



**SEEIUC**

Sociedad Española de Enfermería  
Intensiva y Unidades Coronarias

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

*Valencia*

19/22 junio 2016



[www.seeiuc.org](http://www.seeiuc.org)

**COMUNICACIONES**  
**ORAL y PÓSTER**

CÓDIGO ISBN: 978-84-608-8932-8



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

► índice general

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

*Valencia*

19/22 junio 2016

► Comunicaciones orales

► Defensa oral póster en sala

► Pósters

► Comité Científico del Congreso

**Miembros Comité SEEIUC:**

- Marta Raurell Torredà
- Ignacio Zaragoza García
- Miriam del Barrio Linares
- Elena Regaira Martínez
- Jaume Uya Muntaña
- Candelas López López

**Miembros Comité Local:**

- Clara Hurtado Navarro
- Elena Martínez Coletto



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

► índice comunicaciones orales

► Lunes, 20 de Junio de 2016. *Auditorio 1*

► Lunes, 20 de Junio de 2016. *Sala 1 y 2*

► Martes, 21 de Junio de 2016. *Auditorio 1*

► Martes, 21 de Junio de 2016. *Sala 1 y 2*

► Miércoles, 22 de Junio de 2016. *Auditorio 1*

► Miércoles, 22 de Junio de 2016. *Sala 1 y 2*



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► **ID 317**

Incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 208**

Incorporación del ecógrafo en la inserción periférica de vías centrales: un nuevo reto para enfermería en cuidados intensivos.

---

► **ID 145**

Validez del Sistema de Triage Manchester (mts) en la detección precoz del paciente crítico.

---

► **ID 299**

Úlceras por presión en UCI: en busca de la escala de riesgo adecuada.

---

► **ID 234**

Efectos del yoga y meditación (mindfulness) sobre el estrés en profesionales sanitarios de Unidades de Cuidados Intensivos.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► **ID 317**

### **Incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Mercedes del Cotillo Fuente; Josefa Valls Matarín; María Pujol Vila; Rosa Ribal Prior; Inmaculada Sandalinas Mulero  
*Hospital Universitari Mútua Terrassa*

#### **Objetivo**

La ME se define como el cese total e irreversible de la actividad cerebral con la presencia de una lesión estructural que puede justificar la pérdida de las funciones encefálicas. Para su diagnóstico es imprescindible la exclusión de situaciones que puedan abolir transitoriamente dichas funciones (fármacos, trastornos metabólicos severos, hipotermia terapéutica...).

Ante un potencial donante de órganos hay que realizar una valoración clínica completa y estudio de cada uno de los órganos. Para eso es necesaria la revisión pormenorizada de la historia clínica (antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes...), exploración clínica detallada y realización de distintos estudios analíticos.

El principal objetivo es el adecuado mantenimiento del donante para impedir, aminorar y evitar trastornos hemodinámicos, hormonales e inflamatorios que puedan dañar los distintos órganos.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en Cuiden y Medline como bases de datos y en la página [www.ont.es](http://www.ont.es).

Palabras clave: ME, donación.

#### **Resultados**

Valoración de la situación general y evolución durante la estancia hospitalaria (control de infecciones).

Exploración clínica completa de los órganos.

Exploraciones complementarias: valoración analítica y serológica, electrocardiogramas, ecografías, electroencefalogramas, radiografías...

#### **Mantenimiento del paciente:**

- Control de los trastornos hemodinámicos: tormenta arrítmica y aumento de la presión intracraneal (monitoreo con sensor Codman)
- Control de la hipotermia.
- Control de la hipovolemia.
- Control del síndrome de respuesta inflamatoria.
- Control de trastornos hormonales (diabetes insípida)

#### **Conclusiones**

El paciente donante en ME es un paciente complejo. Debido a su alto compromiso del soporte vital y al correcto mantenimiento de los distintos órganos requiere unos cuidados especializados por parte del personal de enfermería. Por ello, es necesaria la realización de un protocolo de actuación y estandarización de los cuidados.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 208

### **Incorporación del ecógrafo en la inserción periférica de vías centrales: un nuevo reto para enfermería en cuidados intensivos.**

Mercedes Marraco Boncompte; Blanca Isabel Lorente Roda; María Echamendi Hernández; Alicia Yagüe Gastón; Itziar Martínez; Marta Lerin Lebrero  
*Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

Los catéteres venosos centrales son fundamentales en el tratamiento del paciente crítico. Actualmente se están sustituyendo por catéteres centrales de inserción periférica (PICC) que mediante técnicas ecoguiadas, permiten su utilización en circunstancias que antes dificultaban su uso y que obligaban a realizar un abordaje central. El objetivo del presente trabajo es describir la utilidad de la técnica ecoguiada, en la inserción periférica de catéteres centrales, por profesionales de enfermería.

#### **Material y Método**

Estudio observacional descriptivo. Se recogieron 140 casos en una unidad polivalente. Se diseñó una hoja para la recogida de datos en el momento de la punción. Se incluyeron datos demográficos, tipo de catéter, utilización del ecógrafo, duración del procedimiento, motivo de retirada, infección y principales complicaciones. Se garantizó la confidencialidad de los datos. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS v21.0. En la estadística descriptiva se calcularon frecuencias para variables cualitativas, media y desviación estándar para variables cuantitativas. Para el análisis bivariable se utilizó el estadístico Ji-cuadrado y la prueba t de Student.

#### **Resultados**

Sexo: hombres 72,9%, mujeres 27,1%. Edad media: 63,43 años. Éxito en la inserción de los PICC 94,5%. Se utilizó técnica ecoguiada en el 47,9%. El principal motivo para su utilización fue el difícil acceso o visualización (41,3%). No se evidenciaron diferencias significativas entre ambas técnicas respecto a las complicaciones: flebitis (1,4% ecoguiada, 2,8% convencional), infecciones (0,7% ecoguiada, 0% convencional) y bacteriemias (0% ecoguiada, 0,7% convencional).

#### **Conclusiones**

La utilización de la técnica ecoguiada en el PICC posibilita la canalización de vías venosas de difícil acceso, evitando el abordaje central. Consideramos esencial un período de formación y entrenamiento para la optimización de la técnica.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## Comunicaciones orales

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 145

### **Validez del Sistema de Triage Manchester (MTS) en la detección precoz del paciente crítico.**

Gracia María González Romero<sup>1</sup>; Óscar Arrogante Maroto<sup>1</sup>; Elena Saez Tomé<sup>2</sup>; Sara Muñoz Boronat<sup>3</sup>; Ruth Gaeta Carrillo<sup>3</sup>; Alicia Martínez Pastor<sup>3</sup>

1. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael- Nebrija. Universidad Nebrija. Madrid; 2. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid; 3. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

#### Introducción

#### Objetivo

Determinar la validez del Sistema Manchester de Triage (MTS) para la detección precoz del paciente crítico o potencialmente crítico.

#### Material y Método

Estudio de cohorte clínica prospectiva.

**Participantes:** 339 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

**Instrumentos:** Se utilizó el MTS y un triaje clínico, basados ambos en los mismos 5 niveles de triaje y tiempos de espera.

**Procedimiento:** Triage de Enfermería con el MTS Vs. Triage clínico por el médico asistencial.

**Análisis:** La validez fue valorada definiendo como Gold Standard la figura del médico asistencial recodificando la variable principal de prioridad en 2 subdivisiones: una codificando los niveles IIII como Urgentes y el resto como No urgentes. Se estudió la sensibilidad, especificidad, valores predictivos, las razones de verosimilitud, y sus intervalos de confianza, así como el porcentaje total de acuerdo.

#### Resultados

Los resultados muestran una alta sensibilidad y especificidad de la herramienta.

Con un valor predictivo negativo, casi del 100%.

#### Índices de validez para la división 1-3 de nivel de Urgencia

|                          | DIVISIÓN 1-3                |
|--------------------------|-----------------------------|
| <b>Valor</b>             | <b>Enfermero</b>            |
| Sensibilidad (%)         | 95,2 %<br>(IC 83,75-100)    |
| Especificidad (%)        | 96,1 %<br>(IC 93,60- 98,53) |
| Índice de validez (%)    | 96,0 %<br>(IC 93,66-98,40)  |
| Valor predictivo + (%)   | 64,5 %<br>(IC 46,06-82,97)  |
| Valor predictivo - (%)   | 99,6 %<br>(IC 98,71-100)    |
| Razón de verosimilitud + | 24,3<br>(IC 13,53-43,76)    |
| Razón de verosimilitud - | 0,0<br>(IC 0,01-0,34)       |



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 299

### **Úlceras por presión en UCI: en busca de la escala de riesgo adecuada.**

Tamara Raquel Velasco Sanz; Ana García Ramos; Pablo Gómez Ferrer; Daniel Menés Medina; Mónica Mialdea Alcocer; Ana Belén Sánchez de la Ventana; Anabel Solsona Cercos  
*Hospital Universitario Clínico San Carlos*

#### **Objetivo**

Valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) en cuidados intensivos, a través de las escalas NORTON modificada, BRADEN, EVARUCI y EMINA, e identificar posibles factores predisponentes.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo, prospectivo realizado en el hospital Clínico San Carlos durante diciembre de 2015 y enero de 2016, a todos los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos con estancia mayor a 24 horas y sin UPP previas al ingreso.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario ad hoc con variables sociodemográficas (sexo, edad, motivo de ingreso, patología, estancia y motivo de alta) e incluyendo los sistemas de evaluación de riesgo de UPP: NORTON modificada, BRADEN, EVARUCI y EMINA. También se registró la presencia de UPP, grado y tipo de tratamiento. La valoración se realizó cada 24 horas.

El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS ver 18.0 con porcentajes, medias, desviación estándar, prueba de ji-cuadrado y t de Student, tomando como significativos valores  $p < 0,05$ .

#### **Resultados**

Se incluyeron un total de 385 casos. Además de las variables socio-demográficas se obtuvo que el valor medio de las escalas de riesgo de UPP fue: NORTON modificada 9,54 (DE 2,1); BRADEN 12,6 (DE2,8); EVARUCI 11,3(DE3,9); EMINA 7,5 (DE 2,2). Hubo significación estadística entre la presencia de UPP y: edad, estancia en UCI y las 4 escalas de riesgo de UPP. También hubo significación entre el riesgo de UPP y el sexo, siendo más prevalente en hombres. Con respecto al motivo de ingreso, sólo hubo significación con la escala EMINA, presentando un mayor riesgo de UPP los pacientes que ingresaron por motivos Médicos (74,3%) frente a los quirúrgicos (25,7%) $p=0,048$ .

#### **Conclusiones**

El riesgo de UPP encontrado es moderado-alto. La escala EMINA puede tener un valor más predictivo. Los factores predisponentes son sexo, edad, estancia y motivo de ingreso, pudiendo generar estrategias para su prevención.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 234

### **Efectos del yoga y meditación (*mindfulness*) sobre el estrés en profesionales sanitarios de Unidades de Cuidados Intensivos.**

M<sup>a</sup> Soledad Martínez Ávila<sup>1</sup>; Daniel Gómez Pérez<sup>2</sup>; Antonio Arranz Esteban<sup>1</sup>; Mercedes Martínez Ureta<sup>2</sup>; Silvia Botica Moros<sup>1</sup>; David Paniagua<sup>2</sup>; Ramón Peiró Pastor<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Madrid

#### **Objetivo**

##### **Objetivos Generales**

- Conocer el efecto de la práctica de yoga y meditación sobre los profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos del Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Conocer la valoración que dan los profesionales sanitarios a este tipo de programas.

##### **Objetivos Específicos**

- Valorar si existe síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios.
- Analizar si se producen cambios en las variables fisiológicas: niveles de cortisol en sangre, tensión arterial y frecuencia cardíaca.

#### **Material y Método**

Estudio experimental 2x2 grupos aleatorios, medidas pre-post intervención; grupo control en lista de espera. Intervención psicoeducativa de 12 semanas. Muestra constituida por 57 profesionales en activo de tres unidades de cuidados intensivos del Hospital Universitario 12 de Octubre (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería). Variables fisiológicas registradas: cortisol en sangre, tensión arterial, frecuencia cardíaca. Cuestionario psicológico: MBI (Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1996)). Nivel de confianza 95%.

#### **Resultados**

Se realizó un ANOVA de MMRR para cada variable. Los supuestos de la prueba fueron contrastados. Los cambios registrados para la variable cortisol en sangre arrojan un efecto de la interacción Grupo x Momento ( $F(1,55) = 6,457$ ;  $p = ,014$ ;  $\eta^2 = ,105$ ), así como para la tensión arterial sistólica ( $F(1,41) = 4,254$ ;  $p = ,046$ ;  $\eta^2 = ,094$ ) y diastólica ( $F(1,47) = 6,019$ ;  $p = ,018$ ;  $\eta^2 = ,114$ ). Sin embargo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para las variables frecuencia cardíaca ni las distintas subescalas del MBI (nivel de significación  $> .05$ ).

#### **Conclusiones**

A raíz de los resultados expuestos, podemos concluir que las diferencias existentes entre los grupos intervención/control en nivel de cortisol en sangre y tensión arterial no son las mismas tras la intervención. Esto quiere decir que la intervención modifica significativamente estas variables. El desarrollo de habilidades de conciencia plena, facilitan el autocuidado, reducen la ansiedad y las emociones negativas, regulando la salud y la conducta.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

*Valencia*

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► **ID 292**

Estreñimiento en UCI: ¿cuáles son los factores predisponentes?

---

► **ID 28**

Ingreso en Cuidados Intensivos por un traumatismo relacionado con el consumo de alcohol, drogas y/o psicofármacos, un “momento propicio de enseñanza” para el inicio del cambio.

---

► **ID 34**

Seguridad del paciente en la administración de antibióticos: evaluación de riesgo.

---

► **ID 39**

Opiniones de los profesionales de enfermería sobre la hoja de verificación tras el cambio de relevo en Cuidados Intensivos.

---

► **ID 107**

Estudio nacional sobre la calidad de vida profesional en enfermeras de cuidados críticos frente a enfermeras de unidades de hospitalización.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 292

### **Estreñimiento en UCI: ¿cuáles son los factores predisponentes?**

Eduardo Fuentes Fuente; Tamara Raquel Velasco Sanz; Antonio Luis Blesa Malpica  
*Hospital Universitario Clínico San Carlos*

#### **Objetivo**

Valorar la incidencia y factores de riesgo del estreñimiento, en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos.

#### **Material y Método**

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en el hospital Clínico San Carlos de Madrid durante los meses de marzo-junio de 2015. Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina intensiva más de 4 días.

**Variables:** socio-demográficas; tipo de patología; días de ventilación mecánica (VM), nutrición enteral, nutrición parenteral, nutrición oral, medicación durante el ingreso; presencia de estreñimiento y número de episodios.

Análisis estadístico descriptivo con porcentajes, media, desviación estándar y análisis inferencial con t de Student y ji-cuadrado, tomando como significativos valores  $p < 0,05$  con el programa estadístico SPSS ver.18.0

#### **Resultados**

Se incluyeron 118 pacientes. Además de las variables socio-demográficas, se obtuvo que el 81,4% presentó al menos un episodio de estreñimiento durante el ingreso (mínimo 1 y máximo 5), siendo en su mayoría entre 1-2 episodios. El estreñimiento fue más prevalente (61,4%) en enfermos quirúrgicos, la mayoría cuya patología era cardiovascular, y presentándose en su totalidad en los pacientes con patología vascular y neuropolitrauma. Hubo significación de la presencia de estreñimiento con: motivo de ingreso, estancia en UCI, días de VM y medicación durante el ingreso.

#### **Conclusiones**

La incidencia de estreñimiento en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos estudiada es muy elevada. Los principales factores de riesgo que se asocian son motivo de ingreso, estancia en UCI, días de VM y medicación administrada. Dentro de las complicaciones digestivas, algunos autores señalan la necesidad de incluir el estreñimiento como marcador de "fracaso intestinal" y formar parte de escalas de gravedad pronósticas, debido a la elevada comorbilidad que se asocia en el enfermo crítico, siendo necesaria la implementación de protocolos para mejorar la calidad asistencial.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 28

### **Ingreso en Cuidados Intensivos por un traumatismo relacionado con el consumo de alcohol, drogas y/o psicofármacos, un “momento propicio de enseñanza” para el inicio del cambio.**

Sergio Cordovilla Guardia<sup>1</sup>; Raquel Vilar López<sup>2</sup>; Casimiro López Jurado<sup>1</sup>; Pablo Lardelli Claret<sup>2</sup>; Juan Francisco Navas<sup>2</sup>; Francisco Guerrero López<sup>3</sup>; Enrique Fernández Mondéjar<sup>3</sup>

1. Universidad de Extremadura; 2. Universidad de Granada; 3. Complejo Hospitalario Universitario de Granada

#### **Objetivo**

Existe evidencia de que el ingreso hospitalario por un evento adverso relacionado con el consumo de alcohol o drogas, aumenta la probabilidad de éxito de iniciativas de Promoción de la Salud encaminadas a la disminución o abandono del consumo y a la adopción de conductas seguras. Nuestro objetivo fue determinar cuántos de los pacientes, ingresados por un traumatismo, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario Universitario de Granada, podrían haberse beneficiado de un programa de Intervención Motivacional (IM).

#### **Material y Método**

Se analizó la presencia de alcohol, otras drogas (cannabis, cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, metadona y opiáceos) y psicofármacos (benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos) en 204 pacientes ingresados por traumatismos (el 82,7 % del total), durante 32 meses no consecutivos (entre noviembre de 2011 a marzo de 2015). Se recogieron prospectivamente variables sociodemográficas y clínicas, y se definieron las que impedían la IM (éxitus, traslado a otro centro, secuelas de neurológicas, lesión medular, trastorno psiquiátrico grave).

#### **Resultados**

De los pacientes analizados 103 (50,5 %) dieron positivos a alguna sustancia; 43 (21,1%) a alcohol, 9 (4,4%) a otras drogas, 14 (6,9%) a psicofármacos y 37 (18,1%) a alguna combinación de sustancias de varios de los grupos anteriores. La mortalidad entre los positivos fue del 13,6% (14 pacientes), 3 (2,9%) fueron trasladados a otro centro, 23 (22,3%) sufrieron secuelas neurológicas debidas al traumatismo, 4 (3,9%) lesiones medulares y 18 (17,5%) padecían algún trastorno psiquiátrico grave. Por tanto, el número de pacientes susceptibles de IM fue de 41, el 39,8% de los positivos a sustancias y el 20,1% de los pacientes analizados.

#### **Conclusiones**

El 39,8% de pacientes positivos a sustancias podría haberse beneficiado de un programa de Intervención Motivacional en traumatizados para el abandono del abuso de sustancias. Esta técnica aplicada por Enfermeros/as ha demostrado ser efectiva, lo que supone además una importante oportunidad de desarrollo profesional.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► **ID 34**

### **Seguridad del paciente en la administración de antibióticos: evaluación de riesgo.**

Mònica Maqueda Palau; Eva Pérez Juan  
*HUSE*

#### **Objetivo**

La seguridad del paciente implica desarrollar estrategias para reducir el daño al paciente asociado a la asistencia sanitaria. Los eventos adversos más frecuentes están relacionados con la medicación y las infecciones nosocomiales. El uso de antibióticos ha aumentado en la UCI. Una matriz de riesgos es una herramienta de control y gestión utilizada para identificar los riesgos que pueden aparecer en un proceso. El objetivo es analizar el nivel de riesgo de la preparación y administración de los antibióticos de uso frecuente en la UCI mediante una matriz de riesgo.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en bases de datos, protocolos y guías de buenas prácticas sobre terapia intravenosa, medicamentos y vías de administración. Selección de los antibióticos más utilizados en nuestra unidad registrados en el programa ENVIN-HELICS. Variables a estudio: pH, osmolaridad, compatibilidad e incompatibilidad y tipo de catéter recomendado para su administración. Evaluación del riesgo de cada antibiótico mediante la escala "Risk assessment tool" de la National Patient Safety Agency.

#### **Resultados**

Se estudiaron 26 antibióticos. Se elaboró una tabla con las variables estudiadas. El 65,3% de los antibióticos tuvieron más de 3 factores de riesgo representados con una franja amarilla, el 34,7% entre 0 y 2 factores de riesgo, franja verde. No hubo ningún antibiótico con 6 o más factores de riesgo, franja roja.

#### **Conclusiones**

La preparación, administración y duración del tratamiento antibiótico son aspectos determinantes de la respuesta terapéutica. El riesgo de evento adverso es proporcional al número de manipulaciones del fármaco.

La matriz de riesgo es una herramienta útil para la prevención de efectos adversos asociados a la administración de antibióticos endovenosos.

La estandarización de los procesos de enfermería mejora la calidad asistencial, la gestión de riesgos conciencia a los profesionales sobre la seguridad del paciente.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 39

### **Opiniones de los profesionales de enfermería sobre la hoja de verificación tras el cambio de relevo en Cuidados Intensivos.**

Juan José Rodríguez Mondéjar<sup>1</sup>; Ascensión Sánchez Martínez<sup>2</sup>; Ramona Bermejo Jiménez<sup>3</sup>; Tania Herrera Romero<sup>3</sup>; José M<sup>a</sup> Martínez Oliva<sup>3</sup>; Marcos Martínez Guerrero<sup>3</sup>; Francisco José López Alacid<sup>3</sup>; Angel J. López Amorós<sup>3</sup>; Azucena Rodríguez Martínez<sup>4</sup>; Ernest David Barraza Aguirre<sup>3</sup>

1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y emergencias 061. Servicio Murciano de Salud; 2. UFSP. HGU Reina Sofía de Murcia. SMS; 3. UCI. HGU Reina Sofía de Murcia. SMS; 4. Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud

#### **Objetivo**

En nuestra unidad se implementaba un chesk list tras el cambio de relevo para comprobación de la seguridad del paciente. Se recogen aspectos como el tratamiento farmacológico, sueroterapia, control del dolor y/o sedación, etc.

El objetivo es determinar el grado de apoyo y la utilidad del mismo desde la perspectiva de los profesionales que lo cumplimentan diariamente.

#### **Material y Método**

**Diseño:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

**Lugar:** Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente en un Hospital General Universitario (HGU) de nivel II.

**Temporalidad:** octubre y noviembre del 2015

**Sujetos o muestra:** todos los profesionales de enfermería del servicio

Recogida de datos a través de cuestionario "ad hoc", con validación interna y siguiendo las normas de calidad según bibliografía. Constaba de 9 ítems, 6 preguntas cerradas con 5 alternativas tipo likert, y 3 de contestación libre.

**Desarrollo:** se entregó el cuestionario autoadministrado a todos los profesionales de enfermería del servicio que estaban en activo durante el periodo a estudio, y se recogieron como máximo a los 30 días. La cumplimentación fue voluntaria y anónima.

**Procesamiento estadístico:** IBM SPSS Statistics v.20, con cálculo de medias y desviación estándar en variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para cualitativas.

Se aplicaron las normas éticas y protección de datos en el desarrollo del estudio.

#### **Resultados**

Contestaron correctamente 15 enfermeras/os (68% de participación). Edad 42 años DE8,2 (32- 58), mujeres 75%, experiencia media en UCI 9,6 años DE5,8 (0,2-26). Contestaron que los listados de verificación nos ayudan a mejorar la seguridad del paciente 73,3%. El 100% ha detectado algún error durante su aplicación. El 100% no añadiría más ítems, ni suprimirían ninguno. Hacen aportaciones para mejorar, como cambiar los horarios.

#### **Conclusiones**

La hoja de verificación es considerada una mejora para detectar errores y potenciar la seguridad del paciente. Se debe revisar el momento más idóneo para realizarla.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 107

### **Estudio nacional sobre la calidad de vida profesional en enfermeras de cuidados críticos frente a enfermeras de unidades de hospitalización.**

José Antonio Simarro Blasco; Mónica Bascuñana Blasco; Milagros Noheda Recuenco; Ana Teresa Ruiz Durán; Isabel Martínez Toledo; Nuria Abanades Bascuñana; Susana Martínez Soriano; Ana María Martínez de Lucas; Almudena Álvarez Fiaño; María Teresa Ballesteros Olivares

*Hospital Virgen de la Luz. Cuenca*

#### **Objetivo**

Conocer la calidad de vida profesional (CVP) en enfermeras de cuidados críticos en España.

Identificar las posibles diferencias en CVP entre enfermeras UCI y de hospitalización (EH) en España.

#### **Material y Método**

Estudio observacional, analítico y transversal de la CVP percibida por enfermeras de toda España durante los meses enero-marzo 2015. Se utilizó el cuestionario CVP-35, se hizo anónimo on-line con variables demográficas y laborales. Se difundió por facebook en grupos profesionales de enfermería. Se valoraron los cuestionarios que habían contestado la unidad de trabajo. Análisis estadísticos SPSS 15.0 mediante prueba de ANOVA y el test de Kruskal-Wallis. Significación  $p < 0.05$ . Intervalo confianza 95%.

#### **Resultados**

Cuestionarios válidos 1514, 385 trabajaban con críticos. Dimensión (D) Apoyo directivo  $4.35 \pm 1.37$ ; D. Cargas de trabajo  $7.02 \pm 1.26$ ; D. Motivación intrínseca  $7.39 \pm 1.12$ ; Calidad de vida profesional  $4.41 \pm 2.2$ . Diferencias principales U.C.I. Vs E.H.: Motivación intrínseca (7.02 Vs 6.45  $p < 0.01$ ); Calidad de Vida de mi trabajo (4.41 Vs 5.00  $p < 0.01$ ); Estrés (8.29 Vs 7.61  $p < 0.01$ ); Falta de tiempo (8.22 Vs 7.36  $p < 0.01$ ); Ser creativo (3.55 Vs 3.91  $p < 0.01$ ); Mi trabajo tiene importancia para la vida de las personas (9.13 Vs 8.80  $p < 0.01$ )

#### **Conclusiones**

La CVP entre las enfermeras es similar a otros estudios locales realizados en España. Destaca la baja percepción de los ítems relacionados con el apoyo directivo. Hay una considerable aumento en ítems, como el estrés, propios de atención al paciente crítico.

Direcciones y colectivos profesionales deberías hacer una evaluación más exhaustiva de los problemas laborales y mejorar la CVP, con lo que aumentaría la calidad en cuidados y atención sanitaria.



salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

### **Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

#### ► ID 217

Análisis de la variación de las variables clínicas ante dos procedimientos dolorosos en el paciente con trauma grave no comunicativo.

#### ► ID 409

Dolor emocional en el paciente con infarto agudo de miocardio.

#### ► ID 300

Detección y valoración del tratamiento del Delirium Subsindrómico i del Delirium en el paciente crítico.

#### ► ID 304

La Colaboración interprofesional en el contexto de las Unidades de Cuidados Intensivos.

#### ► ID 171

Habilidades no técnicas en el manejo del paciente crítico.

### **Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

#### ► ID 156

Análisis del cumplimiento de la medida preventiva de la neumonía asociada a ventilación mecánica: mantenimiento cabezal a 30-45°.

#### ► ID 402

Bacteriemias detectadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital terciario durante un año.

#### ► ID 172

Fisioterapia respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

#### ► ID 326

Integración de la Enfermera Clínica Especialista (CNS): Percepciones del equipo.

#### ► ID 205

Grado de cumplimiento de los cultivos de ingreso. Resistencia ZERO.

### **Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

#### ► ID 51

Monitorización de tolerancia y complicaciones del protocolo de nutrición enteral en una UCI de neurocríticos y politrauma.

#### ► ID 188

Aproximación proactiva en la prevención y tratamiento del estreñimiento en pacientes con patología traumática grave.

#### ► ID 178

¿Tienen los pacientes obesos más complicaciones en la UCI?

#### ► ID 286

Control glucémico del paciente crítico portador de insulina endovenosa. Protocolo colaborativo.

#### ► ID 170

Evaluación del protocolo de insulina intravenosa en pacientes críticos con nutrición artificial.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► **ID 217**

### **Análisis de la variación de las variables clínicas ante dos procedimientos dolorosos en el paciente con trauma grave no comunicativo.**

Candelas López López<sup>1</sup>; Teresa Pérez Pérez<sup>2</sup>; José Luis García Klepzig<sup>3</sup>; Juan Vicente Beneit Montesinos<sup>4</sup>

1. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2. Madrid; 3. Facultad de Estudios Estadísticos; 4. Universidad Complutense de Madrid

#### **Objetivo**

Analizar el comportamiento de las variables clínicas ante la presencia de dolor en el periodo no comunicativo del paciente crítico con trauma grave.

#### **Material y Método**

Estudio observacional prospectivo longitudinal, en pacientes con trauma grave no comunicativos, de febrero de 2013 a noviembre de 2014. Se recogieron variables clínicas: Tensión Arterial Media (TAM), Frecuencia Cardíaca (FC) y Frecuencia Respiratoria (FR) ante estimulación dolorosa (movilización y aspiración), en tres momentos de valoración: antes, durante y después y en distintos días de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos: día 1, día 3 y día 6. Análisis estadístico: estimación e intervalo de confianza del dolor medio utilizando el método de Estimación de Ecuaciones Generalizadas (GEE), así como análisis descriptivo de las variables.

#### **Resultados**

Se analiza una muestra de 124 pacientes con trauma grave, Injury Severity Score de 32.97 (10.02). Distribución de sexo: 28 (22.6%) mujeres y 96 (77.4%) hombres. Edad media de 45.93 (16.43). La lesión anatómica que predomina es el trauma craneal, 103 (83.1%). Al construir el modelo multivariante GEE para las variables clínicas, incluyendo como variables independientes el procedimiento (movilización y aspiración), el día de valoración (día 1, día 3 y día 6) y el momento (antes, durante y después) de realización, se observa un aumento significativo de los valores medios de TAM durante el procedimiento ( $p < 0.01$ ) así como el día 3 y el día 6 respecto al día 1 de valoración ( $p < 0.01$ ). Para la FC solamente se encuentran diferencias significativas durante el procedimiento ( $p < 0.01$ ). Finalmente se observa que los valores medios de FR son significativamente superiores durante ( $p < 0.01$ ) y después ( $p < 0.01$ ) de realizar el procedimiento, así como el día 6 de valoración ( $p < 0.01$ ).

#### **Conclusiones**

Las variables clínicas aumentan su valor medio durante la realización de procedimientos dolorosos, en los distintos días de valoración.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 409

### **Dolor emocional en el paciente con infarto agudo de miocardio.**

María del Mar Román López<sup>1</sup>; Elena Muñoz Arranz<sup>2</sup>

1. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor; 2. San Javier. Murcia

#### **Objetivo**

El ingreso en UCI con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) supone una ruptura con la cotidianidad, el sujeto adopta un rol para el que no está preparado, adaptándose de forma brusca e inesperada.

- Describir y conocer el dolor emocional que supone el ingreso en UCI de los pacientes diagnosticados de IAM, a partir de las vivencias, sensaciones, experiencias o emociones del mismo.

#### **Material y Método**

- Método etnográfico de finalidad descriptiva con enfoque cualitativo, en una UCI polivalente de 8 boxes.
- Desde el 01/05/2015 hasta el 31/07/2015.
- Criterios de inclusión: primer evento de IAM, primer ingreso en UCI, pernoctar mínimo una noche en UCI, sin inestabilidad hemodinámica o clínica, sin barrera idiomática, conscientes, orientados y sin déficits neurológicos.
- Aprobado por el Comité Ético del hospital. Participación voluntaria: consentimiento informado.
- Limitaciones del estudio: reclutamiento, sesgo del entrevistador, reflexividad.
- Recogida de datos: entrevistas abiertas semi – estructuradas grabadas, observación participante.
- Análisis de datos: transcripción, saturación de datos y análisis del contenido del discurso.

