánicas, caracterizadas por el acumulo de ácidos orgánicos (hiperamonemia e hiperglucemia) en fluidos biológicos.

La forma clínica de presentación más común es la forma severa neonatal, con una corta esperanza de vida, siendo inusual encontrarlo en pacientes en edad superior a los 8 años.

Requiere unos cuidados de enfermería específicos y representa una gran carga de trabajo debido a la complejidad del tratamiento y sus posibles complicaciones

Observación clínica

Varón de 16 años, diagnosticado en periodo de lactancia de acidemia propiónica, hospitalizado en uci pediátrica en situación de bajo gasto periférico e insuficiencia respiratoria, que por inestabilidad hemodinámica precisa aporte inotrópico y asistencia circulatoria mecánica con balón de contrapulsación intraaórtico (BCPAo) por lo que es trasladado a UCI adultos intubado y sedoanalgesiado.

A su llegada se procede a la colocación de BCPAo, inicio de drogas vasoactivas y relajación; continuando a su vez con el tratamiento instaurado para la hiperamonemia, que incluye nutrición parenteral específica y control de la hiperglucemia.

Plan de cuidados enfermero

Cuidados del paciente crítico, según taxonomía NANDA, prestando especial atención al control de los niveles de glucemia y amonio.

Discusión

Durante su estancia en la unidad el paciente evoluciona desfavorablemente. A pesar del tratamiento instaurado aparecieron complicaciones, tales como hipertermia, descompensación hemodinámica y metabólica, derivando en un fallo multiorgánico y muerte del paciente.

Conclusiones

Los enfermos con acidemia propiónica generan una gran carga de trabajo por los cuidados específicos que requieren y por el desconocimiento de la enfermedad en adultos.

P102 - ID: 20

Evolución de 2 casos de Botulismo con simultánea intoxicación

Angulo Claramunt, F.; Mon Molinos, M.; Merino Cabrera, E.
Hospital de Barcelona, Barcelona

Introducción

El Botulismo es una enfermedad neurológica severa causada por la acción de la neurotoxina botulínica, producida por el clostridium botulinum.

En la intoxicación alimentaria se ingiere la toxina preformada en alimentos procesados de forma incorrecta que es absorbida a través del tracto gastrointestinal y por la vía linfática o sanguínea.

Se caracteriza por la aparición de manifestaciones neurológicas, musculares y de disfunción autónoma.

Observación clínica

Exposición de 2 casos clínicos con intoxicación simultánea,por ingesta de paté casero, con diferente evolución.

En el caso 1, varón de 77 años de edad que presenta vómitos de 72 horas de evolución.

A la clínica de toxiinfección alimentaria se une clínica bulbar, hasta hipoventilación severa , que precisa intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica.

En el caso 2, mujer de 54 años de edad que presenta cuadro de vómitos y diarrea además de diplopia.

Ingresa en UCI para monitorización respiratoria.

Plan de cuidados enfermero

Elaboramos un plan de cuidados individualizado para cada caso.

CASO 1:

- Cuidados de enfermería relacionados con la vía aerea artificial y la ventilación mecánica.
- Alteración de la eliminación intestinal: estreñimiento.
- Alteración de la nutrición por intolerancia a la nutrición enteral relacionada con paresia gástrica.
- Alteración de la mucosa oral por xerostomía.
- Alteraciones visuales por diplopia.
- Síndrome confusional intrahospitalario con necesidad de antipsicóticos.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea por encamamiento y deteriodo de la movilidad prolongada.
- Soporte familiar en UCI con horario abierto y permanencia de los familiares en estancias hospitalaria.

CASO 2:

- Monitorización respiratoria por riesgo de deterioro respiratorio.
- Riesgo de broncoaspiración por problemas de deglución.
- Alteración de la eliminación urinaria por paresia vesical: sondaje vesical.

Discusión

La evolución del botulismo en los 2 casos expuestos demuestra la relación inversa entre el menor tiempo de incubación mayor gravedad y letalidad.

Conclusiones

Tener conocimiento de una correcta manipulación y conservación de los alimentos e identificar los signos y síntomas de forma precoz para prevenir y actuar ante el botulismo.

P103 - ID: 154

Identificación de los NANDA y de las NIC en función de la procedencia de los EC

Esteve Paños, M. J.; Ruiz Moreno, J.; Conesa Folch, N.; Godayol Arias, S.; Salvá Ribas, M.; Velasco Soria, E.; González Marín, E.; Romero de la Devesa, R.; Jordá Sánchez, J. C.; Cruz Oliveras, A.
Capio Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

Introducción

La importancia de los NANDA en el ámbito de la enfermería y de las NIC no son cuestionables. Sin embargo, su aplicación en el ámbito específico de la enfermería intensiva (EI) aún no se ha generalizado.

Objetivos

Identificar los NANDA y las NIC en función de la procedencia de los EC

Material y método

- Estudio prospectivo, analítico, longitudinal, de cohortes y observacional.
- Período: Del 10-XII-2012 al 31-I-2013, en una UCI de 10 camas.
- Población: todos los EC ingresados consecutivamente enla UCI.
- Criterios de exclusión: EC <16 a., EC quirúrgicos programados de insuficiente gravedad (reanimación), grandes quemados, documentación clínica no controlada y altas voluntarias.
- Procedencia de los EC: EC médicos (ECM), EC quirúrgicos electivos (ECQE) y (ECQU) quirúrgicos urgentes.
- NANDA 2012-2014, que incluyen 216 diagnósticos; que se agrupan en 12 dominios; a partir de los cuales se identifican y se extraen los diagnósticos específicos de enfermería intensiva.
- NIC cuarta revisión, que incluye 514 intervenciones, que se agrupan a su vez en 7 campos.
- Análisis estadístico: Contraste de medias y T de student.

Resultados

- EC totales: 76
- ECM: 31 (40,79 %)
- ECQE: 32 (42,11 %)
- ECQU: 13 (17,10 %)

	EC totales	ECM	ECQE	ECQU
	6579	2651	2758	1170
NANDA	6579	2651	2758	1170
- media	86,56	85,51	86,18	90,00
- DE	7,59	6,86	7,63	8,18
NIC	3685	1511	1526	648
- media	48,48	48,74	47,68	49,84
- DE	6,92	7,42	5,58	8,27
Comparación	NANDA	NIC	PR	
ECM –ECQE	NS	NS	NS	
ECM-EQU	P < 0,05	NS	NS	
ECQE-ECQU	P=0,07	NS	NS	

Comparación de medias NANDA NIC
ECM – ECQE NS NS
ECM- ECQU p < 0,05 NS
ECMQE-ECQU p = 0,07 NS

Conclusiones

- Los ECQU conllevan más NANDA que los ECQE y éstos, a su vez, más que los ECM.
- Los ECQU conllevan más NIC que los ECQE y que los ECM.

P104 - ID: 250

Control de la temperatura en el paciente crítico

Fernández Gutiérrez, M. L.; Crespo Serrano, M. D. M.; Piedra Sánchez, J.; Piñas Viñambres, P.; Gil Sendino, P.; Archilla Tirado, I.; Sánchez Ruiz, B.; Del Fresno Ramírez, S.
Fundacion Jiménez Díaz, Madrid

Objetivo

Dar a conocer las aplicaciones y beneficios de la hipotermia inducida.

Dar a conocer los distintos dispositivos para inducir la hipotermia.

Conocer e interpretar la monitorización de la temperatura durante la hipotermia.

Conocer las posibles complicaciones y los efectos secundarios y como prevenirlos.

Conocer los cuidados de enfermería durante dicho proceso.

Metodología

Los sistemas de mantenimiento de la normotermia e hipotermia inducida se dividen en:

1. No invasivos locales:
- Hielo local/paquetes de frío.
- Collarin de frio.
2. No invasivos:
- Manta de frío por convección.
- Baño frío.
- Mantas de hipotermia por conducción.
- Parches de hipotermia.
3. Invasivos locales:
- Catéter nasal
4. Invasivos sitémicos:
- Sueros frios (4ºC)
- Catéteres endovenosos.
- Catéteres peritoneales.

Intervenciones

En esta exposición hemos querido resaltar la necesidad del adecuado conocimiento por parte de enfermería de las distintas formas de mantenimiento de la normotermia así como los diferentes métodos para inducir la hipotermia.

Hemos observado que las principales aplicaciones de la hipotermia inducida son: Cirugía cardiaca, PCR (parada cardio respiratoria), disminución de la PIC (presión intra craneal), reducción de la respuesta inflamatoria.

Conclusiones

El tratamiento con hipotermia moderada (32-34ºC) es de gran utildad para la majoria de la situación crítica en pacientes con diversas patologias.

La enfermería representa un papel decisivo en el manejo de dicha técnica, tanto en los cuidados de los pacientes como en el enfriamiento,así como en el mantenimiento de forma homogénea del rango terapeútico de la temperatura y detección de las posibles complicaciones.

Se ha demostrado que un paciente con PCR recuperada sin el nivel de consciencia recuperado el tratamiento precoz con hipotermia inducida mejora hasta un 2,6% el posible daño cerebral.

Con el adecuado conocimiento de los distintos tipos de dispositivos mencionados anteriormente podemos asegurar una mejor calidad asistencial a nuestros pacientes en función de sus necesidades.

P105 - ID: 355

Protocolo de Monitorización de la Presión Intraabdominal por medio del kit AdViser® AutoValve®

Pérez Martínez, M. M.; Cembrero Zúñiga, A.; Santamaría González, A. M.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Objetivo

Describir el procedimiento de monitorización de la presión intrabdominal (PIA), a través de la presión intravesical, con sistema cerrado, por medio del kit AbViser® AutoValve®. Es una técnica realizada por los profesionales de Enfermería y tiene ventajas con respecto a otros métodos por tener menos complicaciones y bajo coste.

Metodología

Desarrollo de un protocolo que estandariza el uso del dispoitivo AbViser® AutoValve®. Se incluye en éste: introducción, indicaciones de aplicación, contrindicaciones, objetivo, personal, material y ejecución. Se adjunta al protocolo un esquema proporcionado en el kit, que facilita el rápido ensamblaje y manejo del mismo.

Intervenciones

Se procedera al purgado del sistema, y a su vez, éste se conectará a un transductor de presión. Se sondará al paciente según protocolo; y se ensamblará la válvula AbViser®, entre la sonda y el sistema cerrado de medición de orina. Si el paciente ya estuviera sondado, el ensamblaje se realizará en condiciones asépticas. Para la determinación de la presión intraabdominal, la posición será en decúbito supino. Se realizará el 0 y se colocará el transductor en la cresta ilíaca a nivel de la línea media axilar. Se girará la válvula AbViser® hasta la posición de “medida” y se infundirán 20 ml de suero fisiológico suavemente en la vejiga. Dejaremos que el sistema se equilibre y anotaremos la lectura de presión que aparece en el monitor al final de la espiración. De nuevo se colocará la válvula en la posición “drenaje” para que fluya la orina.

Conclusiones

Con la creación y puesta en marcha del protocolo sobre la utilización del sistema AbViser® AutoValve®, la monitorización de la PIA se ha simplificado, permitiendo un mejor y más rápido uso.

A su vez, al tratarse de un sistema cerrado, disminuye el riesgo de infecciones nosocomiales, evita el uso de agujas y reproduce los mismos resultados que los métodos convencionales.

P106 - ID: 460

Plan de cuidados individualizado en el paciente crítico con Hemorragia alveolar: Granulomatosis con Poliangeítis (Weneger)

Lospitao Gómez, S.; García Gálvez, M. D. M.; Medina Reina, A. M.; Pérez Gómez, S.
1. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

Objetivo

Elaboración de un plan de cuidados individualizado para un paciente con hemorragia alveolar (Granulomatosis con Poliangeítis).

Utilizar los patrones de respuesta humana, como guía de valoración en el cuidado del paciente crítico para permitirnos obtener una visión global en las diferentes fases de su evolución.

Metodología

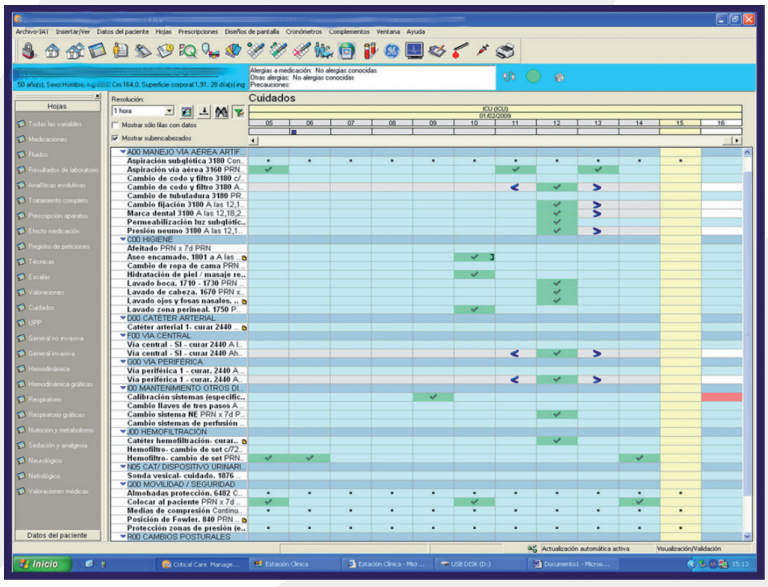
El plan de cuidados está enmarcado según las orientaciones de M. Gordon y utilizando la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Recogida de información clínica mediante la historia clínica informatizada a través obtenido del programa PICIS (programa de informatización de registros en el área de cuidados críticos) y la valoración enfermera al inicio del ingreso en UCI.

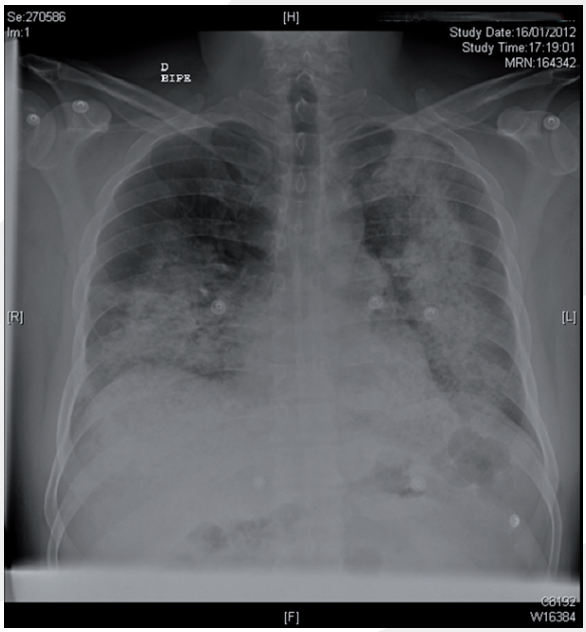
Intervenciones

Puesta en marcha del Plan de Cuidados individualizado para el paciente crítico con hemorragia alveolar (Granulomatosis con Poliangeítis). Las valoraciones fueron realizadas según los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Conclusiones

Los pacientes en estado crítico plantean una mayor complejidad en la planificación y aplicación metodológica de los Cuidados desde un enfoque integral. La situación clínica del paciente requirió que el plan de cuidados fuese evaluado de manera continua para llevar a cabo las oportunas modificaciones en las acciones con respecto a los objetivos marcados. Las intervenciones propuestas en el plan de cuidados fueron consecuentes, es decir, estuvieron relacionadas y fueron compatibles con el tratamiento y las acciones terapéuticas.





P107 - ID: 475

TIC y Rol Avanzado

Crespo Pérez de Albéniz, V.[1]; González Herrero, I.[1]; Incerra Torre, S.[2]; Pérez Félez, A.[1]; Fadrique Hernández, A.[1]; Pérez de Albéniz Anguís, A.[1]
1. Servicio Navarro de Salud, Pamplona; 2. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Objetivo

Presentar las técnicas de información y comunicación (TIC) y el papel de la Enfermera de Practica Avanzada (EPA), para que los usuarios, el personal sanitario, sean más eficaces y eficientes en sus cuidados

Facilitar la actualización continúa y la conciliación laboral y personal.

Revisar la evidencia en tic y rol avanzado en conjunto no encontrandose nada nos lleva a crear esta comunicación oral

Metodología

Tras realizar una busqueda bibliográfica en bases de datos se evidencia la escasa formación, información y complejidad de las mismas. Ello nos hace diseñar esta comunicación oral en la que cual se dará a conocer o explicar en conjunto, el nuevo formato de trabajo mejorando asi la eficiencia de los cuidados.

En este trabajo se determinará una parte de las herramientas 2.0 más representativas que pueden facilitar la comunicación entre la EPA y la enfermera de UCI

Realizado una busqueda bibliográfica en bases de datos nos hace ver la escasa formación e información y complejidad de las mismas, nos hace diseñar esta comunicación oral en la que cual se dará a conocer o explicar en conjunto, el nuevo formato de trabajo mejorando asi la eficiencia de los cuidados.

En la comunición oral se determinará una parte de las herramientas 2.0 más representativas que pueden facilitar la comunicación entre la EPA y la enfermera de UCI

Intervenciones

Comunicación oral explicativa donde se revisará los conceptos de EPA y las TIC

Conclusiones

Debido a la falta de tiempo y la mejora de la conciliación laboral y la vida personal-familiar las TIC son unas herramienta, potenciadora motivadora, muy interesante para mejorar la eficiencia de los cuidados de enfermería, siendo así un método de trabajo sincrónico (mensajería instantanea) o asincrónico (microblogging, blog, espacios virtuales de aprendizaje etc..), potenciando la transmision de informacion y creacion comunidades de aprendizaje, ampliando una profesion critica en busca de la excelencia

P108 - ID: 276

Fascitis necrosante por mordedura humana: caso clínico

Rodríguez Goncet, C.1; Barrasa Fernández de Velasco, M. T.2; Lucenilla Hidalgo, R.1; Sánchez Roldán, F.1; Ceballos Gallardo, O.1; Toro Romero, M. J.2
1. UCI HRT Virgen Del Rocío, Sevilla; 2. Samu, Sevilla

Introducción

La Fascitis Necrotizante (FN) es una infección poco habitual de los tejidos blandos, con afectación de tejido celular subcutáneo o fascia superficial que puede extenderse a la piel, fascia profunda e incluso músculo, con síntomas sistémicos graves, atribuido a Streptococo beta Hemolítico del grupo A también llamado Streptococo pyogenes (S. pyogenes) Presenta un alto índice de mortalidad, cuya evolución depende de un tratamiento antibiótico-quirúrgico precoz y adecuado.

Observación clínica

Paciente de 17 años que según historia clínica refiere mordedura casual humana a nivel de la rodilla derecha. Se inicia tratamiento antibiótico vía oral con mala evolución clínica presentando el paciente dolor intenso, mal estado general y síndrome febril.

Se realiza desbridamiento quirúrgico, se cambia a tratamiento endovenoso con mala respuesta.

Posteriormente es valorado por traumatología objetivándose miembro tumefacto, edematoso y aumento de la temperatura local.

Se realiza TAC y se diagnostica de fascitis necrosante y se procede a intervención quirúrgica.

Se aisla en lecho quirúrgico Streptococcus Pyogenes.

Ingresa en UCI observándose sangrado en sábana, valor de hematocrito bajo y coagulopatía, se decide reexploración en quirófano tras estabilización.

Durante su estancia precisa intubación y ventilación mecánica, politransfusiones de hemoderivados y aminas.

Las curas se realizan en quirófano.

Plan de cuidados enfermero

Se realiza plan de cuidados según taxonomía NANDA, NOC, NIC. Algunas de las intervenciones son: protección contra las infecciones, mantenimiento de vía aérea, mantenimiento de dispositivos venosos, valoración de la circulación periférica, etc.

Discusión

Las mordeduras representan un grave problema de salud, que deben ser abordadas desde la atención primaria, que en este caso fue llevada a cabo, pero aún así tuvo el paciente una evolución tórpida.

Conclusiones

La actualización de conocimientos es necesaria para hacer un abordaje multidisciplinar para preservar la vida del paciente, evitando posibles complicaciones y secuelas. La enfermería debe estar cualificada para tratar de forma integral todos los casos que lleguen a la unidad.

P109 - ID: 183

Cuidados oftalmológicos enfermeros al paciente crítico sedado con úlceras corneales

Urban Carmona, M. R.; Jiménez Fernández, J. C.; Quintero Hernández, I.; Mellado López, S.; Martin Castaño, C.; González Casal, M. L.; García Carnerero, F.; González Méndez, M. I.
H.U. Virgen del Rocio, Sevilla

Objetivo

Dar a conocer mediante protocolo los cuidados oculares a realizar en pacientes críticos sedados con úlceras corneales con objeto de favorecer la cicatrización correcta de la lesión evitando secuelas y/o complicaciones.

Metodología

Realización de un revisión bibliográfica sobre cuidados oculares a pacientes con lesiones oculares en unidades de cuidados críticos.

Intervenciones

Lavado de manos

Preparación material necesario

Higiene de manos y colocación de guantes

Colocar bajo la cabeza del paciente una empapadera protectora de humedad

Lavado de manos y colocación de guantes

Lateralizar la cabeza del paciente y limpiar la zona externa ocular (párpados y pestañas) con solución salina 0,9% y con gasas arrastrando cualquier secreción desde la zona interna a la externa del ojo. Utilizar gasas independientes para cada ojo

Instilar solución salina 0,9% con la jeringa en el globo ocular suavemente y en condiciones asépticas desde la zona medial a la externa del ojo

Limpiar el exceso de humedad en la zona externa del ojo

Nunca realizar fricción sobre la córnea con gasas, solo irrigar con solución salina para arrastrar cualquier tejido o secreción presentes en el interior del ojo

No retirar restos tisulares del interior del ojo con gasas ya que se trata de tejido de epitelización de la úlcera

Aplicar lágrimas artificiales que protegen la superficie ocular y promueven la regeneralción epitelial

Oclusión del ojo con apósito esteril para asegurar un cierre completo del mismo

Conclusiones

En las unidades de cuidados intensivos, los pacientes críticos sedados sufren una dificultad para realizar un cierre ocular completo pasivo, lo cuál puede favorecer junto a otros factores la aparición de lesiones corneales.

Protocolizar las técnicas de cuidados oculares en pacientes críticos sedados garantiza la seguridad del paciente y la aplicación de cuidados enfermeros de calidad.

La valoración ocular por parte de enfermeria en estos pacientes, es fundamental para prevenir y tratar precozmente y con calidad lesiones que pudieran producirse evitando secuelas posteriores.

P110 - ID: 265

Inmovilización y movilización de pacientes politraumatizados

Barrasa Fernández de Velasco, M. T.[1]; Rodríguez Goncet, C.[2]; Lucenilla Hidalgo, R.[2]; Sánchez Roldán, F.[2]; Ceballos Gallardo, O.[2]; Toro Romero, M. J.[1]

1. Samu, Sevilla; 2. UCI HRT Virgen Del Rocío, Sevilla

Introducción

El paciente politraumatizado (PLT) se nos presenta con una o varias lesiones traumáticas graves; producidas por una energía mecánica y que pueden comprometer la vida de éste o provocarle graves secuelas. La atención inicial llevada a cabo por los Equipos de Emergencias (EE) extrahospitalarios, comprende una exhaustiva valoración primaria y secundaria, y posterior traslado a centro útil. Dentro de estas intervenciones encontramos la inmovilización y movilización del PLT, cuyo fin será evitar la producción o agravamiento de lesiones durante la extracción y/o traslado.

Objetivos

Dar a conocer los diferentes dispositivos empleados por los EE para realizar una adecuada movilización e inmovilización del paciente PLT.

Material y método

Estudio descriptivo, llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica del asunto a tratar.

Resultados

Siempre se inmovilizará al paciente antes de movilizarlo. Como elementos inmovilizadores disponemos: collarines cervicales (tipo philadelphia, anula la flexo-extensión , no la lateralización); Férulas (de vacío, neumáticas, semirrígidas y de tracción, para lesiones de extremidades); Colchón de vacío (alinea columna cervical, dorsal y lumbar); férula tetracameral o “Dama de Elche” (evita la lateralización de la cabeza); body espinal (se usa para el rescate de víctimas atrapadas en vehículo, fija la columna evitando cualquier movilización de la misma durante la maniobra de extracción). Para movilizar al PLT utilizamos: Tabla larga o espinal (superficie plana, rectangular y rígida con aperturas laterales para colocar las correas de sujeción, el arnés tipo araña o la “Dama de Elche”); camilla de tijeras o cuchara o bivalva (consta de dos palas cóncavas y ancladas en sus extremos, telescópicas que nos permite regularla en longitud).

Conclusiones

En la atención inicial del paciente PLT se requiere de personal entrenado, coordinado y con conocimientos específicos. Estos profesionales deben estar familiarizados con su material además de comprobar su correcto manejo.

P111 - ID: 307

Características de los pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de nivel 2B

Sidera Domènech, L.; Molas Pla, M.; Planella Albí, È.; Castanera Duro, A.; Lorencio Cardenas, C.; García Cuesta, M. G.
Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Girona

Introducción

El traumatismo craneoencefálico (TCE) se define, como cualquier lesión o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica. Siendo actualmente la primera causa de muerte en adultos <45 años en países desarrollados, con un índice de mortalidad global en los centros hospitalarios de un 20-30%.

Objetivos

Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados de TCE ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de segundo nivel.

Material y método

Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo durante los años 2011-2012 en la UCI de 18 camas del hospital.

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 14 años ingresados en UCI diagnosticados de TCE durante el periodo de estudio. Se incluyeron variables sociodemográficas (sexo, edad) y clínicas (mecanismo de lesión, Glasgow (GCS) inicial, días de estancia en UCI, resultado al alta, escalas de morbimortalidad al ingreso (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) y Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II)).

Resultados

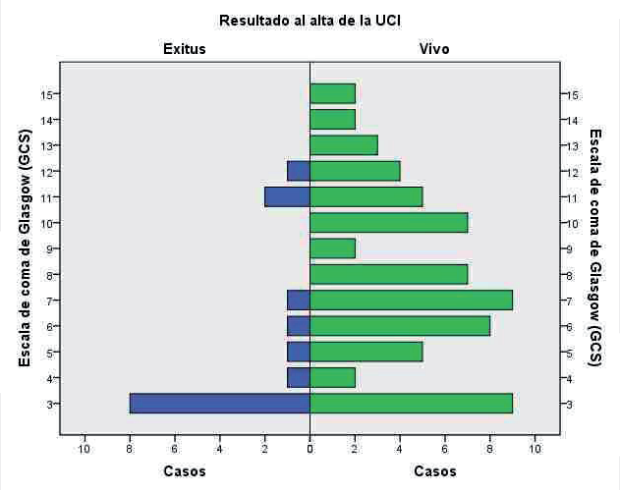
Se analizaron 80 pacientes, un 6% del total de admitidos en la UCI durante el periodo estudiado (n=1332), con una edad media de 48,1±20,5 años, el 75% fueron hombres. Al ingreso se registraron unas medias de: GCS: 7,4±3,5, APACHE II: 17,3±9,7, SAPS II: 49,9±15,7. Tuvieron una estancia media en UCI de 11,4±8,9 días y con una mortalidad del 18,8% (n=15).

Los mecanismos de lesión fueron: Caídas (50%), accidentes de tráfico (41,3%) y agresiones (8,8%). La mortalidad de los pacientes con GCS=3 al ingreso 47,1% a diferencia de los pacientes con GCS>3 11,1%.

Conclusiones

La causa predominante del mecanismo de lesión del TCE es la caída. Existe un predominio del sexo masculino mayores de 30 años.

Los pacientes diagnosticados de TCE con un Glasgow inicial de 3 al ingreso en UCI tienen una incidencia de mortalidad más alta que los pacientes con un Glasgow mayor de 3.



P112 - ID: 186

Cuidados de enfermería del sensor de neuromonitorización intraparenquimatoso en el paciente neurocrítico

Morato López, F.; Romero Ruiz, M.; Salgado Ubeda, L.; Rodríguez García, M. D. C.
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo

Conocer los cuidados de enfermería en el manejo de los pacientes neurocríticos con neuromonitorización intraparenquimatosa.

Metodología

Revisión sistemática de bibliografía actualizada y diferentes protocolos hospitalarios.

Intervenciones

- Las intervenciones enfermeras irán encaminadas a:
- Vigilancia de los signos de infección del punto de inserción del sensor
- Cura local del punto de inserción
- Vigilancia de posibles fugas de líquido cefalorraquídeo
- Cuidados del sensor durante el traslado intrahospitalario del paciente
- Manejo adecuado para evitar la salida accidental del sensor durante las movilizaciones del paciente
- Vigilancia de los parámetros de neuromonitorización y comunicación al facultativo de los cambios en los mismos
- Información y apoyo psicológico a la familia por el impacto visual del dispositivo
- Cuidados del cableado y aparataje de monitorización
- Registro de los parámetros de neuromonitorización

Conclusiones

La labor de enfermería como parte del equipo multidiscipinar es fundamental en la neuromonitorización del paciente neurocrítico al aplicar una serie de cuidados de calidad durante la manipulación del dispositivo y la vigilancia de parámetros, evitando así posibles complicaciones derivadas del sensor y de la propia patología, obteniéndose al mismo tiempo un registro adecuado.

P113 - ID: 187

Cuidados de enfermería del paciente en UCI tras la embolización cerebral

Romero Ruiz, M.; Morato López, F.; Jiménez Fernández, J. C.; Rodríguez García, M. D. C.
Hospital Virgen del Rocio, Sevilla

Objetivo

Conocer los cuidados de enfermería en el manejo del paciente neurocritico tras la realización de una embolización cerebral.

Metodología

Revisión sistemática de la bibliografía actualizada y protocolos de diferentes unidades.

Intervenciones

Los cuidados de enfermería en UCI tras la embolización cerebral de un aneurisma o una malformación arterio-venosa serán:

- Vigilancia neurológica horaria
- Valoración hemodinámica horaria
- Vigilancia del pulso pedio o radial del lado por donde se accedió a la arteria, así como el color, temperatura y sensibilidad.
- Comunicación al facultativo de cualquier complicación
- Vigilar la aparición de hematoma o sangrado por el punto de punción de acceso a la arteria.
- Decubito supino 24 horas con la cabeza en un ángulo igual o inferior a 30º.
- La pierna afectada se mantendrá estirada, visible y con taponamiento a presión (24h) en el punto de punción.
- Evitar maniobras de Valsalva
- Vigilar la aparición tardía de reacciones adversas al contraste
- Administración del tratamiento prescrito
- Cuidados de la piel, movilización frecuente del paciente en la cama y ejercicios de respiración profunda.
- Profilaxis de la trombosis venosa profunda
- Apoyo emocional al paciente y a su familia.
- Registro de las actividades realizadas

Conclusiones

La embolización de un aneurisma o una malformación arterio-venosa es una técnica menos agresiva que su clipaje quirúrgico, sin embargo no está exenta de complicaciones por lo que los cuidados y vigilancia por parte del personal de Enfermería, dentro del equipo multidisciplinar en una unidad de cuidados intensivos, es de crucial importancia dentro de las primeras 24 horas tras la intervención.

P114 - ID: 311

Atención integral al paciente politraumatizado grave en la unidad de Cuidados Intensivos: Plan de cuidados estandarizado de Enfermería.

Rodríguez Delgado, M. E.; García Garciolo, E.; García del Moral Martín, R.; Morales Laborías, P.; García Pertíñez, P.; Casares Cervilla, R.; Morales Laborías, M. E.; Díaz Castellanos, M.A.
UGC Cuidados Críticos y URG - AGS Sur de Granada, Motril. Granada

Objetivo

Construir e implantar herramientas para el razonamiento metodológico de los Cuidados de Enfermería al paciente politraumatizado grave en UCI polivalente de tercer nivel.

Metodología

Estudio descriptivo según modelo conceptual de Henderson, definiendo Rol de Colaboración con resto de integrantes del equipo y Asistencial de Independencia de Enfermería.

Uso de taxonomías internacionales NANDA, NOC, NIC y test clinimétricos de valoración.

Metodología grupal, mediante consenso de expertos, divulgación de resultados por sesiones clínicas en tramos horarios compatibles con el equipo.

Intervenciones

Listado estandarizado de ítems para valorar necesidades del paciente politraumatizado grave.

Agrupación de Diagnósticos de Enfermería más importantes y prevalentes consensuados, asociados a resultados esperados e indicadores de resultado para facilitar su evaluación, e intervenciones y actividades necesarias para su consecución.

Relación de problemas de colaboración e intervenciones para su resolución.

Conclusiones

El establecimiento de planes de cuidados permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática a través de un método científico, cubriendo necesidades de forma individualizada a un paciente que puede conllevar un alto grado de complejidad por la variedad y gravedad en lesiones que pueda presentar.

Permite detectar y corregir deficiencias en planes ya iniciados, especificando la responsabilidad del profesional y la temporalización de sus aplicaciones.

Pretende ayudar y orientar al personal de nueva incorporación.

Tras su implantación, surge la necesidad de evaluar indicadores de resultados quedando pendiente la inclusión de objetivos cualitativos que faciliten la formación y motivación del personal de la unidad.

P115 - ID: 455

Plan de cuidados estandarizado para el cuidado del paciente con estatus epiléptico persistente ingresado en una unidad de cuidados intensivos polivalente

Granero Giner, C.; Treso Geira, M.; Adell Ginovart, M. T.; Mauri Mauri, P.; Sogues Blanco, P.; Piñol Tena, A.
Hospital de Tortosa/ICS, Tortosa

Objetivo

FK es la tercera paciente que asistimos en menos de un año en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por diagnóstico de crisis epilépticas permanentes. Dado que no somos una unidad de referencia y la complejidad de la asistencia, decidimos crear un plan de curas per poder atender con la máxima calidad posible este tipo de pacientes.

- Elaborar un plan de cuidados estandarizado que ofrezca a los profesionales de enfermería los recursos necesarios para ofrecer unos cuidados de calidad al paciente ingresado en la UCI polivalente del Hospital de Tortosa (HTVC) con diagnostico de estatus epiléptico persistente.

Metodología

Para el diseño y elaboración de un plan de cuidados, hemos basado la valoración en las necesidades básicas de Virginia Henderson. Se han identificado los diagnósticos más prevalentes según la taxonomía NANDA, han sido establecidos resultados según la taxonomía NOC y se han propuesto intervenciones siguiendo la taxonomía NIC.

Intervenciones

1. NANDA: Patrón respiratorio ineficaz, NOC: Estado respiratorio, NIC: permeabilidad de las vías respiratorias.
2. NANDA: Perfusión tisular cerebral inefectiva, NOC: Perfusión cerebral, NIC Monitorización neurológica.
3. NANDA: Termorregulación ineficaz, NOC: Termorregulación, NIC: Regulación de la temperatura.

Conclusiones

El equipo de enfermería utiliza un proceso de toma de decisiones para determinar un diagnóstico enfermero, proyectar un resultado deseado y escoger unas intervenciones para conseguir un resultado deseado.

El uso e las interrelaciones NANDA-NIC-NOC nos ayudan a crear un plan de cuidados estandarizado que interfieren en la toma de decisiones.

Tener una guía para el cuidado de pacientes es vital para la profesión de enfermería.

P116 - ID: 528

Protocolo de manejo del drenaje intradural en cirugía de aórta torácica

Saboya Sánchez, S.[1]; Gallardo Culebradas, P.[2]; Fernández-Pinilla Sánchez, E. M.[1]; Camarero Jorge, E. M.[1]; Chávarri del Hoyo, I. C.[1]; Latorre Marco, I.[1]; Silva Obregón, A.[2]

1. Hospital Universitario Puerta Hierro-Majadahonda, Madrid; 2. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

Objetivo

La isquemia medular es una de las complicaciones más graves de los pacientes sometidos a cirugía de aorta. El drenaje intradural de líquido cefalorraquídeo (DLCR) puede disminuir el riesgo e incluso tratar dicha complicación. Nuestro objetivo es describir un protocolo de manejo de DLCR en cirugía de aorta torácica endovascular o abierta.

Metodología

Describimos las medidas que integra nuestro protocolo de enfermería, elaborado tras revisión bibliográfica y consensuado por el equipo de cuidados intensivos

Intervenciones

Cuidados intraoperatorios:

- Inserción de catéter intradural a nivel L3-L5 (Línea de Tuffier o Jacoby), y conexión a sistema de DLCR.
- Monitorización continua y drenado si Presión intradural (PID) > 10 mmHg.

Vigilancia del DLCR en UCI:

A) Calibración:

- El nivel “Cero” corresponde con el punto de inserción del catéter intradural.
- Ajuste de cámara de goteo al umbral de PID de drenado: 10 mmHg (12-15 mmHg una vez se objetive movilidad de miembros inferiores).
- Monitorización continua de la PID o drenado continuo según criterio médico.

B) Mantenimiento:

- Calibración y verificación de altura de cámara de goteo por turno.
- En caso de precisar movilización:

1) Si está drenando, cerrar la llave de drenado para evitar drenado brusco o entrada de aire en el sistema.

2) Al finalizar, realizar nuevo cero y confirmar altura de la cámara de goteo según umbral de PID establecido.

- Las llaves de paso no deben ser manipuladas salvo extrema necesidad y siempre bajo condiciones de máxima esterilidad.

C) Retirada:

- Habitualmente 48-72h, según evolución del paciente.
- Previo a su retirada, verificar riesgo de sangrado.
- Pinzar el drenaje comprobando que no se produzca un síndrome neurológico.

Conclusiones

La unificación de cuidados de este sistema permite disminuir el riesgo de isquemia medular así como las posibles complicaciones derivadas del uso de dicha técnica.

P117 - ID: 363

Enfermería y *Guillain-Barré* en UCI (unidad de cuidados intensivos). A propósito de un caso

Muñoz Arranz, E.; Román López, M. D. M.
HULAMM, San Javier, Murcia

Introducción

El Síndrome Guillain-Barré es un conjunto de síntomas producidos por cambios inflamatorios y degenerativos de las raíces nerviosas periféricas y craneales. A menudo precedido por una infección vírica, con síntomas parecidos a la gripe, o aparece tras inmunizaciones. Normalmente comienza por una debilidad muscular en piernas pudiendo incluso llegar a desarrollarse una insuficiencia respiratoria. El pronóstico depende de la gravedad de los síntomas y hasta el momento no existe cura definitiva; el tratamiento de elección es la administración de inmunoglobulinas y sesiones alternas de plasmaféresis.

Observación clínica

Mujer de 66 años sin antecedentes de interés que ingresa en UCI por debilidad en piernas y en menos medida en brazos, previamente sufrió proceso de faringitis tratada con Amoxicilina, leve elevación de proteínas en LCR (líquido céfalo raquídeo), glucorraquia normal, disfonía, pupilas normales, debilidad facial izquierda leve. Abolido reflejo nauseoso derecho. Necesitó de VMNI (ventilación mecánica no invasiva) al ingreso.

Plan de cuidados enfermero

Aplicando los patrones funcionales de Marjory Gordon y el modelo de Callista Roy, se estableció un plan de cuidados enfermeros con la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Discusión

La elevada prevalencia de esta no muy común enfermedad nos obligó a reconducir nuestros cuidados para conseguir una rápida mejoría, con el añadido de la realización de Plasmaféresis que fue llevada a cabo por el personal de enfermería de UCI (no existe Servicio de Nefrología en el Hospital).

Conclusiones

Dada las complicaciones inherentes al Síndrome estudiado, nos fue de gran ayuda planificar y ordenar las intervenciones enfermeras, coordinar y a su vez personalizar los cuidados enfermeros, mejorando la calidad de nuestro trabajo y prestando la mejor asistencia. De esta forma se establece un sistema de control de los costes generados por Enfermería demostrando su aportación al Sistema Sanitario.

El resultado fue muy satisfactorio y actualmente la paciente es autónoma en sus actividades básicas de la vida diaria.

P118 - ID: 551

Politraumatismo en UCI

Cordero Rivera, V.
Hospital Germans Trias I Pujol, Barcelona

Introducción

El paciente politraumatico, es aquel que presenta afectación de varios órganos como consecuencia de un traumatismo con lesiones que comprometen la vida.

Observación clínica

Hombre 39ª, ingresa en Cuidados Intensivos tras accidente de moto, politraumatismo alta energía. Llegada del SEM (Emergencias medicas), GCS 14, pupilas mióticas isocóricas. Fracturas abiertas, pelvis inestable, traumatismo craneal y signos de shock hemorrágico, se procede a intubación orotraqueal, inmovilización, fijación y traslado al hospital. Persistencia de shock, a pesar de hemoderivados y drogas vasoactivas, traslado a quirófano para fijación pélvica.

Arteriografía evidencia sangrado de arteria. Hipogástrica, que se emboliza.

Escáner: múltiples fracturas costales, contusiones pulmonares, pelvis catastrófica, hemoperitoneo, ruptura cuello vesical, lesión uretral, desgarro glúteo perineal.

Plan de cuidados enfermero

Gestión del caso utilizando lenguajes estandarizados.

Politraumático grave con todas las necesidades básicas alteradas, que requiere gran numero de intervenciones de Enfermería para evaluar riesgos asociados, planificar y ejecutar cuidados. Estas alteraciones y riesgos abarcan desde alteraciones respiratorias, con riesgos de infección, aspiración y limpieza ineficaz de vias aéreas. Deterioro de la integridad cutánea y tisular, de movilidad física, alteración de la nutrición, eliminación, higiene y estado de la piel. alteración del patrón de sueño, riesgo de dolor, impotencia, afrontamiento ineficaz, riesgo de síndrome postraumático.

Discusión

Se programan y realizan cuidados de Enfermería, priorizando tratamientos.

Se evita la aparición de úlceras por presión, sobreinfecciones respiratorias y dolor por curas cruentas. Adaptación al destete, estabilidad hemodinámica, disminución de la ansiedad y adaptación a la enfermedad.

Conclusiones

Una óptima atención inicial garantiza la supervivencia inmediata.

Una correcta gestión es imprescindible en el manejo del paciente politraumático.

La planificación y ejecución de cuidados de enfermería, evita riesgos y complicaciones concomitantes a la enfermedad, mejorando las secuelas.

P119 - ID: 118

Opinión de los médicos frente a la de enfermería con respecto al manejo de la analgesia, sedación y delirio del paciente crítico

Frade Mera, M. J.; Alted López, E.; Sánchez Izquierdo, J.A.; Montejo González, J. C.
Hospital 12 de Octubre, Madrid

Introducción

Para alcanzar un nivel de analgosedación óptima es necesario el trabajo en equipo y la comunicación fluida entre médicos y enfermeras.

Objetivos

Comparar la opinión que enfermeras y médicos tienen sobre el manejo de la analgosedación y delirio del paciente crítico y el papel de enfermería en esta práctica.

Material y método

Estudio observacional analítico transversal realizado en cuidados críticos, abril-noviembre 2011 enfermería del área de críticos y noviembre 2012 médicos intensivistas. Se entregó cuestionario de elaboración propia. Se utilizó chi2, significación $p<0,05$.

Resultados

Respondieron el cuestionario 131 enfermeras y 28 médicos intensivistas, (21 médicos adjuntos y 7 médicos residentes). Edad media 36±10,5años, experiencia en intensivos 10±9años. La categoría profesional influyo significativamente coincidiendo en las siguientes cuestiones: valoración normalizada con herramienta validada del grado de sedación ($p=0.019$) y de la presencia de delirio ($p=0,04$), existencia de protocolo de sedación ($p<0,001$) y protocolo de analgesia ($p=0,002$), participación de enfermería en ajuste de dosis sedantes siguiendo un protocolo ($p=0,015$), capacitación de enfermería para identificar y valorar delirio ($p<0,043$), necesidad de formación de las enfermeras sobre el uso de herramientas de valoración ($p<0,001$) y la implementación de un protocolo de analgosedación guiado por enfermería aumenta su capacidad de trabajo y autonomía ($p=0,011$). Discrepando en: evaluación diaria del objetivo de sedación ($p=0,001$), información ante sobresedación por parte de enfermería ($p=0,002$) y ajuste de analgesia independientemente de sedación ($p=0,017$).

Conclusiones

Enfermeras y médicos coinciden en la ausencia actual de protocolos que normalicen estas prácticas. Su normalización nos permitirá establecer objetivos comunes de analgosedación, mejorando la comunicación y el trabajo de equipo.

P120 - ID: 345

Vía intravenosa directa. Un viejo conocido para la reducción de costes

Puebla Martín, A.; Vázquez Rodríguez-barbero, I.; Ambrós Checa, A.; Pérez Serrano, R.; Ibáñez García, S.; del Fresno Sánchez, M. D. M.
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

Introducción

En muchas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se ha establecido habitualmente, administrar en perfusión intermitente diversas medicaciones, que según su ficha técnica, pueden administrarse vía intravenosa directa (IVd).

Objetivos

Describir la estrategia de incorporación a la práctica habitual de la administración por IVd de medicamentos de elevado consumo.

Estimar el impacto asociado en el consumo de recursos.

Material y método

En octubre de 2011 se obtuvo un listado de fármacos administrados vía intravenosa (IV) cuyo consumo durante 2010, fue superior a 1.000 unidades.

Tras una revisión bibliográfica se seleccionaron los que pueden administrarse seguramente por vía IVd central y periférica, normalmente administrados en perfusión intermitente. Se elaboró una tabla incluyendo: reconstitución e instrucciones para administrar el fármaco por vía IVd.

Durante cuatro semanas, se administró a los pacientes por vía IVd la medicación prescrita incluida en la tabla, registrando:

Fármaco administrado,

Tiempo empleado: preparar-administrar dosis farmacológica.

Reacciones adversas relacionadas con la vía.

Resultados

39 fármacos de administración IV tuvieron un consumo superior a 1000 unidades/año. Se incluyeron 12 en el estudio: pantoprazol, metoclopramida, hidrocortisona, metilprednisolona, dexametasona, fitomenadiona, amoxicilina-clavulánico, piperacilina-tazobactam, meropenem, colistimetato, furosemida.

Durante el periodo de estudio, enfermería administró 117 dosis farmacológicas IVd. El tiempo medio empleado 6,5 minutos por preparación-administración por dosis, frente a la práctica habitual, 22,5 minutos.

No se detectaron reacciones adversas relacionadas con la vía administrada.

Aplicando informática de gestión de la farmacoterapia, se realizó un cálculo teórico del ahorro directo considerando sistemas y sueros de infusión alcanzando 28.000 euros/año en UCI, un 2,5% de su gasto en farmacia.

Conclusiones

La vía IVd puede ser una opción segura y eficiente para reducir costes al administrar fármacos intravenosos.

La aplicación de programas de colaboración entre los servicios de Farmacia y UCI, donde enfermería esté implicada, puede constituir una importante medida de eficiencia y uso racional de los recursos.

P121 - ID: 113

¿Qué opinan los médicos del manejo de la analgesia, sedación y delirio del paciente crítico y del papel de enfermería en esta práctica?

Frade Mera, M. J.; Alted López, E.; Sánchez Izquierdo, J.A.; Montejo González, J. C.
Hospital 12 de Octubre, Madrid

Introducción

En muchas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se ha establecido habitualmente, administrar en perfusión intermitente diversas medicaciones, que según su ficha técnica, pueden administrarse vía intravenosa directa (IVd).

Objetivos

Describir la estrategia de incorporación a la práctica habitual de la administración por IVd de medicamentos de elevado consumo.

Estimar el impacto asociado en el consumo de recursos.

Material y método

En octubre de 2011 se obtuvo un listado de fármacos administrados vía intravenosa (IV) cuyo consumo durante 2010, fue superior a 1.000 unidades.

Tras una revisión bibliográfica se seleccionaron los que pueden administrarse seguramente por vía IVd central y periférica, normalmente administrados en perfusión intermitente. Se elaboró una tabla incluyendo: reconstitución e instrucciones para administrar el fármaco por vía IVd.

Durante cuatro semanas, se administró a los pacientes por vía IVd la medicación prescrita incluida en la tabla, registrando:

Fármaco administrado,

Tiempo empleado: preparar-administrar dosis farmacológica.

Reacciones adversas relacionadas con la vía.

Resultados

39 fármacos de administración IV tuvieron un consumo superior a 1000 unidades/año. Se incluyeron 12 en el estudio: pantoprazol, metoclopramida, hidrocortisona, metilprednisolona, dexametasona, fitomenadiona, amoxicilina-clavulánico, piperacilina-tazobactam, meropenem, colistimetato, furosemida.

Durante el periodo de estudio, enfermería administró 117 dosis farmacológicas IVd. El tiempo medio empleado 6,5 minutos por preparación-administración por dosis, frente a la práctica habitual, 22,5 minutos.

No se detectaron reacciones adversas relacionadas con la vía administrada.

Aplicando informática de gestión de la farmacoterapia, se realizó un cálculo teórico del ahorro directo considerando sistemas y sueros de infusión alcanzando 28.000 euros/año en UCI, un 2,5% de su gasto en farmacia.

Conclusiones

La vía IVd puede ser una opción segura y eficiente para reducir costes al administrar fármacos intravenosos.

La aplicación de programas de colaboración entre los servicios de Farmacia y UCI, donde enfermería esté implicada, puede constituir una importante medida de eficiencia y uso racional de los recursos.

P122 - ID: 182

Valoración de las causas que alteran el sueño nocturno de los pacientes en la unidad coronaria

Ramos Rodríguez, J. M.; Gómez Diego, M.; Ávila Cubillo, A.; Mendoza Delgado, M. D.; Bohollo de Austria, R.
Hospital del SAS de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), el cuidado de enfermería se ha fundamentado principalmente en satisfacer principalmente procesos fisiológicos, discriminando otras necesidades que no sólo tienen un componente fisiológico, sino emocional, como lo es el sueño. El profesional de enfermería debe minimizar dichos factores para que los pacientes no modifiquen su patrón de sueño habitual y de esta manera facilitarles el descanso nocturno.

Objetivos

Identificar las causas que alteran el sueño nocturno de los pacientes ingresados en una UCI coronaria.

Material y método

Estudio descriptivo realizado en la UCI de coronarias del Hospital de Jerez de la Frontera. El estudio engloba dos fases: pilotaje inicial y trabajo de campo con cuestionario de 10 ítems que identifican aspectos que pudieran influir en la calidad y tipo de sueño de estos pacientes.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que ingresen y que permanezcan al menos 24 horas en la UCI coronaria, con independencia del diagnóstico de ingreso.

Criterios de exclusión: Pacientes con deterioro cognitivo, que hayan recibido ventilación mecánica (invasiva o no invasiva), o con bajo nivel de conciencia.

Resultados

El 60.4% de los pacientes considera que el ruido nocturno que hay en la unidad no afecta a su descanso. Dentro de los ruidos más molestos, identifican los que proceden del control de enfermería (20.8%), destacando los movimientos de aparatos (17%). Dentro del box, han identificado a las alarmas, como los ruidos más molestos (32.1%). Otros factores estudiados como, la intensidad de la luz, o posición del catéter endovenoso ejercen escasa influencia.

Conclusiones

En general, no queda claro que los pacientes perciban una UCI coronaria como un entorno desfavorecedor de un patrón adecuado de sueño. Sin embargo, se identifican factores correctores, pudiéndose plantear estrategias e intervenciones que mejoren la calidad del descanso en estos pacientes.

P123 - ID: 137

Cuidados del paciente crítico sometido a monitorización del bloqueo neuromuscular con monitor TOF

Quintero Hernández, I.; Jiménez Fernández, J. C.; Mellado López, S.; Rodríguez Lozano, C.; García Carnerero, F.; Rodríguez Camilleri, M.; Martin Castaño, C.; González Casal, M. L.
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo

Describir la técnica y utilidades de la monitorización del bloqueo neuromuscular con monitor TOF en pacientes críticos sometidos a relajación muscular en perfusión continua.

Metodología

Para elaborar el protocolo, hemos llevado a cabo una revisión sistemática de bibliografía actualizada.

Intervenciones

Consiste en aplicar sobre un nervio motor periférico, por medio de un neuroestimulador, cuatro impulsos consecutivos supramáximos y valorar la magnitud de la respuesta muscular a dichos estímulos. Se suele utilizar el nervio cubital y se observa la respuesta motora del nervio aductor del pulgar. Para ello debemos:

1. Lavarnos las manos.

2. Preparar la piel con alcohol.

3. Colocar los electrodos en la superficie anterior e interna de la muñeca:

- Un electrodo en cara interna de la muñeca aproximadamente a1 cm. del pliegue de la muñeca.

- Un electrodo a 2-3 cm. proximal al primero.

4. Colocar el clips del neuroestimulador en el electrodo.

5. Separar el pulgar del paciente con dos dedos.

6. Presionar el interruptor del TOF en el neuroestimulador y sentir el movimiento del pulgar.

La cuantificación de la respuesta obtenida nos permite determinar el grado de relajación máxima. La respuesta normal son cuatro contracciones de igual fuerza. Una sola respuesta en el TOF implica un 90% del bloqueo neuromuscular.

Conclusiones

La monitorización del bloqueo neuromuscular con monitor TOF es útil para ajustar la dosis de relajante muscular en pacientes críticos sometidos a relajación muscular en perfusión continua.

P124 - ID: 25

Evaluación de la efectividad de una pauta standar de analgesia en el postoperatorio inmediato de Cirugía Cardíaca

Fernández Gómez, J.; Zabalo, M.; Reviejo, K.; Alegre, M.; Jiménez, A.; Carrancho, A.; Ros, B.; Vila, S.; Pereira, J.; Lorenzo, F.; Zarautz, A.
Policlínica Gipuzkoa, San Sebastián

Objetivo

El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad de la pauta analgésica utilizada en UCI en el postoperatorio de cirugia cardiaca, basándonos en la intensidad del dolor medido a través de la escala analógica visual (EVA) en las primeras 24 horas del postoperatorio

Metodología

Estudio observacional prospectivo de 50 pacientes intervenidos de Cirugía Cardíaca entre el 1 de diciembre y el 15 de enero.

VARIABLES: Sexo, edad, tipo de cirugía realizada, pauta analgésica inicial, dolor a las 6-12-18 y 24 horas postcirugia, analgesia de rescate a las 6-12-18 y 24 horas postcirugía.

ANALISIS: SPSS 20.0 para Windows.

Intervenciones

El estudio se realizó a 50 pacientes, 18 mujeres y 32 hombres, en un rango de edad 35:91. 12 fueron cirugías coronarias (24%), 23 valvulares (46%) 7 valvulares con pontajes (14%) 5 valvulas aórticas percutaneas (10%) y 3 de otro tipo (6%). 37 cirugías del total tuvieron como analgesia inicial perfusión para 24 horas de 8g. de Metamizol (74%). Las 13 restantes, Paracetamol 1g. ev c/6h (26%).

Se adjunta la tabla de los resultados de la EVA dividido por horas postIQ, agrupando los porcentajes en rangos de 0-3, 4-7 y 8-10 puntos. También se adjunta la tabla donde se recoge el tipo de analgesi a que administró en caso de dolor en los diferentes intervalos horarios postIQ.

Conclusiones

*La pauta analgésica propuesta es adecuada para el tratamiento del dolor en la mayoria de los pacientes.

*Es necesario contemplar la analgesia de rescate en los protocolos ya que cada paciente puede tener un dintel y una respuesta diferente a los analgésicos.

*En función de los resultados obtenidos, es probable que en los pacientes que requieren analgesia de rescate de forma precoz haya que integrar el rescate en la pauta estandar.

*La elección de una correcta analgesia postoperatoria es clave para el desarrollo de una buena y efectiva recuperación funcional postoperatoria.

AVA	6h post-IQ	12h post-IQ	18h post-IQ	24h post-IQ
0-3	74%	82%	78%	82%
4-7	22%	16%	20%	16%
8-10	4%	2%	2%	2%

ANALGESIA DE RESCATE	0-6h post-IQ	6-12h post-IQ	12-18h post-IQ	18-24h post-IQ
Si	20%	16%	24%	12%
Medicacion				
Dexketoprofeno	12%	12%	12%	4%
Paracetamol	4%	2%	12%	6%
Dexketoprofeno + Fentanilo (bolo)	4%	2%	0%	2%

P125 - ID: 424

Valoración del dolor al ingreso en los registros de enfermeria en UCI

Bancó Tura, L.; Alonso León, N.; Sist Viaplana, X.; Salcedo Lambea, I.; Martínez Cuenca, L.; Jova Sarduy, M.
Hospital General de Granollers, Granollers

Introducción

Uno de los indicadores más relevantes en el confort de los pacientes ingresados en las UCIs es la percepción de dolor. En el Hospital General de Granollers se ha hecho un seguimiento del registro según escala EVA para aumentar la calidad asistencial y mejora del cuidado de los pacientes.

Objetivos

1-Conocer el cumplimentación del registro del dolor en UCI.

2- Identificar el grado de dolor de los pacientes ingresados en UCI.

3- Proponer acciones de mejora para potenciar la cumplimentación de los registros y aumentar la calidad asistencial.

Material y método

Estudio descriptivo observacional retrospectivo.
Muestra: n=68 (pacientes de UCI)
Variables: Genero, Edad, Proceso, Registro dolor al ingreso, Complementación por turno, Registro dolor según EVA, Grado máximo de dolor, Registro administración analgesia.
Período de observación: 16/10/12; 17/10/12; 22/10/12; 23/10/12; 25/10/12; 10/12/12 y 17/12/12.
Método: observación directa de registros enfermería y descripción acciones de mejora.

Resultados

CONTROL DEL REGISTRO DEL DOLOR EN UCI									
Fecha de observación	Cumplimentación del registro del dolor			Se ha registrado el grado de dolor según Escala EVA?	Puntuación más alta de dolor registrado en 24 h	Se ha administrado analgesia durante las 24 h	Registro del dolor en el momento del ingreso		Total observaciones
	TM	TT	TN	SI		SI	SI	NO PROCEDE	
16/10/2012	4	3	5	6	4	7	4	4	9
22/10/2012	1	2	0	3	0	5	3	4	9
23/10/2012	1	1	2	2	2	3	3	4	10
25/10/2012	7	5	5	8	8	4	3	4	10
17/11/2012	3	6	6	4	6	8	6	4	10
10/12/2012	2	1	0	1	0	6	2	5	10
17/12/2012	3	4	4	3	10	6	4	5	10

Acciones mejora:

- Difusión resultados al personal UCI.
- Sensibilización importancia registres.
- Realizar cortes periódicos para su seguimiento.

Conclusiones

Se evidencia que todavía hay que incidir en la utilización de la EVA. Aunque la complementación aumenta con EVA's elevadas, concluyendo que enfermería tiene presente que es un valor importante para el cuidado. La limitación del estudio, por ser descriptivo y con baja muestra, evidencia la importancia de mantener un seguimiento periódico para la reevaluación de los resultados.

P126 - ID: 468

Relación entre la manifestación de clínica parasimpática y la pósterior reacción vasovagal en los pacientes sometidos a anestesia locorregional

Taramon Costarrosa, C.[1]; Taramon García, S.[2]
1. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; 2. Hospital Plató, Barcelona

Introducción

El paciente post-quirúrgico se encuentra en estado de riesgo,sobretodo en el postoperatorio inmediato,por el estrés fisiológico y las propias complicaciones potenciales que se puedan derivar de la propia cirugía.

Las enfermeras de atención al paciente crítico deben de ser experimentadas y con un buen criterio;una buena observación y el saber detectar signos predictivos de posibles complicaciones,es uno de los objetivos más importantes para poder ser eficiente y responsable.

Objetivos

El objetivo es demostrar la relación de tener una reacción vasovagal en personas que han sido intervenidas con anestesia locorregional,que sufren una posterior reacción vasovagal con la manifestación de síntomas del Sistema Nervioso Parasimpático(SNP) previos y por tanto predictivos.

Material y método

Los datos han sido recogidos en una parrilla de observación. La recogida se ha llevado a cabo a lo largo de 4 meses en la unidad de reanimación diferentes turnos diurnos, con horarios comprendidos entre las 7h y las 18h. La muestra ha sido escogida entre 200 pacientes en total, y han sido escogidos estrictamente al azar,un total de 24 pacientes que cumplen los criterios de inclusión.

El análisis estadístico se trata de un estudio de cohortes,y además,hemos realizado un estudio de χ^2 entre las 2 variables planteadas.

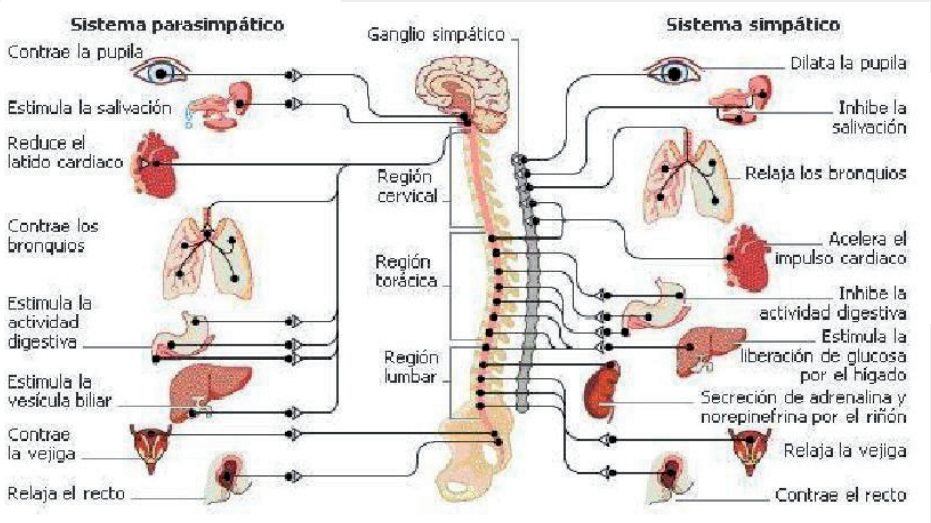
Resultados

Estudio de cohortes

Calculamos la incidencia de expuestos y de no expuestos
Comparamos las 2 incidencias,el Riesgo relativo RR=4,125
La probabilidad de tener una reacción vasovagal de las personas que presentan síntomas del SNP es 4,125 veces mayor a las personas que no presentan clínica del SNP.

Estudio de x2

Como x2 problema>x2 tabla -- No podemos aceptar H0 y aceptamos H1.Son datos dependientes con un χ=0.05
Hay diferencias significativas entre la manifestación de una reacción vasovagal y la manifestación previa de sintomatología propia del SNP. Son variables dependientes,hay relación entre ellas.



Conclusiones

El hecho de presentar clínica de SNP es dependiente del hecho de ser predictivo de una inmediata o poco tardía reacción vasagal.

La prevención de las complicaciones potenciales es un factor propio de la eficiencia profesional sanitaria.

P127 - ID: 301

Utilización de Índice Biespectral (BIS) como guía para la sedación en pacientes críticos

Ruiz Soriano, J.
Hospital de Torrevieja, Torrevieja

Objetivo

La sedación y analgesia es primordial en el tratamiento global del paciente crítico, especialmente cuando se encuentra en ventilación mecánica. Es fundamental facilitar confort, calmar el dolor y la ansiedad del paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Mediante el Índice Biespectral (BIS) buscamos obtener un parámetro objetivo que nos permita mantener una sedación adecuada en pacientes con sedación profunda.

Metodología

El sistema (BIS) es un parámetro derivado del electroencefalograma (EEG) que se correlaciona con la profundidad de sedación y pérdida de la conciencia. Precisaremos de un sensor BIS (sistema de electrodos adhesivos), cable interfaz del paciente (PIC), que trasmite el registro desde el sensor hasta el convertidor de señal, donde se recibe, amplifica y digitaliza la señal del EEG para su procesamiento y análisis, y el monitor para visualizar el valor BIS.

Intervenciones

Para su correcto funcionamiento se realiza limpieza de la zona. Se coloca el sensor sobre la frente, que consta de cuatro electrodos, evitando zonas con lesiones cerebrales. Una vez colocados presionamos los bordes del sensor asegurando su correcta adhesión. Se conecta el sensor al cable del monitor y se ejecutan los análisis de diagnostico del aparato. Una vez analizado la pantalla nos indicará el valor.

Conclusiones

La monitorización de la sedación con el sistema BIS permite identificar y corregir situaciones de sobresedación, evitando retrasos en el despertar, prolongación de la ventilación mecánica invasiva, mayor riesgo de delirio y costes sanitarios, entre otros. Y de sedación insuficiente asegurando mayor confort y adaptación del paciente.

P128 - ID: 561

Control de sedoanalgesia en cuidados intensivos

Martínez Català, G.; Inat Carbonell, J.; Díaz Belinchón, A.; Adalid Illueca, J.; Coll García, N.
Hospital Clínico Universitario Valencia, Valencia

Objetivo

INTRODUCCION: El dolor está presente en una gran mayoría de los pacientes de cuidados intensivos (UCI). El control del mismo mediante la analgesia y sedación es fundamental para: el confort del paciente, facilitar las tareas de cuidado, reducir el estrés, la ansiedad y el delirio, el destete de la ventilación mecánica y disminuir la estancia hospitalaria. La analgesia y la sedación óptimas son difíciles de conseguir en pacientes críticos, por las disfunciones orgánicas, comorbilidades e interacciones medicamentosas.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sobre analgesia y tipos de sedación en UCI.

Metodología

Revisión de las causas del dolor, métodos para valorar la intensidad del mismo, monitorización e interrupción diaria de la sedación y los fármacos utilizados para el tratamiento.

Intervenciones

Las escalas y la observación clínica permiten distinguir si la sedación es insuficiente, adecuada o profunda. Sin embargo, son insensibles para los grados profundos de sedación.

Actualmente, el método más extendido para medir el nivel de sedación, es el análisis biespectral (BIS®) que, proporciona una medida directa del efecto hipnótico, permitiendo la monitorización continua y el ajuste de la dosis durante el proceso de sedación.

Conclusiones

Establecer un protocolo consensuado de administración y monitorización de analgésicos y sedantes.

Los objetivos de sedación deberán ser definidos al inicio de la terapéutica y revisados de forma regular, idealmente al menos una vez por turno.

Es importante la realización de analgesia antes de la sedación y la elección de fármacos, para evitar la sobresedación. Una deficiente ratio enfermera/paciente, sobrecarga de trabajo e induce a mantener al paciente excesivamente sedado, puesto que es más fácil controlar a un paciente profundamente sedado que a un paciente ventilado y despierto.

Los fármacos más utilizados son la morfina, el fentanilo, el midazolam y el propofol.

P129 - ID: 133

Protocolo de valoración del nivel de sedación y dolor en pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM)

Ciuró Cerezo, L.; Robles Irigoyen, J.; Garcerán Rodríguez, C.
UCI, Benálmadena. Málaga

Objetivo

En pacientes inconscientes se objetiva el dolor a través de signos indirectos como lagrimeo, taquicardia, midriasis, hipertensión arterial (HTA), como consecuencia de la hiperactividad simpática producida por el dolor, sin embargo antes de aumentar la dosis de analgesia habría que descarta otras causas capaces de producir una clínica similar.

Se necesitan, por tanto, protocolos que detecten con fiabilidad los cuadros de dolor y que valoren la naturaleza e intensidad del mismo en pacientes que no pueden comunicarse al estar sedados.

Metodología

Nosotros utilizaríamos la Escala de Payen et que consta de tres items: expresión facial, extremidades superiores, sincronía con el respirador, obteniendo una puntuación que indica el grado de dolor del paciente y la necesidad de comenzar o aumentar analgesia según pauta y la Escala RAMSAY, validada por estudios que han demostrado su eficacia y que es aplicada por el personal de enfermería a pie de cama. La valoración se hace sobre seis ítems: Ansioso y/o agitado, Cooperador, orientado y tranquilo, responde a la llamada, dormido con respuesta rápida a la luz o al sonido, respuesta lenta a la luz o al sonido, no hay respuesta, con esta valoración sabremos el grado de sedación del paciente y la necesidad de aumentar o disminuir sedación.

Intervenciones

Obtenidos los valores según nuestra escala, veremos el nivel de sedación al que está sometido el paciente y a su vez podremos valorar a través de los signos indirectos el grado de dolor que puede tener el paciente actuando de manera correcta.

Conclusiones

Estas escalas tienen las habilidades de detectar cambios en el nivel de dolor asociados a las prácticas rutinarias que se realizan en UCI y a su vez, ver el grado de sedación.

La valoración y el registro del dolor y sedación por parte del personal de enfermería es una herramienta fundamental para proporcionar un cuidado individualizado desde perspectivas profesionales, legales y ética

P130 - ID: 481

Análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ante la inadecuada concilación de la medicación en una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente

García Verdejo, J. A.; Bustamante Munguira, E.; Becerril Moreno, F.; Merino de Cos, P.; Pérez Espuelas, S.; Montoya Mira, M.; Ros Martínez, M.; Bartual Lobato, E.; Mazuecos Reche, A.; Chito Villa, B.; Cano Ocon, I. M.
Hospital Can Misses, Ibiza

Introducción

Error de conciliación es cualquier discrepancia no justificada en el tratamiento farmacológico. En nuestra UCI se realizó un estudio prospectivo explorando la prevalencia de errores de conciliación de medicación, detectándose 42 durante dos meses. Dentro del Plan de Gestión de Riesgos se identificó como uno de los tres riesgos potenciales priorizados entre los diecisiete identificados. Seleccionamos el AMFE como herramienta para el análisis proactivo de los mismos.