#### **Resultados**

Se realizaron 10 entrevistas (8 varones y 2 mujeres). La media de edad es de 66,9 años. A 9 se les realizó coronariografía antes de la entrevista. Todos se emocionaron al recordar momentos relacionados con el proceso. Suele haber confusión con los síntomas. Pensaron en la muerte en algún momento y el dolor emocional implícito que conlleva por el sufrimiento ocasionado a sus allegados. En el 70% la coronariografía supuso tranquilidad y alivio ("liberación"). La unidad y el personal lo describen positivamente aunque con algunos hándicaps.

#### **Conclusiones**

Estudiar la subjetivización del proceso desde el punto de vista del sujeto nos hace poder comprender y entender sus miedos, sus preguntas, sus incertidumbres, la construcción propia que realizan del contexto.

El dolor emocional no se puede cuantificar ya que cada sujeto vive la situación de una manera particular relacionada con su proceso de socialización.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 300

### **Detección y valoración del tratamiento del Delirium Subsindrómico i del Delirium en el paciente crítico.**

Montserrat Nolla Benavent<sup>1</sup>; Mireia LLauradó Serra<sup>2</sup>; Yolanda Alabart Segura<sup>1</sup>; Xavier Alabart Lorenzo<sup>1</sup>; Laura Bordonado Pérez<sup>1</sup>; Montserrat Paco Sánchez<sup>1</sup>; Amparo Prieto Trabal<sup>1</sup>; Carmen Portal Porcel<sup>1</sup>; Juan Carlos Val Muñoz<sup>1</sup>; Diana Gil Castillejos<sup>1</sup>

1. Hospital Joan XXIII. Tarragona; 2. Departamento de Enfermería. Universisdad Rovira y Virgili. Tarragona

#### **Objetivo**

Detectar el Delirium de en UCI con la escala CAM-ICU (Método Valoración Confusión a UCI) y el Delirium Subsindrómico (DSS) con la escala checklist ISCDC (Intensive Care Delirium Screening Checklit).

Valorar el tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado.

#### **Material y Método**

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo realizado en una UCI polivalente de 30 camas. Se incluyen los pacientes con RASS (-2 a +4) con fluctuación del nivel de conciencia, ingresados en los últimos 4 meses. Se excluyen los pacientes con patología neurológica, con antecedentes psiquiátricos, y con historia de abuso de sustancias tóxicas.

Se aplicaron las escalas CAM-ICU y ISCDC al menos una vez al día, preferiblemente tardenoche, hasta la resolución de los síntomas y se registraron los fármacos y las estrategias no farmacológicas instauradas. Se definió el delirio como CAM-ICU 3-4 puntos, y el delirio subsindrómico como ISCDC 1-3 puntos. Se realizó un anàlisis descriptivo.

#### **Resultados**

Se incluyeron 25 pacientes representando 78 valoraciones. 56% hombres, edad media 72,5 (DE11,9) años. Se realizaron una mediana de 2 (1-4) valoraciones a cada paciente de ambas escalas. La puntuación mediana de la escala CAM-ICU fué 1(0-2) puntos y de la ISCDC de 3(3-5) puntos. En las valoraciones, 11 (14,1%) mostraron presencia de delirio y 37 (47,7%) delirio subsindrómico. En 24 observaciones se inició tratamiento farmacológico, en el 58,4% de las ocasiones sólomente un fármaco. Los principales fueron neurolépticos (50%) y/o benzodiacepinas (41,6%). Las estrategias no farmacológicas más registradas fueron: ampliar los horarios de visita para el apoyo de la familia.

#### **Conclusiones**

Aplicar las escalas CAM-ICU y ISCDC permite identificar el cuadro clínico del paciente de forma más clara y efectiva e instaurar medidas no farmacológicas y farmacológicas de forma más temprana.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 304

### **La Colaboración interprofesional en el contexto de las Unidades de Cuidados Intensivos.**

María Mercedes González López<sup>1</sup>; María Jaume Literas<sup>1</sup>; Dolores Estrada<sup>1</sup>; Laura de la Cueva-Ariza<sup>2</sup>; Marta Romero-García<sup>3</sup>; Pilar Delgado-Hito<sup>2</sup>

1. Hospital Clínico; 2. Escuela de Enfermería; 3. Universidad de Barcelona

#### **Objetivo**

Determinar la Intensidad de Colaboración (IdC) entre las enfermeras y médicos de cuidados intensivos. Determinar la relación entre IdC y variables socioprofesionales. Estimar la fiabilidad del cuestionario de Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS) en el contexto de cuidados intensivos

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo, transversal y comparativo. Ámbito: 6 UCI polivalentes de hospital de tercer nivel. Población: 91 enfermeras, 11 médicos. Muestreo por conveniencia. Instrumentos: formulario ad hoc (variables sociodemográficas, económicas, de motivación y satisfacción profesional) y el cuestionario INCINS validado al castellano. Análisis estadístico con SPSS 20.0.

#### **Resultados**

Participación: enfermeras 84%, médicos 15,7%. Edad: 32,35% de 31 a 40 y 32,35% de 41 a 50 años. Experiencia: 11 a 20 años, 33,33%. El 47,1% está moderadamente satisfecha, el 67,6% tiene formación post universitaria, el 64,7% no ha publicado artículos, el 43,14% tiene 1-2 proyectos de investigación. El 87,3% horario fijo y el 84,3% plaza en propiedad. IdC: relación entre la edad agrupada y Actividades compartidas (AAcc) ( $p=0,031$ ) en las menores de 30 años. No se ha encontrado relación significativa entre el resto de las variables aunque sí mayores puntuaciones entre Opinión percepción pacientes (Opp) y muy satisfecho ( $p= 0,032$ ); Opp y 1 o más proyectos ( $p=0,0028$ ), Apreciación global (Ag) y hasta 10 años de experiencia ( $p= 0,035$ ), Ag y 1 o más artículos ( $p= 0,0016$ ), Ag y 1 o más proyectos ( $p= 0,038$ ). Los médicos presentan puntuaciones mayores en Ag ( $p=0,013$ ), media Colaboración ( $p=0,002$ ) y, media de AAcc ( $p=0,004$ ). INCINS presenta un Alfa de Cronbach ,870

#### **Conclusiones**

Existe relación entre el factor AAcc y las enfermeras menores de 30 años. Las variables con mayor puntuación tiene que ver con experiencia inferior a 10 años, nivel de satisfacción positivo y tener producción científica. Los médicos perciben mayor intensidad de colaboración. Todos los ítems contribuyen por igual a la consistencia interna.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 171

### **Habilidades no técnicas en el manejo del paciente crítico.**

Laura Fernández Blanco; María Asunción Guerra Martínez; Arantza Larrasquitu Sánchez; Alicia Rojas Rudilla; Ana Belén Romay Pérez

*Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*

#### **Objetivo**

En los últimos años se están desarrollando programas de formación de habilidades no técnicas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se ha demostrado que su perfeccionamiento aumenta la seguridad y disminuye la estancia, obteniendo un efecto positivo en los resultados de los pacientes, mejora de la satisfacción y en definitiva un aumento en la calidad de la atención.

Describir las diferentes valoraciones e intervenciones empleadas para el desarrollo de habilidades no técnicas en UCI será el objetivo de esta revisión.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en bases de datos, como Pubmed-MEDLINE, CINAHL, Cochrane y Joanna Briggs Institute; posteriormente se realizó una búsqueda dirigida en publicaciones especializadas en UCI.

Se utilizaron descriptores MESH: "Non-technical skills", "Intensive Care Unit", "Communication", "Critical situation"; combinados con los operadores booleanos "AND" y "OR".

Se incluyeron artículos publicados en los últimos diez años desarrollados en UCI de adultos.

#### **Resultados**

Se seleccionaron 17 publicaciones, que cumplían los criterios de selección, localizados por descriptores en revistas y bases de datos.

El análisis de las llamadas "habilidades no técnicas" identificó dos categorías que abarcan: habilidades interpersonales (comunicación, trabajo en equipo y liderazgo) y habilidades cognitivas (gestión de tareas, conocimiento de la situación y toma de decisiones) Tabla 1.

Se describen escalas de tipo observacional: Sistemas ANTS (Tabla 2) y EPOC, para valorar las habilidades no técnicas a través de la evaluación de marcadores conductuales y las siguientes intervenciones: Rondas interdisciplinarias, Hojas de metas, Diario (herramienta terapéutica) y técnica SBAR (Tabla 3).

#### **Conclusiones**

Tras la revisión bibliográfica podemos concluir que un entrenamiento adecuado y una formación del personal sanitario en la adquisición de habilidades no técnicas favorece la comunicación eficaz y segura, aumentando la seguridad. Ayuda a rebajar el estrés, los incidentes críticos y los eventos adversos.

No obstante, no hay suficiente evidencia científica, por lo que futuras investigaciones deberían orientarse a protocolizar y evaluar dicho entrenamiento.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► **ID 156**

### **Análisis del cumplimiento de la medida preventiva de la neumonía asociada a ventilación mecánica: mantenimiento cabezal a 30-45°.**

Rosa Jam Gatell<sup>1</sup>; Oscar Hernández Vian<sup>2</sup>; Concepción Turégano Duaso<sup>1</sup>; Roser Pedregosa Muro<sup>1</sup>; Ester Carrillo Santín<sup>1</sup>; Noemí Slmón<sup>1</sup>; Víctor Gómez Simón<sup>1</sup>; Jordi Vallés Daunis<sup>1</sup>; Pilar Delgado Hito<sup>3</sup>

1. *Coorporació Sanitaria Parc Taulí*; 2. *ICS*; 3. *Universitat de Barcelona*

#### **Objetivo**

Analizar la adherencia a la medida de mantenimiento cabecero 30-45°.

Determinar el número de horas totales de permanencia cabecero 30-45°

Determinar el conocimiento de las enfermeras sobre MP mantenimiento cabecero 30-45°.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Realizado en UCI médico-quirúrgica adultos de 16 camas entre octubre-diciembre 2014.

**Población:** enfermeras UCI (n=67). Pacientes ventilados mecánicamente >48h.

#### **Fases estudio:**

1-fase. Sesiones formativas a las enfermeras sobre MP de NAVM, éstas cumplimentaron cuestionario de conocimientos tras haber recibido la formación.

2-fase. Observación grado inclinación cabezal 30-45° mediante corte transversal y recogida de número de horas de permanencia/24h.

#### **Variables**

**Variable Dependiente:** Recogida grado elevación cama como variable dicotómica Si/No y, como horas totales correctas/día de permanencia

**Variables independientes:** Nivel de conocimiento, evaluado mediante cuestionario

Estudio aprobado Comité Ético de Investigación Clínica

#### **Análisis estadístico**

**Variables cuantitativas:** media, mediana, desviación estándar, porcentajes

#### **Resultados**

De 67 enfermeras, 54 (80,59%) recibieron formación y de estas fueron observadas 41 (75,92%)

Observación grados cabezal. 72 observaciones.

Corte transversal. 88,8% correcto (30-45°)

Número de horas de permanencia del cabezal/día: media de 14,49 horas.

Cuestionario conocimiento: media=5,73 (±0,49) sobre puntuación máxima de 6. Respuestas correctas: 98,14%.

#### **Conclusiones**

Las enfermeras presentan un elevado conocimiento de esta MP. El mantenimiento cabecero 30- 45° analizado mediante cortes transversales, evidenció un alto cumplimiento pero este no se correlaciona con el obtenido contabilizando número total horas diarias de permanencia, donde los resultados fueron inferiores al óptimo recomendado. Analizar el cumplimiento mantenimiento cabecero 30-45° mediante cortes transversales puede sobreestimar la adherencia. Se recomendaría sustituir el análisis de cumplimiento mediante cortes transversales por número horas permanencia /día.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 402

### **Bacteriemias detectadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital terciario durante un año.**

Clara Hurtado Navarro<sup>1</sup>; Fcero Javier Domínguez Domingo<sup>1</sup>; Adrián Domínguez Romero; César García Alonso; Teresa Sanjuan Arnedo<sup>1</sup>

1. *Hospital Universitario Dr. Peset*

#### **Objetivo**

Describir las características clínico-microbiológicas de las bacteriemias detectadas en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Analizar la mortalidad de los pacientes con bacteriemia y su relación con el motivo de ingreso en UCI.

#### **Material y Método**

Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron datos de las historias clínicas de los pacientes con bacteriemias detectadas en hemocultivos extraídos en UCI el año 2014. La medida descriptiva fue la mediana y el rango intercuartílico. La asociación entre variables se analizó con el test chi-cuadrado. Se utilizó el SPSS v20.0. El nivel de significación estadística se estableció en 0,05.

#### **Resultados**

En el año 2014 ingresaron en UCI 1170 enfermos. Se realizaron 302 hemocultivos, de los que 30(9,93%) fueron positivos. El 50% fueron bacteriemias nosocomiales. Los días de estancia en el hospital en el momento del diagnóstico de la bacteriemia nosocomial fueron 11 (6-20) y en UCI 7 (1-13).

El motivo de ingreso más frecuente (50%) fue el shock séptico (SS) seguido de la neumonía (13,3%). Las bacteriemias primarias fueron el 50%, las de foco urinario 16,7% y las asociadas a catéter el 10%.

Los microorganismos multirresistentes representaron el 23,3% (3 SAMR, 2 *Pseudomonas aeruginosa* multiresistentes, 1 *Escherichia coli* blee y 1 *Klebsiella pneumoniae* blee). El 42,9% de ellas fueron bacteriemias primarias.

En 6 (20%) pacientes las bacteriemias se debieron a *Staphylococcus coagulasa* negativo. 4 de ellos eran portadores de catéter central.

La mortalidad global (40%) fue mayor que la de UCI ese año (8,1%). Fue mayor en las bacteriemias nosocomiales (57,1%) que en el resto (25,0%). El diagnóstico con mayor mortalidad (53,3%) fue el SS. No hubo significación estadística, probablemente debido al reducido tamaño de la muestra.

#### **Conclusiones**

Son necesarias estrategias multidisciplinares para reducir las bacteriemias nosocomiales y la incidencia de microorganismos multirresistentes en el ámbito hospitalario. La existencia de un equipo de control de infección nosocomial favorecería la implementación de estas estrategias.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 172

### **Fisioterapia respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).**

Elena Guzmán Unamuno; Lucía Casajús Sola; Esther Yoldi Arzoz; Teresa Aquerreta Larraya; Paula Fernández Sangil; Bárbara Mailén Moyano Berardo; Elena Regaira Martínez; Rosana Goñi Viguria  
*Clínica Universidad de Navarra*

#### **Objetivo**

Los pacientes ingresados en UCI son susceptibles de complicaciones pulmonares por múltiples causas (enfermedad de base, inmovilización, riesgo de infección, etc.)

La principal intervención para prevenirlas y tratarlas es la fisioterapia respiratoria (FR), práctica habitual en el día a día de enfermería.

Por ello se realizó esta revisión bibliográfica, con el objetivo de describir los métodos de FR más eficaces, para la prevención y tratamiento de las complicaciones pulmonares en los pacientes ingresados en UCI, diferenciando paciente intubado y no intubado.

#### **Material y Método**

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cochrane Library, utilizando la siguiente estrategia: bronchopulmonary hygiene, chest clearance, airway clearance, respiratory physiotherapy, chest physiotherapy, chest physical therapy, breathing exercises, respiratory muscle training, pulmonary rehabilitation, incentive spirometry, manual hyperinflation combinados con OR; inpatient, in-patient, hospitalized patient combinados con OR y ambos grupos combinados con AND. Los límites fueron el idioma (inglés o español), y la evidencia de los últimos 15 años (2000-2015).

#### **Resultados**

La VMNI, la tos, el drenaje postural, la espirometría incentiva y la Presión Espiratoria Positiva intermitente, son eficaces para disminuir las complicaciones pulmonares. El clapping y la inspirometría incentiva, a pesar de su amplio uso, no cuentan con una evidencia clara.

Las técnicas de FR más efectivas en el paciente intubado son: hiperinsuflación manual y aspiración de secreciones.

Tanto en el paciente intubado como en el extubado, vibración, ejercicios torácicos, percusión y cambios posturales por sí solos no son métodos de FR efectivos. En ambos casos una FR individualizada y la combinación de múltiples ejercicios es el método más eficaz.

#### **Conclusiones**

Existe gran variedad de ejercicios respiratorios. Algunos de ellos, realizándolos de forma aislada, tienen escasa evidencia en la prevención y tratamiento de complicaciones pulmonares. Sin embargo, de manera combinada, la literatura muestra que es la terapia más eficaz en todos los pacientes.

[índice general](#)[índice oral](#)[índice oral póster](#)[índice póster](#)[salir](#)

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 326

### **Integración de la Enfermera Clínica Especialista (CNS): Percepciones del equipo.**

Rosana Goñi Viguria; Cristina Oroviogicoechea Ortega  
*Clínica Universidad de Navarra*

#### **Objetivo**

La CNS está especialmente formada para producir cambios en el sistema, mejorar los resultados de la práctica y proveer soporte en el cuidado del enfermo. Su efectividad depende de su integración en el equipo. La percepción que éste tiene sobre la CNS es importante porque afecta a su identidad profesional, a su integración y por consiguiente, a la efectividad tanto de ella misma como del equipo. Por ello se ha planteado este trabajo con el objetivo de profundizar en las percepciones que el equipo de salud tiene sobre el papel de la enfermera clínica especialista.

#### **Material y Método**

Se realizó una revisión narrativa con metodología sistemática mediante búsquedas en las bases de datos MEDLINE (Pubmed), CINAHL (EBSCO), OVID (PsycINFO), Joanna Briggs Institute y Cochrane Library. La estrategia de búsqueda fue: "Advance practice nurse" y sus sinónimos OR "Clinical nurse specialist" AND "role\*", AND "perception". Además, los límites fueron el idioma (inglés o español), y la evidencia de los últimos 10 años (2005-2015). También se llevó a cabo una búsqueda manual en revistas especializadas y se incluyó literatura encontrada mediante la técnica de snowballing. Se excluyó la literatura gris, exceptuando tesis doctorales.

#### **Resultados**

Del análisis de los artículos seleccionados se identificaron tres áreas principales de la percepción de los miembros del equipo acerca de la CNS:

- Percepciones relacionadas con el cuidado del paciente
- Percepciones relacionadas con el desarrollo profesional
- Aceptación del rol por los miembros del equipo

#### **Conclusiones**

Conocer las percepciones de los miembros del equipo de salud sobre la integración de la CNS contribuirá a una implantación más exitosa del rol.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 205

### **Grado de cumplimiento de los cultivos de ingreso. Resistencia ZERO.**

Xenia Sist Viaplana; Noemí Alonso León; Lluïsa Bancó Tura; Sonia Fernández Rozas; Clara Sibina Machengs  
Hospital General de Granollers

#### **Objetivo**

Conocer el grado de cumplimiento de los cultivos al ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General de Granollers (HGG).

Conocer el número de pacientes colonizados en el ingreso y el microorganismo causantes.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo observacional prospectivo.

**Muestra:** pacientes ingresados en la UCI del HGG durante el 2015 (n=380).

**Variables:** Fecha de ingreso en el hospital y en la UCI, diagnóstico, edad, procedencia (hospital y servicio), cultivos realizados, resultados y fecha.

**Método:** al ingreso de los pacientes se procede a realizar cultivos que consiste en frotis nasal/nasofaríngeo y rectal. A esto se le añade urinocultivo si es portador de Sonda vesical de una semana de duración.

#### **Resultados**

Pacientes de media de edad de 63 años (60% hombres y 40% mujeres), con un diagnóstico médico en un 60,5% (quirúrgico 34 %, traumatológico 5.5%.) El 87.5 % provienen de nuestro propio hospital, del Hospital de Sant Celoni un 4%, del Hospital del Mollet un 2% y un 4% de otros. Proviene de servicios como 46.77% de urgencias, 35.82% de quirófano y planta de cirugía, 6.97% de medicina interna, 5.47% de semicríticos, 1.49% de traumatología y un 3.48% de otros.

Se realizó frotis nasal/nasofaríngeo al 96% de nuestros pacientes, frotis rectal al 95% de los pacientes y además a un 10% se realizó urinocultivo para la detección de multirresistentes.

El resultado de los cultivos se obtuvo como media a las 48-72H. Los resultados del frotis nasal/nasofaríngeo fueron: 98% negativo, 2% positivo y los frotis rectal: 91% negativo, 9% positivo. Todas las muestras de urinocultivos fueron negativas.

#### **Conclusiones**

El Grado de cumplimiento de los cultivos de ingreso en la UCI del HGG es excepcional, con ello nos permite detectar pacientes colonizados por microorganismos multirresistentes en la mayoría de los casos en 48 h del ingreso permitiendo establecer medidas de aislamiento y favorecer con ello la seguridad de los pacientes.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► ID 51

### **Monitorización de tolerancia y complicaciones del protocolo de nutrición enteral en una UCI de neurocríticos y politrauma.**

Francisca Cecilia Martínez; María José López Poveda; Isabel Santos Tejedor; Pedro Antonio Calvo Flores; Javier González Robledo; María Ángeles Benítez de Soto Morán; María Ángeles Oñiga Polo; Lourdes Lorenzo Rodríguez; Sara Sánchez Marín Bustos; Cristina Sánchez Guevara  
*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (UCI Virgen Vega)*

#### **Objetivo**

Comprobar la tolerancia y complicaciones asociadas a un cambio de protocolo de Nutrición Enteral (NE) en nuestra UCI, consistente en una administración continua con comprobación de residuo gástrico una vez al día.

#### **Material y Método**

Estudio prospectivo descriptivo de tolerancia y complicaciones asociadas a la NE durante cuatro meses en nuestra UCI. Se excluyen pacientes con perfusión continua de insulina.

Se recogen datos:

**Generales:** patología de ingreso, sedación, analgesia, ventilación mecánica, tránsito intestinal, tipo de NE y dosis efectiva; administración de procinéticos, fibra y desinfección selectiva digestiva (DSD).

**Complicaciones:** vómitos, diarrea, estreñimiento y residuo gástrico.

Todo esto, atendiendo a las definiciones publicadas por SEMICYUC-SENPE.

#### **Resultados**

Se han recogido datos de 32 pacientes que constituyen el 42,66% de los ingresos en UCI durante el periodo de estudio. Edad media 63,9 años: 53,1% varones y 46,9% mujeres.

El tipo de ingreso corresponde a un 78,1% de pacientes con ictus (hemorrágicos e isquémicos), un 18,8% de politraumatizados (traumatismos craneoencefálicos) y un 3,1% quirúrgicos (neurocirugía).

Monitorizando un total de 448 episodios, un 65,6% precisó ventilación mecánica, un 37,9% sedación y un 87,1% analgesia (23% opioides). El 51,8% procinéticos intravenosos y se aplicó DSD en un 48,7% de los episodios.

La cantidad de NE total administrada fué de 567 litros, siendo Nutrisón Multifibra la dieta más frecuente (31,7%).

La dosis efectiva fué del 96,2% y los episodios con residuo gástrico mayor de 200 mililitros fue del 20,5%.

Como complicaciones nos hemos encontrado con un 26,3% de estreñimiento, un 22,3% de distensión abdominal, un 3,1% de vómitos y un 2,9% de diarrea.

#### **Conclusiones**

Atendiendo al protocolo actual en nuestra UCI, el de administración continua de nutrición enteral con comprobación de residuo una vez al día, las complicaciones son similares a las descritas en la literatura sobre la que se asientan nuestras intervenciones.

La dosis efectiva conseguida es óptima, un 92,6% de la nutrición total administrada, con escasas complicaciones.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► ID 188

### **Aproximación proactiva en la prevención y tratamiento del estreñimiento en pacientes con patología traumática grave.**

María Orejana Martín; Cindia Morales Sánchez; Clara Cornejo Bauer; Candelas López López; Ara Murillo; Silvia Ana Torrente Vela; Mónica García Iglesias; Carlos García Fuentes; Mario Chico; Manuela Cuenca Solanas  
*Hospital 12 de Octubre*

#### **Objetivo**

Analizar la efectividad de la administración profiláctica de polietilenglicol en la disminución de la incidencia de estreñimiento y su tratamiento con senósidos A-B en pacientes con enfermedad traumática grave y nutrición enteral (NE).

#### **Material y Método**

Estudio observacional prospectivo (Mayo - Diciembre 2015) en pacientes con enfermedad traumática grave, Injury Severity Score (ISS) >16, y NE. Se determinó la efectividad de un protocolo de prevención y tratamiento del estreñimiento en el que al inicio de la NE se administraban tres dosis de polietilenglicol durante 4 días, si no era efectivo, tras tacto rectal se administraban 6 ml de senósidos A-B. Variables demográficas, ISS, dosis total administrada de fármacos analgésicos, sedantes y relajantes, día de la primera deposición, aparición de diarrea y adhesión al protocolo, fueron registradas. Análisis descriptivo de variables con SPSS 19.0.

#### **Resultados**

Un total de 51 pacientes se incluyeron en el estudio, un 78,8% son hombres, la mediana de edad fue 44,5 (34,25-59,25) y de ISS 30 (23- 43). Las medianas de dosis de fármacos totales administradas durante el período de estudio fueron de Midazolam 1409mg (388,2- 2445,7), de Propofol al 2% 7310 mg (1259,5-14075), de Cloruro Mórico 255 mg (160,15- 460,67), de Cisatracurio 80 mg (20- 625) y de Fentanilo 1163 microgr (462,5- 1900) durante una media de días de estancia de 16±9,6. La incidencia de estreñimiento se situó en el 38,5% (20), 9 pacientes requirieron uso de laxante estimulante, siendo efectivo en el 77,8%(7). El 42,3% (22) presentaron diarrea, a 19 solo se les había administrado polietilenglicol y 3 habían recibido, además, al menos una dosis de senósidos A-B. El protocolo se sigue de forma correcta en el 73,1% (38).

#### **Conclusiones**

La administración de laxante osmótico como medida de primer nivel disminuye la incidencia de estreñimiento. Los laxantes estimulantes son efectivos como tratamiento de esta complicación.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► ID 178

### ¿Tienen los pacientes obesos más complicaciones en la UCI?

Laura Hernández Ruiz; Nuria Zuazo Espinosa  
*Hospital Universitario de Burgos*

#### Objetivo

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial y un problema de salud muy importante, debido a la morbilidad que acarrea y al impacto económico que supone.

La capacidad de adaptación al estrés del paciente crítico obeso puede verse afectada por las alteraciones que a nivel fisiológico produce la obesidad.

**Objetivo:** explorar si existe evidencia científica sobre un aumento del número de complicaciones que puede sufrir un paciente adulto obeso ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

#### Material y Método

Los términos MeSH utilizados fueron: "obesity", "complications", "intensive care unit", "critical care" y "ICU".

Las bases de datos consultadas fueron Tripdatabase, Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed y Google Académico durante el periodo de tiempo comprendido entre el 15 de julio y el 30 de agosto de 2015.

Se encontraron un total de 51 artículos, de los cuales se excluyeron 20 por estar repetidos en las bases de datos, no estar relacionados con el ámbito de estudio y por no poder obtenerlos.

#### Resultados

Los artículos revisados para este trabajo se dividen tres grupos en función de sus conclusiones:

- 1- Los que muestran un aumento de la mortalidad y la morbilidad
- 2- Los que encuentran una mayor morbilidad pero ninguna asociación con la mortalidad
- 3- Los que demuestran una mayor supervivencia entre los pacientes obesos

#### Conclusiones

La obesidad sí parece estar asociada a una mayor estancia en UCI, mayor tiempo de ventilación mecánica, más riesgo de infecciones respiratorias, de la herida quirúrgica, etc. Los estudios más recientes parecen vencer la idea de que el paciente obeso crítico esté en seria desventaja con respecto a los no obesos, lo cual se podría atribuir a un mayor cuidado en el manejo de estos pacientes por parte del personal sanitario.

Limitaciones: la selección de estudios fue realizada por un único revisor.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► ID 286

### **Control glucémico del paciente crítico portador de insulina endovenosa. Protocolo colaborativo.**

Elena Barceló Llodrá; Mónica Cruces Cuberos; Miguel Ángel Rodríguez Calero; María Antonia Pérez Axartell  
*Hospital Manacor*

#### **Objetivo**

La hiperglucemia del enfermo crítico es frecuente en cuidados intensivos y se asocia a mayor mortalidad, riesgo de complicaciones, utilización de recursos y estancia hospitalaria prolongada. La terapia con insulina endovenosa (IE) resulta útil, aunque precisa un control estricto. El efecto adverso más común de la IE es la hipoglucemia, que supone un factor de riesgo independiente de morbilidad. Los objetivos de este protocolo incluyen:

- Optimizar el perfil glucémico manteniendo niveles de glucemia diana.
- Evitar la variabilidad glucémica y unificar sistemas de determinación.
- Minimizar el riesgo de hipoglucemia.

#### **Material y Método**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos y metabuscadores de ciencias de la salud incluyendo EBSCO-HOST (Medline, CINAHL y Cochrane), PubMed, Embase, CuidenPlus y Guíasalud, usando los términos "insulina", "terapia con insulina", "cuidados críticos", "guía" y "protocolo" y los equivalentes en inglés del lenguaje MeSH, seleccionando investigaciones de cualquier metodología cuyos objetivos trataran sobre la administración de IE (comparación de alternativas terapéuticas, protocolos y guías, etc). Se elaboraron tablas descriptivas con los principales resultados de cada estudio.

#### **Resultados**

Se consensaron de forma interdisciplinaria más de 50 actividades y recomendaciones que incluyen la preparación de la infusión, conservación, sustitución periódica de sistemas, algoritmos de cálculo de dosis, tablas de compatibilidad farmacológica, criterios de uniformidad en la toma de muestras, criterios para la toma de decisiones por enfermería, interrelaciones con protocolos de dietoterapia y acciones de prevención de complicaciones, estableciendo como criterio de resultado el mantenimiento de glucemias entre 140 y 180 mg/dl.

#### **Conclusiones**

Los riesgos atribuibles a la hipoglucemia secundaria al tratamiento con IE pueden reducirse implementando algoritmos terapéuticos adecuados, minimizando errores de monitorización y evitando la sobrecorrección de la hipoglucemia.

Los indicadores de control de calidad incluyen: incidencia de hiperglucemia e hipoglucemia graves (>200 ó <40 mg/dl) e incidencias acumuladas de glucemia dentro de rango en periodos de 5 meses.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Auditorio 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► ID 170

### **Evaluación del protocolo de insulina intravenosa en pacientes críticos con nutrición artificial.**

AM. Joyas Collado<sup>1</sup>; RM. Gastaldo Simeon<sup>2</sup>; M. Vives Collado<sup>3</sup>

1. Enfermera UCI; 2. Hospital Manacor; 3. Manacor

#### **Objetivo**

El objetivo principal es analizar la eficacia y seguridad del protocolo de infusión de insulina para mantener glucemias entre 140- 180 mg/dl en pacientes críticos con nutrición artificial. También analizar los tipos de soporte nutricional y scores de gravedad.

#### **Material y Método**

Estudio observacional retrospectivo, de una muestra de 28 pacientes con nutrición artificial e insulina intravenosa entre marzo y diciembre del 2014 en Cuidados Intensivos del H. Manacor. Revisamos las historias clínicas informatizadas, recogiendo cada determinación de glucemia, soporte nutricional y Scores de Gravedad.

Se analizaron tasas de hipoglucemia (<60 mg/dl), glucemias en rango (140-180 mg/l), glucemia media y tiempo hasta entrar en rango.

Realizamos un análisis descriptivo mediante EXCEL.

#### **Resultados**

Recogimos 69 pacientes con nutrición artificial, de los cuales 28 requirieron perfusión de insulina. El 75 % eran varones y el 25 % mujeres con una edad media 65,6 años, con un total de 11280 horas de infusión y 3953 determinaciones de glucemia. La tasa de hipoglucemias fue 0,048 %. El 43 % de las glucemias estuvieron entre 140-180 mg/dl y el 71 % entre 80-180 mg/dl. La glucemia media fue de  $165 \pm 37$  mg/dl. El tiempo medio para conseguir glucemias dentro de rango fue de  $7,7 \pm 4,9$  h. El soporte nutricional incluyó nutrición enteral (36 %), parenteral (29 %) y mixta (36%). El Apache II medio fue 20,5 y SAPS III 74, 1.