Objetivos

Analizar los riesgos asociados con la conciliación inadecuada de la medicación mediante el AMFE, para establecer estrategias que ayuden a prevenirlos, reducirlos o controlarlos.

Material y método

Empleamos el AMFE para identificar los modos potenciales de fallo (MPF), sus efectos, causas e índices de evaluación (escala de1 a10): gravedad (IG), ocurrencia (IO) y detección (ID). Por cada MPF calculamos el Número de Prioridad de Riesgo (NPR=IGxIOxID). Posteriormente se propusieron acciones de mejora.

Resultados

Fallos críticos (AMFE):		
MPF	Efecto	NPR
Situación urgencia	Recogida errónea de información	100
Barrera de comunicación	Exceso/defecto de medicación	36
Desconocimiento de la historia por familiar	Defecto de información	16
Historia clínica de atención primaria no activa	Desconocimiento de información	100
Falta de costumbre y no valorar importancia	Pérdida de información	576

Medidas de mejora: sesión informativa sobre conciliación de medicación; sesión monográfica de AMFE de conciliación para sensibilizar al personal médico; revisión conjunta de informe de ingreso, revisión de errores y tratamiento al alta por intensivista y farmacéutico de UCI; implantación de historia clínica informatizada única donde se detalla medicación actual de paciente; y creación de apartado de conciliación en informe de alta. Se crearon indicadores para la evaluación de las medidas de seguridad implantadas.

Conclusiones

El AMFE es una herramienta eficaz para identificar y priorizar los MPF en la conciliación de medicación, e instaurar acciones de prevención y mejora. El MPF prioritario “falta de costumbre” y no valorar importancia” requiere un cambio de comportamiento precisando formar, motivar e implicar al personal, así como monitorizar con indicadores las medidas implantadas en la fase de despliegue.

P131 - ID: 34

Preparación y administración de fármacos

Serrano Fortea, M. V.; Paulo Barato, J. A.
Hospital Dr. Peset, Valencia

Objetivo

1.- Estandarizar la preparación de los fármacos mas utilizados enperfusión continua o intermitete.

2.- Mejorar la calidad y seguridad en la administración de los tratamientos mas habituales en UCI, y conseguir práctics seguras, tanto en la preparación, como en la administración de medicamentos.

3.- Disminuir los factores asociados a los errores en la administración medicamentosa.

Metodología

Se realiza una revisión sistemática de los fármacos mas utilizados, cntrastando la información de las principales guias: concentración, estabilidad, tiempo de administración y otros aspectos.

Intervenciones

Se ha diseñado una tablacon las compatibilidades de los fármacos. La tabla está expuesta y es accesible en varias zonas de la unidad, y representa una tabla de consulta rápida y eficaz. En ella se indica la forma de preparación: concentraciones adecuadas, formas de administración, tiempo, volúmen y estabilidad de las diluciones, incompatibilidades conocidad y precauciones especiales si las hubiere.

Conclusiones

La revisión realizada permite estandarizar la administración de los fármacos mas habituales de la unidad, e incorpora prácticas de mayor seguridad en la preparación, administración y en el control del tratamiento de los distintos fármacos en el paciente crítico.

P132 - ID: 341

Estabilidad de la Noradrenalina Inyectable en diluciones en Cloruro Sódico 0.9%

Catalán Gutiérrez del Arroyo, E.[1]; Rodríquez Martínez, S.[2]; García del Moral Martín, R.[2]
1. Hospital Motril, Motril; 2. Hospital Santa Ana, Motril

Introducción

La Noradrenalina (NORA) Inyectable Braun droga empleada en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos como vasopresor, tratamiento de hipotensión aguda. Se administra mediante uso de perfusión concentrada o en formas mas diluidas en suero Glucosa al 5% (G5%) según las indicaciones de la ficha técnica, predisponiendo al desarrollo de hiperglucemia y bacteriemias relacionadas con catéter. Estudios recientes han demostrado la viabilidad de las soluciones de NORA en Cloruro Sódico 0,9% (ClNa) debido al cambio del PH de las nuevas presentaciones de cloruro sódico disponibles en el mercado, ya que la degradación de la NORA viene determinada principalmente por el PH.

Objetivos

Evaluar la estabilidad de la NORA en Cloruro Sódico 0.9% a diferente concentraciones mediante el estudio del PH.

Material y método

Preparamos soluciones duplicadas ClNa 0,9% y SG5% diluyendo según la Tabla 1 en bolsas de suero de PVC conteniendo Noradrenalina Braun 10mg.

Se analizaron después de 12 horas con tiras reactivas donde se valoró el pH en un rango (6-7) con un medidor electrónico del laboratorio.

Tabla 1				
Resultados	Diluciones	Suero Base	Concentraciones	Ph
Muestra 1	20mgNORA/100ml	G5%	0'2mg/ml	<6.3
Muestra 2	20mgNORA/100ml	ClNa 0,9%	0'2mg/ml	<6,3
Muestra 3	50mgNORA/250ml	G5%	0'2mg/ml	<6.3
Muestra 4	50mgNORA/250ml	ClNa 0,9%	0'2mg/ml	<6.3
Muestra 5	2mg NORA/500ml	G5%	0'004mg/ml	6,79
Muestra 6	2mg NORA/500ml	ClNa 0,9%	0'004mg/ml	7,05

SG 5% Ph 4.21

ClNa 0.9% Ph 5,5

Resultados

Los valores de Ph de las diluciones de la NORA en G5% como de Cloruro Sodico 0,9% son iguales. Significa que en las diluciones utilizadas no varían el Ph, solo se observa variaciones del pH a concentraciones más bajas

Conclusiones

La NORA puede ser diluido en ClNa 0.9% en diferentes concentraciones, la estabilidad según los valores del pH es comparable a la soluciones en G5% no son significativas. Resultado importante por las implicaciones clínicas, al infundir grandes volúmenes de G5% produce hiperglucemias y riesgo bacteriemias relacionadas con cateters.

P133 - ID: 543

Administarción de antibioticoterapia en la primera hora de tratamiento

Martínez Llopis, B.; Cabrerizo Serrato, J.; Garcés González, R.; Peñarrubia Vergara, S.; Álvarez Royo, F. J.; Tormo Ferrandiz, S.; Ballester Perez, M. D. C.; Palau Bolta, R.; Burdeos Palau, E.; Parejo Montell, M.; Dies Lucas, S.
Hospital Universitario la Ribera, Alcira

Introducción

Se considera una de las estrategias fundamentales para la supervivencia y disminucion de la morbimortalidad en pacientes con infecciones graves, la administración de la primera dosis de antibiotico dentro de la primera hora de ser incluido en le tratamiento.

Objetivos

Comprobar el lapso de tiempo que transcurre desde el diagnostico de sepsis y la administración de la primera dosis de antibiotico pautado en nuestro servicio de UCI

Material y método

Se realizÓ un estudio descriptivo con duración cuatro meses desde Junio a septiembre 2012, en el que se incluyeron todos los pacientes con sepsis.Se excluyeron aquellos pacientes que habian iniciado tratamiento antibiotico profilactico en quirofano (cirugias programadas).

Se recogieron datos de ingreso del paciente, hora de pauta del antibiotico, control de administracion por enfermeria y tiempo transcurrido entre la pauta y la administracion del antibiotico

Resultados

Se comprobó que un 86,3% de los pacientes se le habia administrado correctamente la primera dosis de antibiotico.El 4,5 % se le administró en puertas de urgencia. El 9% restante no se le administró dentro de la primera hora.

Conclusiones

Tras el corte, el estudio concluyó que la mayoria de los pacientes con infección grave que están ingresados en nuestro servicio reciben la primera dosis de antibiotico dentro de la primera hora de ser pautado. Desde el grupo de mejora de seguriadad del paciente se analizaron las causas que originaron retrasos en la administración del antibiótico

P134 - ID: 480

Análisis modal de fallos y efectos (AMFE) en el manejo inadecuado de la prescripción diaria y monitorización de las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE)

García Verdejo, J. A.; Bustamante Munguira, E.; Merino de Cos, P.; Montoya Mira, M.; Ros Martínez, M.; Pérez Espuelas, S.; Bartual Lobato, E.; Gámez Cantero, S.; Calle Flores, A. I.; Lacasaña Bellmunt, P.; Martínez Tárrega, A.
Hospital Can Misses, Ibiza

Introducción

Dentro del Plan de Gestión de Riesgos de la Unidad de Cuidados Intensivos, se identificó el manejo inadecuado en la prescripción diaria y monitorización en las TCDE como uno de los tres riesgos potenciales para la seguridad de nuestros pacientes, priorizados mediante selección ponderada entre los diecisiete identificados. Seleccionamos el AMFE como herramienta para el análisis proactivo de los mismos.

Objetivos

Analizar los riesgos asociados al manejo inadecuado de la prescripción diaria y monitorización en las TCDE mediante el AMFE, para establecer estrategias que ayuden a prevenirlos, reducirlos o controlarlos.

Material y método

Empleamos el AMFE para identificar los modos potenciales de fallo (MPF), sus efectos, causas e índices de evaluación (escala de 1 a 10): gravedad (IG), ocurrencia (IO) y detección (ID). Por cada MPF calculamos el Número de Prioridad de Riesgo (NPR=IGxIOxID). Posteriormente se propondrán acciones de mejora.

Resultados

Fallos críticos (AMFE):		
Fase	MPF	NPR inicial
Indicación	Retraso	392
Prescripción	Parámetros no adecuados	486
Montaje y Cebado	Montaje incorrecto	486
Conexión al paciente	Conexión incorrecta	360
Mantenimiento	Coagulación precoz del sistema	567
Interpretación y Gestión	No se ajustan las alarmas	729

Las medidas de tratamiento fueron: Realizar un curso teorico práctico y vídeo formativo sobre TCDE; realizar un check-list médico y de enfermería; y rondas de seguridad para las TCDE. Se crearon indicadores para la evaluación por el equipo de calidad y seguridad del paciente de las medidas de mejora implantadas.

Conclusiones

Mejorar la seguridad del paciente requiere gestionar el riesgo asistencial mediante actividades destinadas a identificar, evaluar, reducir o eiminar cualquier situación que pueda contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca un evento adverso.

El AMFE permite identificar y priorizar los MPF en las TCDE e instaurar acciones de prevención y mejora en la seguridad del paciente, favoreciendo una cultura de seguridad en el entorno de los cuidados críticos.

El MPF prioritario “no se ajustan las alarmas” requiere un cambio de comportamiento precisando formar, motivar e implicar al personal. Tales cambios son lentos, costosos y requieren trabajar continuamente en ellos.

P135 - ID: 457

Sistema MARS® (*Molecular Adsorbent Recirculating System*): gráfica control

Fadrique Hernandez, A.[1]; Pérez de Albéniz Anguís, A.[1]; Pérez Félez, A.[1]; Crespo Pérez de Albeniz, V.[1]; Incera Torre, S.[2]; González Herrero, I.[1]

1. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; 2. Clinica Universidad de Navarra, Pamplona

Objetivo

- Crear una gráfica control.
- Valorar estrechamente la monitorización en la terapia MARS®.
- Reforzar prácticas seguras para minimizar eventos adversos evitables y consecuencias indeseables para el paciente.
- Mejorar la comunicación en el equipo asistencial.
-R ecoger datos para futuras investigaciones.

Metodología

Tras la revisión bibliográfica en bases de datos, protocolos de actuación en terapia MARS® y consulta a personal experto, se diseña una hoja de registro continuo.

Intervenciones

Se obtiene una grafica de control sencilla, completa y con los datos más relevantes en el uso del tratamiento con MARS®, teniendo en cuenta tanto datos principales en el manejo del soporte hepático artificial como en los datos clínicos y analíticos del paciente.

Conclusiones

La unidad de cuidados intensivos “B” del Complejo Hospitalario de Navarra es una unidad polivalente, que atiende de entre otros, a pacientes con insuficiencia hepática severa, aguda o crónica descompensada. Éstos pacientes pueden beneficiarse del tratamiento con el sistema MARS que elimina mediante la diálisis con albúmina, tanto las toxinas unidas a proteínas como las hidrosolubles. Esto reduce la toxicidad plasmática, mejora las condiciones clínicas del paciente, facilita la regeneración de las células hepáticas y puede contribuir a la recuperación de las funciones del hígado.

Aunque este tipo de paciente representa una baja incidencia de ingresos, la ausencia de un protocolo de actuación unificado crea la necesidad de desarrollar una hoja de registro para la atención del paciente con fallo hepático haciendo la práctica de esta terapia más eficaz y eficiente. La gráfica está estructurada en cuatro apartados, donde se destaca la pauta o tratamiento de la terapia, la evolución de los datos analíticos, el registro del sistema de filtración y los datos clínicos y eventos más significativos.

P136 - ID: 249

Manejo de enfermería en el paciente crítico diagnosticado de pancreatitis aguda y con sistema "sandwich"

Lobo Civico, A.; López Morato, Y.; Cañete Cañete, M. J.; Castanera Duro, A.; Vila Batllori, N.; García Cuesta, M. G.
Hospital Josep Trueta, Girona

Introducción

La pancreatitis aguda (PA) se define como la inflamación repentina del páncreas,la necrosis se desarrolla en un 10-20% de los pacientes. Uno de los tratamientos es el desbridamiento y el sistema de lavados continuos post-operatorios con "Opsite® Sándwich".

Observación clínica

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo durante el periodo de Enero-2011 a Diciembre- 2012, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital Universitario de segundo nivel.

La muestra fueron 16 pacientes con una media de 54±15 años, dias de estancia 28±27 días, APACHE II de 16±6, SAPS II de 39±14, NEMS de 36±1 y mortalidad de 54%.

Se escogieron 3 casos clínicos para desarrollar y las características en común que encontramos fueron: edad entre 30-50 años, realización de traqueotomía, precisaron de terapia de sustitución renal. En 2 de los casos la causa fue enolismo, en ambos se monitorizó el gasto cardíaco. A los 3 pacientes se les practicaron una media de 5 revisiones quirúrgicas durante el tratamiento con la técnica sándwich y todos salieron vivos de UCI.

Plan de cuidados enfermero

Se debe montar un sistema de aspiración cerrado para el mantenimiento del vacío y otro sistema para los lavados continuos para mantener la permeabilidad de los drenajes con un sistema recolector del débito.

Discusión

Aunque exista una baja incidencia de PA con sistema sándwich en nuestra unidad (1,2%) este tipo de pacientes conllevan una elevada carga de enfermería y un elevado riesgo de morbi-mortalidad. Se necesita un control exhaustivo por parte de enfermería del correcto sellado del apósito plástico para evitar la pérdida del vacío, pero aún así es un sistema sencillo, económico y de fácil manejo.

Conclusiones

Es de gran importancia conocer el manejo del sistema para una correcta evolución quirúrgica y clínica del paciente. El equipo de enfermería es pieza clave ya que es quien realiza el montaje, control y mantenimiento.

P137 - ID: 38

Duración, tipo y motivos de retirada de los filtros según las terapias en tecnicas de depuración extrarrenal

Vázquez Rodríguez-Barbero, I.[1]; Salas Torres, O.[1]; García Fernández, G.[2]; Pérez Moreno, E.[1]; Sánchez-Bermejo M. L. C.[1]; Ruiz Bariego, M. D.[1]; Pérez Fernández-Infantes, S.[1]; Fernández de Marcos Velázquez, M. R.[1]; Espinar Ochoa, A.[1]; Espinosa Fernández-Aparicio, M. T.[1]

1. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real; 2. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Unidad de Cuidados Intensivos

Introducción

Las terapias más usadas en técnicas depuración extrarrenal (TDE):

Ultrafiltración continúa (SCUF).

Hemofiltración venovenosa continua (CVVH),

Hemodiálisis venovenosa continua (HDVVC),

Hemodiafiltración venovenosa continua (CVVHDF).

Objetivos

1. Comprobar las terapias más utilizadas.

2. Estudiar la relación de la vida media del filtro según el tipo de paciente al ingreso.

3. Determinar los motivos de retirada.

Material y método

Estudio descriptivo prospectivo realizado en una Unidad de Medicina Intensiva desde 2010 al 2012.

Muestra Pacientes que durante el periodo de estudio se les sometió a TDE y que eran portadores de catéter tipo shaldon.

Variables Sociodemográficas. Duración del filtro, tipo de terapia y motivos de retirada de los filtros. Clasificación de los pacientes según su ingreso.

Estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión en las continuas. Se utilizó el programa SPSS 17.0

Resultados

Muestra 50 pacientes y 162 filtros.

Un 56% (28) pacientes médicos, un 36% (18) quirúrgicos y un 8% (4) politraumatizados.

En el 9.37% (15) se utilizo la terapia SCUF, 19.8% (32) CVVH, 1.9% (3) HDVVC, y en un 69.1 % (112) CVVHDF.

La media de duración de los filtros es 24.54 horas (±24.08). En los pacientes quirúrgicos: 26.95 horas (±23) y las terapias utilizadas: CVVH 26.3% (15), HDVVC 5.3% (3) y CVVHDF 68.4% (39). En los pacientes médicos: 23.20 horas (±23.85) y las terapias usadas: SCUF 16.3 % (15), CVVH 17.4% (16) y CVVHDF 66.3% (61). En los pacientes politraumatizados: 12.27 horas (±14.23) y la terapia administrada: CVVHDF el 100% (10).

El motivo de retirada de los filtros es la coagulación: SCUF 86.7%, CVVH, 65.6 %, HDVVC 100%, CVVHDF 68.8%.

Conclusiones

La terapia más utilizada CVVHDF. En los pacientes quirúrgicos la duración de los filtros es mayor. El motivo de retirada más habitual es la coagulación.

P138 - ID: 53

Estudio descriptivo de los cáteteres tipo *shaldon* en pacientes sometidos a técnicas de depuración extrarrenal

Vázquez Rodríguez-Barbero, I.; Pérez Moreno, E.; Ruiz Bariego, M. D.; Sánchez Marín, L.; Fernández de Marcos Velázquez, M. R.; Sánchez-Bermejo, M. L. C.; Espinosa Fernández-Aparicio, M. T.; Pérez Fernández-Infantes, S.; García Fernández, G.; Espinar Ochoa, A.
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

Introducción
El estudio pretende:

Objetivos
1. Determinar la duración media de los catéteres tipo shaldon.

2. Describir la inserción más frecuente de los catéteres y en relación al tipo de pacientes al ingreso.

3. Estudiar los motivos de retirada.

4. Determinar el número de filtros que soportan los shaldon.

Material y método
Diseño Estudio descriptivo prospectivo realizado en una unidad de críticos, durante dos años.

Muestra Pacientes portadores de catéter tipo shaldon para TDE (Terapias depuración extrarrenal) durante el estudio.

Variables. Sociodemográficas. Clasificación de los pacientes según su ingreso: médico o quirúrgico o politraumatizados. Localización, duración, motivos de retirada y número de filtros que soportan los catéteres.

Estadística descriptiva: frecuencias absolutas/relativas y porcentajes variables cualitativas y medidas de tendencia central variables continúas. Se utilizó el programa estadístico SPSS 17.0.

Resultados
Muestra de 50 pacientes, con una edad media 61.74 años. 91 catéteres.

Un 56% (28) pacientes médicos, 36% (18) quirúrgicos y 8 % (4) politraumatizados.

La duración en días de los catéteres: 6.42 de media. Pacientes médicos 7.09, quirúrgicos 6.94 y politraumatizados 8.62.

La localización de los shaldon 55 pacientes médicos (29 femoral derecho, 13 yugular derecho, 10 femoral izquierdo), 28 quirúrgicos (10 femoral derecho, 10 yugular derecho, 6 femoral izquierdo) y 8 politraumatizados (6 femoral derecho)

Los motivos de retirada: obstrucción 42.85% (39), exitus 27.47% (25), orden médica 14.28% (13), otros 12.09% (11).

El 64.83% (59) de los shaldon soportan 1 filtro, el 14.28% (13) 2, el 9.89% (9) 3 y el 6.59 (6) 4 filtros.

Conclusiones
La duración de los catéteres es mayor en los pacientes politraumatizados.

En los pacientes médicos, la localización más habitual es femoral derecha, quirúrgicos la yugular derecha y femoral derecha, politraumatizados la yugular derecha.

El motivo de retirada más frecuente la obstrucción.

La mayoría de los shaldon sólo soportan un filtro.

P139 - ID: 88

Influencia de la anticoagulación de los sistemas con heparina sódica en técnicas de depuración extrarrenal

Vázquez Rodríguez-Barbero, I.; Pérez Fernández-Infantes, S.; Sánchez-Bermejo, M. C.; Espinar Ochoa, A.; Pérez Moreno, E.; Fernández-Marcos Velázquez, M. R.; García Fernández, G.; Salas Torres, O.; Ruiz Bariego, M. D.; Espinosa Fernández-Aparicio, M. T.
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

Introducción

El estudio va dirigido:

Objetivos

- Estudiar la relación de la vida media del filtro con el uso de heparina en el sistema.
- Comprobar los motivos de retirada del filtro.
- Determinar la relación que existe entre coagulación del filtro y la heparinización del sistema

Material y método

Estudio descriptivo prospectivo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de 21 camas, durante 2 años.

Muestra: Pacientes que durante el periodo de estudio fueron sometió a TDE (técnicas depuración extrarrenal) y eran portadores de catéter tipo shaldon.

Criterios de inclusión: Pacientes sometidos a TDE.

Criterios de exclusión: Pacientes sometidos a diálisis intermitente

Variables: Sociodemográficas. Duración, motivos de retirada y coagulación del filtro. Uso de heparina sódica.

Estadística descriptiva:

- Variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas.
- Variables continuas: medidas de tendencia central y dispersión.

Estadística inferencial: Test Chi2 y Prueba U de Mann-Whitney.

Los datos se consideraron estadísticamente significativos cuando $p < 0.05$.

Los cálculos se realizaron con el programa estadístico SPPS 17.0.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 50 pacientes y 162 filtros.

Un 64 % (32) hombres y 44 % (18) mujeres. La edad media fue de 61.74 años.

En un 66% (107) se utilizó heparina y en un 33,3% (54) no se utilizó.

La media de duración del filtro con heparina fue 27,13 horas (±25,46) frente a las 18,98 horas (±20,24) en los no se utilizó, p (0,004).

Los motivos de retirada de los filtros con heparina: coagulación 71% (76) exitus 3,7% (4), mejoría y coagulopatía 2,8% (3), otros 19,6% (21). Sin heparina: 70,04% (38) coagulación, 5,6% (3) coagulopatía, 16,7% (9) otros, p (0,188).

Conclusiones

La utilización de heparina sódica en TDE aumenta la vida media del filtro. La coagulación del filtro es el motivo de retirada más habitual. El uso de heparina sódica conlleva un retraso en la coagulación del filtro.

P140 - ID: 119

Influencia de los diuréticos y las drogas vasoactivas en los filtros de pacientes sometidos a técnicas de depuración extrarrenal

Vázquez Rodríguez-Barbero, I.; Sánchez-Bermejo, M. C.; Salas Torres, O.; García Fernández, G.; Ruiz Bariego, M. D.; Pérez Fernández-Infantes, S.; Espinar Ochoa, A.; Pérez Moreno, E.; Espinosa Fernández-Aparicio, M. T.; Fernández-Marcos Velázquez, M. R.

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

Introducción

El estudio va dirigido:

Objetivos

- Determinar la relación entre la administración de diuréticos o drogas vasoactivas (DVA) y la duración del filtro.

- Estudiar el motivo de retirada del filtro donde se usen diuréticos o DVA en los pacientes.

Material y método

Diseño. Estudio descriptivo prospectivo realizado en un Hospital de segundo nivel, durante dos años.

Muestra. Pacientes sometidos a técnicas de TDE (terapias depuración extrarrenal) y eran portadores de catéter de doble lumen.

Variables. Sociodemográficas. Duración y motivos de retirada del filtro. Uso de diurético y DVA.

Estadística descriptiva:

- Variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas.

- Variables continuas: medidas de tendencia central y dispersión.

Estadística inferencial: Test Chi2 y Krusba-Wallis. Los datos se consideraron estadísticamente significativos cuando $p < 0.05$.

Se utilizó el programa estadístico SPSS 17.0

Resultados

Muestra de 50 pacientes y 162 filtros.

En un 29% (47) de los filtros se perfundió diuréticos en los pacientes, frente a un 71% (115) no.

La duración media del filtro administrando diuréticos: 22,42 horas (±23,12) y 25,41 horas (±24,51) sin diuréticos, p (0,615).

Los motivos de retirada de los filtros con diuréticos: coagulación 30, coagulopatía 5, mejoría 3, otros 7. Sin diuréticos, coagulación 84, exitus 4, coagulopatía 1, otros 24, p (0,160).

En un 90% (146) de los filtros se infundió DVA en los pacientes, frente un 10% (16) no.

La duración media del filtro administrando DVA 24,95 horas (±24,07) y 20,8 horas (±24,62) sin ellas, p (0,706).

Los motivos de retirada con DVA: coagulación 102, coagulopatía 6, exitus 5, otros 27. Sin DVA: coagulación 12, otros 4, p (0.620).

Conclusiones

La administración de diuréticos o de drogas vasoactivas en pacientes sometidos a TDE no influye en el aumento de la vida media del filtro.

La coagulación del filtro es el motivo de retirada más habitual.

P141 - ID: 47

Plasmaféresis con Prismaflex® por enfermería de UCI

Vallés Ruiz, N.; Navas Ortega, A.; Díaz Moreno, C.; Valverde Entenza, M. A.
Clínica Juaneda, Palma de Mallorca

Introducción

En este trabajo se presenta un caso clínico de un paciente diagnosticado de SHU (Síndrome Hemolítico Urémico) tributario de recibir sesiones de Plasmaféresis con Prismaflex® realizada por enfermería de cuidados intensivos (UCI). Esto hace necesario que el personal conozca la técnica y realización de dicho tratamiento

Observación clínica

Paciente de 60 años que acude a Urgencias por presentar vómitos y diarrea desde hace 3 días. Tras analítica y valoración médica ingresa en nuestro servicio por insuficiencia renal aguda, sepsis, plaquetopenia y alteración de la función hepática.En UCI se orienta el diagnóstico a SHU y se inician sesiones de plasmaferesis con buena respuesta clínica del paciente.

Plan de cuidados enfermero

Elaborar un plan de cuidados individualizado utilizando las taxonomias NANDA-NOC-NIC durante la realización de las sesiones de plasmaféresis

Discusión

Se ha escogido este caso de plasmaféresis por no ser común en nuestro servicio; el servicio de hemoterapia de nuestro centro de trabajo no dispone de los medios técnicos necesarios, por lo que se realiza dicho tratamiento por parte de enfermería de UCI con la máquina Prismaflex® bajo la supervisión tanto por parte de los intensivistas como del hematólogo, evitando así el traslado del paciente a otro centro.

Conclusiones

La enfermería de Cuidados Intensivos está perfectamente capacitada para realizar plasmaféresis con Prismaflex. Aplicando la metodología enfermera conseguimos un abordaje integral del paciente, favoreciendo la calidad de los cuidados.

P142 - ID: 143

Cuidados de enfermería y complicaciones más frecuentes relacionadas con técnicas continuas de depuración extrarrenal

Mingo Vergara, S.; Ramis Juan, R.; Cano Ocón, I. M.; Fernández Reina, P.; Pérez Espuelas, S.; Gámez Cantero, S.; García Verdejo, J. A.; Merino de Cos, P.
Hospital Can Misses, Ibiza

Objetivo

Las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE) han ocupado en los últimos años un puesto importante en la depuración renal en las unidades de cuidados intensivos.

Por todo esto es necesario que el personal de cuidados intensivos adquiera los conocimientos fundamentales sobre las diferentes terapias y la destreza suficiente para el manejo de la máquina, ofreciendo así, una atención integral al paciente crítico.

Metodología

Establecer un plan de cuidados relacionado con técnicas continuas de depuración extrarrenal.

Intervenciones

Los cuidados de enfermería destinados a disminuir las complicaciones derivadas del uso de esta técnica son:

- Control de las constantes vitales.
- Mantenimiento de la asepsia.
- Control de la perfusión tisular.
- Mantenimiento y manejo del catéter parala TCDE.Heparinización.
- Control electrolítico.
- Realización de movilizaciones.
- Evitar la hipotermia.

Conclusiones

Conseguir unos cuidados óptimos para el paciente y minimizar las posibles complicaciones.

P143 - ID: 532

Microdialisis y enfermería

Zafra, V.[1]; Heering, C.[1]; Jaume, M.[1]; Benito, S.[1]; García, X.[1]; Arco, M.[2]; Sánchez, E.[1]; Gutiérrez, A.[1]; Cirera, A.[1]; Zavala, E.[1]
1. Hospital Clínic, Barcelona; 2. Hospital de Barcelona, Barcelona

Objetivo

La microdiálisis cerebral(MC), es una técnica de neuromonitorización invasiva en el paciente con traumatismo craneoencefálico grave(TCEG) que permite el muestreo continuo del metabolismo cerebral in vivo a través del análisis de sustancias conocidas como marcadores isquémicos (glucosa, glicerol, lactato, piruvato).

Los cuidados de enfermería, juegan un rol importante en la instauración y mantenimiento de estos sistemas, por lo tanto: analizar, describir y esquematizar ésta de técnica garantiza un mejor trabajo asistencial.

Metodología

Este procedimiento incluye una rutina clínica:

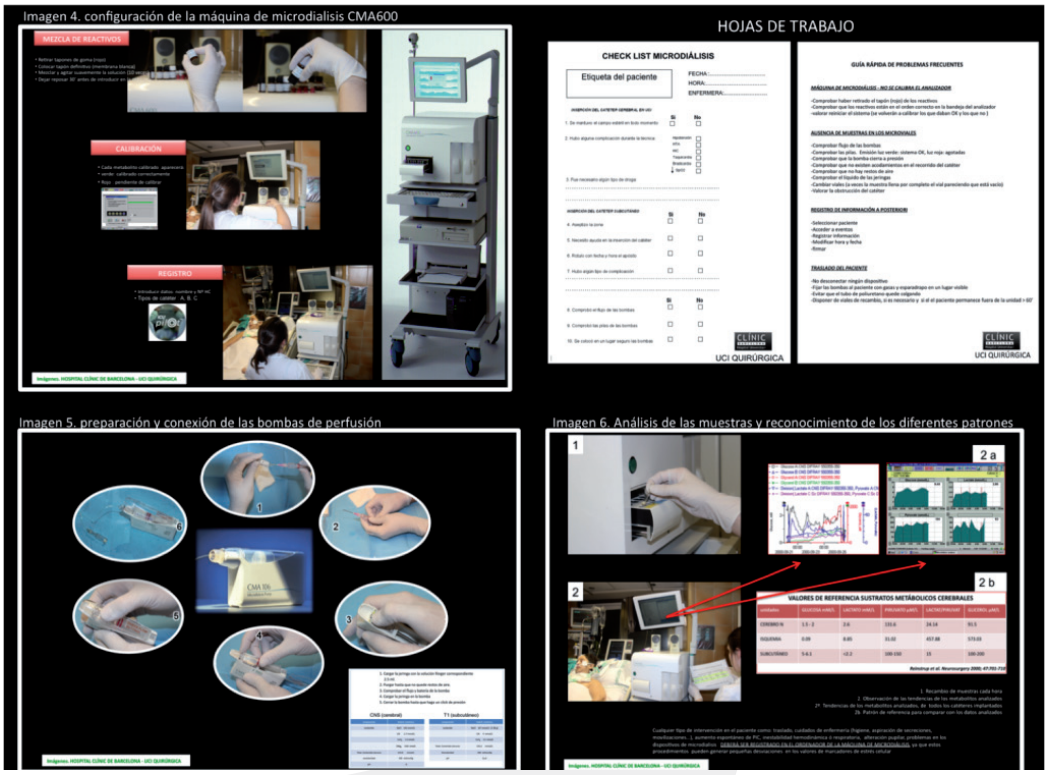
A.Inserción del catéter:Se colocan 3 catéteres, 2cerebrales (Neurocirujano) (imagen.1) y 1subcutáneo abdominal (imagen.2). Será necesario comprobar todo el material (imagen.3)

B.La configuración de la maquina de microdialisis: Encender el monitor y calibrar con los reactivos correspondientes a los metabolitos analizados, y registrar la información del paciente.(imagen.4)

C.Preparación y conexión de las bombas de perfusión(imagen.5)

D.Análisis de las muestras y reconocimiento de los diferentes patrones: Recambiar c/hora las muestras recogidas en los microviales(imagen.6)

sigue



Intervenciones

Registrar todos los procedimientos de enfermería.

Fijar bombas reperfusión de forma segura

Detectar posibles complicaciones o anomalías en el funcionamiento de los dispositivos.

Controlar la calidad de las muestras en los microviales

Observar y comunicar cualquier tendencia anómala en las mediciones.

Cumplimentar un registro de check-list del procedimiento

Conclusiones

La MC, permite identificar y tratar la severidad de la lesión de manera precoz en el paciente con TCEG. Pero es una técnica especializada, que desde nuestra experiencia requiere una curva de aprendizaje previo. Por tanto la estandarización y protocolización de los cuidados de enfermería favorecen a la formación, entrenamiento y continuidad de los cuidados en el paciente neurocrítico.

P144 - ID: 12

El dolor en postoperados de revascularización coronaria según el tipo de injerto

Castanera Duro, A.[1]; Cruz Díaz, V.[1]; Lobo Civico, A.[1]; García Cuesta, M. G.[1]; Buxó Pujolràs, M.[2]
1. Hospital Dr. Josep Trueta, Girona; 2. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI), Girona

Introducción

El dolor postoperatorio se define como un dolor agudo en respuesta a una agresión quirúrgica. Existe evidencia de la relación entre la revascularización coronaria y la elevada intensidad del dolor postquirúrgico según tipo de injerto.

Objetivos

Conocer el grado de dolor de los pacientes postoperados de revascularización coronaria en la unidad de cuidados intensivos (UCI) según el tipo de injerto mediante la Escala Visual Analógica, con valor máximo de 10 y mínimo de 0.

Material y método

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo realizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona de septiembre-2010 a mayo-2012. El dolor fue evaluado mediante la Escala Visual Analógica (EVA). Se incluyeron todos los pacientes que fueron extubados en las primeras 6 horas desde la llegada a UCI e intervenidos de revascularización coronaria;Arteria Mamaria Interna (AMI), Vena Safena(VS) y combinada(AMI-VS).

Resultados

Se incluyeron un total de 49 pacientes con una edad media de 66,7±10,23 años, con un APACHE II de 16±7,1, con un valor medio para la escala Euroscore de 4%±3,2 y una estancia media en UCI de 2,5±1,5 días, un 77% eran hombres (n=38) y un 22,5% eran mujeres (n=11), el 66% fueron sometidos a revascularización múltiple.

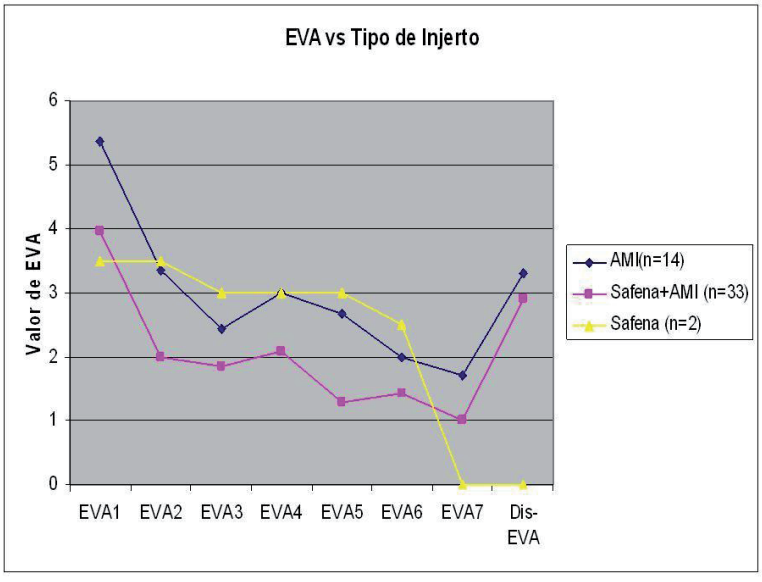
El 28,5% fueron revascularizados mediante Arteria Mamaria Interna (AMI), el 67,3% con combinación de AMI-VS y un 4,2% con vena safena (VS).

Los pacientes sometidos a AMI registraron un valor medio para EVA (a las 2 horas postextubación) de 5,4±1,8 a diferencia de combinada (AMI-VS) que fue de 3,9±2,6 y para VS 3,5±2,1. ($p<0.045$)

Conclusiones

Los pacientes intervenidos de revascularización coronaria mediante injerto AMI perciben un grado medio de dolor más elevado que para el resto de injertos cardíacos.

Los pacientes revascularizados mediante AMI son susceptibles de una mayor manipulación de la zona pelural que puede relacionarse con una elevada EVA; necesitaremos mayor muestra para demostrar la hipótesis.



P145 - ID: 300

La coordinación interniveles en la atención integral al paciente sometido a implante de Marcapasos definitivo (MPD)

Rodríguez Delgado, M. E.; Martín López, J. I.; Morales Laborías, E.; Morales Laborías, P.; García Pertíñez, P.; Casares Cervilla, R.; Díaz Castellanos, M. A.
UGC Cuidados Críticos y URG- AGS Sur Granada, Motril. Granada

Introducción

La implantación de MPD en Cuidados Intensivos (CI) permite la estabilización hemodinámica del paciente (marcapasos transitorio, aminas vasoactivas…), el implante posterior y alta domiciliaria sin cambio de servicio/especialista.

Objetivos

Conocer el perfil del paciente sometido a implante de MPD para proporcionar cuidados de calidad, asegurando la continuidad al alta por Atención Primaria (AP), una correcta adhesión del régimen terapéutico a seguir y la detección temprana de complicaciones.

Material y método

Estudio descriptivo retrospectivo en UCI polivalente de 3er nivel entre Julio 2011- Noviembre 2012. Revisión de historial clínico, registro de implante MPD, valoración de paciente frágil (Barthel, Pfeiffer, Duke-Unc) por CI y A.P. al alta hospitalaria. Recogida de variables clínicas y sociodemográficas. Análisis con SPSS 15.

Resultados

N: 57. Sexo: 70% hombres. Edad media 74.88 años; Prevalencia del grupo “71-80 años” (40, 35%). 89.47% nacionalidad española. Distancia al centro para implante y seguimiento posterior: 84.21% <30 km (5.26% a >60 Km). 49.12% fueron alta directa a domicilio. 50.87% precisó hospitalización posterior. Motivos de hospitalización: Ajuste de medicación (33.33%) y control de IC (5.26%), entre otros. Autónomos para las actividades de la vida diaria básicas (84.21%), Dependencia leve (14.04%) y Moderada (1.75%). Dichos valores se mantuvieron al alta. 15% mejoró tras implante por incremento en índice de Barthel.

Conclusiones

Aunque la mayoría de los pacientes eran autónomos, se consideraron pacientes en riesgo dada la pruripatología basal y edad avanzada previa al implante. El cuidado será individualizado, teniendo en cuenta la variabilidad entre sujetos.

Coordinación interniveles basado en 3 pilares fundamentales mediante Remisión de informe de continuidad de cuidados a Enfermero de AP, Gestor de casos y plataforma telemática “Salud Responde”, asegurará la continuidad del cuidado y facilitarán el proceso de adaptación /aprendizaje al alta.

P146 - ID: 501

¿Conocemos las últimas recomendaciones en RCP?

Paulo Barato, J. A.; Pertegaz Cervera, H.; Romero Morant, A.; Sancho Castillo, S.
Hospital Dr. Peset, Valencia

Introducción

El ERC (Comite Europeo de Reanimación Cardiopulmonar) realiza revisiones cada 4 años de las recomendaciones a seguir en caso de PCR (Parada Cardiorespiratoria). ¿Conocemos las últimas recomendaciones en RCP (Reanimación Cardiopulmonar) del ERC?. Para averiguarlo se ha diseñado este trabajo: un cuestionario a cerca de los cambios en estas recomendaciones.

Objetivos

Demostrar la conveniencia de un programa de reciclaje en las actualizaciones de la normativa de RCP.

Material y método

Realizamos un estudio transversal descriptivo en la UCI del Hospital Dr. Peset de Valencia. Se ha utilizado un cuestionario autoaplicado y anónimo con un total de 27 preguntas, elaborado a partir de dos cuestionarios validados.

Resultados

1.- Un 60% de los encuestados están informados de los cambios establecidos en 2010.

2.- Aunque es una UCI de adultos, el 86,1% conocen el protocolo de resucitación pediátrica del ERC. Sin embargo solo la mitad del personal conoce las técnicas de intubación, reanimación y oxigenoterapia en niños.

3.- A nivel de RCP básica en adultos el 80% del personal conoce cómo deben de actuar.

4.- El 83,3% afirman que SI conocen el funcionamiento del desfibrilador semiautomático.

Conclusiones

Podemos concluir la conveniencia de implantar programas de actualización de las últimas recomendaciones del ERC en:

1.- Al tratarse de un servicio que trabaja con pacientes adultos el nivel de conocimientos teórico-prácticos en actuación pediátrica se ve mas limitado, siendo necesario una mayor información relacionada con la actuación en ese rango de edad.

2.- Es necesario aumentar los conocimientos del personal sanitario sobre las causas de PCR, así como del protocolo de actuación tras el uso de un desfibrilador y el análisis posterior del ritmo.

P147 - ID: 58

Plan de cuidados del paciente con insuficiencia cardiaca

Vázquez Rodríguez-Barbero, I.; Rubio Serrano, M. P.; Monteagudo López-Lucendo, P.; García Fernández, M. C.; Sánchez Marín, L.; Morales Hervás, M. R.; Huertas Díaz, P.; Sánchez Higuera, M. P.
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

Objetivo

Dinamizar la disciplina enfermera mediante la implementación del proceso enfermero.

Homogeneizar las líneas de actuación y decisión de la enfermería.

Proporcionar cuidados integrales de calidad a los pacientes con insuficiencia cardiaca.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en MedlinePlus de los artículos publicados con las palabras claves: insuficiencia cardiaca, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia cardíaca derecha, insuficiencia cardíaca izquierda, cor pulmonale y miocardiopatía posteriormente se unifican criterios según el proceso de atención de enfermería (PAE).

Intervenciones

1. Manejo inefectivo del régimen terapéutico NANDA 00078
   Conocimiento del régimen terapéutico NOC1813
   Enseñanza: proceso de enfermedad NIC 5602
   Enseñanza: medicamentos prescritos NIC 5616
   Conocimiento: proceso de la enfermedad NOC 1803
   Asesoramiento NIC 5240
   Facilitar el aprendizaje NIC 5520
2. Intolerancia a la actividad. NANDA 00092
   Tolerancia de la actividad NOC 0005
   Cuidados cardíacos: rehabilitación NIC 4046
3. Ansiedad NANDA 00146
   Control de la ansiedad NOC 1402
   Aceptación: estado de salud NOC 1300
   Disminución de la ansiedad NIC 5820
4. Desequilibrio nutricional por exceso NANDA 00001
   Conocimiento: dieta NOC 1802
   Control de peso NOC 1612
   Enseñanza: dieta prescrita NIC 5614
   Modificación de la conducta NIC4360

Complicaciones posibles:
- Disminución del gasto cardiaco
- Arritmias
- Edema agudo de pulmón
- Dolor
- Insuficiencia cardiaca grado III – IV
- Cuidados cardiacos NIC 4040

Conclusiones

La elaboración de Planes de Cuidados Estandarizados usando las taxonomías enfermeras son herramientas válidas e imprescindibles para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes con insuficiencia cardiaca y desarrollar la disciplina enfermera.

P148 - ID: 135

Complicaciones de la herida quirúrgica tras la implantación de marcapasos definitivos

Segarra, T.; Medina García, F.; Gozalbo Monfort, R.; González Luis, R.; Moragues Ribes, C.; Soriano Canuto, M.; González Hernández, E.
Hospital la Plana, Vila-real

Objetivo

Descripción de las complicaciones de las heridas quirúrgicas tras la implantación de marcapasos definitivos y recambios de dispositivos.

Metodología

Estudio observacional prospectivo en una Unidad de Cuidados Iintensivos (UCI) polivalente de 9 camas. El paciente ingresa en UCI, se realiza la primera cura, tras implante, con clorhexidina y apósito oclusivo no hidrocoloide.Al alta recibe unas indicaciones de cuidado de la herida. A los 7 días se retiran los puntos y se cita a los 3 meses. Se registran los implantes realizados entre junio 2012 y enero 2013, los datos analizados son: edad, sexo, historia de hipertensión, diabetes, dislipemia, fibrilación auricular, cardiopatia isquémica, tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregantes, modelo marcapasos, zona de inserción, motivo del implante, tipo y duración de la intervención,complicaciones.

Intervenciones

Se registran un total de 26 pacientes, 85% varones con edad media 77 años (±10).El 100% eran hipertensos, 46% diabéticos, 46% dislipémicos, 31% fibrilación auricular,15% cardiopatia isquémica crónica. El 42% tomaban anticoagulantes de los cuales un 34,6% tomaban simtrom. El 34% estaban antiagregados, 8 tomaban AAS y 2 clopidogrel, el 66% no.El abordaje es 100% subcalvia izquierda. La duración es de 71 minutos (±32). Los modos de estimulación son 50% VVI, 31% DDD, 19% VDD. El 71% son primoimplantes, 15% recambios, 8% disfunción. Los motivos 50% BAV completo, 11% enfermedad del nodo, 23% FA lenta, 8% sindrome Bradi-taqui, 4% BAV de segundo grado.En el 92% de los casos se retiran los puntos a los 7 días.Se registran un 35% de complicaciones de las cuales un 78% de hematomas y 22% dehiscencia de sutura.

Conclusiones

La complicación más frecuente, en nuestra serie, es la presencia de hematoma en zona de inserción. No parece tener relación con la anticoagulación previa, duración y tipo de intervención.

P149 - ID: 141

Revisión de los carros de paradas de las zonas de hospitalización

Fernández Reina, P.; Cano Ocón, I. M.; Mingo Vergara, S.; Pérez Espuelas, S.; Gámez Cantero, S.; Ramis Juan, R.; García Verdejo, J. A.; Bartual Lobato, M. E.; Merino de Cos, P.
Hospital Can Misses, Ibiza

Objetivo

Evaluar el contenido y el funcionamiento de los equipos de los carros de parada de nuestro centro (Hospital Can Misses), de forma que se valore si cumplen adecuadamente con su cometido, que es asegurar la disponibilidad de equipo y material para ejecutar eficazmente los protocolos de reanimación cardiopulmonar.

Metodología

Se compararán las revisiones realizadas durante el año 2009 con las realizadas en el año 2013.

Se constituyó un grupo de expertos formado por miembros del servicio de medicina intensiva que cumplieran el requisito de ser instructores del Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar y el European Resucitation Council. Son enfermeros y médicos del servicio de medicina intensiva con amplia experiencia en resucitación cardiopulmonar, tanto práctica como docente.

Se ha realizó un revisión de los carros de paro hospitalario tanto de material (fungible e inventariable) como de fármacos según las recomendaciones realizadas en el protocolo del hospital del año 2002.

Se realizó un inventario de los carros de RCP existentes en nuestro hospital y se revisaron sin aviso previo, de forma que se asegurara el desconocimiento por parte del personal de la existencia de esta evaluación. En la revisión se recogía la adecuación o no al listado existente, tanto en su contenido como del funcionamiento de los equipos.

Intervenciones

Tras la inspección revisaremos los incumplimientos y, ya que las deficiencias no tienen la misma gravedad ni repercusión, los clasificareos como leves, graves y muy graves.

Conclusiones

- Normalización de los carros para que su disposición y material sean homogeneos en sus distintas situaciones.
- Revisión del material y valorar cambios o mejoras.
- Actualizar las hojas de revisión del material y periodicidad en aquellas áreas que no se ha mantenido de forma adecuada el carro de paros.
- Revisiones periódicas de los carros de paro a cargo del servicio de medicina intensiva para valorar su mantenimiento.

P150 - ID: 373

Protocolo del sistema de compresión neumática

Miras Bruno, J. A.; Córdoba Seguí, B.; Sánchez García, M. D. C.; Sáez Sánchez, J.; Muñoz Borrachero, E.; Expósito Barroso, F.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Objetivo

Presentar y describir las características de los sistemas de compresión neumática SCD (Sistema de Compresión Dinámico) Comfort® de Kendall (CovidienTM)

Manejo y cuidados de Enfermería.

Metodología

Los Sistemas de compresión neumática SCD Confort de Kendall (CovidienTM) se componen de:

- Dispositivo SCD 700 con pantalla LCD

- Fundas Comfort® STC (Seco-Transpirable-Cómodo) de Compresión Neumática Intermitente

- Tubuladuras de conexión.

Colocación:

1.- Informar al paciente del procedimiento a realizar

2.- Colocar las fundas en las pantorrillas y ajustar con el velcro

3.- Conectar el Dispositivo SCD 700 a la corriente y engancharlo a la cama.

4.- Encender el dispositivo

5.- Ajustar presiones

Intervenciones

- Informar al paciente

- Conocer antecedentes de patologías y vasculares y factores de coagulación

- Control del estado de la piel

- Comprobar el pulso distal tras el hinchado del dispositivo

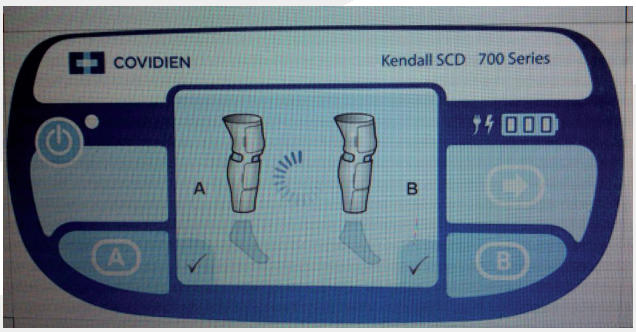
- Evitar dobleces para así impedir úlceras por presión

- Registrar los cuidados

Conclusiones

Una compresión UNIFORME no ocasiona ningún tipo de compresión gradual en la zona tibial y puede provocar colapso distal, la funda con tres cámaras produce una compresión ondular en la pierna?que se traduce en un vaciado completo de la musculatura vascular incrementando la velocidad del flujo sanguíneo a nivel femoral.

Las fundas ejercen una compresión gradual y circunferencial alrededor de los MMII consiguiendo movilizar el volumen de sangre necesario para optimizar el sistema venoso.



P151 - ID: 385

Monitorización continua del segmento ST: una utilidad avanzada del análisis del electrocardiograma

Migallón Buitrago, M. E.; García Velasco Sánchez Morago, S.; Puyana Manrique de Lara, M. D. C.; Ramírez de Orol, M.A.
Hospital General Universitario, Ciudad Real

Objetivo

La monitorización continua del segmento ST (MCST) del electrocardiograma (ECG) permite la detección temprana de isquemia miocárdica, aunque su uso es bajo en unidades de críticos a pesar de la información que aporta en tiempo real. Se revisa el valor clínico de la MCST, las recomendaciones y las estrategias para su utilización.

Metodología

Entre los objetivos principales de la monitorización del ECG se encuentran la detección precoz de arritmias cardíacas, la vigilancia de las alteraciones del segmento ST, (incluyendo las relacionadas con isquemia aguda o por reestenosis de la arteria coronaria en un paciente sometido a una intervención coronaria percutánea) y evaluar la eficacia del tratamiento. Esto es más útil en pacientes que no pueden comunicarnos sus síntomas (aquellos con analgosedación profunda o agitados) o en episodios isquemicos transitorios que no duran el tiempo necesario para realizar un ECG.

Intervenciones

Se puede realizar monitorización continua del ECG de 12 derivaciones en la cabecera del paciente mediante ECG estándar, pero su uso se limita por la gran cantidad de electrodos necesarios. En la actualidad es posible monitorizar un ECG con cinco electrodos que registran 12 derivaciones mediante cálculos matemáticos basados en vectores en el monitor de cabecera del paciente. Para un diagnóstico correcto es preciso colocar correctamente los electrodos y configurar las alarmas de ascenso y descenso del segmento ST. Los resultados de la monitorización pueden verse distorsionados en pacientes con bloqueo de rama izquierda, con marcapasos ventriculares, ritmo idioventricular y flutter auricular. Las alteraciones electrolíticas, pericarditis, síndromes de preexcitación y algunos medicamentos pueden alterar la monitorización.

Conclusiones

Existe suficiente evidencia en la literatura para apoyar el uso de la MCST del ECG en el seguimiento de variedad de pacientes y situaciones clínicas, permitiendo realizar una mejor vigilancia y toma de decisiones en el enfermo crítico.

P152 - ID: 433

Protocolo; marcapasos definitivo

Avilés Sánchez, R.; Rodríguez Luque, E.; Nuño Carmona, C.; Carreño Sánchez, R.; Romero Blanco, L.; Pozo Corbalán, M.; Gonzáles Orihuela, D.
SAS, Málaga

Objetivo

- Presentar un protocolo elaborado por personal enfermero de nuestro unidad, describiendo indicaciones,cuidados enfermeros antes,durante y post-implante,asi como detección de problemas y actuación ante ellos.

Objetivo principal; estandarizar la técnica y su manejo al personal estable asi como de nueva incorporación.

Metodología

- Revisión bibliográfica y actualización del protocolo si procede.

Intervenciones

- Colaborar con el médico en su colocación y normalización de constantes vitales, durante la introducción del electrocatéter/es, así como en la comprobación de las características eléctricas, realizando las pruebas de deteccion de señal intracardiaca y de estimulación.
- Conocer el procedimiento y precauciones a tener presentes antes, durante y tras la implantación.
- Conocer el material necesario y su preparación.
- Conocer las potenciales problemas en relación al funcionamiento del dispositivo.
- Registro de la actividad en el libro de asiento de implantaciones, hoja de notiviación de implante de marcapasos al Servicio de Administración del centro y anotación de la dosis de raciación.

Conclusiones

Con el protocolo aseguramos el conocimiento de la tecnica por parte de todo el personal de enfermeria, disminuimos el tiempodel procedimiento,disminuimos el tiempo del procedimiento.

Un personal de enfermeria cualificado garantiza una calidad asistencial acorde a las necesidades y seguridad del paciente.

Enermeria actua antes durante y despuesd el ainsecion del marcapasos, por lo tanto juega un papel primordial de control y vigilancia en todo el proceso (atencion integral).

P153 - ID: 544

Colocación de marcapasos transitorio en unidad de cuidados intensivos

Avilés Sánchez, R.; Martín Millán, A.; Palomo Carmona, F.; Fernández Añon, J. M.; Carreño Sánchez, R.; Pozo Corbalán, M.; Gonzáles Orihuela, D.
SAS, Málaga

Objetivo

Conocer las tecnicas y material necesarios para la colocacion de un marcapasos transitorio en la unidad de cuidados intensivos.

Metodología

Revision de bibliografia, toma de fotografias en quirofano y texto explicativos del procedimiento junto con imaganes ilustrativas.

Intervenciones

- Colaborar con el médico en su colocación y normalización de constantes vitales, durante la introducción del electrocatéter/es, así como en la comprobación de las características eléctricas, realizando las pruebas de deteccion de señal intracardiaca y de estimulación.
- Conocer el procedimiento y precauciones a tener presentes antes, durante y tras la implantación.
- Conocer el material necesario y su preparación.
- Conocer las potenciales problemas en relación al funcionamiento del dispositivo.
- Registro de la actividad en el libro de asiento de implantaciones, hoja de notiviación de implante de marcapasos al Servicio de Administración del centro y anotación de la dosis de raciación

Conclusiones

Con los conocimientos adquiridosse agiliza el procedimiento y se obtieneun mayor benefico y seguridad para el paciente.

P154 - ID: 126

Derrame pericárdico en paciente portador de MP transitorio

Lisbona Roldán, M. T.; Aranda Delgado, Y.; Fernández Añón, J. M.; Nuño Calderón, C.; Molero Pardo, M. J.; Sanz Pacheco, B.; Nuñez Toscano, C.; García Aragón, S.; Salazar Ramírez, C.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción

Paciente de 84 años, pluripatológica, que ingresa procedente de Urgencias con Bloqueo AV completo.Vive sóla y es independiente para actividades de la vida diaria. Su hija, que se encontraba con ella, avisa al 061 por presentar ésta varios episodios de pérdida de conciencia súbita que recupera en pocos minutos y palidez.

En UCI le implantan Mp transitorio.

Al retirar electrodos se detecta deterioro hemodinámico de la paciente y tras pruebas complementarias se diagnostica derrame pericárdico.

Observación clínica

En domicilio el 061 diagnostica Bloqueo AV completo tras electrocardiograma.La paciente se encuentra con palidez y desorientada. Se transalada a hospital de referencia donde le es colocado MP transitorio recuperando ritmo propio. Tras comprobar mediante monitorización cardiaca que el MP no sensaba bien,le retiran electrocatéter. Tras la retirada, la paciente presenta hipotensión y dolor abdominal superior. Tras pruebas complementarias se diagnostica derrame pericárdico y se procede a evacuación. La paciente es intervenida posteriormente de implante de MP definitivo

Plan de cuidados enfermero

Dde: Deficit de autocuidado:uso del wc y baño e higiene

Dde: Deficit de autocuidado:Alimentación R/Cproblema de autonomía M/P incapacidad para llevar alimentos a la boca.

Dde: Intolerancia a la actividad secundaria al procedimiento.

Dde: Ansiedad R/C cambios en el estado de salud M/P preocupación creciente y nerviosismo.

Dde: Riesgo de caídas R/C edad mayor de 65 años, estados postoperatorios y deterioro de la movilidad física.

CP/PC: Dolor secundario a la intervención.

CP/PC: Infección secundaria a la intervención.

Discusión

La perforación ventricular es una complicación rara (0.3-1%) que ocurre 24 horas después del implante y más comunmente con los de fijación activa y localización atrial. La clínica es variable con algunos pacientes asintomáticos y otros que pueden desarrollar taponamiento cardiaco.

Conclusiones

La enfermería debe prestar especial atención al paciente portador de MP provisional. Debe vigilar estrechamente la monitorización cardiaca, las constantes vitales, la clínica posterior, así como el buen sensado del MP.

P155 - ID: 199

Incidencia del síndrome coronario agudo en la comarca de Antequera y su relación con los factores de riesgo vascular

Pozo Gómez, E. M.; Méndez Pozo, M. L.; Cuadra Pérez, M. G.; Aranda Ruiz, M. J.
Area Sanitaria Norte de Malaga. Hospital Antequera, Antequera

Introducción

Las enfermedades vasculares (EV),entre las que se incluyen la cardiopatía isquémica(CI),la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad arterial periférica,constituyen una de las principales causas de morbilidad y la primera causa de muerte en los países occidentales.

Entre los FRV(Factor de Riesgo Vascular)se incluyen edad,sexo,hipertensión arterial,tabaquismo,dislipemias,diabetes mellitus,obesidad,sedentarismo,antecedentes familiares de enfermedad arterial periférica.

Las intervenciones dirigidas a la modificación de estilo de vida constituyen la base fundamental del tratamiento en prevención vascular.

Objetivos

Analizar los FRV de pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo(SCA)en UCI del Hospital de Antequera.

Comparar el comportamiento de los FRV en las Zonas Básicas de Salud(ZBS)de la Comarca de Antequera.

Determinar la incidencia del SCA y evolución(complicaciones,mortalidad,reingresos).

Material y método

Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por SCA en UCI durante tres años(2010,2011,2012) agrupándolos en las ZBS que componen la Comarca de Antequera(Antequera, Archidona,Campillos,Mollina).

Los FRV analizados fueron:antecedentes familiares,tabaquismo,hipertensión,diabetes mellitus,dislipemia, sobrepeso,antecedentes de enfermedad arterial periférica.

Se clasificaron en pacientes con FRV entre 0-1,entre 2-3,entre 4-5 y ≥6.

Se analizó la incidencia del SCA y evolución(complicaciones,reingresos,éxitus).

Los resultados se expresan en porcentajes.

Resultados

Se recogieron datos de 270 pacientes con SCA:Antequera(54.07%),Archidona(14.44%),Campillos(16.29%),Mollina(15.18%).Gráfico1.

La incidencia de FRV en cada ZBS queda reflejada en Tabla1.

La agrupación de FRV por ZBS queda reflejada en Gráfico2.La de mayor riesgo(presencia de ≥4FRV)es Mollina.

En cuanto a evolución del SCA,las complicaciones han sido 18.5%,reingresos 5.2%,mortalidad 1.5%.Antequera presentó más complicaciones y reingresos.Campillos cursa con mortalidad superior.Gráfico3.

Conclusiones

Antequera es la ZBS con mayor porcentaje de ingresos por SCA,la segunda Campillos.

Los FRV más predominantes en las 4ZBS son tabaquismo e hipertensión seguidas por dislipemia excepto en Campillos donde en tercer lugar el FRV a destacar es la presencia de antecedentes familiares con C.I.Los FRV de menor impacto son sobrepeso y enfermedad arterial periférica.

Casi una quinta parte de los pacientes ingresados sufrieron alguna complicación,cursando con muy baja mortalidad.

Antequera es donde más complicaciones y reingresos se producen.Sin embargo Campillos presenta mayor mortalidad.Dado que la presencia de antecedentes familiares de CI es muy relevante,podría recomendarse un mayor screening de CI silente en dicha ZBS.

sigue

Gráfico 1. Distribución por ZBS del SCA.

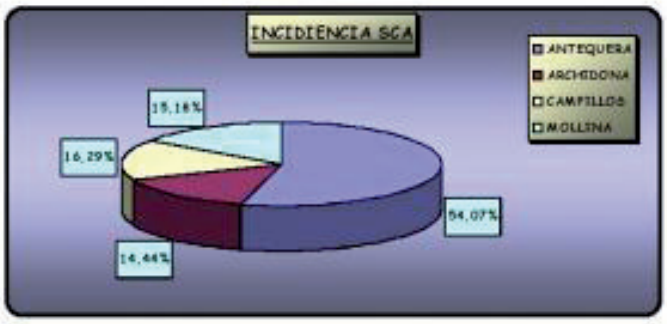


Tabla 1. Porcentaje de FRV en cada una de las ZBS.

	ANTECEDENTES FAMILIARES	TABAQUISMO	HIPERTENSIÓN	DIABETES MELLITUS	DISLIPEMIA	SOBREPESO	ENFERM ARTERIAL PERIFERICA	CARDIOPATIA ISQUEMICA
ANTEQUERA	18,49%	55,47%	58,21%	41,09%	45,89%	13,69%	2,05%	34,24%
ARCHIDONA	10,25%	61,53%	51,28%	28,20%	46,15%	17,94%	0,00%	28,20%
CAMPILLOS	54,54%	63,63%	63,63%	43,18%	40,90%	11,36%	0,00%	22,72%
MOLLINA	29,26%	56,09%	58,53%	26,82%	53,65%	14,63%	2,43%	24,39%

Gráfico 2. Grupos de FRV en cada ZBS.

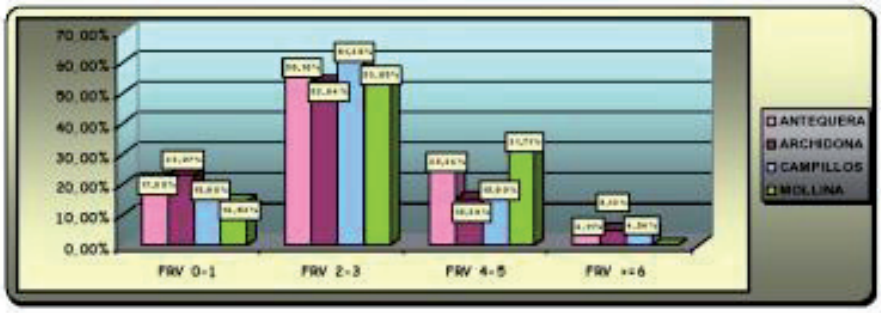
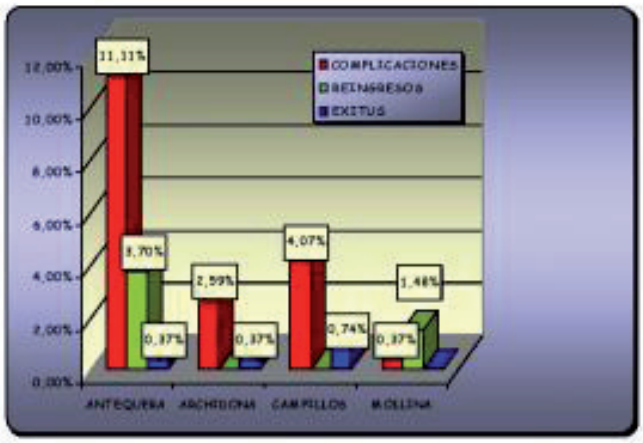


Gráfico 3. Evolución de SCA en Comarca de Antequera.



P156 - ID: 196

Valoración del impacto de un programa de educación sanitaria dirigido a pacientes con síndrome coronario agudo “PESSCA” en UCI

Millán Castilla, F.
Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en nuestro país. Existen evidencias de que la educación sanitaria podria aumentar el éxito en el abandono de prácicas no saludables, especialmente en un cotexto hospitalario.

Objetivos

Proporcionar formación sobre la enfermedad coronaria, factores de riesgo y hábitos de vida saludable a pacientes que padecen esta enfermedad.

Valorar el impacto de esta formación en el abandono de prácticas no saludables.

Material y método

El tipo de estudio realizado es observacional descriptivo,llevado a cabo en la UCI polivalente de la Agencia Sanitaria Costa del Sol, con una capacidad de 13 camas. De los 605 pacientes ingresados en el año 2012, 146 fueron incluidos en el programa PESSCA. Los criterios de inclusión fueron:

- Diagnótico de patología coronaria.
- Habla castellana.
- Tener aptitudes cognitivas suficientes para asimilar la información.

Es un programa educativo estructurado y sistematizado basado en dos sesiones de educación sanitaria en la unidad, aportación de un folleto informativo de recomendaciones, elaborado siguiendo la metodología de creación de guías de práctica clinica y una sesión de refuerzo donde se lleva a cabo la primera evaluación de hábitos de vida saludable. Datos que serán reevaluados a los seis meses y al año.

Resultados

De las variables recogidas nos centraremos en el hábito tabáquico, dieta y ejercicio.

De los pacientes que referian fumar en el momento del ingreso un 73.7% dicen haber dejado este hábito.

De los pacientes que referian no seguir una dieta adecuada el 100% de ellos afirma llevar una dieta adecuada.

De los pacientes que llevaban una vida sedentaria un 37% continua con ese hábito, mientras que un 60.9% realiza ejercicio de forma moderada y un 2.2% es deportista.

Conclusiones

La educación y las intervenciones de consejo sanitario mejoran los conocimientos de los pacientes con enfermedad coronaria acerca de su enfermedad y favorecen respuestas apropiadas que pueden incidir en la adopción de prácticas cardiosaludables.

P157 - ID: 294

La Reanimación Cardiopulmonar Avanzada en el Hospital. Enfermería puede o debe aplicar los protocolos de European Resuscitation Council (ERC). Normativa

Peña Otero, D.; Ruiz-Henestrosa Campos, M. J.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

Cuando sucede una parada cardiorrespiratoria en el hospital, la división entre el soporte vital básico (SVB) y el soporte vital avanzado es arbitraria; En ocasiones ante la no presencia de un médico no sabemos como actuar y que podemos hacer sin su presencia.

Las paradas cardíacas deben ser reconocidas inmediatamente y se ha de pedir ayuda utilizando un número de teléfono estándar preestablecido. Se debe comenzar la RCP de manera inmediata, utilizando accesorios de vía aérea y, si está indicado, se debe llevar a cabo la desfibrilación tan rápidamente como sea posible.

Objetivos

Conocer en que situación nos encontramos los profesionales de la enfermería en el ámbito intrahospitalario cuando ante la existencia de una parada cardiaca y no tenemos un facultativo médico presente.

Material y método

Se realiza una búsqueda bibliográficas en las principales bases de datos indexactas a través de las palabras claves, así como una revisión de las leyes y jurisprudencia existentes hasta el momento.

Resultados

Siendo puristas debemos decir que ya tenemos una Ley que aprueba el uso de los medicamentos que estén incorporados en los protocolos y que sean de prescripción médica. La cuestión es que aún no tenemos aprobada la regulación (un Real Decreto) que desarrolle lo que dice la Ley y exprese cómo se elaboran o aprueban esos protocolos, que tienen que ser de elaboración conjunta y aprobados por la agencia de calidad del Ministerio de Sanidad.