#### **Conclusiones**

El protocolo es seguro presentando bajas tasas de hipoglucemia 0,048%, aunque no totalmente eficaz ya que solo el 43% de determinaciones están en rango, demorando de media 7,7 horas para conseguir valores diana, si bien el 71% de determinaciones pueden considerarse normo-glucemias (80-180 mg/dl). De ahí la implementación de un nuevo protocolo para mejorar la eficiencia del control glucémico.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

### **Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

#### ► ID 203

Evaluación y abordaje del estreñimiento en el paciente crítico.

#### ► ID 301

Valoración del impacto de intervenciones de mejora en la satisfacción de los familiares en una unidad de cuidados intensivos.

#### ► ID 164

Familia vs Enfermería: percepción de la atención en UCI.

#### ► ID 102

Recursos personales para prevenir la aparición del *burnout* en los profesionales enfermeros de intensivos.

#### ► ID 224

Cargas de trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos cuantificadas mediante la *Nursing Activities Score*.

### **Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

#### ► ID 291

Objeción de conciencia: actitud de las enfermeras de la Comunidad de Madrid.

#### ► ID 298

El duelo y la muerte en cuidados intensivos: percepción de los profesionales sanitarios.

#### ► ID 55

Tasas de equimosis y hematoma tras la administración de enoxaparina profiláctica en el paciente crítico.

#### ► ID 54

Evolución de la equimosis tras la administración de enoxaparina en el paciente crítico.

#### ► ID 175

Análisis de las limitaciones de tratamientos de soporte vital en Cuidados Intensivos.

### **Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

#### ► ID 27

Asociación del consumo de alcohol, drogas y/o psicofármacos con el historial de incidencia de traumatismos en pacientes ingresados en Cuidados Intensivos.

#### ► ID 59

Descripción de los incidentes de seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos.

#### ► ID 68

Análisis comparativo de la evolución de la cultura de seguridad en una Unidad de Cuidados Críticos.

#### ► ID 174

Análisis de la pérdida de dispositivos en Cuidados Intensivos.

#### ► ID 32

Autorretirada de tubo endotraqueal en el paciente crítico.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 203

### **Evaluación y abordaje del estreñimiento en el paciente crítico.**

Judit Pérez Sánchez; Jordina Fernández Boronat; Esteban Martínez Méndez; María Lucía Marín Cagigas; Daniel Mota Puerto; María del Carmen Pérez Román; Gemma Martínez Estalella  
*Hospital Universitari de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Valorar la eficacia de los cuidados de enfermería frente al estreñimiento e identificar, analizar y evaluar sus causas y consecuencias

#### **Material y Método**

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en UCI polivalentes de un hospital de tercer nivel del 2013-2015. Criterios de inclusión: <18 años, estancia superior a 7 días, conectados a ventilación mecánica invasiva y portadores sonda nasogástrica Salem y nutrición enteral (NE) o mixta. Se excluyeron pacientes con patología digestiva, encefalopáticos, portadores de yeyunostomía o ileostomía.

Las variables estudiadas (edad, sexo, peso, talla, patología, tratamiento médico, tipo de NE y volumen, características de heces, cantidad y frecuencia, medidas correctoras y complicaciones) se recogieron mediante una parrilla de datos ad hoc. Dispone de autorización CEIC.

#### **Resultados**

Se analizaron 139 pacientes (92 hombres) con edad media de 62 años y estancia media de 11 días; un 63% padecieron estreñimiento. Las patologías más comunes fueron cardiología (34%), neurología (29%) y neumología (24%). Los opiáceos y los antiácidos fueron los fármacos más administrados (99%), aunque los pacientes que tomaron relajantes musculares, suplementos de hierro y/o calcio y antihipertensivos fueron los que padecieron más estreñimiento (77%; 75%; 70%).

La NE sin fibra fue la más utilizada, 48% (60% estreñidos), seguida de dieta con fibra, 29% (51% estreñidos), y la combinación de ambas, 23% (85% estreñidos) Un 56% usó laxantes como medida correctora, siendo el Hidróxido de Magnesio el más utilizado (61%). Solo un 54% iniciaron medidas correctoras el primer día de NE. La retención gástrica fue la complicación más relevante (52%).

#### **Conclusiones**

El estreñimiento es un problema real generado por la combinación de varios factores. Concluimos que:

Las dietas con fibra favorecen la normalización y frecuencia deposicional.

La aplicación precoz de medidas correctoras mejoraría la motilidad gastrointestinal y evitaría la instauración del estreñimiento.

Un protocolo de enfermería para la profilaxis y manejo del estreñimiento evitaría, en muchos casos, su instauración.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 301

### **Valoración del impacto de intervenciones de mejora en la satisfacción de los familiares en una unidad de cuidados intensivos.**

M<sup>a</sup> Ángeles de Gracia Ballarín; Diana Gil Castillejos; Laia Labad Boix; Laura Bordonado Pérez; Begoña Gabasa Cano; Verónica Noguero Cámara; Sandra Baena González; Josefina Castilla Román; Purificación Doblado García; M<sup>a</sup> Montserrat Olona Cabases  
*Hospital Joan XXIII*

#### **Objetivo**

La satisfacción familiar de los pacientes ingresados es un indicador de calidad asistencial. Conocer la calidad percibida posibilita la implantación de intervenciones encaminadas a optimizar nuestra asistencia a las familias dentro del marco de la humanización de los cuidados.

El objetivo del estudio es comparar la satisfacción familiar de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos tras intervenciones de mejora y su impacto sobre el resultado final de su evolución (pacientes vivos o fallecidos).

#### **Material y Método**

Estudio de intervención antes-después (2014-2015). Periodo de estudio: 6 meses. Se realizó estudio basal de satisfacción familiar al alta (incluyendo familiares de fallecidos) mediante encuesta validada. Posteriormente, se realizaron sesiones formativas al personal de enfermería encaminadas a mejorar la comunicación, la atención específica a pacientes paliativos y la percepción de la confortabilidad. Finalmente, se evaluó de nuevo la satisfacción familiar. Se realizaron 100 encuestas pre y 100 postintervención.

Análisis descriptivo y univariable. Grado de significación estadística  $p < 0.05$ .

#### **Resultados**

Comparando los resultados pre y postintervenciones se detectaron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en conocer el nombre del personal de enfermería (29% vs 48%), en la fluidez de la relación enfermería-familia (84% vs 90%) y en la ayuda para facilitar la comunicación familiarpaciente (38% vs 5%). La percepción sobre la duración de la visita familiar es valorada muy positivamente (52% vs 75%) y la satisfacción con el número de familiares que se permite acompañar al paciente ha mejorado considerablemente al comparar entre los familiares de los pacientes vivos y los fallecidos post- intervención (95% vs 27.5%).

#### **Conclusiones**

Las intervenciones realizadas objetivan un cambio de actitud del personal de enfermería que ha repercutido en la mejora de la satisfacción general de los familiares, especialmente sobre los familiares de pacientes fallecidos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 164

### **Familia vs Enfermería: percepción de la atención en UCI.**

María Amor Hernado Cotillas; Iván López Alonso; Silvia Puerto Corrales; Oihane Badallo Arévalo; María Eugenia Perea Rodríguez; María Victoria Conde González; Yeray Palacios del Rio  
*UCI. Hospital Universitario de Burgos. HUBU)*

#### **Objetivo**

Identificar las percepciones de familiares (Fam) de los pacientes ingresados en nuestra unidad, respecto al entorno ambiental, relación con enfermería, cuidados e información recibida.

Conocer la percepción del personal sanitario (Per) de UCI. Establecer comparativas.

Detectar carencias sobre atención prestada.

#### **Material y Método**

Estudio de cohortes prospectivo, observacional. Se realizó la encuesta Family satisfaction in the intensive care unit (FS- ICU) modificada a 107 familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Burgos y a 98 miembros de plantilla. Estudio: dos meses.

**Estadística:** conversión del formato de las respuestas a escala numérica (0-100). Las variables continuas expresadas en media  $\pm$  SD, mediana y rango intercuartílico (IQR). Comparación de medias entre dos muestras independientes: U de Mann-Whitney o t de Student. Comparación de proporciones: prueba de Ji cuadrado o test exacto de Fisher. Nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

#### **Resultados**

**ENTORNO AMBIENTAL:** Sala espera: comodidad 6,37(SD 2,09), intimidad 4,81(SD 3,08), equipamiento 7,01(SD 2,38); Box: orden y limpieza 9,13(SD 15,71), ruidos 8,15(SD 2,01); Iluminación 8,78 (SD 1,42); Comodidad 9,13 (SD 1,27); Intimidad 8,56 (SD 1,50).

**ENFERMERÍA Y ATENCIÓN:** Preocupación por familiar: Fam: 87,09(SD 16,22), Per: 78,22(SD 16,45); Profesionalidad Enfermería: Fam:9,478(SD 0,95) Per: 7,68(SD 1,22); Trato Enfermería: Fam: 9,54(SD 0,85), Per: 7,82(SD 1,22); Consideración de los cuidados: Fam: 91,51(SD 14,52), Per: 81,14(SD 16,41); Información cambia según enfermera: 2,13% nada, 41,49% poco, 45,74% bastante, 10,64% mucho; Asistencia cambia según enfermera: 3,16% nada, 35,79% poco, 49,79% bastante, 11,58% mucho; Hablar con enfermera: 67,02% fácil 32,98% muy fácil.

**DESEO PARTICIPACIÓN EN CUIDADOS:** Fam 29.85% sí, Per 74.74% sí; Oportunidad participación: Fam 47.88(SD 32.41), Per 40.48(SD 22.87).

#### **Conclusiones**

Condiciones sala de espera: no son las idóneas para UCI.

Los familiares no desean participar en cuidados. ¿Análisis motivos?.

Diferentes puntuaciones entre familiares y enfermería respecto al cuidado y profesionalidad.

¿Auto exigencia de enfermería y desconocimiento del medio y trabajo por los familiares?.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 102

### **Recursos personales para prevenir la aparición del *burnout* en los profesionales enfermeros de intensivos.**

Óscar Arrogante Maroto<sup>1</sup>; Eva G. Aparicio Zaldívar<sup>2</sup>

1. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija. Universidad Nebrija. Madrid;

2. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

#### **Objetivo**

Determinar las diferencias en apoyo social, afrontamiento, resiliencia y las tres dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales enfermeros de servicios especiales y de hospitalización.

Establecer un modelo predictivo en el que se incluyan los recursos personales que predicen el burnout en los profesionales de Enfermería.

#### **Material y Método**

**Diseño:** Estudio cuantitativo correlacional de corte transversal.

**Participantes:** 133 profesionales de Enfermería del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), de los cuales 30 pertenecían a intensivos, 31 a otros servicios especiales y 72 a servicios de hospitalización.

**Instrumentos y variables:** Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), Subescala de Apoyo Social, 10-Item CD-RISC (resiliencia), Brief-Cope (afrontamiento).

**Procedimiento:** Distribución de los cuestionarios para su depósito posterior en una urna ubicada en los controles de Enfermería de cada servicio.

Análisis de las diferencias mediante ANOVA y análisis de regresión lineal múltiple mediante el método de pasos sucesivos (SPSS v.21).

#### **Resultados**

No se encontraron diferencias en ninguna de las variables evaluadas en función del servicio hospitalario.

Se encontró un modelo predictivo en el que el apoyo social ( $\beta = -0,21$ ), el afrontamiento de apoyo ( $\beta = -0,22$ ) y el de falta de compromiso ( $\beta = 0,22$ ) predijeron el agotamiento emocional; la resiliencia ( $\beta = -0,22$ ) y el afrontamiento de falta de compromiso ( $\beta = 0,30$ ) predijeron la despersonalización; y el afrontamiento de compromiso ( $\beta = -0,55$ ) predijo la falta de realización personal.

#### **Conclusiones**

El apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento amortiguan las consecuencias negativas del estrés y previenen el desarrollo del síndrome de burnout en intensivos.

El apoyo social, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento de compromiso con la situación estresante constituyen tres recursos personales para hacer frente al burnout en el personal de Enfermería de intensivos y que, además, se pueden modificar y mejorar mediante programas específicos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► **ID 224**

### **Cargas de trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos cuantificadas mediante la Nursing Activities Score.**

Teresa Daniela Sanjuan Arnedo<sup>1</sup>; Juan Ortiz Pla<sup>2</sup>; Adrián Domínguez Romero<sup>1</sup>; Clara Hurtado Navarro<sup>1</sup>; Francisco Javier Domínguez Domingo<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia; 2. Instituto ITACA. Universidad Politécnica de Valencia

#### **Objetivo**

Las cargas de trabajo de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) influyen en la calidad asistencial. Utilizamos la Nursing Activities Score (NAS) en la UCI del Hospital Doctor Peset para:

- Estimar la carga de trabajo media por enfermo en turnos diurno y nocturno.
- Determinar la carga soportada por enfermería según grado de ocupación y turno.
- Estimar el ratio enfermera/turno para no superar la carga de trabajo óptima

#### **Material y Método**

Estudio analítico, observacional y transversal en UCI polivalente de 16 camas durante el periodo del 25/12/2015 al 24/01/2016. Se calculó el índice de ocupación y los distintos ratios de enfermería para turnos diurnos laborables y festivos y turnos nocturnos, y el ratio NAS/enfermera. Se estableció el ratio óptimo en 94.4 puntos, que deja 40 minutos de descanso en la jornada. Se utilizó la media y la desviación típica como medidas descriptivas. El análisis se realizó con el test ANOVA utilizando los programas Microsoft Excel y MatLab. El nivel de significación estadística se estableció en 0,05.

#### **Resultados**

Se recogieron 360 valores NAS (169 diurnos). El índice de ocupación promedio en ambos turnos fue 76.7%. Hubo ocupación máxima en el 18.97% de los días. El ratio de enfermería fue 6.58 (laborables diurnos) y 6 (festivos y nocturnos).

La puntuación NAS/paciente fue de 49.80±0.19 diurna y de 42.59±0.17 nocturna (diferencias estadísticamente significativas).

Los ratios NAS/enfermera para los niveles de ocupación y turnos de trabajo fueron:

|                  | Laborable | Festivo | Nocturno |
|------------------|-----------|---------|----------|
| <b>Oc.media</b>  | 93.01     | 102.06  | 86.99    |
| <b>Oc.máxima</b> | 121.03    | 132.80  | 113.55   |

Para cumplir el ratio óptimo propuesto, se necesitaría la siguiente distribución de personal de enfermería:

|                  | Diurno | Nocturno |
|------------------|--------|----------|
| <b>Oc.media</b>  | 6.48   | 5.51     |
| <b>Oc.máxima</b> | 8.44   | 7.22     |

#### **Conclusiones**

Los días de ocupación máxima y diurnos festivos se supera la carga óptima para enfermería.

Esto debe tenerse en cuenta para planificar plantillas de trabajo que aseguren la calidad asistencial.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 291

### **Objeción de conciencia: actitud de las enfermeras de la Comunidad de Madrid.**

Tamara Raquel Velasco Sanz<sup>1</sup>; Rafael Toro Flores<sup>2</sup>; Pilar Bravo Agüí<sup>3</sup>; Victoria Catalán Gómez<sup>4</sup>; Marisa González Hernando<sup>3</sup>; M<sup>a</sup> Jesús Guijarro Cenisergue<sup>5</sup>; Margarita Moreno Vázquez<sup>2</sup>; Isabel Roch Hamelin<sup>3</sup>

1. Hospital Universitario Clínico San Carlos; 2. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 3. Hospital Universitario La Paz; 4. ESAD Torrejón de Ardoz; 5. Hospital Fundación Alcorcón

### **Objetivo**

Explorar las actitudes sobre la objeción de conciencia (OC) de las enfermeras de la Comunidad de Madrid ante determinados supuestos como la limitación de tratamientos de soporte vital y la obstinación terapéutica. Valorar la información sobre OC recibida y la importancia que dan las enfermeras al problema de la OC.

### **Material y Método**

Estudio descriptivo transversal, realizado a las enfermeras de la Comunidad de Madrid durante un año (septiembre 2014-2015). Se realizó un muestreo estratificado por sexo y edad, seleccionando 9 hospitales y 12 centros de salud. Las variables estudiadas fueron independientes (sexo, edad, ámbito laboral, antigüedad) y dependientes (creencias, formación en bioética y situaciones de OC). Se administró un cuestionario anónimo, auto-cumplimentado. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con porcentajes, mediana, media, desviación estándar y prueba de ji-cuadrado, tomando como significativos valores  $p < 0,05$ .

### **Resultados**

Se recogieron un total de 421 cuestionarios (tasa de respuesta del 71%). Además de las variables socio-demográficas, el 64,3% de los encuestados señaló que tienen nada o poca información sobre la OC. No obstante, el 51,6% señaló que el problema de la OC es bastante o muy importante. El 33,3% objetaría ante la obstinación terapéutica y el 25,9% QUIZÁS. El 11,4% señaló que objetaría ante el rechazo de pacientes a transfusión de sangre por motivos religiosos, aunque el 32,1% refiere que QUIZÁS; el 5,9% objetaría ante la limitación de tratamientos de soporte vital (como la retirada de ventilación mecánica), aunque un 22,1% QUIZÁS. Hubo significación estadística ante la OC y las creencias religiosas.

### **Conclusiones**

Las enfermeras creyentes objetarían en mayor proporción que las no creyentes. La información sobre la OC de las enfermeras en general es baja, aunque es percibida como un problema muy importante. Las situaciones que generan una mayor posibilidad de OC son la obstinación terapéutica y el rechazo a tratamientos médicos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 298

### **El duelo y la muerte en cuidados intensivos: percepción de los profesionales sanitarios.**

Tamara Raquel Velasco Sanz<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Ronda Delgado de la Fuente<sup>1</sup>; Daniel Gómez Pérez<sup>2</sup>; Fernando Lozano García<sup>1</sup>; Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas<sup>3</sup>; Miguel Ángel Sánchez González<sup>4</sup>; Beatriz Moreno Millán<sup>5</sup>; M<sup>a</sup> Jesús Pascual Segovia<sup>6</sup>; Cristina Coca Pereira<sup>7</sup>

1. Hospital Universitario Clínico San Carlos; 2 Hospital Universitario 12 de Octubre; 3. Hospital Fundación Alcorcón; 4. Universidad Complutense de Madrid; 5. Hospital La Fuenfría; 6. Unidad de Comunicación de Madrid Salud; 7. Instituto de Ética Clínica

### **Objetivo**

Describir las vivencias de los profesionales de enfermería y medicina ante la muerte en cuidados intensivos y comparar las estrategias de afrontamiento y el proceso del duelo entre unidades de cuidados intensivos de adultos, neonatología y pediatría.

### **Material y Método**

Estudio descriptivo, transversal, desarrollado en tres hospitales de la Comunidad de Madrid desde Junio de 2014 hasta Febrero 2015.

Criterios de inclusión: todos los enfermeros y médicos con más de 1 año de experiencia en intensivos, excluyendo aquellas personas que hayan sufrido un duelo en los 12 meses previos a la investigación.

Se administró una encuesta ad hoc auto-cumplimentada, con respuesta múltiple y escala tipo Likert con variables socio-demográficas, y aspectos de afrontamiento de la muerte y el duelo.

Se realizó un análisis estadístico con medias, desviación estándar y porcentajes, aplicando la prueba de ji-cuadrado y la t de Student y ANOVA tomando como significativo  $p < 0,05$  con el programa SPSS ver 18.0

### **Resultados**

Se recogieron un total de 282 encuestas. Además de las variables socio-demográficas se obtuvo que el 48,9% cree que puede tratar satisfactoriamente a familiares en situación de duelo y a pacientes en un 55,7% (especialmente las enfermeras). El 57,8% considera la muerte como un fracaso profesional (especialmente los residentes de medicina). El 66,3% señaló que la muerte de un paciente a veces repercute en su vida personal, y un 43,3% en la profesional (especialmente en neonatología). Los sentimientos más frecuentes: impotencia 64,2%, frustración 53,9% y tristeza 45,7%. Estrategia de afrontamiento en el 49,6% aceptar la muerte en el ámbito laboral como algo natural.

### **Conclusiones**

La mitad de los profesionales consideran que pueden tratar tanto a familiares como a pacientes en el proceso del duelo, sobre todo las enfermeras. No obstante las muertes de los pacientes, especialmente los niños, repercuten tanto en su vida personal como laboral, siendo necesario mejorar las estrategias de afrontamiento.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 55

### **Tasas de equimosis y hematoma tras la administración de enoxaparina profiláctica en el paciente crítico.**

Raquel Jareño-Collado<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> del Mar Sánchez-Sánchez<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Pilar Fraile-Gamo<sup>1</sup>; Azucena López-López<sup>1</sup>; Eva Isabel Sánchez-Muñoz<sup>1</sup>; Nereida García-Crespo<sup>1</sup>; Susana Barba-Aragón<sup>1</sup>; Raquel Sánchez-Izquierdo<sup>1</sup>; Saúl García-González<sup>2</sup>; Susana Arias-Rivera<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario de Getafe; 2. Hospital Universitario de Móstoles

#### **Objetivo**

La administración profiláctica de heparina de bajo peso molecular es frecuente en intensivos (UCI). La aparición de equimosis y/o hematoma tras su administración es el efecto adverso más frecuente. Objetivo: Determinar tasas de incidencia de equimosis/hematomas tras la administración de enoxaparina profiláctica.

#### **Material y Método**

Estudio observacional, prospectivo, desarrollado en una UCI de 18 camas, desde julio-2014 hasta diciembre-2015.

Incluidos pacientes sin hepatopatías ni enfermedad hematológica, con enoxaparina profiláctica, estancia > 72 horas, sin afectación cutánea que impida valoración en zona de punción y con consentimiento informado (aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica).

**Variables:** demográficas, SAPS II, motivo de ingreso, dosis de enoxaparina, índice de masa corporal (IMC), antiagregantes y/o anticoagulantes, aparición de equimosis y/o hematoma en zona de inyección.

Enoxaparina administrada por enfermeras del equipo investigador según protocolo basado en la mejor evidencia disponible.

Estadística descriptiva básica, datos cuantitativos con media (desviación estándar) o mediana (Rango intercuartílico). Comparación de grupos mediante test de T de Student.

#### **Resultados**

Incluidos 189 pacientes, 39% mujeres, edad [media(DE):68(15)]; estancia [Mediana (RIC):11(7- 23)]; 67% con IMC>25; SAPS [medio(DE):42(16)]; dosis de enoxaparina [n(%)= 20 mgr:42(22); 40 mgr:144(76); 60 mgr:3(2)]; pacientes antiagregados: 23%; Presencia de equimosis [n(%)= 86(46)], presencia de hematoma [n(%)= 16(9)].

Tener IMC > 25, no influye en la aparición de equimosis ( $p=0,1$ ). De los 86 que desarrollaron equimosis, el 66% tenían prescrito antiagregantes [OR (IC 95%):3 (1,5-6),  $p=0,002$ ] y el 69% de los que desarrollaron hematoma [OR (IC 95%):9 (3-29),  $p<0,001$ ].

#### **Conclusiones**

En nuestra cohorte de pacientes, la tasa de incidencia de aparición de equimosis coincide con lo hallado en la literatura en pacientes no críticos (26 -57%) y es superior al único estudio hallado en críticos (20%); la tasa de hematoma es muy baja comparada con el único estudio de pacientes críticos (9 vs. 52%). Los pacientes antiagregados tienen mayor riesgo de desarrollar equimosis/hematoma.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► ID 54

### **Evolución de la equimosis tras la administración de enoxaparina en el paciente crítico.**

Raquel Jareño-Collado<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> del Mar Sánchez-Sánchez<sup>1</sup>; Susana Barba-Aragón<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Pilar Fraile-Gamo<sup>1</sup>; Azucena López-López<sup>1</sup>; Henar Bermejo-García<sup>1</sup>; Nereida García-Crespo<sup>1</sup>; Susana López-Román<sup>2</sup>; Isabel Martínez-Yegles<sup>3</sup>; Susana Arias-Rivera<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario de Getafe; 2. Consultorio de Moraleja de Enmedio; 3. Hospital Universitario 12 de Octubre

#### **Objetivo**

La notificación y análisis de incidentes de seguridad es una oportunidad de mejora en el cuidado del paciente, que podría evitar, en base a la experiencia adquirida, que el mismo error se repita. Objetivo: Descripción de los incidentes notificados en nuestra unidad durante un año.

#### **Material y Método**

Estudio observacional, prospectivo, desarrollado en una unidad de cuidados intensivos polivalente de 18 camas, desde julio-2014 hasta diciembre-2015.

Incluidos todos los pacientes sin hepatopatías ni enfermedad hematológica, sin afectación de la integridad cutánea en la zona de inyección, Índice de Masa Corporal (IMC) > 18.5, con enoxaparina profiláctica, estancia > 72 horas, consentimiento informado y que desarrollaron equimosis.

**Variables:** demográficas, SAPS II, motivo de ingreso, dosis de enoxaparina, IMC, antiagregantes y/o anticoagulantes, aparición de equimosis en la zona de inyección, área de equimosis a las 12, 24, 48 y 72 horas.

La enoxaparina se administró según protocolo elaborado, siguiendo la mejor evidencia disponible, identificando la zona de inyección para su posterior seguimiento.

Estadística descriptiva básica, datos cuantitativos con media (desviación estándar) o mediana (Rango intercuartílico), según corresponda. Comparación de grupos mediante test de T de Student para variables cuantitativas.

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

#### **Resultados**

Se incluyeron 86 pacientes, 42% mujeres, edad [media (DE):69 (14)]; estancia [Mediana (RIC): 10 (5-22)]; el 72% tienen un IMC>25, SAPS [medio (DE):41 (15)]; dosis de enoxaparina [n (%): 20 mgr:14 (16); 40 mgr: 70 (82); 60 mgr: 2 (2)]; pacientes con antiagregantes el 34%. Área de equimosis en mm<sup>2</sup> [Mediana(RIC)]: a las 12h [4(1-6)], 24h [4(1-9)], 48h [6(2-16)], 72h [11(4-30)].

Aparición de equimosis tras la administración de enoxaparina [horas,n(%):12h=60(70); 24h=16(19);48h=8(9);72h=2(2)].

#### **Conclusiones**

En nuestra cohorte de pacientes la aparición de equimosis se produce preferentemente en las primeras 12 horas, alcanzando el área máxima a las 72 horas.

## Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 09.15 a 10.00 h.**

► **ID 175**

### **Análisis de las limitaciones de tratamientos de soporte vital en Cuidados Intensivos.**

César Rodríguez Núñez; Mikel García Corres; Janire Irigoien Aguirre; Alba Iglesias Rodríguez; Marta Cambón Sande; Gemma Ruiz Pérez de Nanclares; Raquel Ordás Linacero; Marta Martín Martínez; Laura Samaniego Bóveda; Miren Gómez Pablos

*Hospital Universitario Araba*

#### **Introducción**

La limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) es una práctica habitual en las unidades de críticos. El objetivo es no alargar un proceso inevitable de muerte y respetar los deseos del paciente, procurando una muerte sin sufrimiento ni dolor, con el acompañamiento de sus seres queridos.

#### **Objetivos**

Determinar la Incidencia de LTSV.

Analizar qué tipo de acuerdo y decisión de LTSV

Determinar en qué medida la LTSV se retiran o no se inician.

#### **Material y Método**

Estudio observacional retrospectivo desde el 1 Enero de 2015 al 31 Diciembre de 2015 en la UCI Hospital Universitario Araba-Txagorritxu. Se incluyeron todos los pacientes ingresados con criterios de LTSV durante el período de estudio.

**Variables:** Tipo de decisión, acuerdo de LTSV, no inicio y retirada de TSV Método y recogida de datos: a través de los registros informatizados del programa Metavisión. Análisis descriptivo de los con SPSS versión 22.0.

#### **Resultados**

Se decidió LTSV en un 9.56% de los pacientes.

Las LTSV más frecuentes no iniciadas fueron técnicas de diálisis e intubación. En un 70.8% no hubo retirada de TSV y la retirada de TSV más frecuente fueron los fármacos vasoactivos en un 13.2%. No se iniciaron maniobras de Reanimación cardiopulmonar (RCP) en un 88.7%.

#### **Conclusiones**

Existe un alto porcentaje de acuerdo con el representante legal en LTSV, las decisiones se consensuaron en sesión clínica en su mayoría. El no aumento de TSV resulto el más alcanzado.

Como aspectos de mejora, proponemos mayor implicación del personal de enfermería en la sesión clínica referente a la decisión de LTSV.

| ACUERDO CON EL REPRESENTANTE          | PORCENTAJE |
|---------------------------------------|------------|
| Conseguido                            | 73.6%      |
| No buscado                            | 10.4%      |
| Voluntades anticipadas                | 3.8%       |
| No registrado                         | 12.3%      |
| TIPO DE DECISION                      | PORCENTAJE |
| Médico responsable                    | 44.3%      |
| Sesión clínica                        | 53.8%      |
| Sin registro                          | 1.9%       |
| TRATAMIENTO SOPORTE VITAL             | PORCENTAJE |
| No aumentar ningún tratamiento        | 48.1%      |
| Se permite aumentar algún tratamiento | 34.9%      |



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► ID 27

### **Asociación del consumo de alcohol, drogas y/o psicofármacos con el historial de incidencia de traumatismos en pacientes ingresados en Cuidados Intensivos.**

Sergio Cordovilla Guardia<sup>1</sup>; Pablo Lardelli Claret<sup>2</sup>; Casimiro López Jurado<sup>1</sup>; Raquel Vilar López<sup>2</sup>; Juan Francisco Navas<sup>2</sup>; Francisco Guerrero López<sup>3</sup>; Enrique Fernández Mondéjar<sup>3</sup>

1. Universidad de Extremadura; 2. Universidad de Granada; 3. Complejo Hospitalario Universitario de Granada

#### **Objetivo**

El objetivo fue analizar, en los pacientes ingresados por un traumatismo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Universitario de Granada, el historial de incidencia de traumatismos y su relación con la presencia de alcohol, drogas y/o psicofármaco, así como las características demográficas y clínicas de los pacientes según los diferentes perfiles de consumo.

#### **Material y Método**

Se analizó la presencia de alcohol, otras drogas (cannabis, cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, metadona y opiáceos) y psicofármacos (benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos) en 204 pacientes ingresados por traumatismos (el 82,7 % del total), durante 32 meses no consecutivos (entre noviembre de 2011 a marzo de 2015). El historial de incidencia de traumatismos se estudió mediante historia clínica digital en todos los casos, categorizando a los pacientes en no reincidentes, reincidentes (un solo traumatismo previo) y multireincidentes (más de un traumatismo previo). Se recogieron variables demográficas y clínicas prospectivamente, lo que permitió analizar, mediante regresión logística con variables de ajuste Edad, Sexo y Trastorno Psiquiátrico, la asociación del consumo con la incidencia de traumatismos.

#### **Resultados**

De los pacientes analizados 103 (50,5 %) dieron positivos a alguna sustancia; 43 (21,1%) a alcohol, 9 (4,4%) a otras drogas, 14 (6,9%) a psicofármacos y 37 (18,1%) a alguna combinación de sustancias de varios de los grupos anteriores. En el grupo de otras drogas la edad fue significativamente menor (media y desviación estándar de 24,8 ± 5,8 años), predominó el sexo masculino (88.9%), y los accidentes de tráfico (55.6%). La detección de consumo se relacionó con mayor incidencia de traumatismos con una Odds Ratio ajustada de multireincidencia en positivos a alguna sustancia de 3,34 (IC 95%: 1,44-7,78) p=0,005.