Conclusiones

Aunque tenemos cobertura legal, siendo estrictos, podríamos decir que todavía no podríamos aplicar lo establecido en esos protocolos, ya que no estamos acreditados, tal y como dice la Ley. Como en todo norma, hay un periodo de transitoriedad, en el que nos encontramos ahora mismo

P158 - ID: 405

Disminución de la inserción de marcapasos transvenosos temporales en una unidad de medicina intensiva

Sabaté Ortigues, R.; Mauri, P.; Adell, M. T.; Ferré, R.; Rodríguez, R.; Vázquez, J. R.
Hospital Verge de la Cinta, Tortosa

Introducción

El bloqueo auriculo-ventricular completo (BAV) es una patología cada vez más frecuente en una población con expectativa de vida cada vez mayor. La unidad de Medicina Intensiva del Hospital Verge de la Cinta de Tortosa integra desde 2006 una Unidad de Marcapasos con un equipo mutidisciplinarde cardiólogos, médicos y enfermeras de intensivos. La oportunidad de poder realizar implantaciones de marcapasos definitivos de manera precoz, ha permitido un cambio de política en la inserción de marcapasos transvenosos temporales, optando por una política más conservadora.

Objetivos

Mejorar la seguridad y valorar complicaciones secundarias de la no inserción de marcapasos transvenosos temporales en una unidad que dispone la posibilidad de implantación de marcapasos definitivo en las siguientes 24 horas al ingreso por BAV sintomatico.

Material y método

Estudio observacional retrospectivo de pacientes que presentaron BAV de tercer grado sintomatico (sincope) durante un período de 3 años (01.09.2009 - 01.09.2012) en un hospital de 240 camas con UCI polivalente de nueve camas y con unidad de marcapasos integrada en la misma.Se realizó telemetria en la UCI en espera de inserción de marcapasos definitivo en las siguientes 24 horas, si no se repetia evento clínico.

Resultados

Se analizaron 17 pacientes, 7 mujeres y 10 hombres con edad media de 76'5 años y un rango de 40-91 años. Fue necesaria la inserción de marcapasos transvenos temporal en 8 casos(47%) pudiendose realizar inserción de marcapaso definitivo en los 9 pacientes restantes(53%).El tipo de marcapasos definitivos fueron: 11 VVI (64%), 1 VDD(5%) y 5 DDD(31%).

Conclusiones

En nuestro hospital, la posibilidad de tener una Unidad de Marcapasos integrada en el mismo servicio, comporta la disminución de inserción de marcapasos transvenosos temporales, evitando un doble procediemiento y las complicaciones inherentes a los mismos. No se objetivaron complicaciones remarcables con espera de 24 horas bajo telemetria en los pacientes que presentaban BAV completo sintomatico, aunque anteriormente se hubiera insertado el temporal.

P159 - ID: 70

Intervención enfermera en procedimientos cardiológicos

Zamorano Antonio, R. M.; Rebollo Gómez, P.
Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz

Objetivo

Analizar la intervención del personal de enfermería de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) en la atención de procedimientos cardiológicos específicos.

Metodología

El Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital de Torrejón colabora con el Servicio de Cardiología en la realización de diferentes procedimientos con una implicación específica del personal de enfermería. Se incluyen todos los pacientes con colocación de marcapasos y otros dispositivos en la sala especial de procedimientos de UCI y las cardioversiones eléctricas (CVE) realizadas en UCI. Se analizan las características de los pacientes y las principales actividades de enfermería durante los primeros 12 meses de la puesta en marcha del hospital.

Intervenciones

Durante el periodo de estudio se han realizado los siguientes procedimientos e intervenciones de enfermería:

a) Se han implantado 68 marcapasos, 10 recambios de pila y 11 DAI (desfibrilador automático implantable).

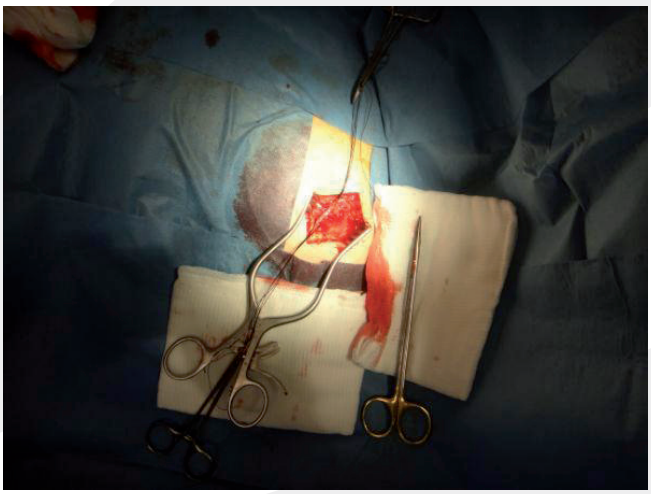
Funciones de enfermería: Coordinación de los servicios implicados, recepción del paciente, monitorización y manejo del paciente en la mesa de intervención, manejo del arco en C según órdenes médicas, asistencia al médico implantador, administración de medicación, uso del programador, actividades administrativas.

b) Se han realizado 45 CVE (cardiólogo; intensivista; enfermera).

Los procedimientos de enfermería han sido: Recepción del paciente, comprobación de los 3 últimos INR (International Normalized Ratio), monitorización, EKG, canalización de VVP, administración de medicación y cuidados postprocedimiento.

Conclusiones

El papel de la enfermera de UCI en el implante de marcapasos, DAI y en la realización de CVE resulta fundamental para la coordinación de los distintos servicios implicados durante el procedimiento. Aumenta la cartera del servicio del SMI, pudiendo ofrecer a nuestros pacientes un cuidado más integral.



P160 - ID: 464

Protocolo de Rehabilitación Cardiaca Fase I, en unidad de cuidados intensivos coronarios

Coll García, N.; Inat Carbonell, J.; Badía Berzosa, C.; Requeni Gabarda, E.; Martinez Catalá, G.; Díaz Belinchón, A.; Adalid Illueca, J.
Hospital Clínico Universitario, Valencia

Objetivo

Evitar los inconvenientes del reposo prolongado en cama, como son:

El descenso importante de la capacidad funcional por debilidad física.

La aparición de complicaciones respiratorias.

El descondicionamiento cardiovascular.

Prevenir la formación de tromboembolismo.

Prevención del estreñimiento.

Prevención del decaimiento psicológico.

Disminuir o eliminar factores de riesgo.

Estratificación y ubicación del paciente en alto, medio y bajo riesgo.

Metodología

Publicaciones de profesionales sobre la Rehabilitación Cardiaca (RHC); revisión manual de varios artículos de la Revista Española de cardiología; varios libros en español sobre RHC, obteniendo como resultado la confección de un protocolo.

Intervenciones

RHC Fase I se inicia en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) antes de las 24-48 horas y finaliza con el alta hospitalaria.

En nuestra unidad se aplica en los siguientes casos:

Infarto Agudo de Miocardio.

Tras angioplástia.

Tras bypass.

Intervenidos de prótesis valvulares.

Insuficiencia cardíaca.

Conclusiones

La aplicación precoz de un protocolo de RHC en la UCIC es de gran utilidad para que el paciente se beneficie de las ventajas del ejercicio, y reducir así los efectos perjudiciales del desacondicionamiento físico que normalmente acompaña el reposo prolongado en cama.

P161 - ID: 419

Hipotermia moderada en pacientes con traumatismo craneo encefálico

Domínguez Martín, J. U.; Palacios Pérez, F.; Delgado Quispe, L. E.
Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Introducción

Múltiples estudios experimentales han demostrado quela Hipotermiaterapéutica, favorece la neuroprotección, influyendo en el proceso bioquímico que se produce tras la agresión cerebral por traumatismo, isquemia o anoxia.

Observación clínica

Varón de 37 años, con antecedentes de alcoholismo, alteraciones de la personalidad, dependiente de cannabis y cocaína.

Ingresa en nuestra unidad de cuidados intensivos, por TCE por contusión.

Presenta disminución del nivel de conciencia y agitación con necesidad de intubación orotraqueal

La Tomografía Craneal(TAC) muestra:

- Hemorragia subaracnoidea postraumática
- Hematoma epidural.
- Fractura de la base del cráneo
- Múltiples contusiones frontales y temporal derecha.

Pasa a quirófano para una craneotomía descompresiva y colocación de sensor de Presión Intracraneana (PIC)

Se coloca manta de hipotermia tipo Arctic Sun y se mantiene al paciente en 36,5 º, Las pupilas fueron siempre Isocóricas normoreactivas.

El 2º TAC 6 horas post-cirugía se observa un sangrado profuso, a las 24 horas el TAC muestra nueva progresión de los hematomas frontales y temporal derecho, así como un nuevo epidural, a las 48 horas se procede a realizar una embolización del sangrado occipital, las tomografías posteriores revelan una mejoría en la reabsorción de los hematomas.

Plan de cuidados enfermero

NANDA Disminución de la capacidad adaptativa Intracraneana (00049)

NOC 0909 Estado neurológico.

0406 Perfusión tisular cerebral.

NIC 2260 Sedación.

2540 Gestión del Edema Cerebral.

2550Mejora de la perfusión cerebral

2590 Monitorización dela PIC

2620 Control y seguimiento neurológico

Discusión

Las Presiones Intracraneanas fueron mantenidas entre 10 y 20 mmHg salvo algunas subidas puntuales correspondientes a la movilización o aspiración de secreciones para lo cual se tuvo que aumentar la sedación puntualmente.

Conclusiones

El uso de hipotermia moderada se inicio en este paciente el 2º dia, permaneciendo durante 13 días, observando evolución favorable de los hematomas.

P162 - ID: 360

Protocolo de Hipotermia Terapéutica Leve tras parada cardiorespiratoria. Medidas de eficiencia en un procedimiento seguro

Carrilero López, C.; Gutiérrez Rubio, J. M.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete

Objetivo

Ofrecer pautas al personal de una unidad de cuidados intensivos(UCI) en la inducción de hipotermia leve a los supervivientes de una parada cardiorrespiratoria(PCR) que permanecen en coma, con el fin de mejorar los resultados neurológicos, utilizando métodos seguros y económicos.

Metodología

La aplicación del protocolo recae sobre aquellos pacientes con un Glasgow menor de 8 tras recuperación de la circulación espontanea (RCE) que cumplen criterios de inclusión. El protocolo de hipotermia terapeutica(HT) está integrado con el resto de cuidados postresucitación. Necesitamos alcanzar una temperatura central entre 32-34º antes de 4 horas aplicando enfriamiento central y periférico.Mantendremos al paciente en un rango de temperatura entre 32-34º durante 24 horas. Transcurridas 24 horas se iniciara el recalentamiento externo pasivo, a un ritmo aproximado de 0,2 ºC/h.

Intervenciones

En primer lugar se realizara una valoración inicial del paciente.Durante todo este procedimiento se mantiene la monitorización y registro de las constantes, estado de la piel y presencia de ulceras por presion(UPP), Tª central, valoración neurológica mediante BIS, presencia de temblores y estado de las pupilas, realizar determinaciones frecuentes de iones, glucosa, enzimas, coagulación y gases arteriales.

Conclusiones

La aplicación de nuestro protocolo no requiere dificultades técnicas pero si supone una sobrecarga de trabajo para el personal de enfermería. El coste en tiempo de trabajo y la atención prestada obliga a mantener una ratio de enfermería nunca superior a 2 enfermos por DUE. El coste económico de la técnica es reducido: el coste de una sábana térmica, una tira del BIS, el coste del hielo y la realización a estos pacientes a las 24 horas de unelectroencefalograma(EEG) y unospotenciales evocados somatosensoriales(PESS). El conocimiento de este protocolo por todo el personal de UCI contribuye a que se desarrolle con éxito de forma económica, eficiente y segura.

P163 - ID: 30

Aplicación de capnografía en las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) intrahospitalaria: nuestra experiencia

Fernández - Pinilla Sánchez, E. M.; Valdivia de la Fuente, M.; de Dompablo Taboada, V.; Saboya Sánchez, S.; García Sánchez, R.; Lobo Valbuena, B.; Martínez Sanz, N.
HU Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda

Introducción

Las últimas actualizaciones de las Guías de Reanimación Cardiopulmonar (European Resuscitation Council -ERC- 2010 y American Heart Association -AHA- 2010) enfatizan el uso de capnografía durante las maniobras de soporte cardiovascular avanzado para verificar la correcta intubación endotraqueal (IET), detectar la recuperación de circulación espontánea (RCE) y monitorizar la calidad de la reanimación que se está proporcionando.

Objetivos

Evaluar el uso de capnografía durante las maniobras de RCP en las áreas de Medicina Intensiva (UCI), Unidad Coronaria y Urgencias de un hospital de tercer nivel asistencial para dos de las tres indicaciones que recomiendan las guías: verificación de la correcta IET y detección de RCE.

Material y método

Durante los meses de enero y febrero de 2012 se realizó un programa formativo dirigido a enfermeras y médicos acerca de los principios básicos de la capnografía y su recomendación en las Guías de RCP vigentes; se dio a conocer un registro de parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria -inexistente hasta ese momento en nuestro centro- explicando las normas para su cumplimentación.

Posteriormente, se ha procedido a la revisión retrospectiva de los registros de PCR intrahospitalaria cumplimentados entre el 1 de marzo y el 31 de diciembre de 2012.

Resultados

Se cumplimentaron 17 registros de PCR intrahospitalaria (47% en UCI, 47% en Urgencias y 6% en U. Coronaria). Se procedió a IET en 13 casos (76,5%). Se usó capnografía en 4 de estos casos (30,8%).

En los casos en que se usó capnografía:

- Se empleó para verificar la correcta IET en todos ellos (100%).

- Se utilizó para detectar RCE en 3 casos (75%). De éstos, se produjo RCE en 2 casos (66,7%) y éxitus en 1 (33,3%).

Conclusiones

A pesar del creciente grado de recomendación de las Guías de RCP sobre el uso de capnografía durante las maniobras de reanimación, su aplicación en el ámbito intrahospitalario es aún infrecuente.

P164 - ID: 59

Migración de dispositivo amplatzer: a propósito de un caso

Robles Carrion, J.[1]; Vega Vázquez, F. J.[1]; Pachón María, E.[2]
1. Hospital Virgen Macarena, Sevilla; 2. Hospital Nuestra Señora de la Merced, Sevilla

Introducción

La comunicación interauricular (CIA) es la cardiopatía congénita más frecuentemente diagnosticada.

Nuestro objetivo es revisión retrospectiva del caso clínico de desplazamiento del dispositivo Amplatzer, de cierre de CIA,así como su evolución en post-operatorio inmediato

Observación clínica

Presentamos el caso:varón de 26 años,diagnosticado de CIA tipo ostium secundum en Marzo de 2012.Se procedió al cierre definitivo del defecto con un dispositivo Amplatzer® de40 mm de diámetro en Abril de 2012.El procedimiento cursó con arritmias auriculares, manteniendo la estabilidad hemodinámica

Realizaron ecografía transtorácica urgente,donde se observa movilización del dispositivo implantado encontrándose empotrado en la válvula mitral,generando insuficiencia mitral moderada.

Trasladándose al Hospital Virgen Macarena para realización de cirugía urgente

Se realiza intervención quirúrgica,para extracción del dispositivo,bajo circulación extracorpórea con cierre de la CIA, utilizando parche de pericardio y tras tiempo de circulación extracorpórea de 35 minutos,y de isquemia o clampaje de 25 minutos,ingresa en la unidad de cuidados postoperatorios de cirugía cardiaca

Plan de cuidados enfermero

Alteración del intercambio gaseoso r/c hipertensión pulmonar y atelectasia

Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor postoperatorio, secreciones en vía aérea artificial,derrame pleural.

Disminución del gasto cardiaco r/c anomalías residuales,disminución de la contractibilidad cardiaca,taponamiento cardiaco,arritmias,sangrado y alteraciones hidroelectrolíticas

Riesgo potencial de alteración de perfusión cerebral r/c complicaciones cardiopulmonares

Dolor r/c el procedimiento quirúrgico

Riesgo potencial de infección r/c la herida quirúrgica y elementos

Afrontamiento familiar ineficaz r/c la estancia en la UCI y su situación crítica

Déficit de conocimientos del proceso postoperatorio

Discusión

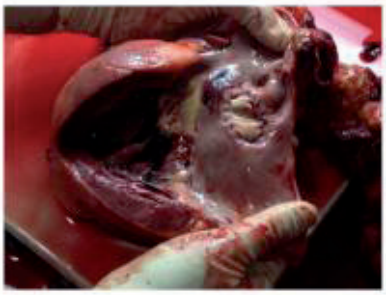
El cierre con dispositivo se ha convertido en la primera elección para el cierre del defecto del ostium secundum

Conclusiones

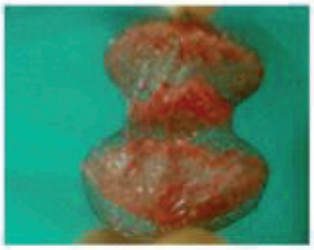
El éxito del procedimiento aumenta en casos con defectos determinados y de menor tamaño,y disminuye en aquellos pacientes con defectos grandes,con bordes inadecuados o multiperforados

Presenta baja incidencia de complicaciones y corto período de estancia hospitalaria,aunque el caso que presentamos es la complicacion mayor,que han llevado con posterioridad al éxitus del paciente

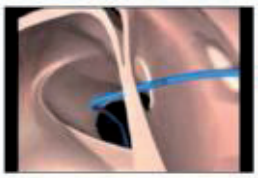
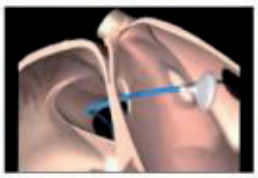
BIOPSIA



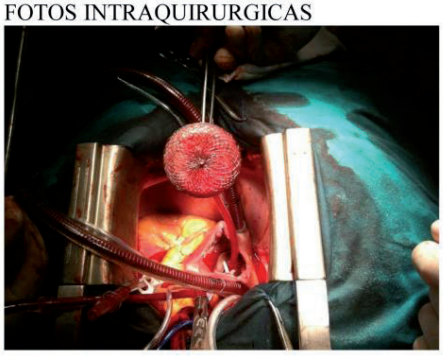
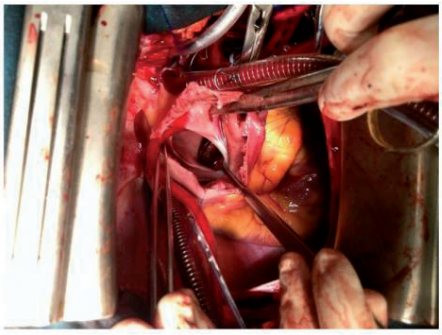
El disco de aurícula izquierda es mayor que el de la aurícula derecha.



SECUENCIA DE LA TÉCNICA DE IMPLANTACIÓN

FOTOS INTRAQUIRURGICAS

P165 - ID: 527

Cuidados enfermeros en pacientes intervenidos de aneurisma de aorta abdominal

Expósito Torres, A. B.; Larrad Blasco, R.; Martínez Teruel, M. A.; Salguero Rubia, C.
Clínica Juaneda, Palma de Mallorca

Objetivo

Descripcion de los cuidados post quirurgicos de enfermeria aplicados a pacientes intervenidos de aneurisma aorta abdominal mediante cirugia endovascular laparoscopica en un servicio de medicna intensiva.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de un grupo de pacientes intervenidos quirurgicamente de aneurisma aorta abdominal e ingresados en el servicio de medicina intensiva de la clinica juaneda.

La muestra se compone de nueve pacientes intervenidos durante el año 2012. Se realiza recogida de datos como edad, sexo,diagnostico, patologias previas asociadas y revision de todos los cuidados enfermeros administrados.

Intervenciones

Los sujetos a estudio son nueve pacientes varones con edades comprendidas entre 60-85 años. Todos ellos con patologias asociadas (hipertension,tabaquismo,enfermedad pulmunar obstructiva cronica, hipercolesterolemia...).

La intervencion se realiza via laparoscopica, por lo que su llegada a la unidad de cuidados intensivos, no son portadores de ventilacion mecanica.

A su llegada a la unidad se procede a:

- Monitorazacion del paciente
- Valoracion del estado neurologico y escala del dolor
- Comprobacion de pulsos distales.
- Valoracion de apositos quirurgicos y drenajes para descartar sangrados
- Electrocardiograma y analitica sanguinea si precisan.

Encontramos en nuestro estudio que al ser pacientes no sometidos a cirugia abierta, el indice de morbimortalidad es menor, que se disminuye el dolor y sufrimiento del paciente, su estancia hospitalaria es mas corta, presentando menos incidencia de complicaciones e infecciones nosocomiales y consiguiendo un retorno mas rapido a las actividades de su vida cotidiana.

Conclusiones

En nuestro estudio encontramos que la cirugia laparoscopica, supone una menor incidencia de complicaciones e infecciones nosocomiales asociadas a la intervencion, que favorece la pronta recuperacion del paciente y su integracion a su vida cotidiana.

Y disminuye la carga de trabajo de enfermeria con respecto a las intervenciones mediante cirugia abierta.

P166 - ID: 157

Humidificación con sistema HME-Booster

Rivera Romero, R. L.[1]; Torres Campos, M.[1]; Arrebola López, M.[2]; Curiel Balsera, E.[1]; Esquinas Rodríguez, A.[3]
1. Hospital Regional Carlos Haya, Málaga; 2. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga; 3. Hospital Morales Messeguer, Murcia

Introducción

Existe controversia acerca de cual es la humedad optima a la que administrar los gases durante ventilación mecánica (VM).

El limite de saturación isotérmica es el punto al cual el gas inspirado llega a la temperatura corporal y esta saturado por completo (44 mg H2O/L) y eso ocurre normalmente a 5 cm de la carina.

Objetivos

Valorar si existen diferencias en la temperatura y la humedad conseguida con humidificadores de tipo HME (heat and moisture exchangers).

Material y método

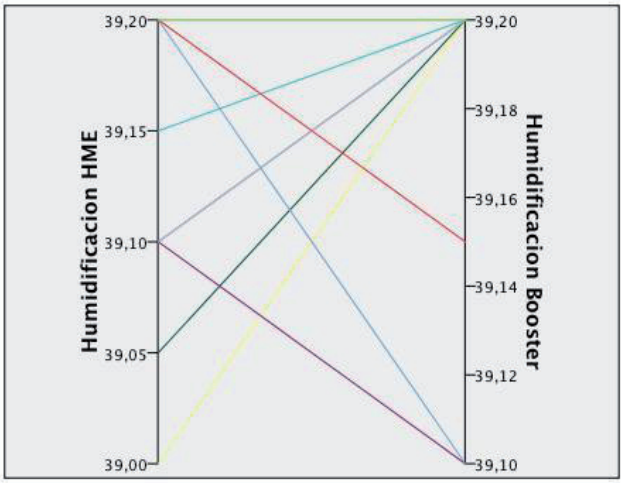
Se eligieron 10 pacientes al azar que estaban en VM durante mas 48 h, que estaban siendo humidificados con dispositivos pasivos HME (Intersurgical®), midiéndose la temperatura y la humedad relativa del gas en el punto mas cercano al tubo endotraqueal. Posteriormente se sustituyeron por dispositivo HME-Booster© (Medisize), midiéndose temperatura y humedad de nuevo tras un periodo de estabilización. Se han comprobado asimismo cambios en la resistencia de la via aérea con uno y otro sistema. Se ha utilizado el test de Wilcoxon de los rangos para muestras relacionadas con un error alfa del 5%.

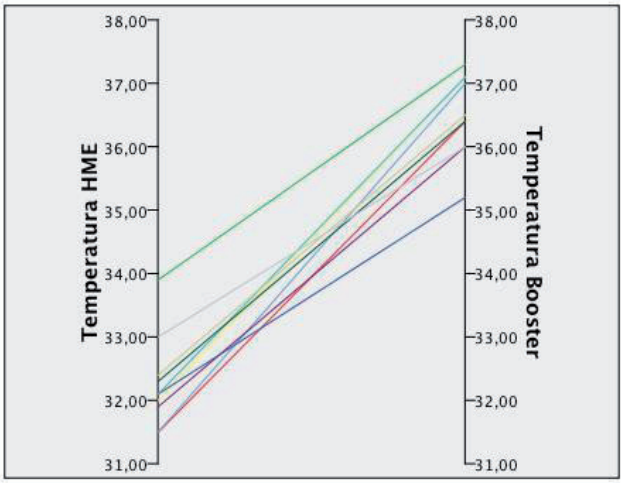
Resultados

La edad media fue 54,3 + 14,1 años, siendo 60% varones y 40% mujeres. Se han obtenido una temperatura media de 32,2 + 0,71ºC con los dispositivos HME y 36,5 + 0,65 ºC con el sistema booster (p=0,005). No hubo diferencias en cuanto a la humedad medida 39,1 + 0,07 vS 39,17 + 0,04 (p=0,14) ni cambios en la resistencia de la via aérea 13,7 vS 12,9 (p=0,59).

Conclusiones

Se obtiene mayor temperatura con el dispositivo Booster, sin cambios en cuanto a la humedad relativa de los gases. Cabria buscar si esto tiene implicaciones a largo plazo en los cuidados del paciente crítico.





P167 - ID: 166

Perfil y evolución de neumonía asociada a ventilación mecánica 2011 y 2012

Eizagirre Calcerrada, J.; Merino Pérez, Y.
Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

Introducción

La infección respiratoria asociada a ventilación mecánica es la causa más frecuente de infección nosocomial en los servicios de Medicina Intensiva. Las medidas adoptadas dentro del proyecto Neumonía Zero del que formamos parte tienen como objetivo la reducción de la tasa de incidencia de dichas infecciones.

Objetivos

1.- Conocer el número y tipo de pacientes que más desarrollan Neumonía Asociada en Ventilación Mecánica.

2.- Estudiar la posibilidad de instaurar medidas altamente recomendables en aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollo de Neumonía en nuestro servicio como son (Aspiración Subglótica de secreciones, Descontaminación selectiva del tubo digestivo y Antibióticos sistémicos en pacientes con disminución del nivel de conciencia).

Material y método

Estudio observacional retrospectivo en el periodo Enero 2011 Diciembre 2012 en pacientes que han precisado vía aérea artificial y han desarrollado neumonía asociada a dicha ventilación.

Resultados

	2011	2012	TOTAL	Grupo II (con heparina)
Accidente cerebrovascular agudo	4	2	6	52(72,20%)
Traumatismo craneoencefálico grave	1	6	7	10(14,28%)
Síndrome de distress respiratorio agudo	4	1	5	15(21,42%)
Shock y Fracaso multiorgánico	1	1	2	12(16,70%)
Parada cardiorespirartoria/ Reanimación Cardiopulmonar	0	1	1	3(20,00%)
Politraumatismo sin Traumatismo craneoencefálico	1	0	1	2(13,33%)
Meningitis	1	0	1	
Convulsiones	0	1	1	
Lesión medular aguda	3	2	5	
TOTAL:	14	15	29	

Conclusiones

Las cifras de neumonía asociada a ventilación mecánica se mantienen estables desde la adopción de las medidas recomendadas por el Proyecto Neumonía Zero.

El servicio de medicina intensiva del Hospital Universitario Donostia está estudiando la posibilidad de instaurar las medidas altamente recomendables por los expertos con el fin de reducir aún más las tasas de incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.

P168 - ID: 219

Decúbito Prono en el Síndrome de Distres Respiratorio Agudo: procedimiento de Enfermería

Yánez Ramírez, J. M.; Correa Santana, M.; Rodríguez Santana, D.
Hospiten Clínica Roca S.L, San Agustín

Introducción

Pacientes diagnosticados de Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) con apoyo de Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) y colocados en Decúbito Prono (DP), mejoran la capacidad pulmonar y presentan una mejoría en la oxigenación. Desde la década de los 70, se han estudiado los factores que influyen en la mejora de la oxigenación para identificar los aspectos que puedan disminuir la elevada mortalidad que ocasiona el SDRA en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde la Enfermería desempeña un rol importante.

Objetivos

Esta revisión pretende justificar el empleo del DP en el SDRA como mejora de la supervivencia y establecer unas pautas para realizar la técnica con seguridad.

Material y método

Búsqueda en IBECS, CUIDEN Plus, CANTÁRIDA, LILACS, MEDLINE, red SciELO, COCHRANE Plus y JBI CONNECT. Además de libros de edición española en Cuidados Intensivos.

Resultados

Pacientes con SDRA, con pronaciones de más de 12 horas al día, demuestran satisfactoriamente el reclutamiento alveolar. Sin embargo, no se relaciona disminución de la mortalidad con respecto al Decúbito Supino (DS); pero en los últimos estudios randomizado y metaanálisis se observa una mejora de la supervivencia en pacientes con SDRA (con diagnóstico precoz) y pronaciones prolongadas en el tiempo. En relación a las complicaciones de la técnica de pronación, su incidencia y prevalencia son bajas, prevaleciendo el edema facial y ocular, y las úlceras-laceraciones.

Conclusiones

El decúbito prono mejora la oxigenación. La mortalidad se reduce en un grupo concreto de pacientes (diagnóstico precoz de SDRA severo, pronaciones prolongadas y PaO2>80mmhg.) en relación al DS. Con respecto a las complicaciones del procedimiento, son escasas, siempre que se lleve a cabo con una planificación previa y cuidados óptimos de continuidad.

P169 - ID: 241

Neumonía zero: en época de crisis, recortes efectivos

Romón López, M. D. M.; Muñoz Arranz, E.
HULAMM, San Javier, Murcia

Introducción

El Protocolo de Neumonía Zero (NZ) se está aplicando en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM) desde la apertura de la misma el 14 de Marzo de 2011, en la que se atiende a pacientes de muy diversas patologías. Por todos es conocida la época de recortes en la que vivimos, por ello, queremos transmitir las medidas llevadas a cabo para prevenir la aparición de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM), ciñéndonos a los recursos de los que disponemos (escasos), además de modificar alguna pauta, como es la administración de pasta orofaríngea (cada 8h y no cada 6h), llegando a obtener unos resultados satisfactorios.

Objetivos

- Exponer las medidas llevadas a cabo en UCI para la prevención de la NAVM.
- Concienciar al personal de que con la aplicación de las medidas adecuadas, aún en época de crisis, podemos cumplir los objetivos.

Material y método

Estudio descriptivo y observacional de las técnicas realizadas y resultados obtenidos durante los 18 meses que comprende el análisis.

Resultados

El dato cuantitativo obtenido en el período indicado ha sido de 6,71 neumonías por 1000 días de Ventilación Mecánica Invasiva (VMI), de 91 pacientes que la precisaron, de un total de 637 ingresos, con una media de 6,53 días de VMI por paciente ventilado. Estos resultados han sido obtenidos gracias a la profesionalidad y perseverancia con la que se trabaja, teniendo en cuenta que en sus inicios la gran parte de personal auxiliar y una pequeña parte del personal de enfermería no habían trabajado con anterioridad en ninguna UCI.

Conclusiones

Es posible obtener estos resultados aplicando ciertos cambios y utilizando el material del que se dispone sin precisar de aparataje específico, como elaborar un manómetro de neumotaponamiento de forma artesanal, realizar aspiración subglótica de forma manual programada, o la aplicación de pasta orofaríngea una vez por turno, reflejan la disminución de recursos económicos necesarios para conseguir los objetivos propuestos.

P170 - ID: 349

Variabilidad de los cuidados de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva (VMNI)

Ruiz García, M. T.[1]; Sánchez Recio, S.[1]; Cirera Guasch, A.[1]; Raurell Torredà, M.[2]
1. Hospital Clínic, Barcelona; 2. Universitat de Girona, Girona

Introducción

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) puede evitar la intubación. La bibliografía constata una alta variabilidad en la aplicación de la VMNI entre unidades, aunque no analiza los cuidados de enfermería.

Objetivos

Evaluar los conocimientos en VMNI de las enfermeras de UCI y comparar como se aplica la técnica respecto las recomendaciones de los protocolos.

Material y método

Estudio descriptivo prospectivo para evaluar los conocimientos mediante una encuesta ad-hoc con fiabilidad inter-observador k=0,97 y recogida de datos a pacientes que realizaron VMNI ≥ 2horas de octubre a enero 2013.

Resultados

Respondieron a la encuesta 19 (86,3%) enfermeras; 7 (36%) no sabían medir el tamaño de máscara adecuado al paciente; 6 (31%) opinó que apretar la máscara mejora la adaptación; 6 (31%) no identificó la agitación como complicación de la VMNI y 12 (63%) pensaron que la fisioterapia respiratoria no es un cuidado de enfermería. Se analizaron 19 pacientes, de 67±10años, 58% eran hombres, APACHE 19,5±7,4, el 21% tenía antecedentes de MPOC i el 63% de ICC. Se realizó una gasometría a las 2-4horas de inicio de la VMNI a 13 (68%). No se registró el nivel de fugas del ventilador. Al 47% se protegió la piel de la cara con apósitos, el 26% requirió contención mecánica durante la VMNI, al 59% se administró neurolépticos. Se retiró la VMNI en el 31% por agitación, y 31% por secreciones espesas, las cuales fueron motivo de intubación en 2 pacientes. Siempre se utilizó humidificación pasiva.

Conclusiones

Mejorar el registro de los cuidados enfermeros durante la VMNI: hacer constar el nivel de fugas, el manejo de las secreciones, formar al equipo sobre tipos de interfases y sistemas de sujeción, para adquirir estrategias para mejorar la adaptación del paciente al ventilador y que los conocimientos no dependan del material disponible en la unidad.

P171 - ID: 496

Sistemas de humidificación y neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM)

Vañó Giner, M.; Puigcerver Oliver, C.; Echevarria Arsuaga, R.
Hospital Marinasalud, Denia

Introducción

El Hospital de Dénia es un hospital comarcal, de nivel 2. Cuenta con una U.C.I. de 14 camas, polivalente para pacientes médicos y quirúrgicos.

Durante la respiración fisiológica las vías aéreas superiores calientan, humidifican y filtran los gases inspirados, función que se ve mermada durante la Ventilación Mecánica (VM). Es por ello que se utilizan unos dispositivos de humidificación activos (HA) o pasivos (HP) para disminuir los riesgos de la VM.

Objetivos

Comparar el impacto de los sistemas de humidificación utilizados durante la VM en la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM).

Material y método

Estudio observacional longitudinal prospectivo. Estudio de cohorte.

Se incluyeron aquellos pacientes intubados, sin neumonía previa al ingreso que permanecieron un mínimo de 48 horas intubados y un máximo de 10 días + 2. El uso de HA o HP se asignó aleatoriamente.

Se recogieron los resultados obtenidos de los pacientes con HA (28) y HP (34). Muestra total (n)= 62. Los parámetros recogidos fueron: diagnóstico, RX, fiebre, leucocitosis, leucopenia, aparición o cambios de esputo purulento, tos o disnea, taquipnea, auscultación sugestiva y empeoramiento intercambio gaseoso (Criterios Neumonía Zero)

Resultados

De la muestra total 28 pacientes llevaron humidificación activa (45%), y los 34 restantes (55%) pasiva.

Catorce pacientes desarrollaron neumonía. De estos, 4 (28%) de ellos llevaban circuitos de HA y los 10 (70%) sobrantes llevaban HP

El riesgo relativo de NAVM al usar HA respecto a HP fue de 0.49 con un intervalo de confianza (IC) del 95% con lo cual esta asociación no resultó estadísticamente significativa.

Conclusiones

El riesgo de NAVM se reduce a la mitad con HA pero debido al bajo tamaño muestral que utilizamos no podemos apreciar diferencias estadísticamente significativas, sin embargo se observa una tendencia interesante que sería necesario confirmar con mayor tamaño muestral con una estimación necesaria de al menos 238 pacientes sumando HA y HP.

P172 - ID: 422

Estudio inicial de aplicación de medidas preventivas para la neumonia asociada a ventilación mecánica (NAV)

Giralt Sellarès, E.; Gijón Acosta, C.; Moreno Moreno, C.; Tarrés García, E.
Althaia St. Joan de Déu, Manresa

Introducción

Nuestra unidad participa en el proyecto Neumonía Zero (estudio nacional de Envin-Helics enmarcado enla Seguridaddel Paciente). Formar parte de este proyecto implica modificar métodos de actuación instaurados en nuestra unidad; para que esto sea posible, es necesario determinar el punto de partida en cuanto a prevención dela NAV.

Objetivos

Determinar y registrar qué medidas de prevención de NAV incluidas en el Proyecto se utilizan en nuestra unidad como rutina habitual, antes de la formación.

Material y método

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo. Realizado del 1 al 15 de diciembre 2012.

Población: todos los pacientes sometidos a Ventilación Mecánica (VM) en la unidad.

La recogida de datos se realizó mediante los check-lists proporcionados por Envin, utilizando también la base de datos para el desarrollo del proyecto sin previo aviso al personal.

Resultados

Se realizó un total de 316 observaciones de los diferentes parámetros. De éstas, se realizó correctamente:

- Un 73% con el cabecero de la cama a >30º
- Un 71,55% presión del pneumotaponamiento
- Un 8,33% de la higiene bucal con clorhexidina
- Un 15,38% de la aspiración de secreciones
- Un 88% de higiene estricta de manos

Conclusiones

La higiene bucal y la aspiración de secreciones bronquiales requieren el cumplimiento de 4 y 8 ítems respectivamente, para darse por válidas; es por este motivo que el % de cumplimiento ha resultado inferior. El resto de parámetros se cumplen en mayor medida. Se insistirá con la formación del Proyecto y sesiones internas para mejorar en todos los aspectos y conseguir el resultado Neumonía Zero.

P173 - ID: 529

Eficacia de la ventilación mecánica no invasiva en pacientes inmunodeprimidos

Cabrera Estévez, T.; Clemente López, N.; Peyrolon Jiménez, J.; Clemente López, F. J.
HUNSC, Santa Cruz de Tenerife

Introducción

Los pacientes inmunodeprimidos que ingresan en UVI y requieren intubación con ventilación mecánica, presentan una incidencia elevada de neumonía asociada y morbimortalidad, aumentando además cargas de trabajo para Enfermería y gasto.

Objetivos

Comparar la eficacia de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) respecto de la invasiva en el paciente inmunodeprimido.

Material y método

Estudio comparativo, observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, en una UCI polivalente de 26 camas, recogido entre los años 2005 al 2012. Se incluyen pacientes diagnosticados de VIH y que requieren ventilación, comparando los ventilados con invasiva y VMNI. Las variables a estudio son: sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de ventilación, desarrollo de neumonía y mortalidad.

Resultados

Muestra de 22 pacientes, el 68% varones, edad media de 44±6 años, tiempo de evolución de la enfermedad de 5±6 años y mortalidad global del 77,3%. Se conectaron a VMNI el 54,5% fracasando el 41%, todos por neumonía. Se intubó al 63,3% (el 35% por fracaso previo de la VMNI y el resto como primera elección), de los cuales adquirió neumonía el 86,4%. La mortalidad comparada es de 33.3% vs 77,8% (Odd Ratio: 4,66; IC95% 0,53-40,88). El Riesgo Relativo de adquirir neumonía entre las dos técnicas ventilatorias fue de 2,09. No hay relación estadística entre mortalidad y años de evolución de la enfermedad.

Conclusiones

La VMNI, aunque con un índice elevado de fracaso inherente a la patología, se muestra como una técnica que mejora la supervivencia y pronóstico de los pacientes inmunodeprimidos en UVI, disminuyendo por ende, cargas de trabajo y gasto.

P174 - ID: 75

Decúbito prono en UVI: una técnica segura

Sánchez Jodra, M. D. C.
H.G.U. de Guadalajara, Guadalajara

Objetivo

Realizar la técnica de pronación de una forma eficaz y segura para prevenir o eliminar las complicaciones derivadas del procedimiento y disminuir la variabilidad en su aplicación estableciendo criterios unificados

Metodología

El uso del decúbito prono se está convirtiendo en una medida terapéutica cada vez más habitual en la unidad de cuidados intensivos, por lo que la elaboración de un protocolo ayudará a la aplicación de unos cuidados estandarizados, seguros y eficaces.

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el decúbito prono, sus beneficios y el procedimiento del cambio postural para la elaboración de este protocolo.

Todos los artículos y estudios revisados coinciden en que la técnica de pronación mejora la oxigenación, consigue una redistribución de la ventilación, favorece el drenaje de secreciones y reduce las lesiones inducidas por la ventilación mecánica al posibilitar la disminución de la FiO y de la PEEP.

Intervenciones

Previo a la pronación

1. Explicar la técnica al paciente/familia.
2. Extraer gasometría arterial 30 min antes del giro.
3. Suspender la nutrición enteral y conectar la sonda nasogástrica a bolsa.
4. Valorar la necesidad de sedación/analgesia/relajación extra o aumento de la FiO2.
5. Comprobar la correcta sujeción, presión y aspiración del TOT o traqueostomía.
6. Realizar higiene bucal con aspiración de secreciones.
7. Limpiar los ojos con suero fisiológico y lubricarlos con lágrimas artificiales.
8. Aplicar medidas de prevención de UPP en zonas de riesgo.
9. Pinzar sonda vesical y colocar la bolsa colectora y los drenajes entre las piernas a los pies de la cama. En drenajes abdominales colocar bolsas colectoras.
10. Decidir hacia donde girar el paciente. Preferiblemente hacia el lado donde se encuentra el respirador o hacia el lado contrario donde se encuentra el acceso venoso, de modo que al girar la mayor parte de las tubuladuras y equipos queden por encima del paciente.
11. Revisar el correcto funcionamiento de los accesos venosos y arteriales y recolocar las bombas de perfusión en el lado de la cama hacia donde quedará el acceso venoso tras el giro, vigilando que tengan margen suficiente para proceder al cambio postural.
12. Acercar tanto como sea posible el respirador al cabecero de la cama y liberar tubuladuras.

Pronación

13. Colocar la cama en posición horizontal. La enfermera responsable del paciente se coloca en la cabecera de la cama para controlar vía aérea y SNG. Otra enfermera vigila accesos vasculares y drenajes superiores un lado de la cama. El celador gira al enfermo colocándose en la zona toraco-abdominal y la auxiliar de enfermería colabora en el desplazamiento de EEII controlando sonda vesical y drenajes inferiores.
14. Desplazar al paciente hacia el extremo contrario al sentido del giro.
15. Colocar el brazo que queda en el centro de la cama pegado al cuerpo, debajo del glúteo y con la palma de la mano hacia arriba. Colocar el sensor de pulsioximetría en la mano contraria.

sigue

16. Girar al paciente hasta dejarlo en decúbito lateral y cambiar la monitorización electrocardiográfica a la espalda del paciente.
17. Colocar 2 almohadas, una a la altura de la cintura escapular y otra en la cintura pélvica. Colocar también el rodete protector con un empapador para la cabeza.
18. Girar al paciente sobre las almohadas y mediante éstas, se le centra en la cama. Una vez centrado, se le acomoda la cabeza en posición lateral sobre el rodete.
19. Colocar 2 almohadas a la altura de las tibias, de forma que las piernas queden ligeramente flexionadas.
20. Posicionar la cama en anti-Trendelemburg para evitar el reflujo gastroesofágico y disminuir el edema facial.
21. Situar el brazo del mismo lado hacia donde está lateralizada la cabeza apoyado totalmente sobre la cama a lo largo del cuerpo en rotación interna con la palma de la mano hacia arriba y manteniendo el codo y el hombro ligeramente flexionados. El brazo contrario se coloca en la parte superior de la cama con la palma hacia abajo.

Cuidados post-pronación

22. Despinzar sonda vesical y situarla en un lado de la cama pasando la tubuladura por encima de la pierna y reiniciar nutrición enteral.
23. Realizar cambios posturales de las EESS y coordinarlos con el giro de la cabeza cada 2 horas.
24. Extraer gasometría arterial 30 minutos / 1h post- giro y realizar Rx de tórax urgente.

Conclusiones

La utilización de este protocolo proporcionará una herramienta útil a todos aquellos profesionales implicados en la técnica del decúbito prono y en sus cuidados.

P175 - ID: 99

Intubación con Airtraq

Ramos Girona, R.; Torner Hernández, I.; Álvarez Galarza, E. M.
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

Objetivo

Facilitar la intubación endotraqueal en aquellos pacientes que por determinadas patologías presentan un desplazamiento del eje oral, faríngeo y/o laríngeo, dificultando así la intubación de manera convencional.

Metodología

En las situaciones en que se prevé una vía aérea difícil (VAD), objetivada por la escala de Cormack-Lehane, en los grados III y IV, se opta por el uso del Airtraq.

Es un dispositivo desechable, compuesto por una pala con dos canales laterales; en uno se inserta el tubo endotraqueal (TET) y el otro es un canal óptico, con una luz LED, que permite visualizar las estructuras periglóticas, así como la punta del TET.

Su aprendizaje es sencillo y sus aplicaciones y ventajas muy numerosas, pero también existen algunas complicaciones y limitaciones.

Intervenciones

El laringoscopio óptico Airtraq se inserta por la línea media de la boca, deslizándolo por la lengua. Antes de alcanzar el plano vertical, se observa por el visor para identificar hipofaringe, epiglotis y situar la punta en la vallécula. En ese momento se realiza un movimiento de tracción para visualizar las cuerdas vocales y deslizar el TET a través de ellas.

Encender la luz LED al menos treinta segundos antes de la intubación, evitará que la lente se empañe.

Conclusiones

Se trata de un dispositivo muy eficaz para la vía aérea difícil, de fácil manejo y elevada relación beneficio-coste.

P176 - ID: 189

Paciente portador de Membrana de Oxigenación Extracorpórea (ECMO): Cuidados de Enfermería

Algaba Andrade, A. L.; Cazorla López, L.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo

Garantizar una adecuada atención de Enfermería al paciente portador de ECMO (membrana de oxigenación extracorpórea) mediante la elaboración de un protocolo pormenorizado que se utilizará como guía de actuación.

Metodología

Revisión y actualización del tema, realizando una búsqueda bibliográfica, así como un análisis minucioso de los casos atendidos en nuestra unidad.

Intervenciones

Se realiza una breve descripción de la técnica y su finalidad, además de exponer los cuidados necesarios para una atención integral al paciente con ECMO:

Monitorización del mismo.

Vigilancia de las cánulas y el circuito.

Monitorización de la anticoagulación.

Medidas para minimizar riesgos.

Uso de registros y lista de verificación.

Actuación en caso de aparición de los problemas más importantes.

Conclusiones

La extrema gravedad de los casos iniciales tratados en nuestro servicio ha dificultado la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarios para ofrecer cuidados de calidad. Por ello, se hace necesaria la elaboración de un protocolo que permita divulgar nuevos conocimientos sobre este proceso tan complejo, además de unificar criterios de actuación.

La colaboración y coordinación del equipo multidisciplinar constituye un pilar fundamental para mantener al paciente en las mejores condiciones posibles y obtener óptimos resultados.

Como herramienta de mejora, consideramos muy importante realizar, tras cada caso atendido, una revisión crítica de la asistencia prestada.

P177 - ID: 285

El décubito prono en el síndrome de distrés respiratorio del adulto: cuidados de enfermería

Ciuró Cerezo, L.; Garcerán Rodríguez, C.; Robles Irigoyen, J.
UCI, Benalmádena

Objetivo

El décubito prono ha demostrado su eficacia como medida terapéutica adicional en el tratamiento de pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio del adulto (SDRA).

SDRA se define como enfermedad aguda manifestada por disnea, taquipnea, hipoxemia refractaria a terapia con oxígeno, descenso de la distensibilad pulmonar y evidencia de infiltrados alveolares difusos en las radiografías de tórax.

El objetivo del DP en el SDRA es el aumento de la oxigenación arterial en pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM).

Metodología

Es importante tener en cuenta:

- La aplicación clínica del DP,
- uándo está contraindicacado.
- Cuál es la técnica de la pronación
- Ejecución.
- Cuidados de enfermería; la postura.
- Cuidados específicos: Alineación corporal, cambios posturales c/ 3 horas, cuidados oculares,vigilancia del estado respiratorio y del estado de los accesos vasculares y del tubo endotraqueal (TOT), higiene general, prevención y vigilancia de úlceras por presión y de la tolerancia a la alimentación.

Intervenciones

Durante la maniobra es importante la seguridad del paciente y la prevención de complicaciones.Antes del giro:

- Explicar al paciente, en caso de que sea posible, sino a la familia, antes de llevarlo acabo.
- Suspender la nutrición enteral y conectar la SNG a bolsa.
- Se realiza la higiene del paciente por la cara ventral y se coloca la cama en posición horizontal.
- Realizar las curas de heridas, cambiar apósitos, vaciar drenajes en caso de que los tenga.
- Limpiar, lubricar y ocluir con apósitos ambos ojos.
- Colocar la bolsa de orina pinzada y los drenajes torácicos a los pies de la cama, para que no entorpezcan el giro.
- Comprobar la fijación del TOT.
- Aspiración de secresiones por TOT y cavidad bucal.
- Valoración de aumento de FIO2, y sedorelajación.
- Retirar electrodos del monitor, sería suficiente el pulsioximetro durante el giro.
- El giró se hará donde la mayor parte de las tubuladuras y equipos quedén encima del paciente.
- La ejecución.

Conclusiones

Es importante hacer bien esta técnica del DP para evitar complicaciones y asi poder mejorar el DSRA.

P178 - ID: 28

Protocolo de humidificación activa en ventilación mecánica

Bejarano, J.; Sánchez, T.; de la Calle, S.; Notario, J. A.; Prat, J. M.; Escribano, L.; Peleteiro, S.; Ortubia, B.; Chapas, L.; Bedmar, S.; Roca, A. B.
Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid

Objetivo

Protocolizar el uso de humidificación activa en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva.

Metodología

Se implantaron las recomendaciones del año 2012 de la AARC (Amerian Association for Respiratory Care) Clinical Practice Guideline sobre humidificación en ventilación mecánica.

Se realizó revisión paralela de los artículos sobre humidificación en ventilación mecánica publicados en los últimos diez años mediante búsqueda en PubMed y Medline.

Se adoptaron para la elaboración del protocolo las recomendaciones de mayor evidencia científica.

Se utilizan en la unidad para todos los pacientes, el mismo tipo de ventiladores (Nellcor Puritan Bennett 840) y humidificadores (Kendall Aerodyne 2000)

Se realizó sesión formativa a todo el personal integrante de la unidad, poniendo en marcha posteriormente el protocolo.

Intervenciones

PROTOCOLO:

Humidificación activa para todo paciente en ventilación mecánica invasiva salvo indicación médica.

Temperatura de humidificación 37ºC.

Nivel de humidificación en posición normal.

Retirada de agua condensada en tubuladuras en cuanto se detecte.

Cambio de tubuladuras cuando estén sucias o deterioradas.

Cambio de columna de humidificación semanal.

Realización de cultivo de secreción bronquial al ingreso y semanal.

Se mantienen las indicaciones del proyecto NEUMONIA ZERO.

Conclusiones

Según los estudios analizados la aplicación de humidificación activa en pacientes en ventilación mecánica previene complicaciones (atelectasia, broncoespasmo, obstrucción de tubo endotraqueal, hipotermia, destrucción del epitelio mucociliar), muestra ventajas sobre el uso convencional de humidificadores pasivos (intercambiadores de calor humedad (HME)), mantiene el epitelio mucociliar, fluidifica secreciones y se mantienen condiciones de temperatura y humedad durante la ventilación más fisiológicas.

Con la aplicación del protocolo que creamos pretendemos optimizar la ventilación mecánica que reciben nuestros pacientes y minimizar las posibles complicaciones.

P179 - ID: 316

Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO): cuidados de enfermería

Lerma Briansó, C.; González Romero, M.; Sau Povea, S.; Fuentes Milà, V.; Zarragoikotxea Jauregui, I.; Blanco González, I.
Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

Objetivo

En la actualidad se están tratando a pacientes adultos con la terapia Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) y el número de casos va en aumento. El sistema ECMO es una medida de soporte circulatorio y/o respiratorio capaz de sustituir las funciones de ventilación, oxigenación y bombeo permitiendo mantener una oxigenación y perfusión óptimas.

Realizamos un procedimiento para unificar los cuidados de enfermería en el paciente portador del sistema ECMO.

Metodología

Para la confección del procedimiento se ha realizado una revisión de la bibliografía mediante las bases bibliográficas: Medline, CUIDEN, Pubmed y Google Academic, empleándose también registros de enfermería y cursos clínicos de pacientes con ECMO atendidos en las Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro hospital. Una vez elaborado se ha llegado a un consenso con expertos sobre el tema.

Intervenciones

Cuidados del paciente adulto por necesidades básicas

- Oxigenación: Mantenimiento de una ventilación adecuada.
- Alimentación y eliminación: Nutrición completa y asegurar ritmo deposicional adecuado.
- Movilización: Pasiva/ activa de extremidades y cambios posturales.
- Higiene y estado de la piel: Higiene e hidratación de la piel/ mucosas, conservación del sistema musculo-esquelético.
- Reposo y sueño: Óptimo nivel de sedoanalgesia y control neurológico.
- Termorregulación
- Seguridad: Vigilancia del estado hemodinámico, signos de sangrado y/o infección, correcta vascularización distal y/o trofismo.
- Necesidad de comunicación: Informar/explicar procedimientos.

Cuidados del sistema ECMO

- Vigilancia y control de cánulas y tubuladuras
- Control y registro de bomba impulsora y membrana oxigenadora.
- Determinar tiempo de coagulación activa (ACT) de forma horaria.

Conclusiones

La presencia de pacientes portadores del sistema ECMO es cada vez más común en la UCI de nuestro hospital. Este trabajo proporcionará una estandarización de los cuidados de estos pacientes, con el fin de conseguir y garantizar unos cuidados enfermeros de calidad ante situaciones de extrema gravedad.

P180 - ID: 432

Protocolo: colocación y cuidado de pacientes en posición de cúbito prono en unidades de cuidados intensivos

Avilés Sánchez, R.; Martín Millan, A.; Palomo Carmona, F.; Carreño Sánchez, R.; Pozo Corbalán, M.; Jiménez Fernández, S.; Gonzáles Orihuela, D.
Sas, Málaga

Objetivo

Presentar un porotocolo elaborado por personal enfermero de nuestra unidad. Objetivo principal: estandarizar la técnica y su procedimiento tanto a personal estable como de nueva incorporación

Metodología

Revisión bibliográfica y actualización del protocolo si procede.

Intervenciones

Garantizar la seguridad y la atención integral específica de estos pacientes bajo sedación y relajación muscular, con personal sufienciente en número para ello, realizando el giro en cama sobre el lado opuesto a la via central. El facultativo asegurará la via aérea., los enfermeros a la altura superior del tórax aseguraran catéteres, los celadores giran y sujetan al enfermo y la auxiliar en mienbros inferiores asegura sonda vesical. Se anotará en gráfica. Y registro de incidencias si se presentaran.

Se tomará precauciones durante el giro para evitar perdida de via aérea o catéteres, almohadillado correcto, postura fisiológica adecuada

Conclusiones

Asegurar las necesidades de oxigenación que presentan los enfermos con SDR, bajo prescripción facultativa y personal con habilidades y conocimientos para ello, para confirmar la seguridad del paciente asi como cubrir el resto de necesidades de dependecia total. (Por ello la formación del personal enfermero, con conocimiento de la técnica son imprescindibles para el éxito de la misma).

P181 - ID: 444

Eficacia de la protocolarización de los cuidados en la reducción de complicaciones cutáneas, oculares y bucales en el paciente sometido a ventilación mecánica no invasiva

Piedra Sánchez, J.; Piñas Viñambres, P.; Archilla Tirado, I.; Sánchez Ruiz, B.; del Fresno Ramírez, S.; Gil Sendino, M. D. P.; Fernández Gutiérrez, M. L.; Crespo Serrano, M. D. M.
Fundacion Jiménez Díaz, Madrid

Objetivo

Reducción de las complicaciones cutaneas, oculares y bucales en el paciente sometido a VMNI (Ventilación mecánica no invasiva) dentro del protocolo de cuidados de enfermería elavorado en la UVI (Unidad de vigilancia intensiva) de la Fundación Jímenez Díaz.

Metodología

Los cuidados establecidos en el protocolo elaborado en dicho hospital son los siguientes:

- Explicar el procedimiento al paciente pra obtener así una mayor colaboración.
- Aplicación de apósitos hidrocoloides e hidropolímeros para prevenir la aparición de posibles UPP (úlceras por presión) y erosiones faciales.
- Elección adecuada de la mascarilla tanto en tipo como en tamaño:

1. Máscaras nasales.
2. Máscaras faciales:
   - Nasobucal
   - Completa
3. Casco escafandra (Helmet)
   - Hidratación ocular con suero salino o lágrimas artificiales para evitar la aparición de úlceras oculares así como la irritación y sequedad bucal.
   - Lavado bucal antés y después de la técnica con Clorhexidina.
   - Retirada de prótesis dentales.
   - Uso de humedificación activa para fluidificar las secreciones y facilitar así su eliminación.

Intervenciones

Se realizó una vigilancia estricta durante el último semestre del 2012 con 85 pacientes ingresados en la UVI de la Fundación Jímenez Díaz con IRA (Insuficiencia respiratoria aguda) sometidos a VMNI con aproximadamente 33 sesiones de tratamiento, que recibieron los cuidados establecidos en el protocolo elaborado en el hospital.

Se observo que las principales complicaciones derivadas del uso de dicha técnica son: UPP y erosiones en la piel, sequedad ocular, sequedad bucal y dificultad en la eliminación de secreciones de forma activa.

Por dichos motivos se estableció el protocolo desarrollado en el apartado anterior.

Conclusiones

Tras la aplicación del protocolo preventivo en los pacientes de la UVI, se comprobó que la incidencia de complicaciones disminuyó considerablemente respecto a años anteriores, aumentando del mismo modo la tolerancia al tratamiento.

P182 - ID: 492

Seguimiento de las tasas de infección asociadas a dispositivos en una UCI que usa descontaminación digestiva selectiva (DDS)

García Arias, M.; Sánchez Rubio, A. M.; Abella álvarez, A.; Gordo Vidal, F.
Hospital Universitario del Henares, Coslada. Madrid

Introducción

Se ha demostrado en la bibliografía la disminución de las infecciones asociadas a dispositivos adquiridas enla UCI, sobre todo neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) y bacteriemias primarias o asociada a catéter (BPC) y en menor medida las infecciones urinarias asociada a sondaje vesical (ITU) con la DDS.

Objetivos

Seguimiento de las infecciones asociadas a dispositivos (neumonía asociada a ventilación mecánica, bacteriemia primaria o asociada a catéter venosa central (CVC) e infecciones urinarias asociada a sondaje vesical) desde el inicio de uso de DDS en la Unidad.

Material y método

Calcular la densidad de incidencia de las infecciones asociadas a dispositivos desde enero 2009 a agosto 2012 comparándolas con las densidades de incidencia del ENVIN (Estudio de vigilancia de la infección nosocomial). Unidad médico-quirúrgica de 8 camas en un centro Hospitalario Universitario de 200 camas. Se recogieron durante el periodo de estudio las variables demográficas (edad, sexo, tipo paciente médico o quirúrgico) escala de gravedad al ingreso (SAPS 3), mortalidad en UCI y hospitalaria.

Resultados

Los pacientes (n =1750) ingresados durante el periodo de estudio tenían una edad media de 61, el 12% son mujeres, 27% eran pacientes quirúrgicos y con un SAPS 3 medio de 49.La media de densidad de incidencia dela NAVM en el tiempo de estudio fue de 0,93, la de la BCP de 0,96 por 1000 días de CVC y la de ITU de 2,85 siendo las medias de densidad de incidencia de esta infecciones del ENVIN ajustado al tamaño del nuestro centro fueron de 12,51 NAVM, de 4,14 ITU y de 2,99 BCP.

Conclusiones

La estrategia que hemos empleado en la prevención de infección asociada a dispositivos en nuestra unidad ha resultado eficaz manteniendo unas tasas inferiores al ENVIN ajustadas al tamaño de nuestro centro.

P183 - ID: 290

Helmet en ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Cuidados de Enfermería

Mañeru Oria, A.[1]; Ozcoidi Ballaz, L.[2]
1. Complejo Hospitalario de Navarra B, Pamplona; 2. Complejo Hospitalario de Navarra A, Pamplona

Objetivo

- Presentar el helmelt como un nuevo tipo de interfase para la ventilación mecánica no invasiva.

- Describir los cuidados de enfermería que hay que llevar a cabo con el paciente portador del helmet.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Cochrane y Cinhal. Las palabras clave que se utilizaron para la búsqueda fueron: helmet, ventilación mecánica no invasiva, enfermería, nursing, nursing care, non invasive ventilation (NIV).

Intervenciones

El Helmet consiste en un casco cerrado transparente de un solo uso. Consta de un anillo rígido inferior sellado al cuello mediante una membrana que evita las fugas de aire y se fija mediante un arnés a axilas y/o abdomen. Presenta dos accesos laterales para las ramas inspiratoria y espiratoria y posee un sistema de seguridad antiasfixia. Debido a su diseño, el sistema helmet permite al paciente interactuar con su entorno proporcionando un mayor confort y disminuyendo la incidencia de complicaciones cutáneas. No obstante, el papel de enfermería se considera fundamental en el manejo del paciente (hidratación, higiene, alimentación…) y en la detección de posibles complicaciones (distensión abdominal, signos de fatiga muscular…).

Conclusiones

Con la utilización de este dispositivo conseguimos una reducción del número de complicaciones y un mayor confort para el paciente, además de facilitar el tratamiento de VMNI, ya que al ser mejor tolerado se reduce al mínimo las interrupciones en la terapia.

P184 - ID: 557

Cuidados de enfermería en la retirada del tubo orotraqueal

Garrido Martín, M.; Pereda Llop, L.; Cobos Marcos, E.; Anuncibay Sánchez, V.; Arribas Serrano, M.; López López, L.
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Objetivo

Describir los cuidados de enfermería durante el proceso de extubación en el paciente crítico

Metodología

Revisión bibliográfica en base de datos Cinahl, Pudmed, Cochrane con las palabras "nurse and extubation" entre el año 2010-2013.

Intervenciones

Cuidados pre-extubación: Si el paciente cumple los criterios de extubación (causa subyacente de la Ventilación Mecánica solucionada, estabilidad hemodinámica (sin drogas vasoactivas a dosis altas), escala de coma de Glasgow >8 a expensas de la respuesta motora, capacidad de proteger la vía aérea, presencia del reflejo tusígeno y correcta movilización de secreciones (test Coplin), Saturación O2: ≥ 90%) se realizará una prueba de ventilación espontánea durante 30-120 minutos.

- Comprobar vías venosas, balón resucitador y tomas de aspiración
- Preparar el carro de intubación
- Explicar al paciente el proceso
- Fisioterapia respiratoria (vibración y tos asistida)
- Recuperación completa de la sedación y analgesia
- Realizar un lavado de boca con clohexidrina
- Parar nutrición enteral 4h antes
- Realizar una GSA
- Cama en semifowler

Cuidados intra-extubación:

- Comprobar desinflado neumotaponamiento
- Extraer el Tubo orotraqueal aspirando secreciones mientras el paciente realice una espiración
- Colocar soporte de oxigeno según necesidades del paciente

Cuidados post-extubación:

- Disminuir sentimiento de ansiedad o pánico que puede aparecer en determinados pacientes al reducir el apoyo ventilatorio
- Control de los signos de intolerancia al test
- Realizar una GSA a los 20 min
- Continuar la fisioterapia respiratoria
- Si el paciente fracasa se iniciará ventilación no invasiva mecanizada o no mecanizada
- Dieta absoluta 6-8 horas

Conclusiones

La elaboración de planes de cuidados contribuye a garantizar la extubación de forma segura minimizando el número de eventos adversos

P185 - ID: 122

Cuidados post-trombectomía y fibrinolisis en paciente con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar masivo bilateral

Fuentes Mila, V.; Vallès Fructuoso, O.; Campos Urieta, X.; Oller Domingo, R.; Plaza Veliz, M.; Blanco González, I.
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es el enclavamiento de un coágulo sanguíneo en el territorio pulmonar, ocasionando así, una situación crítica de elevada morbi-mortalidad y difícil diagnóstico.

Una vez diagnosticado el TEP y si cumple criterios de angiografía, las técnicas usadas en nuestro centro son la trombectomía mecánica y fibrinólisis in situ, con la finalidad de reperfusión precoz del árbol vascular pulmonar.

Observación clínica

Varón de 48 años que tras 20 horas en autobús presenta disnea de grandes esfuerzos y dos episodios de pérdida de conciencia de corta duración.

Al ingreso muestra expectoración hemoptoica, tos, fiebre, ortopnea y disnea paroxística, objetivándose los criterios diagnósticos siguientes:

- Escala de WELLS de 7'5
- D-dímero 5603
- Gasometría hipocapnica e hipoxemica

Posteriormente se solicita angio-TAC que concluye el diagnóstico de TEP masivo bilateral y se inicia tratamiento anticoagulante y abordaje local mediante angiografía pulmonar.

Plan de cuidados enfermero

El paciente llega la la Unidad de Cuidado Intensivos tras la realización de trombectomía y fibrinolisis in situ.

INTERVENCIONES

Curas y mantenimiento del catéter/introductor

- Revisión del estado y permeabilidad de los catéters e introductores.
- Control del punto de inserción.

Curas en la administración del tratamiento endovenoso (e.v.)

- Administrar correctamente el tratamiento de anticoagulación por el catéter albergado en ambas arterias pulmonares a dosis y velocidad pautadas por el médico.
- Control hemodinámico.

Vigilancia y control de posibles complicaciones

- Información al paciente y educación sanitaria de las maniobras a evitar.
- Mantener al paciente en reposo absoluto durante las primeras 24h.
- Control de hematomas y/o sangrados.
- Vigilancia de pulsos distales, coloración de la extremidad y trofismo.
- Monitorización del paciente.
- Oxigenoterapia.
- Valoración neurológica.
- Control del dolor.

Discusión

La realización de un plan de curas permite un buen conocimiento de la técnica y de los posteriores controles que precisa, tanto de las curas generales al paciente crítico como las específicas de este intervencionismo.

Conclusiones

Un correcto seguimiento post- trombectomia del paciente en una unidad de cuidados intensivos, favorece la correcta evolución del enfermo y puede prevenir la reaparición de un nuevo TEP.

P186 - ID: 212

Ventilación Mecánica con Helio en una paciente asmática en Cuidados Intensivos

Gil Almagro, F.; Galisteo Romero, N.; Pérez Vázquez, B.; Carmona Monge, F. J.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón

Introducción

La mezcla Helio – Oxígeno es mucho menos densa que la equivalente de aire – oxígeno, por ello, respirar una mezcla de Helio reduce la resistencia al flujo al disminuir la turbulencia en la vía aérea, las presiones inspiratorias y aumentar el volumen corriente inspirado. Está indicada en la obstrucción de la vía aérea superior, displasia broncopulmonar, bronquiolitis, EPOC o asma.

Nuestro objetivo es describir un caso de ventilación mecánica invasiva utilizando Heliox en una paciente asmática.

Observación clínica

Mujer de 45 años con antecedentes de asma bronquial y obstrucción moderada del flujo aéreo.

Ingresa en nuestra unidad con diagnostico de broncoespasmo severo, precisando intubación orotraqueal.

Plan de cuidados enfermero

Inicialmente la modalidad ventilatoria fue Controlada por Volumen. Dado su empeoramiento respiratorio (hipercapnia, barotrauma izquierdo y autopeep elevada); se ventila a la paciente con volúmenes tidal bajos y sin peep, no encontrando mejoría respiratorio. Finalmente se realiza traqueotomía percutánea e inicio de tratamiento con Heliox.

Dicha ventilación se mantuvo durante cinco días, mejorando los parámetros respiratorios y gasométricos de la paciente (pCO2 inicial 101 mmHg > pCO2 64.3 mmHg)

Tras retirada del tratamiento con Heliox presenta importante mejoría respiratoria, permitiendo finalmente la retirada de la ventilación mecánica.

Discusión

El uso del Heliox tiene el potencial de reducir la resistencia en la via aérea y el trabajo respiratorio en las enfermedades con hiperreactividad bronquial como el asma.

Conclusiones

A pesar de que no existe documentación que evidencie este tratamiento, nuestra paciente presentó una mejoría significativa (dismución de hipercapnia, de presiones en vías aéreas y aumento de volúmenes tidal).

Al iniciar tratamiento con Heliox el respirador deja de sensar parámetros como Volumen Tidal y flujo, es importante controlar la curva de Plateu para ver si ocurre algún evento.

P187 - ID: 384

Similitudes y diferencias de cuidados enfermeros en dos pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en dos unidades diferentes de un mismo hospital

Díez Sáenz, C.; Rodríguez Estébanez, F.; Ruiz-Hinestrosa Campos, M. J.; Santano Magariño, A.; Vázquez Domínguez, D.
HGU Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

Comparativa de dos casos clínicos similares sometidos a VMNI en dos unidades del mismo departamento de enfermería.