#### **Conclusiones**

La presencia de alcohol, drogas o psicofármacos se asoció con un mayor historial de incidencia de traumatismos. Existieron diferencias significativas en las características demográficas y clínicas según el tipo de consumo detectado.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► ID 59

### **Descripción de los incidentes de seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Raquel Jareño Collado; Henar Bermejo García; M<sup>a</sup> Pilar Fraile Gamo; Gema A. Garrido Jerez; Eusebia Fernández Campillo; Susana Arias Rivera; Amanda Lesmes González e Aledo; Inmaculada Alía Robledo  
*Hospital Universitario de Getafe*

#### **Introducción**

La notificación y análisis de incidentes de seguridad es una oportunidad de mejora en el cuidado del paciente que podría evitar, en base a la experiencia adquirida, que el mismo error se repita.

#### **Objetivo**

Descripción de los incidentes notificados en nuestra unidad durante un año.

#### **Material y Método**

Estudio observacional descriptivo y prospectivo desarrollado en una UCI polivalente de 18 camas desde Enero- 2015 a Diciembre -2015. Se incluyen todas las notificaciones recogidas durante el periodo de estudio. La recogida de datos se realiza a través de las notificaciones realizadas por todo el personal de UCI.

**Variables:** Lugar donde se desarrolla el incidente, categoría del que notifica, tipo de incidente y daño.

Análisis descriptivo de variables cualitativas con valores absolutos y porcentajes.

#### **Resultados**

Se han notificado 376 incidentes. El 96% de los incidentes se desarrollan en la unidad. Las enfermeras notificaron en un 76% y los médicos en un 9%. El 2% de los incidentes fueron notificados por más de una categoría profesional. Atendiendo al tipo de incidente, las categorías más relevantes son las relacionadas con: medicación (26%), gestión-organización (20%), equipamiento-mobiliario (19%) y cuidados del paciente (12%). Dentro de los incidentes relacionados con la medicación, el 38% son de prescripción, un 16% de transcripción y un 39% de administración; el 7% correspondería a otros. Los incidentes con daño notificados son 21 (6%): leves 11, moderados 5, graves 3 y muertes 2.

#### **Conclusiones**

Los incidentes son notificados principalmente por enfermeras y están relacionados con la medicación (prescripción y administración), la gestión y el equipamiento. Los incidentes con daño (6%) son inferiores a los encontrados en la bibliografía consultada (17-29%). El análisis de los incidentes ha generado acciones de mejora.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► **ID 68**

### **Análisis comparativo de la evolución de la cultura de seguridad en una Unidad de Cuidados Críticos.**

Juan José Rodríguez Mondéjar<sup>1</sup>; Ascensión Sánchez Martínez<sup>2</sup>; Miguel M<sup>a</sup> Cevidanes Lara<sup>3</sup>; Lisa Ortín Karnich<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> Jesús Gómez Ramos<sup>2</sup>; Ramona Bermejo Jiménez<sup>2</sup>; Lucía Navarro Sanz<sup>2</sup>; Francisco Javier Paredes Pérez<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> José Sánchez Zamora<sup>2</sup>; Martín Vigil Velis<sup>2</sup>

1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y emergencias 061. Servicio Murciano de Salud; 2. UCI. HGU Reina Sofía. Servicio Murciano de Salud; 3. Unidad de Gestión Clínica Cirugía Torácica del Complejo Hospitalario Granada. Servicio Andaluz de Salud

#### **Objetivo**

La cultura de seguridad de los profesionales es la que marca la que se puede prestar en un servicio, si bien es complejo su desarrollo, es necesario aumentarla en el tiempo para conseguir mayores niveles de calidad en la atención en cuidados críticos.

**Objetivo:** Analizar y constatar la evolución de la cultura de seguridad en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en una UCI polivalente en un Hospital General Universitario de Nivel II.

**Temporalidad:** Noviembre y diciembre del 2015.

**Sujetos a estudio:** profesionales de la UCI que estuvieran en activo.

**Desarrollo:** Se ha implementado un cuestionario sobre seguridad del paciente, versión española del Hospital Survey on Patient Safety del Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de 61 items, en 12 dimensiones, y se han comparado con otro (parcialmente) realizado en el 2008.

**Procesamiento estadístico:** IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con cálculo de medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Se han aplicado las normas éticas y de protección de datos personales en todo el estudio.

#### **Resultados**

Muestra 39 y 45 profesionales respectivamente. Experiencia media en UCI: 10,3 años DE8,9 (0,5-30) y 7,2 DE4,97 (1-20). No colaboración como equipo 23%(actual) frente 17,8% (2008). Se ponen medidas para evitar incidentes 82% frente 62%. No se buscan culpables en los errores detectados 64% versus 42%. Se pierde información en los relevos 20% v 55,5%. Se informa de los errores del servicio 59% v 31%. Con 10 años en el servicio 67% v 78%. Enfermeros 49%v44%. Médicos 26%v16%. Los cambios de medicación se informan directamente 39,5%v24%.

#### **Conclusiones**

La evolución de la cultura de seguridad a lo largo de los últimos 7 años se puede considerar globalmente como con crecimiento positivo, pero debe seguir potenciándose para corregir las desviaciones detectadas en algunos aspectos concretos.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► ID 174

### **Análisis de la pérdida de dispositivos en Cuidados Intensivos.**

César Rodríguez Núñez; Alba Iglesias Rodríguez; Mikel García Corres; Janire Irigoien Aguirre; Marta Martín Martínez; Olga Vega Gómez; Marta Cambón Sande; Lucía Trapote Eguren; María José Rodríguez Borrajo; Virginia Boloix Gil  
*Hospital Universitario Araba*

#### **Introducción**

La declaración de pérdida de dispositivos es una herramienta clave en seguridad clínica y calidad asistencial. Es importante su análisis, difusión y elaborar medidas de prevención.

#### **Objetivo**

Determinar la incidencia de pérdida de dispositivos, qué tipo y complicaciones. Analizar las medidas preventivas existentes previas a la pérdida del dispositivo.

#### **Material y Método**

Estudio observacional retrospectivo desde el 1 Enero de 2015 al 31 Diciembre de 2015 en la UCI HUA-Txagorritxu. Se incluyeron todos los pacientes ingresados con pérdida de dispositivos durante el período de estudio.

Variables: tipo de dispositivo, acciones, evitabilidad, sedación, sujeción mecánica, causa de la pérdida y complicaciones. Método y recogida de datos: a través de los registros informatizados del programa Metavisión. Análisis de los datos con SPSS versión 22.0.

#### **Resultados**

Se declararon 115 pérdidas de dispositivos, con una incidencia de 10.37%. El 64.3% fueron sondas nasogastricas; 24.3% fueron accesos venosos; drenajes un 3.5% y tubos orotraqueales un 7.8%. En un 60.9% fue preciso volver a colocar el dispositivo. En un 62.6% pudo ser evitable. En un 76.5no existía sedación y el nivel de sedación frecuente fue despierto y tranquilo, y un 21.7% inquieto. Un 27% presentaba algún tipo de contención mecánica, siendo la más frecuente la parcial en un 40.9%. El turno en el que más dispositivos se perdieron fue durante el turno diurno en un 93%. En un 95% no hubo complicaciones en el paciente.

#### **Conclusiones**

Ha aumentado la incidencia de pérdida de dispositivos. La introducción de nuevas técnicas y protocolos y una mayor rotación de personal tanto médico como de enfermería pueden haber influido. Resaltar que durante el turno de mañana se pierden más dispositivos. Es importante la formación continuada y de una mayor difusión de los incidentes más importantes dentro del servicio dado que en un alto porcentaje se declaró que podían ser evitables.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 16.20 a 17.05 h.**

► ID 32

### **Autorretirada de tubo endotraqueal en el paciente crítico.**

M<sup>a</sup> del Mar Sánchez Sánchez; Raquel Sánchez Izquierdo<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Pilar Fraile Gamo<sup>1</sup>; Saúl García González<sup>2</sup>; Susana Barba Aragón<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> del Pilar García García<sup>3</sup>; Emilio Lillo Montero<sup>1</sup>; Susana Arias Rivera<sup>1</sup>; Fernando Frutos Vivar<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario de Getafe; 2. Hospital Universitario de Móstoles; 3. Hospital Universitario Severo Ochoa

### **Objetivo**

La autorretirada (AUT) de tubos endotraqueales (TET) en el paciente crítico es un indicador de calidad de cuidados de enfermería y de seguridad del paciente.

Conocer la tasa de AUT de TET en dos fases consecutivas.

### **Material y Método**

Estudio cuasi-experimental prospectivo en dos fases observacionales. Primera fase: cálculo de tasas de AUT de TET. Segunda fase: se calcularon tasas tras información al personal de resultados y recomendaciones.

Desarrollado en un Servicio de Cuidados Intensivos (18 camas polivalentes)/Unidad de Grandes Quemados (6 camas). Incluidos todos los pacientes con vía aérea artificial.

Variables demográficas, diagnóstico médico, SAPS II, Baux Score Modificado, fecha de inserción y retirada de TET, motivo de retirada, reintubación tras AUT, presencia de inmovilización terapéutica, nivel de sedación (Glasgow modificada por Cook y Palma), nivel de sedación/agitación (RASS), esfuerzo terapéutico (NEMS), evento adverso por AUT y reinserción del TET.

**Análisis:** Descriptivo y tasa de incidencia por 1000 días de dispositivo. Comparación de tasas de incidencia mediante X<sup>2</sup> Pearson.

Aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica del hospital.

### **Resultados**

Se siguieron 473 vs. 499 TET. Tasa de AUT por 1000 días de TET: 3.07 vs 3 (p=0.49). Sin diferencias significativas en las variables consideradas. Una reintubación en cada periodo valorado y sin eventos adversos relacionados con reintubación.

El 70% de todas las AUT tuvieron lugar durante los dos primeros días de intubación.

|  | 2010   | 2011    |
|--|--------|---------|
| <b>AUT, n</b>  | 7      | 6       |
| <b>Inmovilización terapéutica, n (%)</b>                   | 5 (71) | 6 (100) |
| <b>GCS-modificado por Cook y Palma, puntos, media (DE)</b> | 15 (2) | 15 (2)  |
| <b>RASS, puntos, mediana (RIC)</b>                         | -      | 3 (1-3) |

### **Conclusiones**

Nuestras tasas de AUT son bajas y se mantienen estables. En nuestra cohorte de pacientes, la inmovilización terapéutica no evita la AUT, se produce en pacientes despiertos y/o agitados y es más probable que ocurra en las primeras 48 horas de TET.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

### **Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

#### ► ID 26

Incidencia de úlceras por presión en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión sistemática.

---

#### ► ID 184

Incidencia de úlceras por presión en Cuidados Intensivos.

---

#### ► ID 100

Enfermería y terapia de depuración extracorporea continua. Situación actual en Castilla la Mancha.

---

#### ► ID 276

Opinión de los profesionales sanitarios sobre la ampliación del horario de visitas en una Unidad de Críticos Quirúrgicos (UCQ).

---

### **Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

#### ► ID 332

Prevención de la polineuropatía: cuidados de enfermería.

---

#### ► ID 215

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en el síndrome coronario agudo.

---

#### ► ID 354

Relación entre presión venosa central y presión venosa periférica en el mismo paciente.

---

#### ► ID 198

¿Existe una disminución de las complicaciones en la inserción de PICC (catéter central de inserción periférica) con la utilización del sistema de navegación?

---

#### ► ID 18

Reorganización del material fungible de UCI: disminución de carga de trabajo y reducción de costes.

---



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

► ID 26

### **Incidencia de úlceras por presión en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión sistemática.**

María Isabel González Méndez; Inmaculada Alonso Araujo; Catalina Martín Castaño; M<sup>a</sup> Rosario Urbán Carmona; M<sup>a</sup> Rosario Ferrete Pérez

*Hospital Virgen del Rocío*

#### **Objetivo**

Identificar, resumir y analizar los hallazgos más significativos de estudios descriptivos para determinar la incidencia de úlceras por presión (UPP) en el entorno del paciente crítico.

#### **Material y Método**

En la elaboración de esta revisión se ha seguido la Declaración Prisma para la publicación de revisiones sistemáticas. Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos (Scopus, Pubmed, Cinahl, Wos). Para ello se desarrolló una estrategia de búsqueda que recogiera todos los aspectos claves de la pregunta de esta revisión. Se realizó una estrategia de búsqueda específica adaptada a cada base de datos incluyendo los siguientes descriptores Mesh: "incidence", "pressure ulcer" or "pressure sores", "critical care" or "intensive care unit".

En cuanto a calidad metodológica, utilizamos para la evaluación de la misma la ayuda de la parrilla Critical Appraisal Skills Programme España (CASPe) para la realización del análisis crítico de la literatura científica. Seleccionamos todos los artículos que disponían una puntuación por encima de 6. La revisión de los artículos se ha realizado por pares concensuando los resultados de los mismos. Los datos han sido extraídos por un investigador y comprobados por otro de manera independiente. Han sido recogidos en un registro ad hoc.

#### **Resultados**

Tras la aplicación de los criterios de exclusión, el número de estudios resultante ha sido 17. La incidencia de UPP en el entorno del paciente crítico oscila entre 0, 98% y 34,4%. Las UPP de estadio II son las más frecuentes. No se determina una localización más prevalente que otra existiendo una amplia diversidad entre unidades.

#### **Conclusiones**

Los estudios analizados presentan una alta homogeneidad en los criterios de inclusión y exclusión. La variabilidad de resultados es importante incluso entre estudios realizados en el mismo país. La implantación de protocolos de prevención es fundamental para disminuir la incidencia de UPP.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

► **ID 184**

### **Incidencia de úlceras por presión en Cuidados Intensivos.**

César Rodríguez Núñez; Alba Iglesias Rodríguez; Janire Irigoien Aguirre; Mikel García Corres; Marta Martín Martínez; Olga Vega Gómez; Marta Cambon Sande; Ana Carrera Caballer; Manuel Fernández Martínez; Rebeca Garrido García

*Hospital Universitario Araba*

#### **Objetivo**

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de Salud Pública que afecta a millones de personas en el mundo perturbando su salud, su calidad de vida y que pueden conducir a la discapacidad o a la muerte.

#### **Objetivos:**

**Objetivo principal:** analizar la Incidencia de UPP en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Araba-Sede Txagorritxu.

**Objetivos secundarios:** determinar que categoría de UPP es más frecuente y su localización.

#### **Material y Método**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Periodo de estudio: Del 1 Enero 2015 al 31 Mayo 2015. Población de estudio: pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años. Los datos sobre UPP se registraron en la base de datos del programa informático denominado Metavision. Análisis estadístico con el programa IBM SPSS 22.0.

#### **Resultados**

La incidencia de UPP durante el periodo de estudio fue del 10.55%. Un 20% correspondió a UPP categoría I, un 70% UPP categoría II, un 18.3% UPP categoría III, y un 11.7% a las de categoría IV. La localización más frecuente fue en el sacro en un 38.3%, seguido de talones con un 18.3 %.

#### **Conclusiones**

La literatura actual refiere una variabilidad desde el 5% al 56% de Incidencia de UPP en UCI, los datos obtenidos se deben mejorar, por ello hemos propuesto: Mejorar catálogo de material disponible para fomentar la prevención y optimizar los tratamientos de UPP, Realizar formación continuada sobre prevención y tratamiento de UPP a los profesionales de enfermería, Cambio en el protocolo de prevención de la unidad acorde a las recomendaciones actuales. Asumimos el posible sesgo de selección, intrínseco de los estudios de incidencia.

**Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

► ID 100

## **Enfermería y terapia de depuración extracorporea continua. Situación actual en Castilla la Mancha.**

María del Mar González Valverde<sup>1</sup>; Gemma Delgado Martínez<sup>2</sup>; María Ángeles Poyatos Álvarez<sup>2</sup>; Helena Escribano Belmar<sup>1</sup>; Milagros Noheda Recuenco<sup>2</sup>; José Antonio Simarro Blasco<sup>2</sup>; Coral Checa Osma<sup>2</sup>; María Teresa de las Heras Laín<sup>2</sup>; Isabel Martínez Toledo<sup>2</sup>; Riánsares Checa Osma<sup>2</sup>

1. Hospital de Villarrobledo; 2. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

### **Introducción**

Las terapias de depuración extracorpórea continua (TDED) proporcionan una herramienta terapéutica utilizada cada vez más en pacientes con diagnósticos diferentes al fracaso renal agudo en UCI, como sepsis, insuficiencia cardiaca congestiva...etc. Por ello personal de enfermería tiene un papel fundamental en el montaje de los equipos, cuidados y mantenimiento que requiere esta terapia.

### **Objetivo:**

Conocer el papel que desempeña la enfermera trabajando con TDEC en Castilla la Mancha (CLM)

### **Material y Método**

Estudio observacional, descriptivo transversal durante los meses de agosto y septiembre del 2015. Se realizó una encuesta ad-hoc creada por el equipo investigador que se difundió y respondió por teléfono, enfocado a supervisoras de enfermería de UCI en los 18 hospitales públicos de CLM.

### **Resultados**

Tasa de respuesta del 100%.

De los 18 hospitales, 10 realizan la TDEC. En ellos las enfermeras de UCI realizan el montaje, cebado, conexión / desconexión y programación (en base a parámetros médicos).

Se imparte formación específica, en 4 hospitales anualmente, en 1 cada año y medio y en 5 no tienen formación programada.

Se trabaja con, protocolos de montaje en 8 hospitales, protocolo de cuidados en 6 hospitales y 1 en proceso. Plan de cuidados estandarizado (PCE) en NINGUNO.

### **Conclusiones**

La TDEC está presente en más del 50% de los hospitales de la red pública de CLM. En ellos el personal de enfermería es responsable tanto de la preparación como del mantenimiento.

Sólo la mitad realizan la formación de forma programada. El conocimiento, alcanzado a través de talleres teórico-prácticos, supone que el personal de enfermería logre el éxito de la técnica de manera eficaz.

En ningún hospital se trabaja con PCE, por ello se deben abrir líneas de trabajo dirigidas a la creación de estos, pues unifican el lenguaje y practica en áreas de trabajo tan específicas como esta.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

► **ID 276**

### **Opinión de los profesionales sanitarios sobre la ampliación del horario de visitas en una Unidad de Críticos Quirúrgicos (UCQ).**

Adrián Carrillo Plazuelo; Marina de la Matta Canto; Lorena Iglesias Gallego; Beatriz Elena Martín Rivera; Cristina Gaviero García; Mónica Alonso Valledor; Esther Pérez Tris; María Jimeno Ruiz; Ana Castillo Ayala; Cris Pascual Pascual

*Hospital Universitario Ramón y Cajal*

#### **Objetivo**

La humanización de los cuidados supone proporcionar unos cuidados de calidad, desde una perspectiva bio-psico-social. Numerosas Unidades de Cuidados Intensivos españolas siguen manteniendo un horario de visitas restrictivo por variados motivos, pese a los beneficios demostrados que supone para los pacientes y los familiares la ampliación del horario.

El objetivo del estudio consiste en conocer la opinión de los profesionales sanitarios, sobre los beneficios e inconvenientes de la ampliación del horario de visitas en la Unidad de Críticos Quirúrgicos (UCQ) del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo transversal destinado a profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos del Hospital Universitario Ramón y Cajal, realizado en abril 2014. Se diseñó una encuesta de 18 ítems: 3 en formato multirrespuesta, 1 dicotómica y 14 ítems con respuesta tipo Lickert de 6 puntos. Las variables analizadas fueron: datos socio-demográficos, beneficios e inconvenientes sobre un horario de puertas abiertas.

#### **Resultados**

Respondieron 85 profesionales (DUE/GE: 52,9%, TCAE: 31,8% y FEA/MIR 15,3%) con edad media de 37 años y experiencia laboral entre 11-20 años (34,1%). Beneficios: ampliar el horario de visitas sería beneficioso para el paciente, genera mayor tranquilidad en la familia (68,2%) y aumenta la confianza en los profesionales (38%). Inconvenientes: un horario de visitas abierto dificulta el ritmo de trabajo (81,2%), aumenta la demanda de información (83,6%) y genera incomodidad al realizar técnicas delante de los familiares (68,2%). El 90,6% de los profesionales indicó que era necesario formarse en estrategias sobre comunicación.

No se halló significación según categoría profesional o tiempo trabajado.

#### **Conclusiones**

La mayoría del personal considera beneficiosa la ampliación del horario de visitas para el paciente y sus familiares, pero se hace visible cierta reticencia al cambio, para lo que en un futuro se debe de trabajar en estos aspectos para conseguir mejorarlos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

► ID 332

### **Prevención de la polineuropatía: cuidados de enfermería.**

María José Bueno Muñoz<sup>1</sup>; María Luisa Bravo Arcas<sup>2</sup>; Sara Amabel Ruiz Ruiz<sup>1</sup>

1. Hospital Clínico San Carlos; 2. Madrid

#### **Objetivo**

La polineuropatía del Paciente Crítico (PPC) se desarrolla en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Aparece precozmente incluso en las primeras horas de inicio de la ventilación mecánica (VM). De causa desconocida, asociada a fallo multiorgánico, sepsis grave, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y/o hiperglucemia. La inmovilidad debida a la despolarización del potencial de reposo con el músculo inactivo, es otro factor de riesgo. La PPC condiciona el aumento de estancia en UCI, retraso en el destete de VM y rehabilitación física prolongada, incrementando morbilidad y costes. Objetivo: conocer evidencia científica actual sobre prevención en PPC.

#### **Material y Método**

Búsqueda bibliográfica con esquema tradicional de investigación en Ciencias de la Salud (pregunta PICO): ¿En pacientes hospitalizados en UCI la movilización precoz activa y pasiva previene la PPC? Búsqueda en recursos: MEDLINE, GUÍA SALUD, COCHRANE LIBRARY y TESEO, según criterios de inclusión: nivel de evidencia, idioma (inglés, español) y fecha (últimos 10 años).

#### **Resultados**

Localizados 147 artículos, 24 cumplen criterios de inclusión.

El control estricto de glucemia con terapia intensiva de insulina es condición básica en todos los estudios para controlar la PPC, reduciendo la incidencia al 25-51%. Además, movilización precoz y terapia física intensiva, previenen la PPC disminuyendo el uso de VM.

#### **Conclusiones**

La evidencia indica que a medida que aumenta el conocimiento sobre factores de riesgo, se incrementa la capacidad para orientar la terapia preventiva y fomentar intervenciones terapéuticas innovadoras. Queda demostrado que el papel de enfermería en dos de los principales factores de riesgo como son inmovilidad e hiperglucemia, toma especial relevancia. Coincidiendo con el actual enfoque de UCI abierta, es factible la implicación de la familia en la realización de ejercicios pasivos y activos en el paciente crítico, lo cual deriva en la elaboración de protocolos e intervenciones enfermeras estandarizadas sobre el control estricto de glucemia y movilización precoz.



salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

► **ID 215**

### **Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en el síndrome coronario agudo.**

Pedro Sáez Paredes<sup>1</sup>; Jesus David Abenza<sup>1</sup>; María José García Giménez<sup>1</sup>; Olga Piqueras Abenza<sup>2</sup>; José Javier Gaspar Martínez<sup>1</sup>; Raquel Montoya Muiña<sup>3</sup>

1. Hospital Universitario Morales Meseguer; 2. Conserjería de Educación; 3. Centro de Coordinación de Emergencias de La Region de Murcia

#### **Objetivo**

Determinar los principales factores cardiovasculares en el síndrome coronario agudo en UCI.

Mostrar la prevalencia de cada factor de riesgo cardiovascular en el síndrome coronario agudo.

#### **Material y Método**

Se ha realizado un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva (registro ARIAM) de pacientes ingresados en una UCI polivalente durante el año 2015 con esta patología.

Se asume que en la muestra al menos el 50% de los pacientes presenta un factor de riesgo, con un riesgo alfa del 5% y beta del 20%, precisando 180 pacientes, de forma aleatoria mediante aplicación informática.

Se han seleccionado 9 factores de riesgo asociado al síndrome coronario agudo (SCA) (género, índice de masa corporal, tabaquismo, antecedentes familiares de SCA, hipertensión arterial (HTA), diabetes, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia y número de factores). Los datos se extrajeron de la historia clínica del paciente o datos de laboratorio que presenta al alta. Las variables se expresan como medias±desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas. La comparación entre variables se realiza mediante prueba de Ji<sup>2</sup> de Pearson y T de Student con contraste bilateral mediante SPSS 22.0

#### **Resultados**

La muestra presenta una edad media de 65±15 años, de los cuales el 72.8% son hombres. El tabaquismo está presente en 116 pacientes (64.4%), obesidad en 59 (32.8), antecedentes familiares de SCA en 60 (33.3%), HTA en 118 (65.5%), diabetes en 70 (38.9%), hipertrigliceridemia en 25 (13.9%) e hipercolesterolemia en 23 (12.8%).

Un paciente no presenta ningún factor de riesgo, 31 (17.2%) un factor, 53 (29.4%) 2 factores, 57 (31.7%) 3 factores, 29 (16.1%) 4 factores, 7 (3.9%) 5 factores y 2 pacientes (1.1%) 3 factores.

#### **Conclusiones**

Los factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica son muy frecuentes en el paciente con SCA. La mayoría de ellos son controlables por lo que se debe fomentar el cambio de hábitos de vida para disminuir la incidencia en esta patología.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

► ID 354

### **Relación entre presión venosa central y presión venosa periférica en el mismo paciente.**

Amadeo Puebla Martín; Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; Miguel Ángel Puebla Martín; María Pilar Rubio Serrano; María del Mar del Fresno Sánchez; Juan Pablo Trujillo Juárez; José Miguel Pacheco Salgado; María Luisa Moreno Grande; Almudena Villafranca Casanoves; Sandra García del Castillo Muñoz  
*Hospital General de Ciudad Real*

#### **Objetivo**

Para la medición de la presión venosa central (PVC) es necesario un catéter venoso central (CVC) pero hay ocasiones que no disponemos de dicho catéter bien porque son enfermos estabilizados que han superado la fase crítica o enfermos que sencillamente solo portan un catéter venoso periférico (CVP).

**Objetivo:** Analizar y determinar la relación entre los valores de PVC tomados con un CVC y los valores de presión venosa periférica (PVP) tomados con un CVP.

#### **Material y Método**

Estudio prospectivo observacional, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General de Ciudad Real, durante los meses de septiembre-diciembre de 2015

Se incluyen los pacientes con CVC que al mismo tiempo porten un catéter venoso periférico CVP, tomándose PVC y PVP.

Se excluyen aquellos cuyo catéter tanto central como periférico no registra una buena curva de presión.

Se utiliza el software de análisis de datos estadísticos SPSS versión 18,1, con el test de T Student para muestras pareadas.

#### **Resultados**

Se recogen 80 pares de valores (PVC y PVP), siendo 37 varones de  $61,1 \pm 14,7$  años y 43 mujeres de  $62,8 \pm 16,1$  años. Los CVC fueron: 18 yugulares, 56 subclavia y 6 catéter venosos centrales de acceso periférico (PICC). Los CVP fueron: 52 del calibre 18G, 20 del 20G y 8 del 22G.

Realizada prueba T para muestras independientes de las presiones venosas tomadas con CVP de distinto calibre, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

El test T de Student para muestras relacionadas muestra diferencias significativas, ( $p=0.0001$ ), entre las presiones tomadas en vía central y periférica con una diferencia media de 4,73 mmHg por encima en PVP, error estándar 0,43. Para 95% el intervalo de confianza -5,61-3,86.

#### **Conclusiones**

Siempre que obtengamos una correcta onda de presión venosa periférica en nuestro monitor, podemos determinar una PVC mediante la fórmula:  $PVC = PVP - 4,73$



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

► ID 198

### **¿Existe una disminución de las complicaciones en la inserción de PICC (catéter central de inserción periférica) con la utilización del sistema de navegación?**

M<sup>a</sup> José Ruiz García; Joaquina García-Casarrubios Jiménez; M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez Carcelén; Teresa López García; Elena M<sup>a</sup> Torres Sánchez

*Hospital general universitario de albacete. UCI Coronaria*

#### **Objetivo**

Valorar la utilidad del sistema de localización de punta del catéter durante la inserción de PICC; para evitar la migración a yugular y progresión a aurícula.

#### **Material y Método**

Habiendo observado ciertas complicaciones relacionadas con la inserción de PICC como serían migración a yugular y progresión a aurícula. Desde diciembre de 2014 y tras un periodo de formación, se comenzó a utilizar el sistema de navegación Sherlock. Su uso estaría indicado para evitar dichas complicaciones.

Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 200 pacientes a los que se les había insertado un PICC desde diciembre de 2014 hasta diciembre de 2015. Se utilizó el sistema operativo S.P.S.S.19.

#### **Resultados**

Se realizó seguimiento de 200 pacientes durante un año a los que se les había canalizado PICC con punción ecoguiada y sistema de navegación. Este sistema de navegación mostró tres parámetros que nos indicaron la orientación de la punta del catéter durante la inserción y fueron: Lupa amarilla que nos indicó que el catéter no fue hacia yugular. ECG de superficie e intravascular y se comprobó el crecimiento de la onda P a medida que nos acercábamos a aurícula. Columna indicadora de la profundidad del vaso por donde discurría el catéter.

El catéter se podría utilizar desde el momento de la implantación, si todo es correcto, sin demora por la RX de tórax; aunque se realizó en todos los casos antes de que se utilizara el catéter y así comprobamos la correcta interpretación de la información aportada por el sistema de navegación.

En los resultados se objetivó una disminución de las complicaciones.

#### **Conclusiones**

El uso de este sistema de navegación aumenta la seguridad del paciente durante la inserción del PICC ya que nos permite corregir, durante el procedimiento, la posible migración a yugular y evitar la progresión a aurícula.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Auditorio 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

► ID 18

### **Reorganización del material fungible de UCI: disminución de carga de trabajo y reducción de costes.**

Clara Bendito Barber; Núria Febrer Juan; Natividad Carreras Martí  
*Hospital Mateu Orfila*

#### **Objetivo**

Al iniciar el Proyecto Resistencias Zero, se planteó revisar el protocolo de limpieza de la unidad. Al hacerlo vimos que el material fungible almacenado en el box dificultaba la limpieza. Además de suponer una carga de trabajo importante para el técnico auxiliar de enfermería(TCAE). Por este motivo, nos planteamos:

Analizar el uso del material fungible almacenado en los boxes.

Diseñar un listado de material basado en los resultados y que evite la reposición de material durante el turno de noche.

Comparar costes de las diferentes distribuciones de material.

#### **Material y Método**

Estudio Observacional, descriptivo, prospectivo.

**Duración:** 1/2/2014 a 30/3/2014.

**Lugar:** Unidad de cuidados Intensivos(UCI). Hospital Mateu Orfila(Menorca).

**Descripción:** La UCI está dotada de siete boxes. Cada box contiene cinco armarios con material fungible, que es revisado y repostado por los TCAE, al final de cada turno. En cada turno hay dos TCAE, excepto en el turno de noche que hay uno.

**Recogida de datos:** se diseñó un check list donde los TCAE apuntaban el material repostado al final del turno.

**Análisis:** Microsoft Office Excel 2007. Se calculó el total de gasto, la media, desviación estándar, el máximo y mínimo de cada producto. Nivel de confianza 95%.

#### **Resultados**

El material más utilizado es el relacionado con la higiene de los pacientes (compresas 4.10, gasas 3.38, empapadores 2.72, pañales 0.5) y con la administración de medicación (jeringas 2.06, agujas 1.42). El precio inicial del material almacenado en cada box ascendía a 291.60e. El precio con el nuevo listado fue 147.17e.

#### **Conclusiones**

El estudio permitió identificar el material que realmente se usaba. Se realizó una nueva distribución, adecuando las cantidades y los productos al gasto real. Además de evitar que se tenga que reponer el stock durante el turno de noche. Estos cambios suponen una reducción del 42% de material. Supone un ahorro 1011e.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

### **Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

#### ► ID 40

Estudio de validez de un Cuestionario para conocer la Adecuación de un sistema de Prescripción Informatizada (CAPI) por profesionales de enfermería en UCI.

#### ► ID 148

Cumplimiento práctico del procedimiento de aspiración de secreciones frente al conocimiento teórico.

#### ► ID 64

Análisis de los hemocultivos positivos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

#### ► ID 53

Evolución de las tasas de contaminación y eficiencia de los hemocultivos.

#### ► ID 125

Factores que influyen en el conocimiento sobre Higiene de Manos.

### **Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

#### ► ID 318

Análisis de las prácticas de sedación en una UCI con protocolo multidisciplinar.

#### ► ID 180

Factores determinantes de la comunicación en usuarios intubados y despiertos.

#### ► ID 160

Uso de terapias audiovisuales para la reducción de la ansiedad en pacientes sometidos a ventilación mecánica. Revisión bibliográfica narrativa.

#### ► ID 407

El Optimismo Disposicional: un rasgo de personalidad en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

► ID 40

### **Estudio de validez de un Cuestionario para conocer la Adecuación de un sistema de Prescripción Informatizada (CAPI) por profesionales de enfermería en UCI.**

Miguel Ángel Giménez Lajara<sup>1</sup>; Montserrat Venturas Nieto<sup>1</sup>; Sofía María Bosch Collete<sup>2</sup>; Silvia Fariñas Rodríguez<sup>3</sup>; Maria Susana Roig Serra<sup>1</sup>; Ana Castro García<sup>4</sup>; Luis Basco Prado<sup>5</sup>

1. Hospital Clínico Barcelona; 2. INSELSPITAL Bern. Suiza; 3. CAP Roquetescanteres; 4. Hospital La Paz; 5. Universidad de Barcelona

#### **Objetivo**

Desarrollar un Cuestionario sobre la Adecuación de la Prescripción Informatizada llamado "CAPI". Establecer la validez de contenido del instrumento mediante grupo de expertos.

#### **Material y Método**

Estudio cualitativo y cuantitativo ejecutado en dos fases. Fase I consiste en el desarrollo y validez de contenido de CAPI mediante la técnica de grupo Delphi, formado por expertos en él aplicativo. En fase II un grupo de enfermeros usuarios habituales de la prescripción informatizada valoraran el cuestionario final resultante de la fase I.

#### **Resultados**

Los datos adquiridos muestran que las preguntas obtienen valoraciones de excelente o buenas en I-CVI y K, son relevantes y representativos para el propósito evaluativo del estudio y brindan evidencia acerca de la validez de constructo. El cuestionario ofrece una validez de contenido adecuada con un S-CVI 0.81.

#### **Conclusiones**

Este estudio provee un cuestionario CAPI que nos permitirá conocer la adecuación de un sistema de prescripción informatizada para los profesionales de Enfermería de UCI.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

► ID 148

### **Cumplimiento práctico del procedimiento de aspiración de secreciones frente al conocimiento teórico.**

Concepción Turégano Duaso<sup>1</sup>; Rosa Jam Gatell<sup>1</sup>; Roser Pedregosa Muro<sup>1</sup>; Ester Carrillo Santin<sup>1</sup>; Oscar Hernández; Josefa García García<sup>1</sup>; Lidia Martí Hereu<sup>1</sup>; Jordi Valles Daunis<sup>1</sup>; Pilar Delgado Hito<sup>2</sup>

1. *Cooperació Hospitalaria Parc Taulí*; 2. *Universitat de Barcelona*

#### **Objetivo**

Analizar el grado de cumplimiento práctico del procedimiento de aspiración de secreciones Determinar el grado de conocimiento teórico del aspirado de secreciones

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo observacional, transversal y prospectivo en UCI polivalente adultos con 16 camas entre setiembre-diciembre 2014.. Población: todas enfermeras de UCI (n=67) que cuidan a pacientes en ventilación mecánica (VM). Variables:1) procedimiento aspiración de secreciones: lavado de manos pre-post, uso sonda estéril, guantes estériles, mascarilla, gafas de protección.2) cuestionario conocimientos sobre medidas preventivas de NAVM. Fases estudio: Fase 1) realización sesiones formativas sobre MP de NAVM, éstas cumplimentaron cuestionario de conocimientos tras haber recibido la sesión. 2) Observación del procedimiento de aspiración.

Estudio aprobado Comité Ético de Investigación Clínica

#### **Resultados**

Del total 67 enfermeras, 54 (80,59%) recibieron la formación y de estas 49 (90,74%) fueron observadas.

Cuestionario conocimientos: 98% respuestas correctas. La puntuación media fue 5,73 ( $\pm 0,49$ ) sobre 6.

Observación aplicación procedimiento. 160 observaciones.

Lavado de manos 11,25% pre y 37,5% post aspiración. El 98,1% de enfermeras respondieron correctamente

Utilización mascarilla fue 33,12% y gafas 58,12%. Un 94,4% de las enfermeras respondió correctamente.

Utilización sonda estéril fue del 96,8% y guantes estériles del 93,12%. Un 94,4% de las enfermeras respondió correctamente.

#### **Análisis estadístico.**

Variables cuantitativas: media, mediana, desviación estándar, porcentajes.

#### **Conclusiones**

Las enfermeras de UCI tienen un elevado conocimiento del procedimiento aspiración de secreciones pero no lo aplican en su totalidad ya que existe una destacable discrepancia entre el conocimiento teórico y adhesión. Por tanto, esta diferencia se debe atribuir a otros factores que no son el conocimiento teórico.

**Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

► ID 64

## **Análisis de los hemocultivos positivos en la Unidad de Cuidados Intensivos.**

M<sup>a</sup> del Mar Sánchez Sánchez<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Pilar Fraile Gamo<sup>1</sup>; Susana Arias Rivera<sup>1</sup>; Susana López Román<sup>2</sup>; Pedro Vadillo Obesso<sup>3</sup>; Raquel Jareño Collado<sup>1</sup>; Saúl García González<sup>4</sup>; M<sup>a</sup> Teresa Pulido Martos<sup>1</sup>; Juana Cacho Calvo<sup>1</sup>; Fernando Frutos Vivar<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario de Getafe; 2. Consultorio de Moraleja de Enmedio; 3. Centro de Salud Parque Loranca; 4. Hospital Universitario de Móstoles

### **Objetivo**

La extracción de hemocultivos es una prueba diagnóstica habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo es describir las características de los pacientes que tuvieron un hemocultivo positivo durante su ingreso en la UCI.

### **Material y Método**

Estudio observacional, prospectivo y descriptivo desarrollado en una UCI polivalente de 18 camas (Octubre, 2012- Noviembre, 2015). Se incluyen todos los pacientes con hemocultivos positivos durante su ingreso. Se recogen variables demográficas, SAPS II, diagnóstico médico, cirugía (sí/no), temperatura, frecuencia cardíaca, fármacos vasoactivos (sí/no), antibióticos (sí/no), dispositivos invasivos (sí/no), origen de la bacteriemia, días desde ingreso hasta hemocultivo positivo, mortalidad en la UCI. Análisis estadístico: media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico), según proceda. Aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica.

### **Resultados**

Se obtuvieron 841 hemocultivos en 458 pacientes. Se diagnosticaron 101 bacteremias (12%) en 54 pacientes: edad 67 años (DE 11), mujeres 30%, SAPS II 47 (DE 17). Principales diagnósticos al ingreso: Cardiovascular 26%, neurológico 24%, digestivo 20% y respiratorio 17%. En la tabla se muestran las variables en el momento de la extracción. La mortalidad en los enfermos con hemocultivos positivos fue 28%.

N=101

|   |          |
|---|----------|
| Días hasta extracción, Mediana (RIC)        | 7 (1-21) |
| Cirugía actual, n (%)                       | 57 (56)  |
| Descontaminación Digestiva Selectiva, n (%) | 68 (69)  |
| Antibióticos parenterales, n (%)            | 65 (64)  |
| Fármacos vasoactivos, n (%)                 | 35 (35)  |
| Frecuencia cardíaca, lpm, media (DE)        | 105 (25) |
| Temperatura periférica, °C, media (DE)      | 38 (1)   |
| Vía aérea artificial, n (%)                 | 69 (68)  |
| Catéter venoso central, n (%)               | 80 (79)  |
| Catéter arterial, n (%)                     | 77 (76)  |
| Sonda vesical, n (%)                        | 95 (94)  |

### **Conclusiones**

En nuestra cohorte, la bacteriemia se observa en pacientes con una gravedad alta al ingreso, con una estancia previa de 7 días hasta la extracción del hemocultivo y portadores de dispositivos invasivos. El desarrollo de bacteriemia se asocia a una alta mortalidad.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

► **ID 53**

### **Evolución de las tasas de contaminación y eficiencia de los hemocultivos.**

M<sup>a</sup> del Mar Sánchez Sánchez<sup>1</sup>; Susana Arias Rivera<sup>1</sup>; Susana López Román<sup>2</sup>; Pedro Vadillo Obesso<sup>3</sup>; Pilar Fraile Gamo<sup>1</sup>; Raquel Jareño Collado<sup>1</sup>; Saúl García González<sup>4</sup>; Luna Panadero del Olmo<sup>1</sup>; Juana Cacho Calvo<sup>1</sup>; Fernando Frutos Vivar<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario de Getafe; 2. Consultorio de Moraleja de Enmedio; 3. Centro de Salud Parque Loranca; 4. Hospital Universitario de Móstoles

### **Objetivo**

La extracción de hemocultivos es una práctica habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos. El control de calidad se determina por dos factores: tasa de hemocultivos contaminados (falsos positivos) y eficiencia de las muestras extraídas. En un análisis previo encontramos, en nuestra Unidad, una tasa de hemocultivos contaminados del 14% y una tasa de eficiencia de 6,1. Tras ello se realizó un protocolo de extracción basado en la mejor evidencia disponible y formación del personal de enfermería del servicio en ese protocolo. Objetivo: Determinar tasa de falsos positivos (FP) y eficiencia de hemocultivos extraídos.

### **Material y Método**

Estudio de cohortes prospectivo desarrollado en una unidad polivalente de 18 camas desde Octubre-2012 a Noviembre-2015. Se incluyeron todos los hemocultivos extraídos por orden facultativa. Se recogieron variables de resultado de la extracción de la muestra y se calcularon las tasas de incidencia de FP y eficiencia. Hemocultivos FP: aislamiento, en un solo set, Staphylococcus coagulasa-negativo, Bacillus sp., Propionebacterium acne o Corynebacterium sp. Se definió eficiencia de hemocultivos como número de hemocultivos extraídos/número de bacteriemias verdaderas.

Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica.

### **Resultados**

Se obtuvieron en el periodo de estudio 841 hemocultivos de 458 pacientes. De ellos, 101 hemocultivos (12%) fueron positivos y 47 FP (5,6%). La evolución en la tasa de hemocultivos contaminados se presenta en la tabla.

|                              | Hemocultivos extraídos | Tasa de FP |
|------------------------------|------------------------|------------|
| Enero-Junio 2012             | 158                    | 14         |
| Julio-Septiembre 2012        | Formación del personal |            |
| Octubre 2012-Septiembre 2013 | 263                    | 4,6        |
| Octubre 2013-Septiembre 2014 | 248                    | 6,8        |
| Octubre 2014-Octubre 2015    | 330                    | 5,4        |

En el análisis de la eficiencia obtuvimos una tasa de 8.3 hemocultivos por episodio de bacteriemia verdadera.

### **Conclusiones**

Tras la aplicación de un protocolo de extracción de hemocultivos hemos observado una reducción de la tasa de hemocultivos contaminados, aunque sigue siendo superior a la recomendada por la literatura (3%). Nuestra tasa de eficiencia ha empeorado con respecto al estudio previo realizado en la unidad.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.00 a 09.45 h.**

► ID 125

### **Factores que influyen en el conocimiento sobre Higiene de Manos.**

Jl. Torres González<sup>1</sup>; A. Palomar Santamaría<sup>2</sup>; R. Lastras Ortiz<sup>1</sup>; A. Martín León<sup>1</sup>; E. Plaza Pastor<sup>1</sup>; JA. González Sánchez<sup>1</sup>; M. Bringas Bollada<sup>1</sup>

1. Hospital Clínico San Carlos. Profesor Asociado F. Enfermería; 2. Fisioterapia y Podología. UCM

#### **Objetivo**

Evaluar los factores que influyen en la evolución del nivel de conocimiento sobre Higiene de Manos en la Unidad UCI Sur del Hospital Clínico San Carlos.

#### **Material y Método**

Estudio transversal prospectivo (mayo 2012, junio 2013). Se recogieron variables demográficas (sexo, categoría profesional y años de experiencia en UCI) y 10 preguntas de conocimientos sobre higiene de manos. Se administró cuestionario anónimo, extraído del curso de formador de formadores sobre higiene de manos de la Comunidad de Madrid, antes de comenzar el periodo de formación, tras finalizar cada sesión formativa, y al año de las sesiones; a enfermeras (DUE), auxiliares (AE) y celadores de la UCI Sur. Las variables cuantitativas se expresan en media (intervalo confianza) y las cualitativas en porcentaje. Análisis univariante mediante test Chicuadrado para variables discretas y T-student para muestras independientes o Anova en variables continuas. Análisis multivariable mediante regresión logística (RL). Nivel de significación  $p < 0,05$ . Programa estadístico SPSS 15.0

#### **Resultados**

Se obtuvieron 342 cuestionarios (78,1% mujeres; 53,2% enfermeras; 86,5% > 5 años de experiencia). El porcentaje de respuestas correctas mejoró en todas las preguntas, disminuyendo al año de la formación. El análisis univariante mostró que los factores que influyen en la evolución del nivel de conocimiento son la categoría profesional ( $p < 0,001$ ) y la fase de estudio ( $p < 0,001$ ). El nivel de conocimiento ajustado es 8,57 (8,30-8,84); 7,99 (7,66- 8,32) y 7,08 (6,60-7,55) para DUE, AE y celadores respectivamente La RL mostró a los celadores ( $p < 0,001$ ) y la fase basal ( $p < 0,001$ ) como factores independientes de menor conocimiento.

#### **Conclusiones**

Las sesiones formativas aumentan el grado de conocimiento, aunque con el tiempo se aprecia una reducción del mismo.

La categoría profesional y la formación influyen en la evolución del conocimiento en HM.

Se precisan sesiones formativas periódicas a todos los profesionales para mantener su nivel de conocimiento.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

► ID 318

### **Análisis de las prácticas de sedación en una UCI con protocolo multidisciplinar.**

Diana Gil Castillejos<sup>1</sup>; Cristina Ferri Riera<sup>1</sup>; Raquel Enríquez Sánchez<sup>1</sup>; Sara Rosich Andreu<sup>1</sup>; María Luisa Fortes del Valle<sup>1</sup>; María Amparo Bodí Saera<sup>1</sup>; Alberto Sandiumenge Camps<sup>2</sup>

1. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona; 2. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

#### **Objetivo**

La implementación de protocolos multidisciplinarios reducen el consumo de sedantes, tiempo de ventilación mecánica (VM) y complicaciones asociadas.

Describimos las prácticas de sedación en una UCI donde el médico prescribe el nivel de sedación y enfermería lo evalúa y lo registra modificando las dosis según el protocolo.

#### **Material y Método**

Análisis descriptivo y prospectivo (Junio-Diciembre 2015) de las prácticas de sedación en pacientes con VM y sedación >48h en una UCI 14 camas. Definimos Agitación RASS>1, Alerta (A)(RASS 0), Sedación Ligeramente (SL)(RASS -1,-2), Sedación Moderada (SM)(RASS -3) y Sedación Profunda (SP)(RASS -4,-5). Sobresedación: RASS real<RASS prescrito, e infrasedación: RASS real >RASS prescrito. Variables expresadas en (Media±DS) y [Mediana;(min;max)] según su distribución. SPSSv.20.

#### **Resultados**

57 pacientes (56,63±13,19 años; 68% varones; 42% patología médica; APACHEII 27,47±8,5). Tiempo de VM 34,3±32,5 días, de sedación 25429h y estancia en UCI 18,93±15,20 días.

Todos los pacientes recibieron Midazolam durante [70,5 (7; 550)horas] a 0,19 ±0,05 mg/kg/h seguido de Propofol (n=33, [72 (7; 495)horas], (2,04±0,50 mg/kg/h)), Dexmedetomidina (n=3, [91(52; 133)horas], (0,98±0,33 micg/kg/h)) y Remifentanilo (n=3, [46(20; 65)horas], (4,73±0,48 micg/kg/h)).

El nivel A de sedación fue el más frecuentemente pautado [54,36 (24; 80)%del tiempo de ingreso], seguido de SL [14,29 (3; 100)], SM [11,11 (2; 100)]y SP [18,82 (2; 88)].

Se monitorizó el nivel de sedación cada 3,70±0,42horas registrando SP el 7,72% del tiempo de ingreso (2000h), SM 10,91%(2825h), SL 21,40% (5541h), A 12,06%(3124h) y con RASS>0 1,64%(427h), y predominando SL en todos los turnos.

48 pacientes presentaron sobresedación [73(2; 626)horas] y 26 infrasedación [24,5 (2; 101)horas] En 46, 45 y 7 pacientes se realizó stop diario, descenso progresivo o sedación secuencial para prevenir la sobresedación. 8(14,03%) pacientes presentaron Sedación difícil y 6(10,52%) delirium.

#### **Conclusiones**

Conocer las prácticas de sedación posibilita la implantación de intervenciones encaminadas a optimizar nuestra asistencia.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Comunicaciones orales

**Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

► ID 180

### **Factores determinantes de la comunicación en usuarios intubados y despiertos.**

Catalina Perelló Campaner<sup>1</sup>; José V. Val Pérez<sup>2</sup>; Neus Martorell Dols<sup>3</sup>; Jesús Molina Mula<sup>4</sup>; Carme Alorda Terrassa<sup>4</sup>; Maite González Gascue<sup>5</sup>; Josep Pérez Castelló<sup>4</sup>; José M. Morales Asencio<sup>6</sup>; Petra Martorell Servera<sup>6</sup>; Elena Barceló Llodrà<sup>7</sup>

1. 061-GAU Balears; 2. Hospital Son Llàtzer; 3. Hospital General; 4. Universitat de les Illes Balears; 5. Hospital Universitari Son Espases; 6. Universidad de Málaga; 7. Hospital de Manacor

### **Objetivo**

Explorar los factores (barreras y/o facilitadores) que influyen en la comunicación entre el usuario intubado y despierto, y sus interlocutores.

### **Material y Método**

Estudio cualitativo fenomenológico, basado en el análisis de discurso de dos fuentes: (1) profesionales de enfermería de UCI que atienden a usuarios intubados y despiertos y 2) pacientes de UCI que sufrieron deterioro comunicativo mientras estaban intubados, entrevistados junto con un familiar.

El estudio se desarrolló en tres hospitales de Mallorca. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 9 usuarios/familiares y 11 profesionales, seleccionados progresivamente mediante muestreo intencional por miembros del equipo investigador que trabajaban en las unidades a estudio.

El proceso de análisis de los datos, simultáneo a su recogida, incluyó la preparación de los datos, codificación, organización y reducción de códigos y categorías, búsqueda de relaciones y relativización de los hallazgos. Se garantizó el rigor metodológico mediante los criterios de Lincoln y Guba (credibilidad, transferibilidad, consistencia y neutralidad del investigador).

Se obtuvo aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Illes Balears y las comisiones de investigación de los centros implicados. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los mismos.

### **Resultados**

Los determinantes de la comunicación del paciente intubado y despierto se articulan en cuatro grandes temas: los relacionados con el contexto, con el profesional, con la familia y con el usuario. Se describen las categorías más relevantes de cada tema, analizando paralelismos y silencios entre los discursos de ambas fuentes.

### **Conclusiones**

El fallo comunicativo en pacientes críticos intubados y despiertos es asumido, tanto por profesionales como por usuarios, como una situación inherente al tratamiento y de difícil abordaje. El conocimiento detallado de los determinantes del problema comunicativo, especialmente los modificables, ofrece la posibilidad de afrontarlo eficazmente para que la comunicación con estos usuarios deje de relegarse a un segundo plano en el cuidado.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

► ID 160

### **Uso de terapias audiovisuales para la reducción de la ansiedad en pacientes sometidos a ventilación mecánica. Revisión bibliográfica narrativa.**

Nuria Láiz Díez; María Acevedo Nuevo; Elisa Pilar Garzón Arranz; M<sup>a</sup> Jesús Morales Rodríguez  
*Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*

#### **Objetivo**

Conocer la evidencia disponible acerca del uso de terapias audiovisuales (música y televisión) para la reducción de la ansiedad en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica.

#### **Material y Método**

Se realizó búsqueda sistemática y estructurada en Cochrane, Scielo, CUIDEN y PUBMED durante Diciembre de 2015, usando distintas combinaciones de los términos: "musicoterapia", "respiración artificial", "ansiedad", "televisión"... tanto en español como en inglés. La búsqueda se complementó con revisión secundaria de las referencias localizadas. Criterios de inclusión: trabajos publicados desde el año 1998 en castellano e inglés, referidos a pacientes adultos críticos y que versen sobre el uso de medios audiovisuales como estrategia para la disminución de la ansiedad durante los procesos de destete de la VM. Tras realizar lectura en profundidad de las referencias localizadas, se seleccionaron 11 artículos para dar contenido a la revisión.

#### **Resultados**

Entre los 11 artículos seleccionados se encuentran 2 revisiones sistemáticas, 7 ensayos clínicos y 2 estudios de intervención, todos ellos centrados en el uso de la musicoterapia. No se localizaron referencias que analizaran intervenciones basadas en el uso de la televisión.

Todos los estudios coinciden en la disminución de la ansiedad (medida mediante variables fisiológicas o escalas) en los pacientes críticos a los que se les aplican intervenciones de musicoterapia.

#### **Conclusiones**

En la bibliografía se presenta la musicoterapia como una intervención no farmacológica eficaz para la reducción de la ansiedad en pacientes con VM. Sin embargo, existe falta de evidencia de la terapia con televisión, sugiriéndose la necesidad de iniciar nuevas investigaciones encaminadas a resolver la subcuestión propuesta.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Comunicaciones orales

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Sala 1 y 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 09.45 a 10.35 h.**

► ID 407

### **El Optimismo Disposicional: un rasgo de personalidad en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos.**

Lola Andreu; Carmen Moreno; Miguel Angel Hidalgo; Albert González  
*Universitat de Barcelona*

#### **Objetivo**

Conocer el grado de Optimismo Disposicional (OP) que presentan los profesionales de enfermería que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de un hospital de nivel 3.

Comparar el grado de OP que tiene los profesionales de enfermería de UCIs con los de Consulta Externa (CE).

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo transversal realizado a profesionales que trabajaban en UCIs y CE a los que se evaluó su OP mediante el Life Orientation Test (LOT-R) 2, en su versión revisada y validada al castellano (a más puntuación más optimismo). Se incluyó al cuestionario las variables sociodemográficas: sexo, edad, lugar de trabajo y tiempo trabajado en ese lugar. Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS versión 20. Se obtuvieron frecuencias, medias y medianas; la correlación entre variables se hizo mediante Chi- cuadrado y una  $p < 0,05$ .

#### **Resultados**

Respondieron el cuestionario 132 profesionales (106 mujeres). Edad: menos de 30 años (57) entre 30 y 50 años (46) y más de 50 años (29). Tiempo trabajado en UCI /CE: menos de 1 año (14) entre 1 y 3 años (30) más de 3 años (77). La mediana en el (LOT-R) 2, fue de 15 (rango: 6- 24). Se clasificaron como optimismo alto (43) medio (55) y bajo (33). Los profesionales de UCIs eran significativamente más jóvenes que los de CE y llevaba menos tiempo trabajado. No fue significativa la puntuación obtenida respecto a la puntuación LOT-R entre los dos ámbitos laborales.

#### **Conclusiones**

Al ser el optimismo OP un rasgo de personalidad que se ha relacionado significativamente con el grado de bienestar psicológico y físico percibido por las personas y puede ser útil para afrontar adecuadamente la actividad laboral.

El OP es mayoritariamente alto o medio alto en las enfermeras en UCIs y CE, siendo mayor en las más jóvenes que han trabajado menos tiempo.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

► Índice defensa oral póster en sala

► Lunes, 20 de Junio de 2016. *Auditorio 1*

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► **ID 201**

¿Qué parámetros son determinantes en la elección de PICC o CVC?

---

► **ID 130**

Creencias del equipo de Enfermería sobre las visitas abiertas en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 182**

A propósito de un caso: proceso de cuidados a una paciente con un shock anafiláctico en UCI.

---

► **ID 331**

Prescripción de cuidados enfermeros al alta de UMI.

---



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Defensa oral póster en sala

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 201

### ¿Qué parámetros son determinantes en la elección de PICC o CVC?

Elisabet Costa Company; Lúdia Saló Sánchez; Cèlia Sanjuan Güell; Marta Cortijo Guitart; Lara Riesgo Seoane  
*UVI Clínica Girona*

#### Objetivo

Analizar y documentar si existe algún condicionante frente a la decisión PICC o CVC.

#### Material y Método

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con catéter central colocada en la Unidad. Se excluyen vías colocadas en otros servicios. Muestra total 86 pacientes, siendo clasificados según los parámetros PICC (Catéter Central Inserción Periférica), CVC (Catéter Venoso Central), edad, sexo, SAPS (Simplified Acute Physiology Score), NEMS (Nine Equivalentents of Nursing Manpower), nº de intentos, ubicación de la punta, días de permanencia e indicación: inestabilidad hemodinámica, cirugía mayor, Nutrición parenteral y sin accesos venosos. En los datos obtenidos comprobamos si existe una relación estadísticamente significativa según si se usa PICC o CVC. Usamos dos tipos de test estadísticos: contraste de hipótesis t-Student para la diferencia entre dos muestras independientes con variancia desconocida y test  $\chi^2$  para las variables cualitativas.

#### Resultados

Los parámetros de edad ( $p=0,006$ ), SAPS ( $p=0,003$ ), intentos ( $p=0,04$ ) y días de permanencia ( $p=0,002$ ) son significativamente superiores en pacientes con CVC vs PICC. Respecto a la ubicación de la punta del catéter la no correcta colocación a AD (Aurícula Derecha) de la vía ocurre más en pacientes PICC que en los CVC ( $p=0,002$ ). En cambio, no disponemos de suficientes evidencias estadísticas para afirmar que existe dependencia si el paciente lleva CVC o PICC con el sexo ( $p=0,14$ ) o NEMS ( $p=0,06$ ). Aunque se obtiene una dependencia significativa sobre su indicación ( $p=0,009$ ) según sea PICC o CVC.

#### Conclusiones

Los pacientes con inestabilidad hemodinámica, Nutrición Parenteral y dificultad de accesos venosos tienen una indicación más favorable de CVC. Mientras los pacientes con necesidad de cirugía mayor su indicación es PICC. No se encontró diferencia significativa con el NEMS, ya que valora el esfuerzo terapéutico y no sólo la carga de enfermería. Mientras que el SAPS, como índice de gravedad, se objetiva una mayor puntuación en los pacientes con CVC.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Defensa oral póster en sala

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 130

### **Creencias del equipo de Enfermería sobre las visitas abiertas en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Amaia Saralegui Gainza; Laura Azparren Tellería; Nuria Chivite Fernández; Cristina Zarranz Ventura; Nuria Barrenechea Pérez; Ainara Gutiérrez Sola  
*Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), presentan características especiales en cuanto a la normativa que regula el régimen de visitas. En la década de los 90 se inicia una corriente a favor de la flexibilización. Sin embargo, la UCI del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) donde se desarrolló este trabajo, mantenía una política restrictiva.

El traslado a una nueva estructura física, brinda la oportunidad de replantear el régimen de visitas actual y considerar una flexibilización del mismo. Para ello, se creyó importante conocer el punto de vista de los profesionales mediante un cuestionario.

**Objetivo:** Analizar las creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que la visita abierta produce en pacientes, familias y equipo de enfermería.

#### **Material y Método**

Se realizó un estudio correlacional descriptivo con el objetivo de conocer las creencias del equipo de enfermería sobre el efecto que el régimen de visitas abierto tiene en paciente, familia y equipo de enfermería.

Se plantearon tres hipótesis que contrastaron las diferencias encontradas en las creencias del equipo de enfermería, en relación a las variables sociodemográficas sexo, edad y años de experiencia en UCI.

La muestra la formaron 102 Enfermeros y Auxiliares de Enfermería, que cumplimentaron un cuestionario de 26 ítems con una escala tipo likert de cuatro puntos, además de una pregunta abierta.

#### **Resultados**

La creencia sobre el efecto positivo de las visitas dio un valor medio de 2,79 (DE= 0,35; min. 2, máx. 3,77) (máx. 4/ min. 1). De los 102 participantes, 33 contestaron a la pregunta abierta.

Los comentarios obtenidos en la pregunta abierta se agruparon en cuatro bloques.

#### **Conclusiones**

Sólo se pudo confirmar la "h3" mediante la correlación de Pearson. Se observó una correlación débil para la dimensión uno:  $r= 0,229$  y  $p < 0,02$ . Sugiriendo que a más años en UCI, la puntuación fue mayor.

El equipo de enfermería mostró sus creencias a favor del régimen de visitas abierto.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Defensa oral póster en sala

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 182

### **A propósito de un caso: proceso de cuidados a una paciente con un shock anafiláctico en UCI.**

Gustau Zariquiey Esteva<sup>1</sup>; Patricia Santa Candela<sup>2</sup>

1. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Hospital de Figueres

#### **Objetivo**

Se presenta el plan de cuidados de una señora de 42 años con shock anafiláctico secundario a la ingesta de amoxiclavulánico con compromiso de la vía aérea superior por angioedema de laringe. Previamente tuvo dos episodios de angioedema de origen desconocido. Algunos autores afirman que la incidencia de este fenómeno es de 3,2-10/100.000 personas/año.

#### **Material y Método**

Al ingreso se realizó una valoración donde destacaron tres necesidades alteradas: respiración y circulación (precisó ventilación mecánica invasiva y perfusión de noradrenalina), eliminación (requirió furosemida para mantener diuresis horarias aceptables) e higiene y protección de la piel (presentó hiperemia generalizada, edema labial, lingual y orofaríngeo).

El Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital solicitó el consentimiento informado de la paciente para el acceso a la historia clínica.

#### **Resultados**

De acuerdo con las necesidades destacadas, se priorizaron siete diagnósticos según la taxonomía NANDA: deterioro de la ventilación espontánea, disminución del gasto cardíaco, riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos, riesgo de nivel de glucemia inestable, riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional, riesgo de respuesta alérgica y riesgo de infección.

#### **Conclusiones**

La comparación de puntuaciones de los criterios de resultado al ingreso y a las 24 horas evidenció una evolución favorable: se consiguió extubar a la paciente a los nueve días, ventilando correctamente con una FiO<sub>2</sub> de 0.35.

Como limitación de este caso, no se dispuso de niveles plasmáticos seriados de histamina y triptasa para valorar la evolución del cuadro anafiláctico. La bibliografía evidencia que es un indicador a tener en cuenta.