Observación clínica

Se eligen dos pacientes con diagnóstico de ingreso de Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) asociada a EPOC reagudizado y asma bronquial; el paciente A (PA), ingresa en la Unidad de Alta Dependencia (ADA) y el paciente B (PB), en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Plan de cuidados enfermero

PA: tratado por internistas y enfermería ratio 1:4. Se instaura tratamiento con VMNI, corticoides y aerosolterapia. Mascarilla Oro-nasal, orificio espiratorio propio de la tubuladura, control GAB a petición y capnografía transcutánea, humidificación mediante enjuagues bucales intermitentes y uso de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO)

PB: tratada por intensivistas y enfermería ratio 1:2. Utilizada mascarilla facial Performance®, válvula de Plateau®, control GAB c/8 h., humidificación activa, no uso de AGHO por tipo de interfase utilizada.

Discusión

Aunque ambos casos evolucionan favorablemente con VMNI recibiendo cuidados de enfermería diferentes, nos hemos planteado el beneficio de la elaboración de un protocolo de actuación estandarizado único, para mejorar los cuidados enfermeros y optimizar los recursos materiales.

Conclusiones

Elaborar un protocolo estandarizado de actuación basado en la evidencia disponible y en un estudio de costes para proporcionar cuidados enfermeros de excelencia en los pacientes sometidos a VMNI

P188 - ID: 240

Humedificación activa en un paciente con traumatismo torácico severo

Jiménez Fernández, J. C.[1]; Rodríguez Lozano, C.[1]; García Rubio, C.[2]; Mellado López, S.[1]; Urban Carmona, M. R.[1]; Quintero Hernández, I.[1]; Molina Rosales, S.[3]; González Casal, M. L.[1]; García Carnerero, F.[1]; Clemente Barquero, L.[1]; Marmolejo Domínguez, M. D.[1]

1. UCI HRT Virgen del Rocío, Sevilla; 2. Hospital Vigen de Valme, Sevilla; 3. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción

La H.A(Humedificacion Activa) es un sistema de preservacion de la temperatura y humedad del aire suministrado al paciente con la ventilacion invasiva manteniendo un intercambio de gases eficaz, protegiendo las defensas en vias respiratorias, facilitando la extraccion de secrecciones bronquiales espesas y previniendo los tapones mucosos.

Observación clínica

Varòn de 54 años que sufre accidente de moto, parada cardiorespiratoria revertida, traumatismo craneoencefalico grave,TRAUMATISMO TORACICO (derrame pleural), traumatismo abdominal (hemoperitoneo).

Sedoanalgesiado y neuromonitorizado desde su ingreso, conectado a ventilaciòn mecànica, a los pocos dias comienza a tener secrecciones mucosanguinolentas espesas provocando varios episodios de tapones mucosos. En 10 dias se le realiza traqueostomia y se inicia HA con sistema de cascada, teniendo desde entonces secrecciones mas fluidas y facilitando el destete de la ventilacion asistida 7 dias despues, a pesar de complicaciones secundarias (neumonia y derrame pleural)

Plan de cuidados enfermero

Basandonos en la taxonomia NANDA,atendiendo a factores respiratorios:

00032 Patron respiratorio ineficaz

00032 Deterioro del intercambio de gases

00004 Riesgo de infeccion

Noc: 000410 estado respiratorio: permeabilidad de las vias respiratorias

- 000411 Respuesta de la ventilacion mecanica: adulto
- 000402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso
- 000702 Estado inmune

Nic: 003180 manejo de las vias aereas artificiales

- 003160 Aspiracion de las vias aereas
- 003140 Manejo de las vias aereas
- 006550 Proteccion contra las infecciones

Discusión

En la bibliografia consultada se resalta la utilidad de los sistemas de HA en pacientes con secrecciones espesas y riesgo de tapones mucosos,pero debido a su coste su uso debe ser valorado adecuadamente.

En pacientes con traumatismo toracico cobra mas importancia por su dificultad para movilizar secrecciones.

Conclusiones

La HA es un sistema de prevencion y proteccion de complicaciones respiratorias.

Existe menor retencion de secrecciones, menor riesgo de infecciones respiratorias y reduccion de estancia en UCI(Unidad de Cuidados Intensivos)

En su uso adecuado, en la valoracion de su indicacion, la enfermeria juega un papel fundamental,realizando una evaluacion continua de su efectividad.

La utilizacion de la HA influyo positivamente en la progresion del destete del paciente.

P189 - ID: 127

Valoración de modificaciones en la higiene oral en la prevención de la neumonia asociada a ventilación mecánica

Cámara López, I.; Delgado Quispe, L. E.
Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Introducción

Los microorganismos responsables de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) colonizan en la zona bucofarÍngea, siendo factor de riesgo de infección pulmonar.

Objetivos

Prevenir la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica utilizando nuevos productos en la higiene oral dentro del Protocolo de la Neumonía Zero

Material y método

Estudio prospectivo observacional de 23 pacientes con NAVM en una población de 948 pacientes durante el año 2011 en la UVI polivalente de la Fundación Jiménez Díaz, donde se analizaron variables como edad, sexo, mortalidad, APACHE II de ingreso y microorganismo infectante.

Modificamos la higiene oral dentro del protocolo NZ introduciendo el uso de Clorhexidina 0,12%, hisopos con aspiración PEROXI- A- MINT con humectante bucal y mordedor atraumático CH 44.

El registro se realizó en el programa INDRA instalado por el hospital.

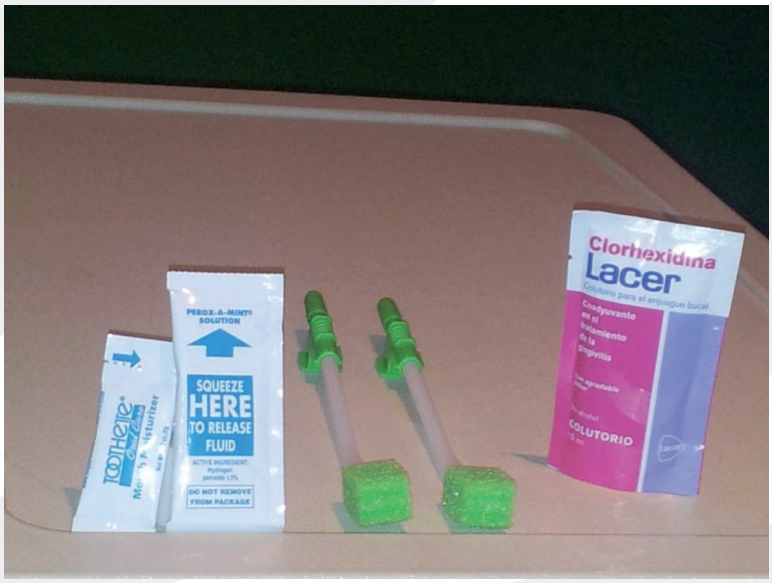
El análisis estadístico fue realizado por SAPSS: 18.

Resultados

La relación de úlceras bucales en relación con datos recogidos en años anteriores fue de 7:1, en pacientes con una edad promedio de 63,7±12 años, y un APACHE II de ingreso de10 ± 9.9. El tiempo de estancia fue 18.67 ± 14,8 días, y 11,43±6,9 días de ventilación mecánica. La NAVM descendió a 9.39‰. El principal microorganismo infectante fue la Pseudomona Aeruginosa 39.13%. El índice de mortalidad fue del 8,69%.

Conclusiones

- Las modificaciones introducidas en la higiene oral asociando nuevos materiales han demostrado eficiencia en la prevención de NAVM, así como la disminución de úlceras bucales.
- Se reducen costes sanitarios usando técnicas sencillas de fácil aplicación por todo el personal de Enfermería



P190 - ID: 289

Comparativa gasométrica: analizazodores a pie de cada vs analizadores en laboratorio central (patrón oro)

Ruiz-Henestrosa Campos, M. J.; Peña Otero, D.; Tomey Soria, M. J.; Santano Magariño, A.; Sánchez Fernández, G.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

El siglo XXI procura la calidad y la mejora continua en el ámbito. Si enmarcamos esta actividad en el ámbito de los cuidados críticos, centrándonos en el proceso de extracción, manipulación, conservación, envío y procesado de muestras analíticas; podremos decir que la fiabilidad de los datos obtenidos junto con el tiempo de demora son dos puntos en continua mejora con los que luchamos a diario los profesionales.

Objetivos

Comparar las diferencias estadísticas entre el Gasómetro de pie de cama BGEM EPOC® y el Gasómetro de laboratorio central GEM Premier 3000®

Buscar la eficiencia en la obtención de datos analíticos ante el paciente crítico

Material y método

Análisis estadístico de doce muestras pareadas aleatorias. Con las nueve variables cuantitativas obtenidas se realiza un análisis estadístico a través del programa SPSS versión 18 para obtener la variable diferencial en cada una de ellas.Procedemos al cálculo de la concordancia entre dos variables cuantitativas a través del Coeficiente de Correlación Intraclase apoyándonos en la versión 4.0 del Epidat.

Resultados

No existe diferencia significativa en la variable pH estudiada entre los gasómetros. Asimismo, sí existe diferencia significativa con el patrón oro en las variables pCO2 y pO2. Las muestras a pesar de ser pareadas y aleatorias se procesaron con una diferencia en tiempo media de seis minutos. El uso del patrón oro conlleva traslado de la muestra desde la unidad extractora hasta el laboratorio central, siendo una ventaja la movilidad del gasómetro BGEM EPOC®, lo cual, disminuye riesgos, fiabilidad y costes.

Conclusiones

El no disponer de un tamaño muestral calculado estadísticamente nos remite a realizar futuros estudios analizando los datos gasométricos, electrolíticos y de coste-beneficio bajo un tamaño muestra calculado a través de la potencia estadística dada. Además, sería igualmente importante valorar las diferencias entre los resultados a pie de cama y en laboratorio central con el mismo instrumento de medida. Los autores declaran no tener conflicto de interés.

P191 - ID: 516

Gafas Nasales Alto flujo

Santiuste García, M.; de Miguel Adriá, R.; Paredes Bodega, N.; Aparicio Martín, V.; Navas Pérez, M.
HRJC, Madrid

Introducción

Describir la función y la utilización de las cánulas nasales de alto flujo en una unidad de nueva creación.

Objetivos

Técnica empleada en pacientes con fallo respiratorio agudo, a?adiendo calor y humidificación a altos niveles, garantizando tasas altas de oxígeno inspirado, superiores, a los caudales inspiraratorios del paciente.

De esta manera, al mantener niveles de oxígeno óptimos en sangre, se evitará la hipoxia tisular.

Material y método

Se describirá el papel de la enfermería tanto en el funcionamiento de la terapia con cánulas nasales de alto flujo, como en su correcta utilización e instalación.

Resultados

Mejoría clínica y evolución favorable tras optimización gasométrica.

Mayor tolerancia, confortabilidad y seguridad frente al uso de otros métodos convencionales.

Conclusiones

En los ocho meses de funcionamiento de la unidad, se ha demostrado, que los pacientes sometidos a terapia de alto flujo con cánulas nasales presentan:

Mejoría clínica a nivel fisiológico.

Mayor tolerancia frente a otros dispositivo de oxígeno a alto flujo

Conceder mayor autonomía por permitir la nutrición e hidratación oral

Favorece la comunicación enfermero-paciente por permitir la verbalización.

P192 - ID: 238

Actuación de Enfermería en la aplicación del protocolo de Descontaminación Digestiva Selectiva (DDS) en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI).

Yánez Quintana, B.; Ramírez Martín, C. M.; Milán Rodríguez, M. D.
Hospital Universitario General de G. C. Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

Introducción

Dentro de las infecciones nosocomiales, la neumonía asociada a la ventilación mecánica es la más importante por su incidencia y gravedad. De las medidas preventivas farmacológicas destaca la Descontaminación Digestiva Selectiva.

Objetivos

Valoración de la actuación del personal de Enfermería en la aplicación del protocolo de DDS y sus efectos.

Material y método

Estudio prospectivo y observacional realizado durante el 1-Abril-2011 y el 31- Marzo-2012. Población de estudio: dos grupos de pacientes A y B. Inicialmente se realizó formación al personal de enfermería sobre las medidas generales de prevención de infecciones que se implantaron a partir del 1-Abril-2011: mantener cabecero de la cama 30-45º, lavados bucales cada 8 horas con clorhexidina (0,12-0,2%) y control del neumotaponamiento por turno. Estas medidas se aplicaron al grupo A del estudio. A partir del 1-octubre-2012 se mantuvieron las medidas previas y se comenzó a aplicar el protocolo del DDS al grupo B. Tras valorar criterios de inclusión se procedió a tomar muestras con hisopo de gel al grupo B para determinar flora basal. Se llevaron a cabo dos tipos de DDS: estándar y mixta. La DDS consistió en la administración de antibioterapia intravenosa y de antimicrobianos tópicos. Para comprobar la correcta aplicación del procedimiento se realizaron cultivos semanales y un seguimiento médico a través de un check- list de elaboración propia. Análisis de datos: SPSS 16.0.0.

Resultados

Los check-list se realizaron en un 100% de los pacientes. El personal de enfermería aplicó el protocolo del DDS a todos los pacientes del estudio según horario y tipo. Los resultados de Microbiología de los cultivos semanales realizados fueron de un 100%.

Conclusiones

Se obtuvo una actuación satisfactoria y adecuada en la aplicación del protocolo del DDS por parte del personal Enfermería ya que se observó una disminución de las infecciones respiratorias de los pacientes del grupo B frente al grupo A.

P193 - ID: 554

Estudio descriptivo de los pacientes sometidos a ventilación mecánica

Riera i Badia, M. A.; Gallart i Vivé, E.; Solsona Cercós, A.; Mont Bonada, A.; Gomez Gómez, J.; Lolo Carrete, M.; Gallart Escribà, M. À.; Vicálvaro Alvarez, A.; da Palma Afonso, E.; Olivera Corpas, E.; Calleja Macho, L.
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción

La ventilación mecánica (VM) es una de las técnicas más utilizadas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y es un tratamiento primordial, plenamente consolidado y de uso cada vez más frecuente para dar soporte a los pacientes críticos que sufren una insuficiencia respiratoria grave

Objetivos

Conocer las características de los pacientes sometidos a VM ingresados en la UCI de un hospital terciario.

Material y método

Estudio de una cohorte prospectiva en el que se incluyen, durante 4 meses consecutivos, todos los pacientes ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel que están sometidos a VM. Variables principales: edad, sexo, diagnóstico principal, días de VM, días de estancia en UCI y supervivencia. Análisis estadístico descriptivo con frecuencias y porcentajes o media y desviación estándar

Resultados

De 285 ingresos durante el periodo, 172 (60,3%) requirieron VM. De ellos 100 (59,5%) eran hombres y el resto mujeres. La edad media fue de 60,2 años. Los diagnósticos principales de ingreso más frecuentes fueron postoperatorios (45,9%), neurológicos (14,5%) e infecciosos (13,4%). La estancia media de este grupo de pacientes fue de 17,9 días. La supervivencia de los pacientes extubados antes de las 48 horas fue del 100%. La supervivencia global de la serie fue del 78,94%. De los fallecidos 20 (38,5%) murieron antes de las 24 horas.

Conclusiones

La utilización de terapias no invasivas, como la oxigenoterapia de alto flujo, podría influir en el número de pacientes que requirieron VM. La mortalidad de esta serie es similar a la de la bibliografía consultada. La estancia media podría considerarse elevada pero se trata de una UCI polivalente sin pacientes cardiológicos.

P194 - ID: 328

Protocolo de Descontaminación Digestiva Selectiva (DDS), un nuevo reto en nuestra Unidad

Yánez Quintana, B.; Ramírez Martín, C. M.; Milán Rodríguez, M. D.
Hospital Universitario General de G.C Dr. Negrin., Las Palmas de Gran Canaria

Objetivo

La puesta en marcha del protocolo de descontaminación digestiva selectiva (DDS) requiere motivación y liderazgo para conseguir la participación de varias especialidades del hospital, entrenamiento de varias categorías profesionales y seguimiento de los resultados.

Metodología

Descripción y formación de todo el personal de Enfermería en la aplicación del protocolo de la DDS y recogida de toma de muestras (torundas con gel) para su control.

Intervenciones

Existen varios criterios médicos para la inclusión de pacientes en la DDS, el más destacable es aquel paciente intubado o con traqueostomía durante más de 72 horas. Existen dos tipos de DDS: estándar y mixta.

La DDS consiste en la administración de:

- Antibióticos intravenosos (Cefotaxima 1 gramo cada 8 horas (h) y en caso de alergia se utilizará Levofloxacino).
- Antimicrobianos tópicos (crema, pasta y solución digestiva) cada 8h (horario de 16h -24h-8h) en pacientes intubados o no hasta el alta médica.

La crema se aplica en las fosas nasales del paciente. La pasta oral en orofaringe (encías, parte interna de las mejillas y paladar), alrededor del estoma de la traqueostomía y en las úlceras por presión y/o quemaduras. Finalmente la solución digestiva se administra por sonda nasogástrica o vía oral 30 minutos antes de cada comida. Si la DDS es estándar, se aplica sólo 14 mililitros (ml) de la solución descontaminante (sd) y si es mixta se le administrará 14 ml de la sd más 7 ml de solución compuesta por vancomicina.

- Antimicrobianos por vía rectal cada 12 horas.

La aplicación de la DDS viene diariamente firmada en las de órdenes de tratamiento médicas.

Conclusiones

La Enfermería tiene un papel decisivo en la aplicación de la DDS. La puesta en marcha de este protocolo en nuestra unidad ha sido satisfactoria y bien acogida por el personal. La formación realizada fue adecuada al igual que la coordinación de los servicios participantes (Farmacia y Microbiología).

P195 - ID: 255

Cuidados enfermeros en la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)

López-Reina Roldán, J. M.; Gasco Gasco, P.; Llobell Blasco, A.; Gómez Coronado, C.; García Ruiz, J.; Rebollo Gómez, P.
Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz

Introducción

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es la infección nosocomial mas frecuente en las unidades de cuidados Intensivos (UCI).

Existe a nivel nacional el proyecto neumonía Zero (NZ), cuyo objetivo es disminuir la tasa NAV a menos de 9 episodios por 1000 días de ventilación mecánica. Para ello se han propuesto una serie de medidas basadas en la evidencia. La unidad donde se presenta este caso forma parte del proyecto NZ, pero a pesar de que enfermería realiza medidas preventivas de dicho proyecto el paciente desarrolla una NAV.

Observación clínica

Varón de 35 años, politraumatizado con TCE, que precisa de neurocirugía y es ingresado en la UCI, donde desarrolla una NAV al 7º día de ingreso por Escherichia coli.

Plan de cuidados enfermero

Los registros de enfermería se recogen en gráficas informatizadas, en donde hay cabida para casi todos los cuidados realizados. En nuestro paciente se recogieron los datos sobre los cuidados y las medidas asociadas a prevenirla a lo largo de los 7 días hasta la aparición de la NAV, como el cambio de tubuladuras cada 7 dias.

Así como otras medidas que no tienen cabida en gráfica aunque sí se estén realizando: Higiene de manos, cabecero semincorporado > 30 º, etc.

Discusión

Se analizan según la evidencia las medidas llevadas a cabo en la unidad, separándolas por las de obligado cumplimiento, las altamente recomendables y se incluyen otras que se realizan a pesar de no estar recomendadas por NZ.

Conclusiones

Las medidas aplicadas para prevenir la NAV son las correctas, pero no se está realizando un seguimiento de éstas.

Hay medidas que se están realizando pero que no se están registrando, medidas que poseen un modero-alto nivel de evidencia y que si deberían de quedar registradas.

Al igual que hay medidas que no se están realizando a pesar de poseer un grado de recomendación alto.

P196 - ID: 201

Evaluación del cumplimiento de la posición semiincorporada del paciente crítico con ventilación mecánica

Llauradó Serra, M.[1]; Mariné Vidal, J.[2]; Alabart Segura, Y.[2]; Portal Porcel, M. D. C.[2]; Bordonado Pérez, L.[2]; Jiménez Herrera, M.[3]; Rodríguez Oviedo, A.[1,2,3]; Bodí Saera, M.[1,2,3]

1. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Tarragona; 2. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona; 3. Universitat Rovira I Virgili, Tarragona

Introducción

Una de las medidas que se establecen en la prevención de la Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAVM) es la posición semiincorporada (PS). La recomendación estándar actual es de un ángulo entre 30-45º.

Objetivos

Evaluar el cumplimiento de la PS en un periodo basal y en un periodo post tras haber realizado formación al personal.

Material y método

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo en un Servicio de Medicina Intensiva de 14 camas de un hospital de tercer nivel de Enero a Mayo del 2012.

Se excluyeron los pacientes sin Ventilación Mecánica Invasiva (VMI), en posición de antitrendelemburg y prono.

Fase basal (FB): Medición de la PS en pacientes con VMI durante 30 días y una vez por turno, sin conocimiento del personal.

Fase post (FP): Se realizaron sesiones formativas e informativas de 1 hora y posteriormente se evaluó el cumplimiento de la PS durante 35 días más.

Variables: Tipo de cama (con o sin medidor), tipo vía aérea (tubo endotraqueal (TET) o traqueotomía (Traqueo)), turno, día de la semana, grados inclinación del cabezal.

El análisis se expresa con medias + desviación estándar. Nivel de significación $p<0,05$. SPSS v15.

Resultados

En la FB se realizaron 557 observaciones obteniendo una media de 21'7±7'98º (cumplimiento 13,8%) y en la FP 773 con una media de 25'17±8'45º (cumplimiento 25,5%) ($p<0,001$).

El tipo de cama (sin medidor de inclinación (n=719) 24,45 + 7,48 vs con medidor de inclinación (n=610) 22,86 + 9,37) y el tipo de vía aérea (TET (n=858) 24,55 + 8,55 vs traqueo (n=471) 22,21 + 8,02) obtuvieron una relación significativa ($p<0,05$). El resto de variables no influyeron significativamente en la PS.

Conclusiones

El cumplimiento de la PS es inferior a lo recomendable, sin embargo con la formación y el conocimiento del estudio se observó un aumento significativo.

P197 - ID: 205

Evaluación del conocimiento de la posición semiincorporada como medida preventiva de la neumonía asociada a ventilación mecánica

Coloma Gómez, B.[1]; Llauradó Serra, M.[2]; López Gil, A.[1]; Alabart Lorenzo, X.[1]; Peralvo Bernat, M.[1]; Bordonado Pérez, L.[1]; Jiménez Herrera, M.[3]; Rodríguez Oviedo, A.[1,2,3]; Bodí Saera, M.[1,2,3]

1. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona; 2. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Tarragona; 3. Universitat Rovira I Virgili, Tarragona

Introducción

La posición semiincorporada a 30-45º (PS) es considerada de obligado cumplimiento y forma parte del cuidado de pacientes con ventilación mecánica (VM).

Objetivos

Analizar el conocimiento de los profesionales del servicio de cuidados intensivos (UCI) sobre la PS y determinar los factores influyentes en el incumplimiento de la PS.

Material y método

Se administró una encuesta con 9 preguntas de respuesta múltiple a los profesionales del servicio. Variables demográficas: titulación académica, experiencia UCI, situación contractual, edad y sexo. Los datos se muestran con números absolutos y relativos y medias + desviación estándar.

Resultados

Se obtuvieron 105 encuestas(82,5% respuesta),(66,9% mujeres), edad 36,6+9,7, 60 enfermeras(49,6%;46,6% 0-5 años experiencia UCI), 22 auxiliares de enfermería (TCAEs) (18,2%;52,4% 0-5años experiencia UCI), 9 adjuntos (7,4%;55% 6-15 años experiencia UCI) y 10 residentes (8,3%;100% 0-5 años experiencia UCI). >85% conoce la recomendación de la PS. El 44,4% de TCAEs, 86% de enfermeras y 100% de médicos conocía su justificación. No hubo diferencias entre otras variables.

La mayoría de las TCAEs (47,6%;n=10) creen que la recomendación se cumple en >75%, las enfermeras (52,5%,n=31) se dividen entre un 50-75% y >75% y los médicos (78,9%,n=15) entre <25% y 25-50%.

Los motivos a los que se atribuía el incumplimiento eran: creen que está correcto (63,6% TCAEs, 45% enfermeras, 33,3% adjuntos y 30% residentes), incomodidad del paciente (4,5% TCAEs, 18,3% enfermeras, 10% residentes) y no existe medidor para comprobar la PS (13,6% TCAEs, 13,3% enfermeras, 11,1% adjuntos).

Como estrategias de mejora, el 72,7%de TCAEs, el 66,7%de enfermeras y el 50%de residentes aconsejaron disponer de medidores de PS, el 55,6% de adjuntos aconsejaron aumento de formación y conocer el grado de cumplimiento. No se observaron diferencias según experiencia en UCI.

Conclusiones

Los profesionales de la UCI conocen la PS aunque difiere entre profesiones así como el cumplimiento reportado y estrategias de mejora.

P198 - ID: 243

Complicaciones en aspiración subglótica. Comparativa entre dos tubos

Merino Pérez, Y.; Torres Sancho, C.; Goenga Iturbe, U.; Aristizabal Castaño, I.
Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

Introducción

El Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Donostia forma parte del proyecto Neumonía Zero del Ministerior de Sanidad. Entre las medidas altamente recomendables para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica se encuentra la aspiración de secreciones subglóticas. Instaurada esta medida en nuestro servicio y teniendo a nuestra disposición dos marcas de tubos endotraqueales con este sistema, se decide realizar un estudio comparativo entre ambos.

Objetivos

1.-Conocer la incidencia de complicaciones de los dos tipos de tubos endotraqueales con aspiración subglótica a estudio.

2.-Comparar los resultados obtenidos.

Material y método

Diseño observacional prospectivo, durante el periodo comprendido entre 1-12-2011 y 1-12-2012 en el ámbito del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Donostia.

Muestra: Han sido incluídos de forma conscutiva todos los pacientes que en este periodo precisaron ventilación mecánica y en los que se usaron los dos tipos de tubos a comparar.

Variables: Las variables analizadas son la aparición de neumonía nosocomial y traqueobronquitis, el edema de glotis al retirar el tubo y finalmente los problemas mecánicos (obstrucción del canal subglótico, recambio por obstrucción, obstrucción de la válvula de control del balón de neumotaponamiento, atasco de la sonda de aspiración a través del tubo,atasco del Airtrack y recambio por fuga aérea).

Resultados

El número de pacientes y tubos es de 118 (53 tipo A y 65 tipo B)

	PROBLEMAS MECÁNICOS	EDEMA DE GLOTIS	INFECCIONES
TUBO A	3,77%	7,54%	9,43%
TUBO B	7,69%	1,53%	19,04%
	NS	NS	NS

Conclusiones

Como se aprecia en la tabla encontramos un mayor porcentaje de infecciones y problemas mecánicos en el tubo tipo B y un mayor porcentaje de edema de glotis en el tubo tipo A.

Todas la complicaciones son de baja prevalencia y no llegan a alcanzar significancia estadística.Sería necesario un aumento del tamaño de la muestra para llegar a conclusiones significativas.

P199 - ID: 566

Indicador de calidad 'pneumotaponamiento' en enfermería intensiva (EI)

Esteve Paños, M. J.; Godayol Arias, S.; Salva Ribas, M.; Velasco Soria, E.; Conesa Folch, N.; Ruiz Moreno, J.; González Marín, E.; Ezquerra Argilés, L.; Jordà Sánchez, J. C.; Cruz Oliveras, A.
Capio Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona

Introducción

El control de la presión del balón de pneumotaponamiento es un indicador de calidad recomendado por la SEEIUC.

Objetivos

Implantación de 2 indicadores de calidad relacionados con el pneumotaponamiento en una UCI.

Material y método

- 1º indicador: Control de presión de pneumotaponamiento (PT) del tubo endotraqueal (TET) por turno
- Dimensión : Seguridad y riesgo, adecuación
- Fórmula: (Nº controles de presión del PT por turno/Nº EC con TET por turno) x 100
- Periodo: De 1 a 30-XI- 2012
- Población: EC durante el periodo con necesidad de TET o traqueostomía
- Tipo: Proceso
- Estándar: 85 %

- 2º indicador: Control de presión de PT del TET de todos los EC con TET dentro del rango de seguridad (25-30 mmg)
- Dimensión: Seguridad y riesgo, adecuación
- Fórmula: (Nº de controles de presión del PT dentro del rango de seguridad / Nº de controles de presión del PT en EC con TET o traqueostomía) x 100
- Periodo: De 16 a 31-I- 2013
- Población: EC durante el periodo estudio con necesidad de TET o traqueostomía
- Tipo: Proceso
- Estándar: 85 %

Resultados

- Control de presión de PT del TET por turno de enfermería: 16,66%
- Control de presión de PT del TET dentro del rango de seguridad: 53,78%

Conclusiones

- El control de presión de PT por turno de enfermería (1º indicador) es muy bajo, pero el conocimiento de ese resultado ha permitido después realizar un segundo indicador más ajustado con mejores resultados.

P200 - ID: 377

Efecto adverso en las traqueostomías. A propósito de un caso. Adherencia de secreciones a la cánula

Sanmartí, A.; Fuentes Rodríguez, D. J.; Pérez Villalpando, M.; Sáez Álvarez, E. J.
Hospital Doctor Peset, Valencia

Introducción

La adherencia de secreciones a la cánula traqueal es un efecto adverso frecuente pero evitable.

Presentamos un caso clínico de una paciente traqueostomizada en la que la adherencia en la cánula de " secreciones en válvula " obliga a un inmediato y urgente cambio de cánula traqueal

Observación clínica

Mujer de 54 años de edad intervenida de neo de colon el 11.1.2012, reintervenida de dehiscencia de sutura el 18.1.2012 y conectada a Ventilación Mecánica con TET. Con dificultad en el destete se práctica traqueostomía el 31.1.2012.Tras diez días traqueostomizada, aparece un cuadro de disnea y obstrucción aguda. Comprobando que la cánula es permeable para la introducción de sonda de aspiración sin resistencia, el cuadro empeora rapidamente obligando a un inmediato cambio de cánula traqueal.

Se observa en la cánula retirada la adherencia de unas secreciones en la parte distal que obstruye parcialmente la luz de la misma, haciendo un efecto válvula, es decir,permite la inspiración pero obstruye la expiración, provocando la insuficiencia respiratoria;sin embargo deja pasar la sonda.

Plan de cuidados enfermero

Se propone un plan de cuidados de enfermería para este tipo de pacientes, teniendo en cuenta cambios de cánula reglados o la utilización de cánulas con camisa intercambiables para mejor limpieza, siempre dependiendo de la valoración individual y teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente, estado hemodinámico, hidratación, cantidad y tipo de secreciones (espesas/fluidas)....

Discusión

Las adherencias de secreciones a la cánula traqueal puede originar cuadros de desaturación, disnea, sensación de ahogo...creando mucho miedo y ansiedad al paciente. Esta formación de tapones mucosos que obstruyen la luz de la cánula obliga a un recambio urgente. No obstante la protocolización de los cuidados de la cánula pueden evitar esta situación y aumentar el comfort del paciente.

Conclusiones

Se hace nesesario establecer cambios de cánula cada siete días y cuidados específicos de higiene y limpieza para evitar la formación de tapones mucosos y adherencias de secreciones.

P201 - ID: 526

Oxigenoterapia de alto flujo ¡un gran avance!

Presa García, S.; Cousillas Corrales, A.; Miguélez González, N.; Zuloaga Quiroga, P.
Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

Objetivo

INTRODUCCIÓN

La patología cardíaca va acompañada muy frecuentemente de fallo respiratorio agudo siendo la oxigenoterapia el primer soporte terapéutico.

Las técnicas tradicionales no permiten alcanzar un grado suficiente de humidificación y temperatura.

La técnica de oxigenoterapia de alto flujo (TOAF) consiste en aportar un flujo elevado de gases, por encima del flujo pico inspiratorio del paciente, donde el gas se humidifica (humedad relativa 95-100%) y se calienta hasta un valor cercano a la temperatura corporal (34º-40ºC).

OBJETIVOS

Facilitar las intervenciones de enfermería en la utilización de las gafas de OAF, describiendo el dispositivo y garantizando la atención y seguridad del paciente.

Metodología

Revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible sobre cuidados de enfermería en la TOAF. en diferentes bases de datos: Medline, Cinhal, Cuiden, The Cochrane Lybrary, Joanna Brigges. Las listas de referencias de los documentos seleccionados fueron utilizadas para la búsqueda de estudios adicionales. No se limito la estrategia de búsqueda ni por el idioma ni por año de publicación.

Intervenciones

Se elaboró un póster en el que se realiza una descripción detallada de:

- Material necesario
- Montaje de los diversos componentes
- Cuidados e intervenciones de enfermería (Información al paciente, posición, cuidados previos a la conexión, vigilancia del patrón respiratorio, hemodinámico y neurológico

Conclusiones

La correcta utilización del sistema es fundamental para garantizar la seguridad del paciente, por lo que debe de ser una prioridad para la enfermería fomentar una adecuada formación que garantice unos cuidados de calidad.

El póster, es una herramienta útil que sirve de guía visual tanto para el personal de plantilla como para el personal de nueva incorporación.

PALABRAS CLAVE
Oxigenoterapia, alto flujo, humedad, temperatura

P202 - ID: 465

Traqueostomía: desde la inserción hasta la decanulación

Rolle Fernández, P. M.; Pírez Díaz, J.
Fundación Jimenez Díaz, Madrid

Objetivo

Dar a conocer el procedimiento de decanulación del paciente traqueostomizado, desde la inserción de la cánula hasta su retirada, describiendo los procedimientos tal y como son realizados en nuestro centro, con los cuidados de enfermería que requieren.

El éxito de la decanulación depende de los cuidados específicos en cada fase por tanto es imprescindible establecer un plan de cuidados para evitar el fracaso de la misma.

Metodología

Descripción detallada de las fases de la decanulación, explicando los procedimientos utilizados en nuestra unidad.

Para ello contamos con revisión bibliografica y protocolos de distintas unidades.

Intervenciones

Elaboración de una guía de cuidados con las fases de la decanulación en pacientes traqueostomizados en una unidad de vigilancia intensiva, aportando una tabla explicativa de los cuidados de enfermería.

Conclusiones

Basados en la revisión presentada se elaboró un protocolo de actuación de enfermería sobre este procedimiento, con la finalidad de disminuir complicaciones, días de canulación, mejorar la calidad asistencial del paciente y asi mejorar la seguridad del mismo.