Con sus antecedentes, sorprende la falta de conciencia y educación sanitaria dado que reconoció que la adrenalina autoinyectable estaba caducada.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Defensa oral póster en sala

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Auditorio 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 08.30 a 09.15 h.**

► ID 331

### **Prescripción de cuidados enfermeros al alta de UMI.**

M<sup>a</sup> José Rodríguez Borrajo; Zuriñe Itxaso Gil García; Rosario Romero Montoya; Mercedes Arana Monte; Iciar Jiménez Martínez; M<sup>a</sup> Teresa Ruíz Armentia

*Hospital Universitario de Álava sede Txagorritxu*

#### **Objetivo**

Conocer el grado de cumplimentación y actualización del plan de cuidados de enfermería en el informe de alta que mandamos a las unidades de hospitalización

#### **Material y Método**

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Revisamos los informes de alta de enfermería de 100 pacientes dados de alta en los últimos 2 meses. Analizamos el grado de cumplimentación de los cuidados pautados según el modelo de necesidades de Virginia Henderson y si la información que aparecía era concordante con el resto de la información que aparecía en la historia de enfermería. Toda la documentación de nuestros pacientes está informatizada.

#### **Resultados**

El 34% de los informes de alta revisados tenían correctamente pautados todos los cuidados de enfermería. El aspecto en el que más deficiencias detectamos fueron los cuidados relacionados con el riesgo de úlceras: al 42% les faltaban pautar dichos cuidados y el 2% los tenían mal pautados (no se correspondían con el riesgo real). El resto de deficiencias se encontraron en cuidados relacionados con la nutrición (faltaban en el 7% y estaban mal pautados en el 7%), cuidados relacionados con la eliminación (mal pautados en el 13%), cuidados respiratorios (mal pautados en el 3% y faltaban en el 7%). Además en el 4% faltaba algún cuidado especial del paciente o había deficiencias en la pauta de la cura de vía. El 8% de las historias tenía algún cuidado repetido.

#### **Conclusiones**

A pesar de que la informatización de los cuidados facilita el trabajo, se requiere insistir en la cumplimentación y actualización de la prescripción de cuidados al alta del servicio, como muestran los datos aportados. La incorporación continua de personal con desconocimiento del programa informático también ha podido influir en los resultados obtenidos.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

► índice pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

*Valencia*

19/22 junio 2016

► Lunes, 20 de Junio de 2016. *Planta baja*

► Martes, 11 de Junio de 2016. *Planta baja*

► Miércoles, 22 de Junio de 2016. *Planta baja*



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

► Pósters

*Planta baja.* Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.

► Pantalla nº 1

► Pantalla nº 2

► Pantalla nº 3

► Pantalla nº 4

► Pantalla nº 5

► Pantalla nº 6

► Pantalla nº 7

► Pantalla nº 8

► Pantalla nº 9

► Pantalla nº 10



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 143**

Continuidad de Cuidados de un paciente intervenido de urgencias de Aneurisma Aorto-Abdominal.

---

► **ID 152**

Importancia de la labor de Enfermería en el traslado de un paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos al servicio de radiología.

---

► **ID 141**

Opinión de Enfermería tras la implantación de un sistema de registro informatizado (SRI) en una UCI.

---

► **ID 237**

Mejorando el régimen de visitas en nuestra UCI: Punto de partida.

---

► **ID 35**

Implantación de Válvula Aórtica Transcatéter (TAVI): plan de cuidados estandarizado.

---

► **ID 75**

Actividad asistencial del equipo de marcapasos perteneciente a la UCI del Complejo Hospitalario de Jaén.

---

► **ID 115**

Manejo del paciente en tratamiento con terapia de hipotermia inducida tras parada cardiaca.

---

► **ID 389**

Evolución de la RCP.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 143

### **Continuidad de Cuidados de un paciente intervenido de urgencias de Aneurisma Aorto-Abdominal.**

Izaskun Renobales Irusta; Gorka Vallejo de la Hoz; Ana María Sánchez Villamor; Inmaculada Moro Casuso; Nerea Ingunza Basterra; Irune Echevarría San Juan; Leire Reglero García; María Aparicio Avendaño Soledad; María Cubo Cossio; Ana María Andrés Palacios  
*Hospital de Galdakao - Usansolo (Bizkaia)*

#### **Objetivo**

En el Hospital Galdakao-Usansolo (HGU), un paciente intervenido de urgencia de un aneurisma aorto-abdominal recorre el siguiente circuito: urgencias, radiología, quirófano, unidad de cuidados intensivos (UCI) y servicio de cirugía vascular. En los citados servicios debe garantizarse una adecuada calidad asistencial y debe ofrecerse una correcta continuidad de cuidados. En este sentido, se estima fundamental el trabajo desarrollado por las profesionales de Enfermería; que basándose en el (Proceso de Atención de Enfermería) brindan cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de unos resultados.

#### **Objetivos:**

Mostrar el circuito recorrido por un paciente intervenido de urgencia de un aneurisma aortoabdominal; elaborar un plan de cuidados (PC) para el citado paciente; garantizar la continuidad de cuidados desde su ingreso, hasta ser dado de alta, del proceso origen de su intervención y destacar la utilidad de la Aplicación de Cuidados OSANAIA.

#### **Material y Método**

En el HGU se trabaja con la Aplicación informática OSANAIA desde el año 2012; herramienta, que permite trabajar con las tres taxonomías enfermeras. Este PC se elabora e inicia en la UCI y supone la garantía de la continuidad de los cuidados que se le proporcionan al paciente, independientemente del nivel asistencial en que se encuentre, dentro de su proceso (Hospitalización, Consultas Externas o Atención Primaria)

#### **Resultados**

La Aplicación de Cuidados OSANAIA está integrada en la historia clínica electrónica corporativa. Se caracteriza por ser única para todos los niveles asistenciales, permite la trazabilidad de los PC y garantiza la continuidad bidireccional de los mismos.

#### **Conclusiones**

En un paciente intervenido de urgencia de un aneurisma aorto-abdominal es esencial elaborar un PC adecuado y medir los resultados obtenidos Sin embargo, trabajar con taxonomías implica disponer de herramientas informáticas (OSANAIA) Además, se debe garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes desde su llegada al hospital hasta que son dados de alta de su proceso.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 152

### **Importancia de la labor de Enfermería en el traslado de un paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos al servicio de radiología.**

Gorka Vallejo de la Hoz<sup>1</sup>; Izaskun Renobales Irusta<sup>1</sup>; Ana María Sánchez Villamor<sup>1</sup>; Inmaculada Moro Casuso<sup>1</sup>; Nerea Ingunza Basterra<sup>1</sup>; Iruñe Echevarría San Juan<sup>1</sup>; Leire Reglero García<sup>2</sup>; Juan Francisco Díez Martín<sup>1</sup>; Francisco Javier Gómez Cano<sup>1</sup>; Virginia Plaza Hernández<sup>1</sup>

1. Hospital Galdakao - Usansolo (Bizkaia); 2. C.S Mina del Morro (Bilbao)

#### **Objetivo**

En el traslado de un paciente crítico sometido a ventilación mecánica invasiva (VMI) es necesario extremar las precauciones con objeto de evitar complicaciones. Cabe destacar que, si bien el traslado de un paciente inestable puede suponer un riesgo, en ocasiones es imprescindible realizar una prueba de imagen en el servicio de radiología para establecer el diagnóstico. Es preciso reseñar, que en este tipo de traslados es fundamental la labor que desempeña el personal de Enfermería; ya que debe preparar todo el material necesario para el traslado, además de colaborar con el resto de profesionales.

#### **Objetivos:**

Mostrar el material necesario para el traslado de un paciente con VMI de UCI al servicio de radiología; garantizar la seguridad del paciente durante el traslado y la realización de la prueba de imagen; asistir al médico intensivista en su demanda y colaborar con radiólogo y técnico de rayos (TER) durante el procedimiento.

#### **Material y Método**

Material necesario para el traslado: monitor con desfibrilador; bomba de perfusión para administración de medicaciones, respirador portátil y suministro de oxígeno; y medicación precargada. Antes de comenzar el traslado se tiene que comprobar el adecuado funcionamiento de todos los aparatos; especialmente respirador, monitor y desfibrilador.

#### **Resultados**

El personal de Enfermería es el responsable de comprobar el adecuado funcionamiento de todo el material necesario; administra las medicaciones prescritas; administra el contraste endovenoso, colabora con radiólogo y TER en la realización de la prueba de imagen y acompaña al paciente en todo momento.

#### **Conclusiones**

En el traslado de un paciente sometido a VMI, se estima fundamental el trabajo desarrollado por los profesionales de Enfermería, dada su experiencia en el manejo de pacientes críticos. En este sentido, el personal de Enfermería es uno de los responsables de coordinar el traslado, resuelve la presencia de complicaciones y garantiza la seguridad del paciente.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 141

### **Opinión de Enfermería tras la implantación de un sistema de registro informatizado (SRI) en una UCI.**

Miriam Ciriza Aramburu; Consuelo Zazpe Oyarzun; Carmen Eseverri Azcoiti  
*Complejo hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

Tras la implantación de un SRI con el coste personal, técnico y económico que supone, es interesante conocer y cuantificar la opinión de enfermería, con el objetivo de detectar aspectos susceptibles de mejora que reviertan en la eficacia del trabajo y en el aumento de satisfacción profesional.

#### **Material y Método**

Estudio observacional y transversal. Cuestionario autoadministrado, voluntario y anónimo, pasados 6 meses de la implantación del SRI, dirigido a una población de 126 enfermeras de una UCI polivalente de un hospital terciario.

Los resultados se expresan mediante frecuencia y desviación estándar.

Variables recogidas: datos demográficos y profesionales, opinión sobre la formación teorico-práctica recibida, contenido del SRI y sugerencias de mejora.

#### **Resultados**

Participación del 87,2%; edad media de 36,6 años; 53,7% con más de 5 años de experiencia en UCI.

La mayoría (>80%) recibió formación previa; más del 40% afirma que fue insuficiente en: valoración, cuidados de enfermería y orden médica informatizada (OMI)

Se recogen automáticamente más datos (87,1%), más claros (55,7%), más ordenados (73%) y fiables (63,3%), facilitando la interpretación del estado del paciente (74,6%) y ayuda en la toma de decisiones (67,9%).

Para el 64,8% la OMI es más completa; menos clara para el 40% y con más errores para el 42,6%.

Facilita la unificación de la sistemática de trabajo (87,1%), la protocolización (85%), la formación del personal (59,3%) y la realización de investigaciones y auditorías (81,7%). No refleja mejor la actividad enfermera (22%) ni es fácil de usar (26,7%) y resulta complicado buscar e introducir datos en las pantallas prefiriendo el texto libre.

El 91,6% no volvería a la gráfica de papel.

#### **Conclusiones**

Aunque es necesario reforzar la formación y realizar mejoras en el diseño y contenido del programa, el SRI se valora como una herramienta eficaz para nuestro trabajo que requiere actualización y evaluación continua.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 237

### **Mejorando el régimen de visitas en nuestra UCI: Punto de partida.**

Carolina Caro Manso; Sara Sanz Paradell  
*Hospital Asepeyo Sant Cugat*

#### **Objetivo**

El Proyecto HU-CI, afirma que es posible humanizar los cuidados.

Cuestionarios de satisfacción de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 2014-2015, los ítems peor valorados son referentes al horario de visitas.

En nuestra UCI queremos promover un cambio en esta dirección y ver si es posible mejorar la atención a las familias. Pretendemos detectar cuales son las resistencias ver si podemos incidir y favorecer así hacer "visible lo invisible".

Conocer las resistencias y la predisposición del personal a modificar el régimen de visitas en la Unidad de cuidados intensivos

#### **Material y Método**

Estudio Cuantitativo descriptivo transversal.

La población de estudio es todo el personal fijo y eventual que trabaja en la UCI. Tamaño de la muestra es de 14 personas.

La recogida de información se realiza mediante un cuestionario ad-hoc, de 16 ítems con 5 opciones de respuesta, y una pregunta abierta, que se cumplimenta de forma anónima.

Las variables de estudio son referentes a la estructura del servicio, información a las familias y necesidades formativas y satisfacción del personal

#### **Resultados**

El 100% (14p) estaría dispuesto a modificar el horario de visitas actual y cree necesario un cambio en la infraestructura.

El 85,7% (12 personas) sería partidario de flexibilizar el horario de tarde y añadir franja horaria durante la noche.

Se descartaría la UCI abierta 24 horas como opción.

Destacar la importancia que le da el personal (14p) a la necesidad de formación y asesoramiento en inteligencia emocional, y manejo de situaciones de duelo por parte de personal experto.

El 71,4% (10p) destacan la importancia del respaldo por parte de los superiores y el equipo en caso de conflicto.

#### **Conclusiones**

Existe una predisposición para el cambio. Ven necesaria una mejora de la infraestructura y asesoramiento en gestión situaciones difíciles.

Contrariamente, es significativo que el personal encuentre necesario que las familias respeten la normativa, pero no ve necesario la información se dé por escrito.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 35

### **Implantación de Válvula Aórtica Transcatéter (tavi): plan de cuidados estandarizado.**

Ana Leticia Algaba Andrade; Laura Cazorla López; Carmen Ballesteros Plata  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

#### **Objetivo**

La implantación de válvula aórtica transcatheter (TAVI) surge como alternativa para pacientes con estenosis aórtica severa sintomática y alto riesgo quirúrgico por su edad avanzada, fragilidad o presencia de comorbilidades. Su utilización se ha incrementado de forma exponencial en los últimos años, evitando numerosas complicaciones y estancias prolongadas en cuidados intensivos.

El acceso puede ser transapical o transfemoral. En el primer caso la implantación se realiza directamente a través del ápex ventricular, mediante una minitoracotomía en quirófano. El acceso transfemoral se realiza en la unidad de hemodinámica de forma percutánea, por disección femoral se introduce una malla metálica que lleva en su interior la válvula; para el control angiográfico se coloca un introductor en la arteria femoral contralateral.

Se elabora por ello, un plan de cuidados estandarizado que permita orientar al personal de Enfermería hacia la realización de unos cuidados seguros y eficientes, así como prevenir las complicaciones que de esta técnica quirúrgica se derivan.

#### **Material y Método**

Búsqueda bibliográfica en CUIDEN, CINAHL, LILACS, SciELO, Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed y Medline utilizando los descriptores oficiales de Ciencias de la Salud (DeCS): estenosis aórtica, toracotomía, implantación transcatheter de válvula aórtica y cuidados intensivos.

Asimismo, nos basamos en nuestra propia experiencia al recibir y evolucionar a los pacientes que ingresan en nuestra unidad tras someterse a esta técnica.

#### **Resultados**

Se sigue una valoración integral por Patrones Funcionales según Majory Gordon y se usan distintos instrumentos de medida de salud.

Se establece un plan de cuidados mediante taxonomía NANDA, NIC, NOC. Se contemplan también posibles problemas de colaboración.

#### **Conclusiones**

La estandarización de cuidados se identifica con la eficiencia al limitar el tiempo empleado en la planificación, aunque debe siempre permitir la individualización de los mismos para evitar la despersonalización en la prestación de cuidados. Además, posibilita medir y evaluar la producción enfermera haciendo uso de un lenguaje común.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 75

### **Actividad asistencial del equipo de marcapasos perteneciente a la UCI del Complejo Hospitalario de Jaén.**

Leandra Díaz Garrido; Pilar Expósito Montes; Sonia Cruz Barranco; Juan Ángel Hernández Ortiz; Josefa Perea Ruiz; Francisca Olmo Lara; Francisco Javier la Rosa  
*UCI MQ Complejo Hospitalario de Jaén*

#### **Objetivo**

La unidad de marcapasos perteneciente a la UCI atiende a pacientes detectados en urgencias y a los derivados del Hospital Alto Guadalquivir de Andujar.

En mayo del 2015 sufrió una reestructuración de personal por lo que nos propusimos conocer que actividad asistencial se había producido desde mayo a diciembre de dicho año. Los objetivos marcados fueron:

- Conocer las características de la población atendida
- Describir los tipos de marcapasos implantados
- Identificar las complicaciones producidas en el plazo descrito.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo. La recogida de datos se realizó mediante la revisión de historias de pacientes atendidos desde mayo a diciembre del 2015. Se incluyeron los pacientes a los que se les realizó alguna intervención: implantes definitivos, provisionales de fijación activa, explantes, recolocación de electrodo.

Quedan excluidas las revisiones de funcionamiento del marcapasos.

#### **Resultados**

Población atendida formada por 57 hombres y 42 mujeres. Edad media 78,6 años

Se realizaron un total de 99 actuaciones: 66 implantes definitivos (los definimos según código internacional de estimulación NASPE): 63,6% estimulación ventricular unicameral(VVIR) y 36,4 estimulación bicameral con doble electrodo (DDDR); 16 recambios de generador por agotamiento de batería; 6 marcapasos provisionales con fijación activa.

Respecto a las complicaciones se realizaron 7 reintervenciones por dislocación de electrodo; 3 infecciones de dispositivo (dos de ellas de más de 8 años post implante) y 1 caso de decúbito (5 años de implante), todos ellos precisaron explante.

#### **Conclusiones**

El sistema de conducción fisiológico del corazón puede alterarse de forma crónica y progresiva con la edad lo que explica la edad avanzada de los pacientes atendidos. Se prevé un incremento de los pacientes que precisen marcapasos debido al aumento de la esperanza de vida.

La complicación más frecuente ha sido la dislocación de electrodo. Una de las causas puede ser el Síndrome de Twiddler. Para prevenirlo hemos comenzado a fijar el generador al músculo pectoral.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 115

### **Manejo del paciente en tratamiento con terapia de hipotermia inducida tras parada cardiaca.**

Verónica Conde Rodríguez; Miriam Murias Freijo; Maite Díez Pachón; Alexander Ruiz Peña  
*Hospital Universitario Basurto*

#### **Objetivo**

La hipotermia ligera disminuye la mortalidad y la incidencia de deterioro neurológico tras una parada cardiaca. Uno de sus efectos protectores se debe principalmente al enlentecimiento del metabolismo cerebral, que conlleva la disminución del consumo de glucosa y de oxígeno.

Existen dos formas diferentes de inducción y mantenimiento de hipotermia. La interna es más eficaz y rápida que la externa, pero esta última se utiliza más frecuentemente porque conlleva menos riesgos.

Muchos son los estudios en la literatura científica sobre la terapia de hipotermia desde un punto de vista médico, pero cuando nos centramos en los cuidados de enfermería apenas encontramos artículos, por lo que nos parece relevante realizar este estudio.

**Objetivo:** Conocer los cuidados de enfermería a administrar a un paciente en tratamiento con hipotermia inducida.

#### **Material y Método**

Se ha realizado una revisión sistemática de diferentes artículos publicados en la literatura científica, consultando las bases de datos PubMed, Cochrane, Cuiden, SciELO y CINAHL. Se han usado las palabras clave Hipotermia Inducida, Enfermería, Paro Cardíaco. Finalmente se han analizado en profundidad 3 artículos.

#### **Resultados**

El personal de enfermería debe aplicar con rapidez y sin demora el protocolo de su unidad para alcanzar la hipotermia en el menor tiempo posible. Realizará procedimientos como monitorización continua, registro de constantes, control de la temperatura central y aplicación de medidas de prevención de úlceras por presión. También colaborará en la canalización de catéter venoso central y catéter arterial.

#### **Conclusiones**

Se ha demostrado que la terapia de hipotermia inducida mejora la supervivencia de los individuos tras una parada cardiaca. En este sentido, la labor de la enfermería es esencial, ya que son estos profesionales los principales responsables de valorar y detectar cualquier problema o complicación y colaborar con el resto del equipo para su resolución.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 389

### **Evolución de la RCP.**

María Teresa Barrasa Fernández de Velasco<sup>1</sup>; Consuelo Rodríguez Goncet<sup>2</sup>

1. SAMU; 2. Hospital Universitario Virgen del Rocío

### **Objetivo**

Describir las nuevas recomendaciones de la European Resuscitation Council (ERC) 2015.

Comparar los protocolos ERC 2010 y ERC 2016.

### **Material y Método**

Estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo mediante revisión bibliográfica.

### **Resultados**

Entre las diferencias más destacadas con respecto a la RCP básica encontramos: hacen más énfasis en las interacciones de los primeros testigos con el teclado peralado del centro coordinador de urgencias, recomienda la implantación de DESAS en lugares públicos. En materia de SVA uso de parches autoadhesivos, carnografía, ecografía periparada, no recomienda el uso de dispositivos mecánicos de compresiones, en los cuidados postresucitación ya no se recomienda la hipotermia terapéutica sino el mantenimiento de la temperatura en 36 grados. En SVA pediátrico demorar 1 minuto el pintado del cordón, normotermia o hipotermia ligera, CPAP en prematuros con dificultad respiratoria, no intubación sistemática en presencia de meconio.

### **Conclusiones**

Como conclusión destacar que no hay mucha diferencia pero si algunos detalles que deben ser conocidos por el personal de emergencias y primeros testigos que atiende a este tipo de pacientes.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 101**

Principales diagnósticos e intervenciones enfermeras según la taxonomía nanda en la atención al paciente en estado crítico.

---

► **ID 195**

Comparación de dos escalas de medición de cargas de trabajo a partir de la valoración de los profesionales de enfermería de UCI.

---

► **ID 270**

Experiencia en el control de un brote nosocomial por *Acinetobacter baumannii multiresistente* (AB-MR) en la Unidad de Críticos de un Hospital docente de referencia.

---

► **ID 351**

Identificación de los puntos de mejora en los cuidados de la sonda uretral en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 23**

Efectos de seis años de crisis económica en el clima de seguridad del paciente en una UCI de un hospital de especialidades de 2º nivel.

---

► **ID 33**

¿Existen variaciones en los valores de medición de la PIA (Presión Intraabdominal), en relación a la posición del cabecero del paciente crítico? ¿(30°)?

---

► **ID 97**

Evaluación del Equipo en la Reanimación Cardiopulmonar Avanzada.

---

► **ID 105**

Niveles de *burnout* en los profesionales enfermeros de intensivos: diferencias con otros servicios hospitalarios.

---



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 101

### **Principales diagnósticos e intervenciones enfermeras según la taxonomía nanda en la atención al paciente en estado crítico.**

Óscar Arrogante Maroto; Gracia M<sup>a</sup> González Romero; Idoia Aparicio Goñi  
*Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija. Universidad Nebrija. Madrid*

#### **Objetivo**

Seleccionar los principales Diagnósticos de Enfermería (DdE) aprobados por la actual NANDA Internacional (2015-2017) y las intervenciones de Enfermería clasificadas en la NIC (Nursing Interventions Classification) específicas en el paciente crítico.

#### **Material y Método**

Se consultaron las bases de datos PubMed, Science Direct, Cuiden y Scielo. Se introdujeron los descriptores: diagnóstico de enfermería, atención de enfermería, educación en enfermería y cuidados intensivos.

Tras consultar la bibliografía existente, los profesores coordinadores del Practicum Avanzado, y mediante la realización de un panel de expertos, decidieron clasificar los principales DdE en función de los problemas más frecuentes en el paciente crítico.

Mediante la herramienta de consulta NNN Consult se asignó a cada DdE las NIC específicas en el paciente crítico.

#### **Resultados**

**Problemas respiratorios:** Patrón respiratorio ineficaz, Respuesta ventilatoria disfuncional al destete, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Riesgo de aspiración.

**Problemas hemodinámicos:** Disminución del gasto cardíaco, Perfusión periférica tisular ineficaz.

**Problemas neurológicos:** Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, Discomfort, Trastorno del patrón del sueño, Deterioro de la comunicación verbal, Riesgo de confusión aguda.

**Problemas nefrouriarios:** Exceso de volumen de líquidos.

**Problemas nutricional-metabólicos:** Riesgo de desequilibrio electrolítico.

**Otros problemas:** Deterioro de la movilidad, Riesgo de síndrome de desuso, Ansiedad, Ansiedad ante la muerte, Interrupción de los procesos familiares.

Cada DdE consta de las NIC relacionadas más frecuentes en el cuidado del paciente crítico.

#### **Conclusiones**

La existencia de 235 diagnósticos enfermeros en la vigente taxonomía NANDA-Internacional hace necesaria la selección de aquellos DdE y NIC específicas en la atención del paciente crítico.

La selección de los DdE y las NIC específicas del paciente crítico constituye una herramienta útil en nuestra labor docente de los alumnos de grado y postgrado de Enfermería.

Dicha selección supone un camino hacia la unificación del lenguaje enfermero en los cuidados intensivos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 195

### **Comparación de dos escalas de medición de cargas de trabajo a partir de la valoración de los profesionales de enfermería de UCI.**

M<sup>a</sup> Fuensanta Hellín Gil<sup>1</sup>; Juan José Rodríguez Mondéjar<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> José López Montesinos<sup>3</sup>; Ana Myriam Seva Llor<sup>3</sup>; M<sup>a</sup> Pilar Ferrer Bas<sup>1</sup>; Antonia García Verdú<sup>1</sup>; Marzena Mikla<sup>4</sup>; Ana Belén Sánchez García<sup>3</sup>

1. H.C.U.V. Arrixaca; 2. UME2. Alcantarilla; 3. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia; 4. H.U. Reina Sofía

#### **Objetivo**

Los estudios de cargas de trabajo surgen como la herramienta más objetiva para ajustar las plantillas de enfermería a las demandas reales de cuidados, utilizando escalas o instrumentos de medida.

Tradicionalmente, los estudios de cargas de trabajo se han realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), por tener pacientes más demandadores de cuidados debido a su situación crítica, y a las consecuencias derivadas de ésta, creando escalas de medición de cargas de trabajo específicas.

Nos hemos centrado en las escalas NEMS (Nine Equivalent of Nursing Manpower Use Score), por ser de uso habitual en la UCI objeto de estudio desde el año 1997, sin repercusión a nivel de gestión de recursos humanos, y la escala NAS (Nursing Activities Score) como escala alternativa, al ser la más reciente y más representativa del trabajo enfermero, con el objetivo de conocer, antes de plantearnos cambiar de escala, cuál de las dos es más valorada por los profesionales.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo, incidental y cuantitativo. Valoración de las escalas NAS y NEMS por los enfermeros/as de la UCI, mediante un cuestionario diseñado y validado para una muestra. Análisis descriptivo para variables numéricas, calculando la media y la desviación típica.

#### **Resultados**

Los profesionales valoran con 9 la importancia de medir cargas de trabajo. La escala NAS obtiene mejor valoración global (media 7,20, desviación típica 1,61) y de todos los ítems (5,66- 7,36), destacando el registro de las actividades de enfermería (7,36), que la escala NEMS (media 3,93, desviación típica 2,22) y sus ítems (3-5,74), donde puntúa más la cumplimentación (5,74), que a su vez es el ítem menos valorado en la NAS (5,66).

#### **Conclusiones**

La escala NAS resulta más adecuada, según los profesionales, para medir cargas de trabajo de enfermería en UCI, ya que la consideran más representativa en comparación con la NEMS, aunque ésta es más sencilla de cumplimentar.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 270

### **Experiencia en el control de un brote nosocomial por *Acinetobacter baumannii* multiresistente (AB-MR) en la Unidad de Críticos de un Hospital docente de referencia.**

Bárbara Coloma-Gómez; Laura Sánchez Vidal; Noelia Custodio Cuaresma; Elisabeth Vidal Roig; Ester Radigales Coscullano; Yasmina Gamarro Cano; M<sup>a</sup> Pilar Puig Reverter; Carmen Reyes Padrón; Amparo Prieto Trabal; Elena Domínguez Galan

*Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona*

#### **Objetivo**

Describir la aparición de nuevos casos de colonización/infección por AB-MR de origen nosocomial y las medidas adoptadas para evitar la transmisión y reducir el reservorio.

#### **Material y Método**

A partir de los resultados del programa de vigilancia de la colonización por bacilos gram negativos multirresistentes (BGNMR) en la UCI, se detecta la transmisión de AB-MR a partir de un caso índice importado. Se ponen en marcha el procedimiento para el estudio y control de brotes: aislamiento de contacto y en una segunda fase, cohortización; recogida de muestras ambientales, revisión de procedimientos de limpieza y desinfección, y vigilancia epidemiológica.

A partir del análisis de la situación, el grupo de trabajo de Resistencia Zero y Medicina Preventiva elaboraron una estrategia de actuación, basada en la intervención sobre el reservorio (pacientes y superficies) y en la intensificación de las medidas de higiene y aislamiento. Se realizaron sesiones informativas periódicas para todos los profesionales. Se analizaron cuantitativamente los resultados obtenidos en concepto de infección y aislamiento desde el primer caso fuente (septiembre 2014) hasta la erradicación completa del brote (junio 2015).

#### **Resultados**

Se detectaron 45 nuevos casos de colonización. 7 (15,5%) presentaron infección nosocomial (2 infección de herida quirúrgica, 4 respiratoria, 1 bacteriemia). En febrero y abril se producen dos picos de mayor transmisión (presión de colonización del 35%). En junio se detecta el último nuevo caso. En la vigilancia posterior no se ha evidenciado transmisión. En cuanto a la contaminación ambiental, se realizó muestreo en 4 momentos, evidenciando un 61%, 34%, 10% y 0% de muestras positivas para AC-MR.

#### **Conclusiones**

El abordaje multidisciplinar e integral de la situación, con la monitorización de pacientes y ambiente, es fundamental para elaborar medidas de control del brote. El paquete de medidas adoptado por el grupo de Resistencia Zero ha resultado eficaz para erradicar el brote en seis meses.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 351

### **Identificación de los puntos de mejora en los cuidados de la sonda uretral en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Maria Josep Arévalo Rubert; Celia Sánchez Calvin; Joaquina Delgado Mesquida  
*UCI Hospital Universitario Son Espases*

#### **Objetivo**

El sondaje uretral es una técnica utilizada en unidades de cuidados intensivos (UCIs) no exenta de riesgo de infección en la inserción y mantenimiento. El incremento de la tasa de incidencia de infección urinaria relacionada con sonda uretral por encima del estándar recomendado por la SEMICYUC, nos planteó la necesidad de su disminución como una estrategia de mejora. **Objetivos:** Identificar pautas de actuación en los cuidados de la sonda uretral. Analizar los puntos de mejora en los cuidados de la sonda uretral

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo transversal durante tres meses.

**Muestra:** personal de enfermería (diplomados universitarios y auxiliares) adscritos a la UCI.

**Instrumento:** encuesta anónima estructurada de 13 preguntas con respuesta cerrada y 1 una abierta. Análisis estadístico descriptivo con Microsoft Excel.

**Variables:** socio demográficas, profesionales y relacionadas con el procedimiento.

#### **Resultados**

Se enviaron por correo electrónico 125 encuestas (84 a enfermeras y 41 a auxiliares). La tasa de respuesta fue del 50,4% (63-125). Los datos socio-demográficos: un 88,9% mujeres y experiencia laboral media en UCI de 10 a 15 años. Los profesionales manifestaron en un 72,6% (45-63) la realización siempre de higiene de manos inmediatamente antes de la manipulación del catéter vesical, frente al 22,6% (14-63) que afirmó que casi siempre. El 71,4% (45-63) conocía el protocolo a seguir. Confirmaron la utilización de técnica aséptica en la inserción del catéter el 90,5% (57-63), pero solo el 44,3% (27-63) durante la realización de lavados vesicales. El 6,3% (4-63) de los encuestados asegura no pinzar nunca la sonda cuando se pasa la bolsa por encima del paciente. La higiene de la zona genital en los pacientes sondados es realizada por el 88,7% (55-63) con agua y jabón neutro.

#### **Conclusiones**

Se evidencia la necesidad de reforzar aspectos del cuidado de la sonda uretral e incidir en la importancia del cumplimiento medidas de prevención. La variabilidad en la práctica clínica, consecuencia directa de la arbitrariedad, implica un deterioro en la calidad de los cuidados.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 23

### **Efectos de seis años de crisis económica en el clima de seguridad del paciente en una UCI de un hospital de especialidades de 2º nivel.**

Juan Manuel Ramos Rodríguez; María Gómez Diego; Rafael Bohollo de Austria; Dolores Mendoza Delgado; Alicia Oliva Cesar

*UCI Hospital del SAS de Jerez de la Frontera*

#### **Objetivo**

Comparar el clima de seguridad del paciente existente en la UCI del Hospital del SAS de Jerez, en los inicios de la crisis económica con el momento actual.

Determinar áreas de mejora donde poder actuar el grupo de seguridad del paciente.

#### **Material y Método**

Estudio analítico observacional.

La herramienta de recogida de datos ha sido un cuestionario autoadministrado extraído de la versión española de la encuesta validada "Hospital Survey on Patient Safety".

Cuenta con 19 preguntas de opinión con respuesta en escala Likert, más una pregunta con respuesta numérica de valoración global.

Se extrajeron las preguntas más relevantes del cuestionario original en el año 2009.

Se realizó un pilotaje inicial y se autoadministró en formato papel (2009)

En 2015 se ha administrado de nuevo de forma electrónica a través de smartphones y correo electrónico.

#### **Resultados**

38 personas de todas las categorías profesionales contestaron en 2009 frente a 51 en 2015.

Se ha realizado un contraste de hipótesis para ver si existen diferencias de opinión entre ambos años.

Solo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en 2 de las 20 preguntas:

- "Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo" ( $p=0.001$ ). Las personas que están de acuerdo pasan de un 19% a un 55%.
- "Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo". ( $p=0.019$ ). En desacuerdo baja de un 78% en 2009 a un 49% en 2015.

#### **Conclusiones**

En función a los datos obtenidos, no se evidencia un deterioro en el clima de seguridad del paciente tras seis años de crisis económica.

Cabe destacar que, en nuestra UCI se ha realizado un enorme esfuerzo por mantener la ratio enfermera y medico/paciente, siendo esto, uno de los elementos más importantes reconocidos para la disminución de problemas de seguridad.

Se hace necesario el retomar medidas como la formación y la notificación de incidentes.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 33

### **¿Existen variaciones en los valores de medición de la PIA (Presión Intraabdominal), en relación a la posición del cabecero del paciente crítico? ¿(30°)?**

Andrea López Pérez; Natalia Garrido Arribas; Francisco Paredes Garza; Cristina Cantero Pérez; Irene Porres Revuelta  
HULP

#### **Objetivo**

Identificar la existencia de literatura a cerca de los diferentes valores de PIA en relación a la posición del cabecero del paciente crítico (30°).

#### **Material y Método**

Se realiza una revisión sistemática, utilizando las siguientes bases de datos: PubMed, CINHALL, Scielo, LILACS, CUIDEN y ENFISPO. Dos revisores independientes evaluaron la congruencia de los artículos a partir de los resúmenes. En la búsqueda, se emplean como palabras clave: PIA, posición del cabecero y medición, encontrando solamente 3 artículos con relevancia significativa; de los que se efectuó una revisión a texto completo.

#### **Resultados**

Se encontraron 3 artículos. En el primero de ellos se nombra la existencia de diferencias significativas entre la PIA y la posición del cabecero del paciente crítico (entre 30° y 45°) produciéndose valores mayores a 45°.

El segundo artículo hace referencia a la escasez significativa de resultados cuando las mediciones no se realizan a 0°.

En el tercer artículo concluye que los cambios relevantes en cuanto a PIA ocurren a partir de posiciones del cabecero mayores de 20°.

#### **Conclusiones**

De toda la literatura consultada, no se han encontrado artículos que propongan una relación directa entre valores de PIA y la posición habitual del paciente crítico(30°), que defina un valor constante de normalidad.

Como hemos descrito previamente, la posición del paciente crítico es a 30° para evitar complicaciones derivadas de su patología (neurocrítico, neumonía asociada a ventilación mecánica, etc).

Dada la importancia de la PIA como valor pronóstico y de gravedad y conociendo que la medición de PIA se realiza a 0°, consideramos necesario realizar un estudio con el fin de encontrar una constante que permita establecer un valor de PIA con el paciente a 30°.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 97

### **Evaluación del Equipo en la Reanimación Cardiopulmonar Avanzada.**

Gema Tenor Salas; Eloisa Mata Tellez; Manuel Montañes González  
Complejo Hospitalario Universitario Huelva

#### **Objetivo**

Evaluar el trabajo en equipo, liderazgo y gestión de tareas en la Reanimación Cardiopulmonar Avanzada(RCP-A) simulada en el contexto de un curso de formación

#### **Material y Método**

Estudio observacional descriptivo realizado en el complejo hospitalario universitario de Huelva (CHUH), entre marzo 2014 a diciembre 2015. Población: médicos y enfermeros del CHUH.

Instrumento: para evaluar el rendimiento del equipo se empleó la escala observacional validada por Cooper, "Development of The Emergency Assessment Measure, TEAM" (11 ítems): liderazgo (2 ítems), trabajo en equipo (7 ítems), gestión de tareas (2 ítems) y rendimiento global del equipo (1 ítem).

La puntuación de los 10 primeros ítems oscila entre "0-4" y del último entre "0-10". Siendo "0" el valor más bajo.

La evaluación fue llevada a cabo por 3 expertos clínicos.

Análisis cuantitativo: media y desviación estándar [DE]. Para concordancia entre los evaluadores se utilizó la prueba de multivariante WMauchly.

#### **Resultados**

Muestra : 33 equipos (11 médicos, 11 enfermeros y 11 mixtos).

Se obtuvieron los siguientes resultados: Liderazgo  $4,2 \pm 2,62$ , trabajo en equipo  $20,90 \pm 4,67$ , gestión de tareas  $5,56 \pm 1,74$  y rendimiento global  $5,51 \pm 1,89$ . Los resultados varían en función de la composición del equipo (tabla adjunta). En relación al rendimiento global se obtuvo una puntuación media por equipos de : 5,26 (médicos), 6,69 (enfermeros) y 4,57 (mixtos). Tabla 1.

Se observó discordancias entre los evaluadores: liderazgo (WMauchly= 0,268; 2 g.l; p=.000), trabajo en equipo (WMauchly= 0,475; 2 g.l; p=.000) y gestión de tareas (WMauchly= 0,797; 2 g.l; p=.000)

#### **Conclusiones**

La RCP-A requiere de la coordinación de un equipo multidisciplinar. Nuestros resultados nos sugieren que hay un mayor rendimiento en los equipos de una sola categoría. Se hace necesario el entrenamiento en habilidades no técnicas de forma periódica entre los equipos multidisciplinarios.

| EQUIPO/CATEGORIA         | MÉDICOS | ENFERMEROS | MIXTO |
|--------------------------|---------|------------|-------|
| LIDERAZGO (0-8)          | 3,48    | 5,51       | 3,02  |
| TRABAJO EN EQUIPO (0-28) | 21,14   | 22,45      | 19,11 |
| GESTIÓN DE TAREAS(0-8)   | 5,44    | 6,69       | 4,54  |
| RENDIMIENTO GLOBAL(0-10) | 5,2     | 6,96       | 4,57  |



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 105

### **Niveles de *burnout* en los profesionales enfermeros de intensivos: diferencias con otros servicios hospitalarios.**

Óscar Arrogante Maroto<sup>1</sup>; Gracia M<sup>a</sup> González Romero<sup>1</sup>; Eva G. Aparicio Zaldívar<sup>2</sup>

1. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija. Universidad Nebrija. Madrid; 2. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

#### **Objetivo**

Determinar las diferencias en las tres dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales enfermeros de intensivos, de otros servicios especiales y de servicios de hospitalización.

#### **Material y Método**

**Diseño:** Estudio cuantitativo correlacional de corte transversal.

**Participantes:** 133 profesionales de Enfermería del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), de los cuales 30 pertenecían a la UCI, 31 a otros servicios especiales (principalmente reanimación y urgencias) y 72 a servicios de hospitalización (principalmente medicina interna y oncología).

**Instrumento:** Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) para evaluar el burnout.

**Procedimiento:** Distribución de los cuestionarios para su depósito posterior en una urna ubicada en los controles de Enfermería de cada servicio.

Análisis de las diferencias mediante ANOVA (SPSS v.21).

#### **Resultados**

Se encontraron diferencias en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización entre los profesionales enfermeros de intensivos y los de otros servicios especiales, puntuando más alto en ambas dimensiones los profesionales de intensivos.

No se encontraron diferencias en ninguna de las dimensiones del burnout entre los profesionales de Enfermería de intensivos y de servicios de hospitalización.

#### **Conclusiones**

Los profesionales enfermeros de intensivos se perciben más agotados emocionalmente y despersonalizados que los de otros servicios especiales, y sin embargo, presentan niveles de burnout similares a los de servicios de hospitalización.

El síndrome de burnout debería prevenirse mediante programas específicos, especialmente en los profesionales enfermeros de intensivos, dadas las consecuencias negativas para la salud de los mismos.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 334**

Impacto de un programa de prevención de infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 36**

Atención al paciente trasplantado renal durante la primera dosis de timoglobulina.

---

► **ID 250**

Guía para la información enfermera a la familia del paciente crítico.

---

► **ID 61**

Grado de conocimiento de las medidas preventivas y de tratamiento de las úlceras por presión entre el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario de Guadalajara.

---

► **ID 344**

¿Debemos ordeñar en cirugía cardíaca? Evidencias en el mantenimiento de la permeabilidad de los tubos torácicos.

---

► **ID 348**

Revisión bibliográfica sobre la diarrea en las Unidades de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 372**

Valoración del ruido en una Unidad de Cuidados Intensivos y medidas para su control.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 334

### **Impacto de un programa de prevención de infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Maria Josep Arévalo Rubert; Celia Sánchez Calvin; Joaquina Delgado Mesquida  
*UCI Hospital Universitari Son Espases*

#### **Objetivo**

La infección urinaria (ITU) nosocomial se relaciona principalmente con la utilización de sonda uretral (SU). Se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad, de la estancia y costes hospitalarios. Constituye un indicador importante de los cuidados de enfermería al paciente crítico. La implementación de paquetes de medidas basadas en la evidencia científica tiene un impacto positivo en su prevención y reducción. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de un programa de prevención de la infección urinaria relacionada con el sondaje uretral (ITU-SU) tras la incorporación de estrategias multifactoriales.

#### **Material y Método**

Estudio cuasi experimental en dos periodos antes-después de una intervención para el control del incremento superior al estandar de las ITU-SU en una Unidad de Cuidados Intensivos. Se diseñó un plan de mejora: análisis y evaluación de los puntos débiles en el manejo de la SU mediante una encuesta anónima; definición e implantación de medidas basadas en la evidencia relacionadas con los cuidados de SU: la inserción, el mantenimiento, en caso de obstrucción y para la toma de muestras; revisión y actualización del protocolo hospitalario de sondaje uretral. Se comparó la densidad de incidencia de ITU-SU entre los pacientes ingresados preintervención (del 01-04-2014 al 30-06-2014), y post-intervención (del 01-04-2015 al 30-06-2015).

**Variables:** densidad de incidencia (DI), estancia en UCI, días de sondaje urinario, microorganismos aislados.

#### **Resultados**

La tasa global de DI descendió de 6,49 episodios/1000 días de sondaje urinario en 2014 a 2,91 post-intervención. Se produjo un incremento de los días de sondaje urinario. Post-intervención se reduce la multiplicidad de microorganismos, no aislándose *P.aeruginosa*, *S.aureus*, *S.aureus* meticilin resistente ni *Candida albicans*. La incidencia de *E.coli* es de (46,67% pre y 37,50% post).

#### **Conclusiones**

La disminución en la tasa de infección desde la implantación del programa de prevención de ITU-SU en la unidad avala la efectividad de las intervenciones realizadas, y la mejora de la calidad en los cuidados de los pacientes con SU.

|                               | Pre-intervención | Post-intervención |
|-------------------------------|------------------|-------------------|
| Número de ingresos            | 382              | 370               |
| Pacientes con sondaje uretral | 295              | 276               |
| Días de estancia              | 2601             | 2687              |
| Días de sondaje uretral       | 2310             | 2407              |
| Densidad de incidencia        | 6,49             | 2,91              |

Tabla 1. Densidad de incidencia

|                                      | Pre-intervención n(%) | Post-intervención n(%) |
|--------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| <i>E.coli</i>                        | 7 (46,67%)            | 3 (37,50%)             |
| <i>P.aeruginosa</i>                  | 3 (20,00%)            | 0                      |
| <i>S.aureus</i>                      | 1 (6,67%)             | 0                      |
| <i>S.aureus</i> meticilin resistente | 1 (6,67%)             | 0                      |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i>         | 1 (6,67%)             | 2 (25%)                |
| <i>Candida albicans</i>              | 1 (6,67%)             | 0                      |
| <i>Enterococcus faecalis</i>         | 1 (6,67%)             | 2 (25%)                |
| <i>Enterobacter cloacae</i>          | 0                     | 1 (12,50%)             |

Tabla 2. Porcentajes de microorganismos aislados



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 36

### **Atención al paciente trasplantado renal durante la primera dosis de timoglobulina.**

Ana Leticia Algaba Andrade; Carmen Ballesteros Plata; Laura Cazorla López  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

#### **Objetivo**

La Timoglobulina es un anticuerpo policlonal que se obtiene de la inmunización de timocitos humanos en conejos. Se incluye como tratamiento inmunosupresor en el postrasplante inmediato de pacientes con alto riesgo inmunológico o de donantes subóptimos para la prevención y tratamiento del rechazo agudo.

Su carácter heterólogo puede desencadenar reacciones anafilácticas en la primera infusión, por lo que en nuestro hospital se administra en la unidad de cuidados intensivos a efectos de monitorización e inmediato tratamiento de posibles complicaciones.

El objetivo es presentar el conjunto de actividades y procedimientos para disminuir la variabilidad en la práctica clínica y garantizar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

#### **Material y Método**

Búsqueda bibliográfica en CUIDEN, CINAHL, LILACS, SciELO, Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed y Medline utilizando los descriptores: trasplante de riñón, inmunología del trasplante, anticuerpos heterófilos; identificando los artículos que aportaban resultados relevantes para nuestro objetivo.

#### **Resultados**

Durante el procedimiento se consideran distintas recomendaciones con eficacia demostrada: informar al paciente (grado C de recomendación), higiene de manos correcta (nivel I de evidencia), preparación del medicamento según las indicaciones del fabricante (grado A) y prevención de infección asociada a catéteres vasculares (proyecto Bacteriemia Zero).

#### **Conclusiones**

El algoritmo de actuación es:

- Verificar la prescripción médica.
- Informar al paciente/familia.
- Comprobar ausencia de alergias.
- Administrar premedicación para prevenir reacción anafiláctica.
- Preparación de la infusión de Timoglobulina.
- Administración en infusión intravenosa lenta (6 horas). Uso de filtro en línea de 0,22 µm.
- Vigilancia de constantes vitales y signos/síntomas de reacción adversa.
- Si reacción anafiláctica: suspender administración.
- Si reacción leve: administrar en 12 horas.
- Registro y notificación de eventos adversos, si procede.

El seguimiento de este protocolo permite una atención segura y eficaz reduciendo la complejidad y variabilidad, generando controles automáticos a lo largo del procedimiento y permitiendo que el personal de reciente incorporación realice de manera segura un proceso poco conocido.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 250

### **Guía para la información enfermera a la familia del paciente crítico.**

Laura de la Cueva Ariza<sup>1</sup>; Pilar Delgado Hito<sup>2</sup>; Marta Romero García<sup>1</sup>; Gemma Martínez Estalella<sup>2</sup>; Albert González Pujol<sup>1</sup>; Jordi Nogueras Haro<sup>2</sup>; Gemma Via Clavero<sup>3</sup>; Olga Vallés Fructuoso<sup>3</sup>; Rafael Justel García<sup>3</sup>; M<sup>a</sup> Teresa Lluch Canut<sup>3</sup>

1. Escuela Universitaria de Enfermería; 2. Universidad de Barcelona; 3. Hospital Universitario de Bellvitge

### **Objetivo**

La información es una de las necesidades de la familia del paciente crítico más prioritaria. Dentro de un plan estratégico de mejora de las intervenciones enfermeras a la familia, en un hospital de tercer nivel, se detectó la necesidad de elaborar una herramienta que ayudara a las enfermeras a proporcionar información. Decidiéndose elaborar una guía que disminuyese la variabilidad en cuanto a la forma y el contenido de la información enfermera con el fin de mejorar los cuidados, satisfacción y afrontamiento de la familia.

### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en CINAHL, MEDLINE y SCOPUS, y de documentos de sociedades científicas, colegios profesionales y libros de referencia (segundo semestre 2015). Palabras claves: "information", "communication", "nurs\*", "intensive care" y "family". Criterios de inclusión para fuentes primarias: artículos originales o revisiones publicados desde 2005 en inglés, español y portugués.

Tras la revisión se constató que los aspectos que debería incluir la guía estaban relacionados con la frecuencia, contenido, forma y lugar de la información.

### **Resultados**

Siguiendo las recomendaciones de la evidencia, la guía se estructuró en intervenciones:

- Previas: Identificar los familiares de referencia, valoración psicoemocional del familiar, planificar la información a transmitir, identificar el momento y lugar más adecuado.
- Sobre contenido: Estructura y dinámica de la unidad, necesidades y cuidados prestados a su familiar, posibilidad de implicación de la familia en los cuidados, posibilidades de interacción con el paciente, clarificar dudas, ayudar en toma de decisiones, ofrecer disponibilidad informativa y terapéutica.
- Sobre formato: Establecer un ambiente empático y de confianza, utilizar un lenguaje sin tecnicismos adecuado a la situación psicosocial de la familia, comprobar la comprensión de la información.

### **Conclusiones**

La guía se constituye como instrumento de ayuda a las enfermeras dando pautas genéricas para permitir la adaptación de la información a las características de cada familia y unidad, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica.

*Esta guía es una iniciativa que surge a raíz del desarrollo del proyecto de investigación "Mejorando la intervención enfermera con la familia del paciente crítico: una aproximación cualitativa, participativa y de saberes en acción". Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad con co-financiación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional, cuyo lema es "Una manera de hacer Europa" (P113/00459) y por el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (PR-1809-13)".*



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 61

### **Grado de conocimiento de las medidas preventivas y de tratamiento de las úlceras por presión entre el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario de Guadalajara.**

Moisés Gracia Martínez<sup>1</sup>; Pablo Rojo Villar<sup>2</sup>; María Isabel Jiménez López Peláez<sup>2</sup>; Virginia Larios Reyes<sup>2</sup>; Beatriz Viejo Hernando<sup>2</sup>; M. Ángeles Navarro Nicuesa<sup>2</sup>

1. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla; 2. Hospital de Guadalajara

#### **Objetivo**

Las úlceras por presión (UPP) causan dos graves problemas: por un lado, un enorme sufrimiento y frustración en el individuo y, por otro, un aumento de los costes para la institución, y de la carga de trabajo para los profesionales sanitarios.

El objetivo del presente trabajo es determinar el grado de conocimiento de las medidas preventivas y de tratamiento de las UPP entre el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Guadalajara.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo transversal con los profesionales enfermeros que deseen participar, excluyendo a los autores del estudio, lo que da lugar a una muestra de n=23.

Se distribuye entre el personal participante un cuestionario sociolaboral, de elaboración propia, y el test, sobre medidas preventivas y de tratamiento de UPP de 22 preguntas, de Quesada Ramos. El análisis de los datos se realiza con el programa informático spss 22.0.

#### **Resultados**

Los resultados muestran que el número medio de aciertos es de 12,91 y, además, el 69,6 % del personal no ha recibido formación alguna en los últimos tres años.

La medida preventiva más conocida es: la colocación de colchonetas y colchones en pacientes de medio y alto riesgo, con un 95.7% de los aciertos, y la que menos, el alivio de la presión con el apósito adecuado, con un 87% de los fallos.

Por cuanto concierne a las medidas de tratamiento la más conocida es: la valoración de la lesión, con un 100% de aciertos, y las menos conocidas: el manejo de la infección y la toma de muestra para cultivo, con un 73.9% de fallos.

#### **Conclusiones**

Dados los resultados, se hace necesario establecer entre los profesionales de enfermería de la UCI del Hospital Universitario de Guadalajara un programa de formación continuada sobre prevención y tratamiento de las UPP



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 344

### **¿Debemos ordeñar en cirugía cardíaca? Evidencias en el mantenimiento de la permeabilidad de los tubos torácicos.**

Lorena López Aguilera; Amalia Cobo Guerrero; Ainoa Moro Blázquez; Sergio González Carretero  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal*

#### **Objetivo**

La manipulación de tubos torácicos en pacientes que han sido sometidos a cirugía cardíaca es una práctica habitual de enfermería en el cuidado diario. Existen diversas técnicas para mantener la permeabilidad de los drenajes pero actualmente se consideran una práctica controvertida.

Algunos autores sostienen que dichas manipulaciones no son seguras debido a que producen una elevada presión negativa en el espacio pleural, dolor, aumento del riesgo de hemorragia y deterioro de la función ventricular izquierda. Por tanto, son consideradas técnicas a evitar o incluso estar contraindicadas.

Por otra parte otros estudios indican que son necesarios en casos de obstrucción del tubo torácico, cuando el coágulo sea visible, porque refieren que no exista un incremento significativo del daño al paciente.

El objetivo del presente trabajo es analizar el conocimiento científico actualizado sobre los efectos derivados del ordeño de los tubos torácicos en cirugía cardíaca, las técnicas de ordeño, así como sus posibles indicaciones para encontrar la mayor evidencia que avale o no el uso de estas técnicas teniendo en cuenta que, en la actualidad, disponemos de nuevos sistemas para mantener la permeabilidad sin aplicar presiones negativas elevadas.

#### **Material y Método**

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Cochrane, Cinhal y Joanna Briggs Institute.

Palabras clave: management, milking, nursing care, patency, stripping y thoracic drainage.

#### **Resultados**

La importancia de mantener la permeabilidad de los drenajes torácicos queda demostrada, sobre todo en el postoperatorio inmediato para evitar complicaciones potencialmente graves e incluso letales. Diversos autores indican que debe valorarse siempre el riesgo-beneficio y la situación clínica individual antes de aplicar estas técnicas.

#### **Conclusiones**

No existen suficientes evidencias científicas para recomendar un método específico en el manejo y prevención de la obstrucción de los tubos torácicos. Nuevos estudios deben ser desarrollados en esta línea.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 348

### **Revisión bibliográfica sobre la diarrea en las Unidades de Cuidados Intensivos.**

Marta Gutiérrez González; Laura Hernández Ruiz  
*Hospital Universitario de Burgos*

#### **Objetivo**

La diarrea es la complicación gastrointestinal no hemorrágica más común en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pero su incidencia real se desconoce por la falta de criterios homogéneos para su definición y diagnóstico.

**Objetivo:** revisar la bibliografía existente sobre la etiología, diagnóstico y manejo de la diarrea en el paciente crítico.

#### **Material y Método**

Los términos Mesh empleados en la búsqueda fueron diarrea/diarrhea, cuidados intensivos/critical care y tratamiento/treatment. Las bases de datos consultadas fueron Pubmed, Medline y Google Académico. Encontrados un total de 22 artículos de los que se excluyeron 7 por no ser pertinentes para esta revisión.

#### **Resultados**

Sobre la etiología de la diarrea en UCI parece claro que está relacionada con la toma de fármacos, causas infecciosas y la relacionada con nutrición enteral (DANE).

En cuanto al diagnóstico, los criterios utilizados para la definición de diarrea son diferentes en función de la bibliografía consultada.

Respecto al uso de prebióticos, probióticos y simbióticos no hay evidencias científicas concluyentes para demostrar el beneficio de su uso en el paciente crítico. Si que está recomendado el empleo de *Saccharomyces Boulardi* en la prevención y tratamiento de la DANE. Otros como los *Lactobacillus* y *Bifidobacterias* parecen ser capaces de prevenir o aliviar la diarrea. Y sobre los simbióticos la experiencia de uso es limitada pero parece que los resultados de los estudios realizados son esperanzadores.

#### **Conclusiones**

Los estudios sobre la diarrea en UCI son escasos, con tamaño de muestras insuficientes y los resultados son a menudo contradictorios, por lo que son necesarios más trabajos para establecer recomendaciones definitivas. La diarrea produce una serie de alteraciones en el paciente crítico y supone una mayor carga de trabajo de enfermería, lo que aumenta el coste de la atención de estos pacientes. Por esta razón creemos necesario desarrollar protocolos de actuación específicos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 372

### **Valoración del ruido en una Unidad de Cuidados Intensivos y medidas para su control.**

Javier Inat Carbonell<sup>1</sup>; Amparo Benavent Benavent<sup>1</sup>; Gemma Martínez Catalá<sup>1</sup>; Ana Díaz Belinchón<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Teresa Latorre Arfella<sup>2</sup>

1. UCI. Hospital Clínico Valencia; 2. PRL. Hospital Clínico Valencia

#### **Objetivo**

Conocer el nivel de ruido ambiental de nuestra Unidad y promover medidas de control para su disminución

#### **Material y Método**

Nuestra unidad consta de dos salas: Agudos y Coronarias con 10 y 6 camas respectivamente, donde trabajan un elevado nº de personas de distintos estamentos: médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, técnicos, personal de limpieza y en varios momentos al día hay que añadir dos familiares por paciente.

Se realizaron tres mediciones de tres minutos cada una, en distintas franjas horarias durante 4 días consecutivos, con el sonómetro integrador promediador tipo 2 modelo SC160 de la marca CESVA, expresando las mediciones en decibelios (dB) y haciéndolas coincidir con el horario de visitas de familiares, el cambio de turno de la Enfermería y a media mañana, que son los momentos que más personal se encuentra en la Unidad

#### **Resultados**

De las 36 mediciones que se realizaron en total en cada sala se obtuvo una media de 64,1 dB en la Unidad de Agudos con una medición mínima de 51 dB y una máxima de 89 dB y una media de 59,67 dB en la Unidad Coronaria con una medición mínima de 45,9 dB y una máxima de 87,4 dB.

#### **Conclusiones**

Los niveles de ruido sobrepasan ampliamente los valores estipulados en la ley 37/ 2003 (45 dB en horario diurno y 35 dB en horario nocturno) siendo la principal fuente de sonido la conversación del personal. Lo que nos hace plantearnos una serie de estrategias para minimizar los efectos nocivos que pueden representar a nuestros pacientes, la enfermera debe de contribuir a proteger al paciente de ruidos innecesarios identificando las fuentes de ruido y minimizándolas, modificando los comportamientos por otros más silenciosos y valorando la necesidad o no de interrumpir el sueño del paciente, disminuyendo o eliminando conversaciones innecesarias e introduciendo periodos de inactividad especialmente durante la noche.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 189**

¿Ha influido la implantación de turnos de 12 horas en las infecciones intra - UCI?

---

► **ID 231**

El nivel de cronicidad como predictor en la carga de trabajo de enfermería.

---

► **ID 247**

Impacto de la formación en el descenso de las tasas de Infección Urinaria.

---

► **ID 303**

Ansiedad percibida por los participantes en escenarios de simulación de cuidados críticos del paciente adulto.

---

► **ID 349**

Tasas de infección de los catéteres venosos centrales (CVC) seguidos por el servicio extendido de cuidados intensivos (SECI).

---

► **ID 371**

Manejo del acceso intraóseo en parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria; nuestra experiencia en baleares.

---

► **ID 16**

Sobreingesta de ácido valproico ¿sabrías como actuar?

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 189

### ¿Ha influido la implantación de turnos de 12 horas en las infecciones intra - UCI?

María del Mar Román López<sup>1</sup>; Elena Muñoz Arranz<sup>2</sup>; María Rosa Navarro Ruiz

1. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor; 2. San Javier. Murcia; 3. Hospital General Universitario Santa Lucía

#### Objetivo

- Analizar la evolución de las infecciones intra-UCI registradas por el grupo ENVIN (neumonía asociada a ventilación mecánica – NAVM, Bacteriemia 2ª a infección de catéteres vasculares, infección urinaria asociada a sondaje uretral – IU-SU) antes y después de la implantación de turnos de 12 horas versus turno rodado (7h – 7h – 10h).
- Evaluar la influencia de la implantación de turnos de 12 horas en el control de las infecciones intra – UCI.

#### Material y Método

- Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y comparativo, en una UCI polivalente de 8 boxes.
- Desde el 01/07/2012 hasta el 31/12/2015
- La implantación del turno fue el 01 de abril de 2014.
- Muestra: pacientes que permanecieron más de 36 horas y/o menos de 90 días. Siendo un total de 530 en el primer período y 555 en el segundo.
- Variables: tasa de incidencia (TI), densidad de incidencia (DI), ratio de utilización (RU).
- Los resultados estadísticos fueron obtenidos de la base de datos del grupo ENVIN.

#### Resultados

NAVM: la TI descendió de 9.09% en el primer período a 5.3% en el segundo, al igual que la DI ha pasado de 7.24% a 6.62%, y la RU de 0.37 a 0.3.

IU-SU: ha disminuido tanto la TI (de 7.82% a 5.75%) como la DI (de 8.77% a 6.86%), manteniéndose la RU (de 0.73 a 0.74).

Bacteriemia 2ª a infección de catéteres vasculares: no han sufrido modificación, partimos de 0 en el primer período y nos mantenemos en el segundo.

#### Conclusiones

La implantación de los turnos de 12h no ha tenido una influencia negativa en el control de las infecciones intra – UCI, observando tendencia a una mejoría en los datos estadísticos.

Las medidas de los proyectos Bacteriemia Zero, Neumoría Zero e ITU Zero (elaborado en nuestra unidad) se realizan según el mismo protocolo con turnos de 12h que con turnos de 7h.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 231

### **El nivel de cronicidad como predictor en la carga de trabajo de enfermería.**

Vanesa Mullor Soriano; Xavier Boscá Cortés; Ana Fos Almenar; Julio Artal Ferrer; Laura Vicente Antón; Laura del Castillo Laguna; Dulce Perís Serra; Zaida Pons Moreno; Carla Montolio Espinós; Tamara Martínez García  
*Hospital Manises*

#### **Objetivo**

Evaluar la influencia del nivel de cronicidad de los pacientes críticos en la carga de trabajo del personal de enfermería.

#### **Material y Método**

Se analizaron los niveles de cronicidad (modelo poblacional de Kaiser permanente) de todos los pacientes ingresados entre Enero y Diciembre de 2015 en una UCI polivalente de un Hospital de Segundo nivel, relacionándose estos datos con la complejidad en la atención recibida media en términos de necesidad de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), ventilación mecánica invasiva (VMI) y técnicas de reemplazo renal continuo (TCRR).

Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 18.0.

#### **Resultados**

Pudimos analizar 841 pacientes, siendo el 65% varones. La edad media fue de 63.46 años.

Respecto al nivel de cronicidad, ingresaron 47 enfermos con nivel de cronicidad 0; 128 con nivel 1; 313 con nivel 2 y 336 con nivel de cronicidad 3.

Los resultados relacionados con la carga asistencial, quedan resumidos en la siguiente tabla (1): La estancia media fue significativamente mayor en aquellos con nivel de cronicidad 0 ( $p=0,00$ ):

En aquellos pacientes con nivel de cronicidad 0, fue necesario durante más días la utilización de VMI, así como TCRR ( $p<0,05$ ). En aquellos pacientes con nivel de cronicidad 3 utilizamos con más frecuencia la VMNI, respecto a los otros grupos. ( $p=0,02$ ).

#### **Conclusiones**

- Pacientes con un nivel de cronicidad 0, presentan una mayor carga de trabajo respecto al resto de grupos como probable expresión de su mayor gravedad.
- La VMNI se postula como la técnica más utilizada en nuestros pacientes, siendo aconsejable un buen conocimiento de la misma.