FASES	CUIDADOS	COMPLICACIONES
Preparación	-Informar -Preparar material -Hiperextesión del cuello	-Ansiedad
Realización de traqueotomía	-Dieta absoluta -Limpieza de la zona (antiséptico) -medidas de asepsia	-Hemorragia -Broncoaspiración -Falsa vía -Barotrauma -Imposibilidad realizar técnica
Estabilización	-Ayudar en la adaptación a la nueva situación -Extraer cánula interna, inspeccionar y limpiar cada 8 horas. -Desinfección (estoma)	-Desadaptación -Tapón de secreciones -Infección -Ansiedad
Cambio de cánula*	-Dieta absoluta -Disponer cánula de igual y menor calibre -Desinflar neumotaponamiento -Retirar cánula -Desinfectar tras retirar secreciones -Introducir cánula -Inflar neumotaponamiento -fijar	-Infección -Insuficiencia respiratoria -Estrechamiento de estoma -Broncoaspiración -Desplazamiento de cánula -Imposibilidad canulación
Cambio a cánula fenestrada	-Cuidados de cambio de cánula*	
Colocación de tapón	-Retirar cánula interna -Desinflar neumotaponamiento. -Colocar tapón -Oxigeno -Vigilar ventilación, expectoración y fonación	-Insuficiencia respiratoria -Ansiedad
Decanulación	-Cerciorarse de que respire adecuadamente tras 24 horas con tapón.	-Insuficiencia respiratoria -Traqueomalacia
Cierre de estoma	-Limpieza estoma -Cura oclusiva (gasas y apósito)	

P203 - ID: 105

Protocolo de realización de traqueotomía percutánea en el paciente crítico

Carrillo López, D.; Lozano Ordax, R.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Objetivo

Aprender la técnica correcta de la actuación del personal de Enfermería en la realización de la traqueotomía percutánea en el paciente crítico intubado en ventilación mecánica (VM) que precisa de su realización.

Metodología

Diseñar e implantar un protocolo de actuación para la realización de la técnica de traqueotomía percutánea.

Intervenciones

FASE PREVIA A INTERVENCIÓN: Solicitar consentimiento informado. Suspender nutrición enteral cuatro horas antes de la intervención y colocar sonda nasogástrica a residuo. Extracción de sangre para comprobar hemostasia.

FASE PREPARATORIA: Valoración hemodinámica y respiratoria del paciente. Paciente en posición supina, en hiperextensión cervical. Preparación del material necesario. Preoxigenación del paciente: FiO2 100%. Sedoanalgesia y relajación. Aspiración de secreciones orofaríngeas y retirar tubo orotraqueal hasta la entrada de laringe, inflando el balón por encima de las cuerdas vocales.

FASE DE EJECUCIÓN:

1. Personal necesario: 2 médicos, 1 enfermera, 1 auxiliar.

2. Preparación barrera del personal, según normas del departamento de Medicina Preventiva: enfermera y auxiliar: gorro, mascarilla, guantes y bata si aislamiento, previo lavado higiénico. Médico: gorro, mascarilla, bata y guantes estériles, tras lavado quirúrgico.

3. Asepsia y antisepsia: utilización de povidona yodada. colacación de campos quirúrgicos. Elección de cánula de traqueotomía. Apertura del set de traqueotomía, comprobación de la integridad del balón de neumotaponamiento y del material necesario.

4. Realización de la técnica quirúrgica.

5. Canulación de la traquea, inflar neumotaponamiento y conexión al respirador, comprobando correcta ventilación y oxigenación.

6. Aspirar secreciones orofaríngeas y retirar tubo orotraqueal.

7. Curar estoma y fijar cánula.

FASE DE FINALIZACIÓN: Ajuste de VM a los parámetros iniciales. Colocación del paciente en posición semiincorporada. Continuar vigilancia hemodinámica y respiratoria. Retirar material utilizado. Registro informático de procedimiento en historia de enfermería. Realizar Radiografía de tórax. Reiniciar nutrición enteral cuatro horas después, comprobando estabilidad clínica.

Conclusiones

La realización de un protocolo de actuación nos permite mejorar la calidad de la técnica operatoria y disminuir el riesgo de incidencias o complicaciones.

P204 - ID: 305

Rondas de seguridad de Neumonía Zero (NZ) en la unidad de medicina intensiva del hospital HUA - Txagorritxu

Álvarez González, J.; Ayllón Garrido, N.; Goicoechea Arrizabalaga, A. M.; Macias Jorge, R.; Corres Zubeldia, M. L. M.; Del Campo Menoyo, L.; Dean Gutiérrez, M. G.
HUA Txagorritxu, Vitoria

Introducción

En el 2010 nos adherimos al proyecto Neumonía Zero (NZ). Su objetivo es reducir la incidencia media estatal de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) a menos de 9 episodios/1.000 días de VM, y promover y mejorar la cultura de seguridad en las UCI.

Objetivos

- Evaluar la implantación del protocolo NZ enla UMIdel HUA-(Sede Txagorritxu)

- Identificar áreas de mejora en la implantación del proyecto

- Establecer medidas correctoras para mejorar la implantación del protocolo NZ.

Material y método

Creación de un grupo de trabajo. Elaboración de una ficha de evaluación con 10 criterios. Implantación de las "rondas de seguridad" con evaluación interna, realizada por el personal dela UMIy externa, realizada por Medicina Preventiva. En estas rondas, se evalúan los 10 criterios seleccionados.

Resultados

Se realizaron 13 rondas de seguridad en 42 pacientes con ventilación mecánica (VM), de las cuales 7 fueron rondas internas (20 pacientes) y 6 rondas externas (22 pacientes).

En tres de los criterios el porcentaje de cumplimentación fue de un 100%. El menor porcentaje de cumplimentación (64,3%), es la constancia en la historia del paciente de la "orden médica diaria de escala de sedación", y la "realización de prueba de tolerancia de tubo en T" (76%).

Durante este período, el número de NAVM ha sido de 4 y la tasa de NAVM fue de 2,89 por 1000 días de VM.

Conclusiones

Las rondas de seguridad, permiten conocer el grado real de cumplimentación de las buenas prácticas.

Se han detectado distintas interpretaciones de algunos criterios según los evaluadores lo que ha hecho necesaria la exhaustiva definición.

La participación multidisciplinar sirvió de estímulo para la implicación de los distintos profesionales.

P205 - ID: 175

Alternativa a la traqueostomía quirúrgica en cuidados intensivos: el manejo de la traqueostomía percutánea

Iglesias González, E.; Blanco Díaz, M. D. M.; Falcón Suárez, O.; Navarro Solè, P.; Fañanas Lanau, I.
Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

Objetivo

- Describir la técnica de inserción de la traqueostomía percutánea.
- Definir ventajas e inconvenientes de esta técnica.
- Describir los cuidados enfermeros al paciente portador de dicho tipo de traqueostomía.

Metodología

- Revisión bibliográfica en bases de datos: Medline, Pubmed, Cinahl y Cuiden a partir del año 2010.
- Consulta del protocolo clínico.
- Consenso con expertos del área.

Intervenciones

Enfermería juega un papel importante durante todo el procedimiento. No simplemente colabora en la realización de la técnica de inserción sino que también aporta unos contantes cuidados.

Enfermería realiza los cuidados de preparación del paciente previos a la inserción, durante el procedimiento y posterior al mismo, son cuidados de mantenimiento, asegurando el confort del paciente y su seguridad (riesgo de sangrado, infección alteraciones hemodinámicas, alteraciones de la ventilación,…). A la vez que procede al registro de todas las valoraciones y cuidados realizados.

Conclusiones

El procedimiento percutáneo es rápido y poco cruento, minimizando el traumatismo sobre los tejidos y el número de complicaciones. Se han publicado complicaciones del 6% en traqueostomía percutánea con dilatación y 36'1% en traqueostomía abierta, concluyendo, que la percutánea es segura y eficiente.

P206 - ID: 233

Evaluación de la Implementación de la Descontaminación Digestiva Selectiva en una Unidad de Cuidados Intensivos

García Gálvez, M. D. M.; Luengo Alarcia, M. J.; Rubio Regidor, M.; Barrena Ortega, M. P.; García Peso, A.; Romero Granados, M.; Álvarez Rodríguez, J.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

Objetivo

General: Disminuir las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica a través de un paquete de medidas de evidencia científica demostrada.

Específicos:

Incorporación de la descontaminación digestiva selectiva (DDS) como medida altamente recomendable para la prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVM).

Monitorización de los resultados de NAVM y de la aplicación de la DDS.

Metodología

Valoración inicial con el Servicio de Farmacia para la incorporación de la DDS: elección de la solución digestiva y la pasta a utilizar.

Elaboración del protocolo de DDS por un equipo multidisciplinar.

Reunión informativa del protocolo y de las competencias de cada categoría profesional.

Plan de formación con sesiones en los diferentes turnos, relacionadas con la implementación de la medida y el procedimiento.

Lluvia de ideas para la resolución de dudas de la aplicación del procedimiento en el primer mes de implantación.

Intervenciones

- Monitorización de las tasas de NAVM.
- Implantación del procedimiento de DDS como medida preventiva altamente recomendable para la NAVM.
- Análisis de la implantación del procedimiento de DDS durante mayo 2011-diciembre2012:
    - Pacientes ingresados en la UCI : 744 pacientes
    - Pacientes con criterio de DDS (> 48h de VM) potenciales: 162 (21.77%)
    - Pacientes con prescripción de DDS real : 164

Conclusiones

Las medidas para la prevención de NAVM son medidas cuya aplicación es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinar. La DDS es una medida altamente recomendable para la prevención de la NAVM. El personal de enfermería como miembro del equipo multidisciplinar, desempeña una labor esencial en la aplicación de la DDS.

P207 - ID: 312

Evaluación del conocimiento y satisfacción del personal de enfermería tras un curso de formación en bioética

Bautistatéllez, M.; Torres Rodríguez, M.
Hospital del SAS de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción

Detectada la necesidad de formación en Bioética tras un estudio realizado en 2012, se impartió un curso formativo al respecto y se evaluó el conocimiento adquirido y el grado de satisfacción de los participantes.

Objetivos

-Evaluar el grado de conocimiento del personal de enfermería tras un curso de Bioética.

-Analizar el grado de satisfacción que este tipo de formación genera entre el alumnado.

Material y método

Se realizó un curso de formación en Bioética online, para el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos medico quirúrgica de 17 camas, con una duración de 21 días.

El curso fue tutorizado y dirigido por dos enfermeras con formación previa en Bioética.

Las variables analizadas tras la realización del curso fueron: número de horas, número de alumnos, categoría profesional, participación en el foro, prueba de evaluación de aprendizaje: cuestionario de 10 preguntas tipo test con 4 respuestas alternativas, nota media y cuestionario de satisfacción del curso.

Resultados

Participaron 51 alumnos: 36 enfermeros y 15 técnicos de cuidados en enfermería.

El curso duró 21 días, en el foro participaron 32 personas.

La prueba de evaluación de aprendizaje la realizaron todos los participantes, siendo la nota media de 9,22 sobre 10.

El cuestionario de satisfacción lo contestaron todos los participantes, de los que un 20% opinaron que fue bueno y un 80 % que fue muy bueno. Las opciones de malo o regular, no fueron elegidas por ningún participante

Conclusiones

El nivel de conocimientos adquiridos en Bioética, tras la realización de un curso de formación on line, fue muy alto.

El grado de satisfacción tras realizar el curso fue muy bueno.

P208 - ID: 295

Es necesario para enfermería la formación para el uso del Desfibrilador Semiautomático (DESA) en España

Ruiz-Henestrosa Campos, M. J.[1]; Peña Otero, D.[2]; Eguillor Mutiloa, M.[2]; Barriga García, R.[2]
1. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; 2. Esforem Formación, Madrid

Introducción

El RD 365/2009 por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de DESA fuera del ámbito sanitario, delega en las comunidades autónomas los mecanismos necesarios para autorizar el uso y desarrollar los programas de formación en su artículo 6.

La delegación de las competencias en materia de sanidad en las Comunidades Autónomas genera múltiple normativa –16 Decretos-, y en ocasiones con importantes dicotomías y vacíos legales sobre el uso y manejo del DESA por parte de los profesionales de Enfermería.

Objetivos

Conocer los requisitos legales según cada comunidad autónoma para hacer uso del DESA por parte de los Profesionales de Enfermería

Material y método

Revisión bibliográfica de los 16 Decretos y del Real Decreto sobre uso y manejo del DESA

Resultados

Cada comunidad autónoma dispone de un Decreto específico con unos requisitos diferentes. Se presenta en el trabajo una tabla con los ítems específicos de cada decreto

Conclusiones

La disparidad legislativa puede llevar a un infrauso o mal uso del DESA, y por lo tanto de la Supervivencia.

El tener miedo a usar el DESA hace disminuir la calidad de la Cadena de Soporte Vital.

La variabilidad en cuanto a las revisiones, mantenimiento, formación y actualización generan confusión en los profesionales de Enfermería y resto de profesiones sanitarias.

P209 - ID: 293

Capacitación de Soporte Vital Básico (SVB) y manejo del DESA tras una jornada de formación teórico-práctica

Barriga García, R.[1]; Ruiz-Henestrosa Campos, M. J.[2]; Peña Otero, D.[1]
1. Esforem Formación, Madrid; 2. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

En España se produce una parada cardiorespiratoria (PCR) cada 20 minutos. El 80% son originadas por Fibrilación Ventricular, si se trata con SVB y DESA en los 3-5 primeros minutos se podría proteger y salvar la vida del 50 al 75% de las PCR.

Toda persona mayor de 16 años y con estudios básicos podría estar instruida para realizar técnicas de SVB y uso del DESA, logrando así implementar la supervivencia.

Objetivos

Conocer el aprendizaje y la capacitación tras un curso de 16 horas (8 de ellas presenciales).

Material y método

Estudio observacional retrospectivo de una muestra total (n=69) de los estudiantes formados en el 2012. Cálculo de índices y medidas de dispersión.

Resultados

Después de 8 horas de estudio en su domicilio para la lectura de las recomendaciones de SVB y DESA, el resultado del test previo al curso logra un resultado de aciertos de 85.1%.

Al impartir las 8 horas de conocimientos teóricos y habilidades prácticas del Plan para sobrevivir, bajo las recomendaciones de la European Resucitation Council se ha logrado un mejora de aciertos igual a 6.5%

Un curso de SVB y DESA evaluado con un porcentaje de aciertos en el test superior al 85% y el correcto manejo de la simulación práctica, tiene un índice de aprobados=93.5%

Conclusiones

El SVB sigue siendo una carencia y un tabú en la educación básica. Asimismo, llama la atención la carencia de formación y de su presencia en los planes académicos de las profesiones sanitarias.

Desarrollar planes abiertos y en red para difusión, capacitación y habilidad en el manejo de la Cadena del SVB y DESA ayudaría a proteger vidas.

Tras una jornada de formación teórico-práctica se logran resultados de aprendizaje del 91.6% lo que lleva a pensar que las maniobras de SVB y DESA son de fácil asimilación y mejoran la eficiencia de la actuación del primer interviniente ante una situación de urgencias.

P210 - ID: 94

Aprendizaje y evaluación por competencias en el practicum de cuidados especiales de enfermería a través de la simulación clínica

Leal Costa, C.[1,2]; Díaz Agea, J. L.[1]; Martín Robles, M. R.[3]

1. Universidad Católica San Antonio, Murcia; 2. Hospital Vega Baja, Orihuela; 3. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Objetivo

Introducción: Se ha implantado la simulación clínica avanzada en el itinerario formativo del grado en Enfermería de la UCAM (Universidad Católica San Antonio) en el curso académico 2012-2013. Se integró dentro de los diferentes Practicum Clínicos dentro del marco del EEES (Espacio Europeo de Educación Superior) y siguiendo la filosofía de enseñanza centrada en el alumno.

Objetivos:

- Utilizar la simulación como método de aprendizaje y evaluación por competencias en Cuidados Especiales.

- Integrar la metodología científica que ofrece el proceso de enfermería con la práctica asistencial simulada.

Metodología

Se implantó con alumnos de 4º de grado dentro del Practicum IV (cuidados especiales: UCI, Urgencias, Reanimación, etc.) usando simuladores a escala real (SER) que reproducen de manera realista un paciente con diversos problemas de salud. La metodología de aprendizaje/evaluación se basa en la reproducción de casos clínicos basados en la práctica asistencial en entornos clínicos simulados y controlados siguiendo una metodología enfermera (NANDA-NOC-NIC).

Intervenciones

Mediante diferentes sesiones los alumnos escenifican los procedimientos y cuidados en la sala de simulación. Estas sesiones son grabadas en un sistema de vídeo avanzado y visionadas en tiempo real por otro grupo de alumnos. Posteriormente se analiza la situación de manera reflexiva por el grupo y el instructor (Debriefing). En las sesiones de evaluación se valoran, por parte del instructor y del resto de alumnos, las competencias asociadas al Practicum Clínico de Cuidados Especiales mediante simulación.

Conclusiones

La simulación clínica es una herramienta eficaz tanto para el aprendizaje como para la evaluación de las habilidades, actitudes y conocimientos de los alumnos de pregrado de enfermería en cuidados críticos

P211 - ID: 215

Nutrición enteral en UCI: visión enfermera

Fernández Añon, J. M.; Real Padilla, M. J.; Rubio Sarabia, P.
SAS, Málaga

Objetivo

Demostrar las ventajas de la Nutrición enteral en los enfermos ingresados en UCI. El catabolismo acelerado y el ayuno prolongado pueden ser perjudiciales en el enfermo grave y la recomendación más frecuente es la de empezar la nutrición artificial de forma precoz para así poder aportar los nutrientes necesarios, lograr un adecuado funcionamiento intestinal y favorecer la efectividad de otros tratamientos.

Metodología

Observación clínica.

Intervenciones

1100 Manejo de la Nutrición:

Determinar en colaboración con el dietista el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer la necesidades de alimentación del paciente.

Controlar y valorar los patrones de eliminación y complicaciones digestivas (vómitos, diarreas, estreñimiento, etc) y actuar según su caso.

Conclusiones

El uso de nutrición enteral precoz es, hoy en día, el mejor método de soporte nutricional, más fisiológico y seguro, en enfermos graves si se personaliza su uso en función de la situación clínica de cada paciente y se realiza mediante una estrategia terapéutica adecuada.

P212 - ID: 46

Complicaciones de la nutrición parenteral periférica: observación clínica de 2 casos

Tomàs Tomàs, M. M.; Amorós Cerdá, S. M.; Pérez Juan, E.
Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

Introducción

La Nutrición Parenteral Periférica (NPP) es una nutrición artificial que se utiliza cuando la absorción por vía digestiva es insuficiente. Suple las demandas nutricionales del paciente. Permite su administración por vía periférica.

Observación clínica

Casos clínicos:

Epidermólisis por extravasación: Paciente de 78años. Diagnosticado de insuficiencia renal. SNG muy productiva. Se inicia NPP por catéter periférico. A las 12 horas manifiesta dolor en miembro superior, enmascarado por desorientación. El registro de enfermería del turno de noche, refleja aparición de flictenas. El turno de mañana suspende la NPP, retira la vía y la cánula arterial del brazo. Cirugía plástica pauta curas con silvederma.

Flebitis química por solución hipertónica: Paciente de 41años que ingresa por insuficiencia respiratoria, precisando ventilación mecánica no invasiva. Se inicia NPP por catéter periférico. Dos horas después aparece edema, eritema y calor local. Se retira la NPP y vía periférica. Precisa cura con agua de Burow.

Plan de cuidados enfermero

Irá dirigido a identificar los problemas potenciales o reales, relacionados con las posibles complicaciones de la administración de la NPP por una vía periférica, como son la extravasación y flebitis. Actuando en la prevención, detección y tratamiento en el caso de que aparezca.

Discusión

La flebitis está relacionada con las características del catéter, tiempo de permanencia y por la alta osmolaridad de la NPP.

Una actuación precoz disminuye la lesión del tejido afectado. En el caso 1 el paciente requiere curas 19 días, mientras que en el caso 2 sólo las precisa 72h.

Conclusiones

La enfermera juega un papel primordial en la elección del catéter, localización, administración y prevención de complicaciones. El adiestramiento del personal y la protocolización del procedimiento minimizan la incidencia de flebitis, evita molestias a los pacientes y reduce el gasto sanitario.

P213 - ID: 61

Protocolo de soporte nutricional enteral en el paciente crítico

Lozano Ordax, R. M.; Carrillo López, D.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Objetivo

Implantar protocolo de enfermería de soporte nutricional enteral en el paciente crítico ingresado en unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología

Describir las medidas que componen el protocolo de soporte nutricional enteral en nuestra UCI.

Intervenciones

PREPARACION DEL PACIENTE: Posición semiincorporada 30-45 grados, evitando reflujo y broncoaspiración. Colocar Sonda Naso/orogástrica o Nasoyeyunal. Comprobación clínica y radiológica. Fijación evitando decúbitos.

PREPARACION PREVIA AL INICIO DE LA NUTRICION: Conectar sonda a bolsa por debajo de cabeza y valorar residuo gástrico (máximo 300ml). Lavar sonda con 50 ml de agua. Conexión e inicio de bomba de perfusión continua (BPC) de la nutrición.

INICIO DE NUTRICION ENTERAL: Mantener paciente en posición semiincorporada. Comprobar nutrición pautada según patología del paciente. Programar BPC: primer día un tercio del soporte nutricional, ajustando según tolerancia hasta la admistración completa de las necesidades nutricionales, cubriendo el objetivo energético planeado a las 48-72 horas del inicio del soporte enteral.

MANTENIMIENTO: Cada 8 horas, detener BPC, lavar sonda con 50 ml de agua y cesar nutrición durante 15 minutos. Medir residuo gástrico. Valorar glucemia/8 horas (mantener glucemias <180 mg/dl).

CUIDADOS: Higiene zona de inserción cada 8 horas, evitando posibles decúbitos. Mantener la fijación, evitando su pérdida y/o movilidad accidental.

COMPLICACIONES: 1. Aumento de residuo gástrico (>300 ml): Dieta absoluta durante 6 horas. Reiniciar nutrición al 50%, administrar procinéticos (Metoclopramida 10 mg/8 horas, Eritromicina 250 mg/6 horas endovenosas). 2. Vómitos/regurgitación por posición incorrecta de sonda o paciente. 3. Diarrea: más de 5 deposiciones o >1000 ml en 2 deposiciones/24 horas. 4. Estreñimiento: Extraer fecalomas, enemas y laxantes, asociar fibra a la dieta. 5. Hiperglucemia: corrección según protocolo de Insulina.

Conclusiones

En los pacientes críticos el inicio de nutrición enteral precoz disminuye las complicaciones infecciosas y la estancia, con una tendencia a la reducción de la mortalidad. Implementando nuestro protocolo obtenemos una mejor calidad de la administración y aporte nutricional enteral.

P214 - ID: 371

Importancia de la glutamina en la recuperación celular del paciente crítico

Expósito Barroso, F.; Miras Bruno, J. A.; Córdoba Seguí, B.; Sánchez García, M. D. C.; Sáez Sánchez, J.; Muñoz Borrachero, E.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción

Los pacientes en estado crítico a menudo poseen niveles sustancialmente disminuidos de glutamina en el plasma y el músculo. Los pacientes con bajos niveles de glutamina pueden sufrir trastornos en el funcionamiento inmunológico y también pueden padecer infecciones.

Grandes cantidades de glutamina, un aminoácido, se encuentran a menudo en el plasma y se almacenan en los músculos esqueléticos del cuerpo humano. La glutamina se clasifica como un aminoácido no esencial porque se produce en el organismo.

Observación clínica

Varón de 56 años ingresado en la UCI tras sufrir quemadura del 40% de la superficie corporal, localizándose la mayor afectación en espalda y tórax. Cuando se valora su aporte nutricional se inicia nutrición con Resource R Glutamina.

Plan de cuidados enfermero

Instauramos un plan de cuidados enfermeros protocolizados para grandes quemados ingresados en UCI.

Aportamos a enfermería los conocimientos necesarios para abordar correctamente este tipo de pacientes.

Discusión

La quemadura produce una degradación exagerada de proteínas mediada por la respuesta hormonal. Se correlaciona con:

- la superficie corporal quemada,

- el momento de la escisión quirúrgica de la quemadura,

- el gasto energético y la presencia de infección.

Todo ello hace que los requerimientos proteicos de estos pacientes estén elevados.

El empleo de aminoácidos, efecto farmaconutriente (Resource R Glutamina) resulta beneficioso en los pacientes quemados, debido a sus efectos sobre el metabolismo proteico, la función inmunoterapia, la cicatrización y los mecanismos de defensa de la barrera intestinal.

Conclusiones

El tratamiento nutricional de pacientes quemados debe iniciarse de manera precoz y por la vía enteral siempre que sea posible, independientemente de la vía de abordaje del tracto gastrointestinal.

Para obtener unos niveles significativos de glutamina en plasma, fue necesario la administración prolongada (más de 10 días) de aportes ricos en glutamina.

Se observó la no aparición de sobreinfección en el tejido dañado.

P215 - ID: 569

Valoración del Residuo Gástrico al Paciente Crítico: Plan de Cuidados Estandarizado

Ballesteros Plata, C.; Oliva César, A.; Rodríguez Flores, R.
Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla

Objetivo

Dado que la NE (nutrición enteral), se considera como un objetivo terapéutico de primer orden en los pacientes críticos, lo cual ha quedado demostrado en diferentes estudios (REGANE, COMGINE, PIANE) y que su empleo precoz presenta un beneficio considerable en la evolución del paciente, decidimos poner en marcha un protocolo por el cual todos los profesionales de nuestro servicio pudiéramos guiarnos, y así garantizar o al menos evitar, la desnutrición en el paciente crítico.

La desnutrición asociada a la ausencia de ingesta oral del enfermo, da lugar a alteraciones de la estructura y función de la mucosa intestinal, a un incremento de la respuesta inflamatoria a la enfermedad y a un aumento de la morbilidad infecciosa.

Metodología

Tras consultar los estudios que vienen llevando a cabo acerca de esta materia (REGANE, COMGINE,PIANE), y puestos a discusión entre diversos profesionales de nuestro servicio, se decide:

Residuo Gástrico (RG) Aumentado > 250 cc (centímetros cúbicos)

Procedimiento:

- Se valorará inicialmente el RG cada 6 horas, y luego según protocolo
- La dieta se administrará de modo continuo durante 23 horas
- Se introducirán 50 cc de agua a través de la SNG (sonda nasogástrica) para comprobar su permeabilidad cada 6 horas
- Se comprobarán restos dejando caer a bolsa por gravedad o aspirando con suavidad
- No se reintroducirán los restos extraídos

Intervenciones

Se establece un Régimen de Tolerancia para iniciar la dieta prescrita.

Se establece un algoritmo consensuado para el manejo del RG.

Se elabora un plan de cuidados enfermero, para protocolizar los cuidados que requiere el paciente con NE por SNG, así como prevenir las complicaciones que de ella se derivan.

Conclusiones

La NE en un paciente crítico, iniciada con un “régimen de tolerancia”, permite adaptar el sistema digestivo a la reinstauración del aporte de líquidos y sólidos por SNG.

Un protocolo y planes de cuidados consensuados, repercute favorablemente sobre la evolución del paciente crítico

P216 - ID: 473

Gestión del Conocimiento en la enfermería intensiva

González Herrero, I.[1]; Crespo Pérez de Albeniz, V.[1]; Incerra Torre, S.[2]; Pérez Félez, A.[1]; Fadrique Hernández, A.[1]; Pérez de Álbeniz Anguís, A.[1]; Ortiz Del Olmo, D.[3]

1. Servicio Navarro de Salud, Pamplona; 2. Clinica Universidad de Navarra, Pamplona; 3. Cruz Roja Española, Pamplona

Objetivo

Definir y enumerar el concepto de gestión de conocimiento (GC)

Identificar y aplicar la gestión del conocimiento dentro del equipo enfermero de intensivos

Proponer un modelo de GC como medida de eficiencia en la formación de los equipos de enfermería intensiva

Metodología

Comunicación oral, en la cual se determinará y explicar los conceptos básicos de la gestión del conocimiento y su aplicación en los equipos de enfermería intensiva como método de eficiencia formativa

Intervenciones

Comunicación oral relacionado la formación enfermera intensiva y la gestión del conocimiento

Conclusiones

El proceso de gestión del conocimiento es un método formativo con años de evolución y habiéndose demostrado sus buenos resultados tanto en la formación como en la motivación del personal.

Siendo así proponemos esta charla para dar a conocer el método dentro de la profesión enfermera

P217 - ID: 318

Aspectos que generan mayor interés en los profesionales de enfermería de una unidad de cuidados intensivos, tras recibir formación en bioética

Torres Rodríguez, M.1; Bautista Téllez, M.2
1. Hospital del SAS de Jerez, Jerez de la Frontera

Introducción

Detectada la necesidad de formación en Bioética tras un estudio realizado en 2012, se impartió un curso formativo al respecto.

Objetivos

- Describir los temas sobre bioética clínica más frecuentemente revisados.
- Analizar qué aspectos de la Bioética generan mayor interés en el personal de enfermería, tras la realización del curso.

Material y método

Se realizó un curso de formación en Bioética online para profesionales de enfermería de una UCI medico quirúrgica de 17 camas de 21 días de duración.

Se trataron los siguientes temas: definición y principios de Bioética, consentimiento informado, las Voluntades Vitales Anticipadas, los modelos éticos utilizados al final de la vida, la ley de muerte digna, comités de Bioética y objeción de conciencia.

El curso fue tutorizado y dirigido por 2 enfermeras con formación previa en Bioética.

Tras finalizar el curso se abrió un foro para que todos los participantes expusieran sus dudas y comentarios referidos al tema en cuestión.

Resultados

Participaron en el curso 51 alumnos y 32 en el foro.

Los temas tratados en el foro fueron: muerte digna (19 entradas y 8 participantes), objeción de conciencia (19entradas y 8 participantes), suicidio asistido (4 entradas y 4 participantes), comités de bioética(15 entradas y 7 participantes), turismo del suicidio (10 entradas y 7 participantes), LMSV (4 entradas y 3 participantes), consentimiento informado (4 entradas y 3 participantes) y eutanasia (6 entradas y 5 participantes).

Conclusiones

1) Los aspectos que mayor interés generan son la objeción de conciencia, los comités de bioética y los modelos éticos usados al final de la vida.
2) Los aspectos que menor interés despiertan son las voluntades vitales anticipadas y los principios básicos de Bioética.

P218 - ID: 533

Dificultades sentidas por la enfermera de UCI durante el proceso fin de vida

Díaz Garrido, L.; Ratia Anguita, R.
Complejo Hospitalario Jaén, Jaén

Introducción

El contacto con la muerte ajena, inevitable en el desempeño del trabajo en UCI, nos hace conscientes de nuestra propia mortalidad provocando un mayor o menor grado de ansiedad que puede traducirse en una atención inadecuada al intentar escapar de la angustia que produce enfrentarse con la muerte. Por esto es importante conocer cómo viven las enfermeras el contacto con la muerte, como lo afrontan y que coste emocional les supone ya que todo ello puede repercutir en el desarrollo de su labor

Objetivos

Identificar las dificultades que encuentra la enfermera de UCI ante el proceso de muerte

Material y método

Este trabajo forma parte de un estudio descriptivo cualitativo.

La obtención de datos se ha hecho mediante entrevistas semiestructuradas con posterior análisis del contenido tanto manifiesto como del latente.

La muestra está formada por enfermeras de las UCI de adultos del Complejo Hospitalario de Jaén.

Resultados

Dificultades descritas por los profesionales de enfermería para el adecuado manejo de los procesos de fin de vida.

1. Dificultades personales:
   - Muerte como tema tabú
   - Ver sufrir al paciente
   - Mostrar sentimientos: Debilidad
   - Evitación
2. Dificultades con compañeros:
   - Medico: Desacuerdo nivel sedación
   - Otros compañeros: Diferencias presencia familia
3. Dificultades estructurales o físicas
   - Falta intimidad para familia
   - Interrupción trabajo resto pacientes
4. Organizativas
   - Visitas restrictivas
   - Nº de familiares por visita

Conclusiones

Las enfermeras son conscientes de su limitación en el manejo de este tipo de situaciones. Su conducta difiere de su actitud. Resaltar el interés demostrado por mejorar esta situación.

Aunque la muerte es un hecho habitual en UCI, su estructura física dificulta el proporcionar la intimidad necesaria durante los procesos de fin de vida.

Comunicación con familia centrada en el no sufrimiento paciente.

P219 - ID: 534

Propuestas de mejora para adecuado manejo proceso fin de vida

Ratia Anguita, R.; Díaz Garrido, L.
Complejo Hospitalario Jaén, Jaén

Introducción

Una de las experiencias más gratificante es la de ayudar a morir a un ser humano dignamente. Según nuestro Código Deontológico "El objetivo de la atención a personas en situación terminal, no es acortar ni alargar la vida, sino promover la máxima calidad posible". De ahí la importancia de tener una gran capacitación profesional para abordar estas situaciones.

Objetivos

Conocer las propuestas de mejora de la enfermera de UCI para un adecuado manejo del proceso de fin de vida

Material y método

Este trabajo forma parte de un estudio descriptivo cualitativo.

La obtención de datos se ha hecho mediante entrevistas semiestructuradas con posterior análisis del contenido tanto manifiesto como del latente.

La muestra está formada por enfermeras de las UCI de adultos del Complejo Hospitalario de Jaén.

Resultados

Propuestas de mejora sugeridas por los profesionales

1. A nivel físico estructural:
   - Disponer de un área distinta a la sala de espera general para la familia.
   - Boxes individuales dotados de material que proporcione la intimidad necesaria entre el paciente y su familia.
2. A nivel organizativo:
   - Facilitar el mayor tiempo posible la presencia de la familia.
3. A nivel de actitud profesional:
   - Ofrecer apoyo a la familia.
   - Mejorar la comunicación con la familia.
   - Aumentar nuestra presencia durante el proceso de duelo.
   - Escucha activa.
   - Empatía
4. A nivel formativo

Conclusiones

La formación relacionada con la muerte y el duelo sigue siendo una asignatura pendiente. Es necesario incrementar la formación a nivel académico y de postgrado.

Para asegurar una atención de calidad durante el proceso de duelo es necesario elaborar un protocolo consensuado que cubra de manera integral al paciente y su familia

Se aprecia una disposición de apertura con respecto a la presencia familiar en el momento de la muerte.