**Tabla 1**

| NIVEL  | ESTANCIA MEDIA | %VMNI | %VMI | %TCRR |
|--------|----------------|-------|------|-------|
| Nivel0 | 5.02           | 12.8  | 36.2 | 6.4   |
| Nivel1 | 3.70           | 10.1  | 30.4 | 2.2   |
| Nivel2 | 4.07           | 8.9   | 28.1 | 1.9   |
| Nivel3 | 4.27           | 18.5  | 24.4 | 1.5   |

**Pantalla nº 4. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 247

## **Impacto de la formación en el descenso de las tasas de Infección Urinaria.**

Ana Isabel Rubio Correal; Noelia Pérez Ruiz; Mercedes García Arias; Ana Abella Álvarez; Federico Gordo Vidal  
*Hospital Universitario del Henares*

### **Objetivo**

Valorar la efectividad de un programa de formación sobre la densidad de incidencia de infección urinarias asociada a sondaje vesical (ITU) en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos en febrero 2009 y en junio 2014

### **Material y Método**

En febrero 2009 se realizó un protocolo de actuación para la inserción y mantenimiento de las sondas vesicales que se actualizó en junio 2014. Sesiones formativas durante 2 semanas en todos los turnos de trabajo impartido por una enfermera referente en el primer periodo y por una enfermera y una auxiliar de enfermería en junio 2014.

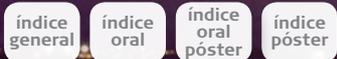
Se midió el número de personas formadas, el tiempo utilizado para dicha formación, la media de la densidad de incidencia de ITU ‰ días de sondaje vesical (SV) antes y después de ambos programas formativos

### **Resultados**

En en ambas ocasiones se consiguió la formación del 100% del personal. El tiempo utilizado para cada sesión fue de 20 min que supone un total de 14 horas en las dos semanas. Las tasas de ITU en el primer periodo bajaron de una media de 7,26 ‰ días de SV los 6 meses anteriores (junio 2008 a enero 2009) a 1,33 ‰ días de SV el año posterior (febrero 2009 a febrero 2010) y en el segundo periodo descendieron de 8,32 ‰ días de SV el año anterior (junio 2013 a mayo 2014) a 2,32 ‰ días de SV el año posterior (junio 2014 a junio 2015)

### **Conclusiones**

La formación a todos los estamentos del personal implicado es un pilar fundamental para control de la infección consiguiendo descenso en las tasas que obliga al establecimiento de sesiones formativas periódicas y evaluación del cumplimiento del protocolo.



salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 303

### **Ansiedad percibida por los participantes en escenarios de simulación de cuidados críticos del paciente adulto.**

José Miguel Cachón Pérez<sup>1</sup>; César Cardenete Reyes<sup>1</sup>; Montserrat Márquez Cava<sup>1</sup>; Marta Rodríguez García<sup>1</sup>; Domingo Palacios Ceña<sup>2</sup>

1. Universidad Europea de Madrid; 2. Universidad Rey Juan Carlos

#### **Objetivo**

La simulación clínica es una herramienta docente que permite trabajar con los alumnos habilidades técnicas y no técnicas facilitando el aprendizaje mediante el pensamiento crítico.

El objetivo del presente trabajo es conocer el nivel de ansiedad al que se ven sometidos los participantes en escenarios de simulación clínica en el entorno del paciente crítico adulto.

Como objetivo secundario determinar herramientas docentes que disminuyen la ansiedad de los participantes.

#### **Material y Método**

Estudio cualitativo descriptivo.

Para la recogida de la información utilizaremos la técnica de grupos de discusión formado por alumnos de la universidad europea de Madrid matriculados en la asignatura de cuidados en situaciones especiales.

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 las unidades de significado para concluir con la elaboración de los subtemas y temas de la investigación.

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

Utilizamos los criterios de calidad para estudios cualitativos COREQ.

#### **Resultados**

Se formaron cuatro grupos de discusión formados por 8 alumnos cada uno de ellos. La media de edad fue de 24.8 años.

Los temas identificados fueron:

- La validez de la simulación como herramienta docente en el cuidado del paciente crítico.
- La importancia de controlar la ansiedad que produce participar en escenarios de simulación clínica.
- Aumentar la información previa a participar en la simulación.
- Incrementar la participación en escenarios simulados en los estudios de grado en enfermería.

#### **Conclusiones**

Los alumnos perciben la simulación como una herramienta válida para trabajar las competencias específicas de la asignatura cuidados especiales, es necesario ampliar la simulación y la información previa en relación a contenido y sistemas de evaluación de la simulación.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 349

### **Tasas de infección de los catéteres venosos centrales (CVC) seguidos por el servicio extendido de cuidados intensivos (SECI).**

M. del Prado Peinado Peral; Estrella Checa Parrilla; Alicia Robas Gómez; José María Pedroche Muñoz; M. Eugenia Félix Ramos; Alfonso Velasco Ramos; Montserrat García González; Adriana Pinilla López; Salvador Torres Comitre; Álvaro Toro Martín

*Hospital Virgen de la Salud*

#### **Objetivo**

Analizar las complicaciones infecciosas relacionadas con los catéteres venosos centrales seguidos por el SECI durante el año 2015.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo durante un año, en el que se incluyeron todos los CVC seguidos por el SECI.

Se analizaron:

- complicaciones infecciosas.
- infección de CVC.
- bacteriemias por CVC.
- Tasas de incidencia de bacteriemia asociada a catéter venoso central (BAC).

También se describieron:

- Gérmenes.
- Tipo de pacientes.
- Tipo de catéteres y lugar anatómico de inserción.
- Motivo de inserción y retirada.
- Duración del catéter.

#### **Resultados**

- 538 catéteres seguidos; 198 (41,16%) canalizados por SECI
- Tipo de catéter más utilizado, el central de inserción periférica (PICC) de 2 luces: 214 (44,49%)
- Pacientes médicos 48,8% y quirúrgicos 49,20%
- Vida media de los catéteres. 13,1 días
- Motivo principal de inserción: nutrición parenteral (NP): 177 (36,8%)
- Motivo principal de retirada: fin tratamiento: 311 (64,66%)
- Complicaciones infecciosas: 58 (12,01%)
- Infección de CVC: 12 (2,48%)
- BAC: 29 (6%)
- BAC/ con NP: 23 (11%)
- BAC / 1000 días de CVC: 3,77
- BAC / 1000 días de CVC con NP: 7,15
- BAC / 1000 días de CVC de inserción central: 4,21
- BAC / 1000 días de CVC de inserción central con NP: 6,2
- BAC / 1000 días de PICC: 3,06
- BAC / 1000 días de PICC con NP: 8,44
- Principal germen responsable de BAC, estafilococo coagulasa negativo (SCN): 17 (58,6%)

#### **Conclusiones**

- Los gérmenes más frecuentes fueron los SCN.
- La tasa de incidencia de BAC está por debajo de estándares recomendados (3,77).
- Dicha tasa se incrementan significativamente cuando se asocian a NP.
- Las tasas de incidencia de BAC son superiores para el grupo de pacientes a los que se les administra NP a través de PICC.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 371

### **Manejo del acceso intraóseo en parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria; nuestra experiencia en baleares.**

Natalia Martínez Cuellar<sup>1</sup>; Inés Rubí Alzugaray<sup>2</sup>; Cosme Escoda Francolí<sup>2</sup>; Raúl Martín Brigidano<sup>2</sup>; Juana María Vidal León<sup>2</sup>; Pilar Rubio Roca<sup>2</sup>; María Isabel Cenicerros Rozalén<sup>2</sup>; Pedro Montero Paris

1. Atención Primaria Baleares; 2. SAMU 061 Baleares

#### **Objetivo**

En las recomendaciones 2010 del European Resuscitation Council (ERC) se consideró la vía intraósea (IO) como segunda alternativa de acceso vascular si no conseguimos un acceso venoso periférico en 90 sg o tras 3 intentos del mismo, en adultos y pediatría.

Describir el uso de la vía intraósea en la parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) en nuestro servicio de emergencias extrahospitalario

Valorar el uso de IO según las recomendaciones de ERC

#### **Material y Método**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en el Servicio de Atención Médica Urgente 061 Baleares durante los años 2013 y 2014.

Se analizó la base tipo excel utilizada para el registro de PCEH de Baleares donde se registra la variable tipo de acceso venoso.

Se está realizando una encuesta al personal de Enfermería que trabajó ininterrumpidamente durante 2013-14 para conocer el seguimiento de las recomendaciones, tipo de dispositivo usado y complicaciones tempranas.

Se analizó análisis con la herramienta excel.

#### **Resultados**

Se registraron un total de 821 PCEH. En 46 casos (5,56%) no estaba registrado el tipo de acceso venoso.

Se colocó acceso IO en total de 57 (6.94%) casos, en 34 casos (4,14%) fue acceso único, en 17 ocasiones (2,07%) estuvo combinado con acceso periférico y en 6 (0,73%) con vía central.

Se colocó accesos IO a 5 niños de edad inferior a 8 años (8,78% de accesos IO), 3 (5,26%) como acceso único, 1 (1,76%) combinado con vía periférica y 1 (1,76%) con vía central

Pendiente análisis de encuestas de enfermería en un plazo de 15 días.

#### **Conclusiones**

Sería necesario registrar el primer acceso venoso colocado, complicaciones del mismo o motivos para un segundo acceso que permita hacer una valoración más exhaustiva. Aunque es la vía venosa periférica la de elección en más del 75% de los casos, hemos de recordar la alternativa del acceso IO por su fácil acceso y rapidez de instauración.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 16

### **Sobreingesta de ácido valproico ¿sabrías como actuar?**

Francisco Paredes Garza; Cristina Cantero Pérez; Natalia Garrido Arribas; Andrea López Pérez; Irene Porres Revuelta  
*Hospital Universitario La Paz*

#### **Objetivo**

Reconocer signos y síntomas de intoxicación en pacientes que tomen ácido valproico como tratamiento habitual o han llevado a cabo un intento autolítico con dicho fármaco.

Tratamiento activo contra la intoxicación y evitar posibles complicaciones.

#### **Material y Método**

El ácido valproico es el tratamiento indicado en el manejo de la crisis tónico-clónicas, mioclonías y ausencias. Además como profilaxis de segunda línea en la migraña y trastorno bipolar. Su margen terapéutico varía entre 50-100 µg. La sobredosis puede provocar: depresión respiratoria y del sistema nervioso central, inestabilidad hemodinámica, cambios en la temperatura corporal, alteraciones electrolíticas, coagulopatía, edema cerebral, hiperamonemia y/o hepatotoxicidad. El tratamiento irá encaminado a prevenir posibles secuelas neurológicas por encefalopatía (95% metabolismo hepático del fármaco) y revertir las alteraciones mencionadas anteriormente.

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, Medline, Lilacs y SciELO.

Palabras clave: Acido valproico, intoxicación, sobreingesta, L-carnitina

#### **Resultados**

- Control de temperatura corporal.
- Valoración neurológica exhaustiva. Monitorización de presión intracraneal si precisa.
- Monitorización hemodinámica con plataforma clínica EV1000 y soporte con drogas vasoactivas para mantener buena presión de perfusión cerebral.
- Proteger la vía aérea mediante intubación orotraqueal si bajo nivel de conciencia.
- Extracción de bioquímicas seriadas para optimizar niveles de ácido valproico y amonio.
- Lavado gástrico y administración de carbón activo. Enemas de limpieza por turno con 1 sobre de lactulosa.
- Terapia de reemplazo renal (hemodiálisis convencional o terapia de reemplazo renal continua si inestabilidad hemodinámica)

Tratamiento farmacológico:

- L-carnitina: 100mg/kg en dosis única seguido de infusiones de 50 mg/kg cada 8 horas
- Rifaximina: 200 mg cada 6 horas
- Lactulosa: 20-30 g cada 8 horas.

#### **Conclusiones**

El paciente intoxicado por ácido valproico es un paciente complejo. Por su alto compromiso del soporte vital, requiere unos cuidados especializados por parte del personal de enfermería. Por ello es necesaria la realización de un protocolo de actuación y estandarizar cuidados.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 142**

Postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular con minicircuito vs extracorpórea convencional. Nuevo reto para enfermería.

---

► **ID 150**

Grado de cumplimentación y actualización de la escala de riesgo de úlceras al alta de UMI.

---

► **ID 158**

Análisis de los resultados tras la implantación del proyecto “resistencia zero” en el ámbito de la enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 241**

Análisis de las encuestas de satisfacción Unidad de Cuidados Intensivos año 2015.

---

► **ID 22**

Valoración del clima de seguridad del paciente en una UCI de un hospital de especialidades de 2º nivel.

---

► **ID 80**

Análisis de adhesión a la higiene de manos mediante monitorización con dispositivos de dispensación inteligente.

---

► **ID 106**

Plan de cuidados estandarizado de paciente con hemodiálisis en Cuidados Intensivos.

---

► **ID 114**

Factores psicosociales y satisfacción laboral del personal sanitario de una UCI polivalente.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 142

### **Postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular con minicircuito vs extracorpórea convencional. Nuevo reto para enfermería.**

Jaime Flores Cordón; Juan Carlos Santos Jiménez; Francisco Javier Arroyo Muñoz; María del Carmen Vadillo Estacio  
*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

#### **Objetivo**

El incremento del intervencionismo percutáneo conlleva una disminución significativa de la cirugía cardiovascular. El paciente coronario es más añoso, presenta mayor comorbilidad y peores condiciones coronarias, aumentando el riesgo quirúrgico. Para disminuir los efectos deletéreos de la CEC (circulación extracorpórea) se desarrolla el mini circuito, MEC. Un sistema cerrado y de bajo volumen de cebado.

Este cambio de perfil del paciente plantea un cambio en los planes de cuidado de enfermería: conocer el postoperatorio inmediato de estos pacientes para prestar los cuidados de forma óptima.

El objetivo es analizar, describir y comparar el postoperatorio inmediato de la cirugía coronaria con minicirculación extracorpórea (MECE) con la convencional, evidenciando repercusiones en la atención de enfermería.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo de cohortes.

Seguimiento de 29 pacientes intervenidos entre el 1 de mayo y el 31 de diciembre de 2015 de cirugía vascular coronaria con CEC.

Datos recogidos de: gráfica de enfermería, historia clínica, registro de laboratorio y registro de cirugía cardiovascular.

Las variables a estudiar están referidas a riesgo quirúrgico, evolución clínica y analíticas en postoperatorio, además de estancia hospitalaria.

#### **Resultados**

Primero MCEC y después CEC convencional, en paréntesis desviación estándar.

Euroscore: 4,4(2,5)/2,6 (1,9); SAPS 3: 13,1% (7,1)/7,1%(5,1); Estancia hospitalaria postquirúrgica: 12,1 días (3)/12,8 días (3,7); Tiempo CEC: 49 min (16)/78 min(24); Tiempo extubación: 7,3h(4,3)/9,7(6,86); Pacientes con Dobutamina: 73%/81%; Tiempo Dobutamina: 9,2h (10,62)/10,9 (12); Pacientes con Noradrenalina: 73%/36%; Tiempo de Noradrenalina: 5,8 h(10,1)/7,8h (12,3); Sangrado 24h: 508 ml (197)/557ml (265)

Evolución de parámetros bioquímicos y hematológicos, dentro de rango normal y con evolución similar en ambas cohortes.

#### **Conclusiones**

Los pacientes sometidos a MCEC presentan mayores índices de riesgo quirúrgico y peor pronóstico vital en UCI. Por el contrario muestran mayor estabilidad en las primeras horas que los sometidos a CEC convencional, esto permite iniciar protocolos de destete y retirada de soporte vasoactivo precozmente, evitando complicaciones. El resto del postoperatorio muestra un perfil similar en ambas.



salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 150

### **Grado de cumplimentación y actualización de la escala de riesgo de úlceras al alta de UMI.**

M<sup>a</sup> José Rodríguez Borrajo; Rosario Romero Montoya; Virginia Boloix Gil; Laura Samaniego Bóveda; Sara Rodríguez Borrajo; Iciar Jiménez Martínez

*Hospital Universitario de Álava sede Txagorritxu*

#### **Objetivo**

Conocer el grado de cumplimentación y actualización de la escala de Braden (escala de riesgo de úlceras) en el informe de alta de enfermería.

#### **Material y Método**

Realizamos un análisis descriptivo retrospectivo. Revisamos 85 informes de alta de los 2 últimos meses. Analizamos los 6 ítems de la escala de Braden: si estaban cumplimentados y si reflejaban la realidad del paciente de acuerdo al resto de información que aparecía en la historia. Toda la historia clínica de nuestros pacientes está informatizada y la última actualización de la escala se descarga automáticamente en el informe de alta de enfermería.

#### **Resultados**

La cumplimentación fue prácticamente del 100% (solo 2 ítems sin rellenar en un informe). El 45,88% de las escalas estaban correctamente cumplimentadas. Los errores de cumplimentación por apartados han sido: el 20% la "Actividad" (el paciente se levanta al sillón y el registro muestra paciente encamado); el 9,42% la "Exposición a la humedad" (en 7 de los 8 casos etiquetamos de ocasionalmente húmeda cuando no consta ningún problema ni cambios extra de cama); el 15,29% la "Movilidad" (casos de cateterismo por arteria radial, etiquetados de movilidad limitada); el 5,88% la "Nutrición" (pacientes con nutrición enteral o parenteral, con buena tolerancia y etiquetados de nutrición inadecuada); el 7,05% la "Percepción sensorial" (había algún déficit sensorial pero no limitaba la capacidad para expresar o sentir dolor o malestar); el 11,76% "Roce y peligro de lesiones" (etiquetamos de problema potencial a pacientes que no requieren ninguna asistencia en sus movimientos ni en la cama ni en la silla)

#### **Conclusiones**

El grado de cumplimentación de la escala es óptimo pero es deficiente en calidad. La mayor parte de los errores detectados se deben a la no actualización de la escala al alta. También existen errores de concepto que se resolverían consultando las ayudas informativas que contiene la escala.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 158

### **Análisis de los resultados tras la implantación del proyecto “resistencia zero” en el ámbito de la enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Gloria Martínez Mateo; Dolores Carrillo López; Marta María Pérez Martínez; Patricia García Jañez; Rosa María Lozano Ordax; María del Valle Porras; Ana María Santamaría González; Ángel Cilleruelo Ramos; Francisco Javier Pérez González

*Hospital Clínico Universitario Valladolid*

#### **Objetivo**

Analizar los resultados obtenidos tras 6 meses de implantación del proyecto “Resistencia Zero” en una UCI polivalente de un hospital terciario.

#### **Material y Método**

Aplicación de las recomendaciones del proyecto “Resistencia Zero” a todos los pacientes ingresados más de 24 horas en UCI, clasificados según los factores de riesgo de “Resistencia Zero”. Se realizan: frotis nasal, frotis faríngeo y frotis rectal en las primeras 24 horas tras su ingreso y semanalmente hasta el alta o éxitus.

#### **Resultados**

Se realizaron un total de 818 tomas (273 frotis nasal, 271 frotis rectal y 274 frotis faríngeo) correspondiente a 157 pacientes, con tasas de cumplimiento mayor 98%. De todas las muestras analizadas, fueron positivas 28 (mayoritariamente: SAMR en frotis nasal, E. Coli BLEE en frotis rectal y Klebsiella BLEE en frotis faríngeo). Las muestras positivas fueron un 3,41% del total (por tipo de toma: frotis nasal: 2,63%, frotis rectal: 5,53% y frotis faríngeo: 0,74%).

#### **Conclusiones**

El volumen de muestras generado y el obligatorio aislamiento del paciente hasta obtener los resultados del análisis de las mismas, suponen una sobrecarga en el trabajo del personal de enfermería de la unidad. Los resultados obtenidos con un total de frotis faríngeo positivo inferior al 1%, hace recomendable una reconsideración tanto de los tipos de muestra que han de realizarse, como de una mejor selección del grupo de pacientes que potencialmente se beneficiarían de estas actuaciones.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 241

### **Análisis de las encuestas de satisfacción Unidad de Cuidados Intensivos año 2015.**

Catalina Martín Castaño; María Isabel González Méndez; María del Rosario Urban Carmona; Inmaculada Alonso Araujo; Rosario Ferrete Pérez

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

#### **Objetivo**

Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios, pacientes o familiares, de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen del Rocío.

Detectar oportunidades y áreas de mejora en la Unidad de Cuidados Intensivos.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo de las encuestas recogidas en la unidad durante el mes de mayo del 2015.

Las encuestas se realizaron mediante cuestionario auto administrado al alta y se recogían en el buzón de sugerencias de la unidad. Se recogieron un total de 41 encuestas.

Los cuestionarios contenían 20 preguntas cerradas valoradas con cinco niveles y una pregunta abierta. Incluían datos sociodemográficos, accesibilidad, instalaciones, satisfacción con los cuidados, información proporcionada, confianza, amabilidad, preparación e interés de los diferentes profesionales, preguntas abiertas acerca de lo positivo y negativo de la atención recibida.

#### **Resultados**

El 19,5% de las encuestas son respondidas por el paciente y 78% por otro familiar. La edad media de los encuestados ha sido de 59,7 años. Un 56,1 % eran mujeres. La estancia media de los pacientes que han respondido ha sido de 6,3 días. El 46,6% valoran la unidad con un 10, el 24,4% con 9, el 19,5% con 8, y el 2,4% con 7 y un 6.

#### **Conclusiones**

Detectamos áreas de mejora en infraestructura, información, limpieza, organización de visitas e identificación de profesionales.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 22

### **Valoración del clima de seguridad del paciente en una UCI de un hospital de especialidades de 2º nivel.**

Juan Manuel Ramos Rodríguez; María Gómez Diego; Rafael Bohollo de Austria; Alicia Oliva César; Dolores Mendoza Delgado

*UCI Hospital del SAS de Jerez de la Frontera*

#### **Objetivo**

Valorar la cultura de seguridad del paciente en la UCI del Hospital del SAS de Jerez de la Frontera.

Determinar áreas de mejora donde poder actuar el grupo de seguridad del paciente.

Evaluar la necesidad de nuevas medidas de formación y establecimiento de protocolos y guías que ayuden a mejorar la seguridad del paciente.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo transversal.

La herramienta de recogida de datos ha sido un cuestionario autoadministrado, extraído de la versión española de la encuesta validada: "Hospital Survey on Patient Safety".

El cuestionario administrado cuenta con 19 preguntas de opinión con respuesta en escala psicométrica de Likert, más una pregunta con respuesta numérica de valoración global.

El cuestionario fue desarrollado extrayendo las preguntas más relevantes del cuestionario original en el año 2009.

Se realizó un pilotaje inicial.

En 2015 ha sido autoadministrado de forma electrónica a través de smartphones y correo electrónico mediante la herramienta de formularios "google forms".

#### **Resultados**

- 51 personas de todas las categorías profesionales han contestado el cuestionario.
- Se ha realizado análisis estadístico de los datos mediante el software SPSS v22.
- Un 84% encuentra ayuda de los compañeros cuando se encuentra sobrecargado.
- Un 51% indica que en la unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente.
- Un 64% indica que nuestros superiores toman seriamente en consideración nuestras propuestas de mejora.
- Un 41% indica que se pierde información en la transferencia de pacientes a otras unidades.
- Un 48% indica que no se nos informa de los errores que ocurren.

#### **Conclusiones**

Según los datos obtenidos se hace necesario el retomar medidas como la formación del personal en materia de seguridad del paciente.

Es importante el establecimiento de actividades de mejora en diversas áreas tales como: transmisión de la información, análisis de problemas de seguridad actuales y la notificación de incidentes.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 80

### **Análisis de adhesión a la higiene de manos mediante monitorización con dispositivos de dispensación inteligente.**

Patricia Rebollo Gómez; Sara Somolinos Horcajuelo; Nuria Camino Redondo; M<sup>a</sup> Cruz Martín Delgado; Paloma Gasco Gasco; Carlos Muñoz de Cabo; Teresa Ferreño Ocampo; Juan Manuel López Reina; Evelin Bernal Pérez; M<sup>a</sup> Elena López García

*Hospital Universitario de Torrejón*

#### **Objetivo**

Implantación de un sistema de monitorización de consumo de solución hidroalcohólica (SHA) consistente en dispensadores electrónicos capaces de enviar mediante WIFI a un sistema central de registro, transmitiendo información sobre la ubicación, la fecha, hora y consumo en ml de SHA.

#### **Material y Método**

Es un estudio prospectivo en el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Torrejón. Se analizó el consumo de SHA durante 3 meses en una UCI polivalente de 16 camas. En cada box hay instalados 2 dispensadores electrónicos, uno está colocado a la entrada del box y el otro en el punto de atención al paciente.

Es un modelo de dispensación conectado por RFID (Radio Frequency Identification) a un módulo central. El sistema permite la recolección automática de datos sobre el cumplimiento de las oportunidades de higiene de manos (HM), el consumo (en ml y dispensaciones) en relación a la ubicación y el día y a la hora en qué se realizaron.

#### **Resultados**

Se incluyeron un total de 229 pacientes. Se realizaron un total de 46.498 dispensaciones consumiendo 85.076 de SHA. El 85% del producto utilizado se consumió en los boxes y un 15% en el dispensador ubicado en la zona familiar.

Dentro del box el 91% del consumo se produjo a la entrada del mismo y un 9% en la cabecera del paciente. Existe un mayor consumo en los boxes centrales coincidiendo con más actividad y estancia. A su vez, se observa un aumento de consumo los lunes y martes y entre las 9-13 y 17-19h.

#### **Conclusiones**

Es evidente que el uso de nuevas tecnologías permite monitorizar de forma más exhaustiva el consumo de SHA y detectar áreas de mejorar.

A su vez es un complemento perfecto junto con la observación de higiene de manos para medir la adherencia a esta práctica segura.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 106

### **Plan de cuidados estandarizado de paciente con hemodiálisis en Cuidados Intensivos.**

Laura Giera Vives; Nora María Martínez Lucas; Marta María Chust Álvarez; José Antonio Simarro Blasco  
*Hospital Virgen de la Luz. Cuenca*

#### **Objetivo**

Elaborar un plan de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes ingresados en UCI en tratamiento de hemodiálisis con catéter venoso central, que ofrezca homogeneizar la actuación de los profesionales de enfermería y que sea a la vez práctico, dinámico y eficaz.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica basado en las necesidades básicas de Virginia Henderson. Los diagnósticos elaborados según la taxonomía NANDA interrelacionados con los NOC y NIC.

#### **Resultados**

Se reducen los diagnósticos de enfermería a los necesarios para que nos permitan actuar con la mayor eficiencia en UCI y se plantean las intervenciones de enfermería así como los resultados esperados. Destacamos:

- NANDA: Patrón respiratorio ineficaz (00032). NOC: Estado respiratorio: ventilación (0403).
- NIC: Ayuda a la ventilación (3390). Oxigenoterapia (3320).
- NANDA: Deterioro de la integridad cutánea (00046). NOC: Integridad del acceso de diálisis (1105). NIC: Cuidados de la herida (3660). Administración de medicación tópica (2316)
- NANDA: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquido (00025). NOC: Equilibrio hídrico (0601). Control de riesgo (1902). NIC: Manejo de líquidos (4120). Monitorización de líquidos (4130)
- NANDA: Riesgo de infección (00004). NOC: Integridad del acceso vascular (1105). Control de riesgo (1902). NIC: control de Infecciones (6540). Cuidado de las heridas (3660).
- NANDA: Perfusión tisular inefectiva (00024). NOC: Signos vitales (0802). Equilibrio de electrolitos y acido-base (0600). Equilibrio hídrico (0601). NIC: Manejo de líquidos (4120). Manejo de electrolitos (2000). Terapia de hemodiálisis (2100).

#### **Conclusiones**

La planificación de cuidados aporta: unificar criterios, evidencia y refleja la eficacia de enfermería, aumenta la calidad, garantiza la atención integral al paciente y proporciona una mayor satisfacción de los profesionales de enfermería.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 114

### **Factores psicosociales y satisfacción laboral del personal sanitario de una UCI polivalente.**

Jesús David Abenza Hurtado<sup>1</sup>; Pedro Sáez Paredes<sup>1</sup>; Olga Piqueras Abenza<sup>2</sup>; María José García Giménez<sup>1</sup>; José Javier Gaspar Martínez<sup>1</sup>; Raquel Montoya Muina<sup>3</sup>

1. Hospital General Universitario Morales Meseguer; 2. Conserjería de Educación; 3. Centro de Coordinación de Emergencias de la Región de Murcia

#### **Objetivo**

- Identificar de los factores psicosociales presentes en las tres categorías sanitarias en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario del Área VI del Servicio Murciano de Salud (SMS).
- Mostrar las dimensiones psicosociales más afectadas.

#### **Material y Método**

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal no comparativo o de prevalencia, cuya población diana es el personal sanitario de UCI del Hospital Universitaria del Área VI del SMS.

Se ha empleado el cuestionario de Factores Psicosociales (F-PSICO 3.0) del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). El periodo de estudio fue del 26/02/15 al 20/03/15 abarcando el 100% de la plantilla (78 trabajadores).

El F-PSICO 3.0 evalúa 9 dimensiones psicosociales, mostrando un perfil descriptivo y otro valorativo.

Las variables se expresan como medias±desviación estandar, frecuencias absolutas y relativas.

La comparación entre variables, mediante la prueba de Ji<sup>2</sup> de Pearson mediante SPSS 22.0.

#### **Resultados**

La población presenta edad de 39±8 años, con un porcentaje de 80% de mujeres.

Las dimensiones analizadas muestran para el personal enfermero, riesgo muy elevado del 33% en tiempo de trabajo, 56% en carga de trabajo, 89% en participación-supervisión y 54% en desempeño de rol. El personal auxiliar de enfermería presenta riesgo muy elevado del 32% en tiempo de trabajo, 96% en participación-supervisión, 28% en interés por el trabajadorcompensación. El personal médico presenta todas sus variables con porcentajes mayoritarios adecuados, y como riesgo muy elevado con un 43% en participación-supervisión. Las dimensiones analizadas, relacionadas con querer cambiar de profesión, es significativa la autonomía (p=0,022), en variedad de contenido (p=0,0017) y participación/supervisión (p=0,014).

#### **Conclusiones**

Las dimensiones analizadas muestran las variables con necesidad de mejora en las 3 categorías, destacando principalmente los enfermeros y auxiliares con riesgos muy elevados. Los datos obtenidos presentan valores similares entre la población enfermera y auxiliares



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 139**

Recambio de jeringa de fármacos vasoactivos en SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica): el desafío.

---

► **ID 157**

Análisis de la encuesta de calidad percibida tras la puesta en marcha del proyecto puertas abiertas.

---

► **ID 169**

Protocolo de seguridad de cuidados de enfermería para el paciente traqueotomizado ingresado en unidad de hospitalización.

---

► **ID 179**

Caso clínico: suplencia total y estancia prolongada en Cuidados Intensivos en un paciente con Guillain-Barré. Intervenciones enfermeras (NANDA-NIC-NOC).

---

► **ID 116**

Monitorización hemodinámica avanzada. Determinación del gasto cardiaco mediante termodilución.

---

► **ID 132**

Plan de cuidados estandarizado realizado mediante método inductivo para el paciente sometido a Hipotermia Terapéutica.

---

► **ID 192**

Análisis de un evento adverso grave relacionado con la administración de medicamentos y de las medidas de mejora implementadas.

---

► **ID 206**

Estreñimiento, la necesidad olvidada...

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 139

### **Recambio de jeringa de fármacos vasoactivos en SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica): el desafío.**

Francisco Javier Arroyo Muñoz; Jaime Flores Cordón; María del Carmen Vadillo; Juan Carlos Santos Jiménez  
*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

#### **Objetivo**

La presión arterial media (PAM) se utiliza como estimación de la presión de perfusión de los tejidos. Según el consenso de monitorización hemodinámica se requiere un valor de PAM de 65 mmHg para garantizar una perfusión adecuada. Los pacientes con SIRS, debido a la vasoplejia extrema, suelen tener dificultad para mantener una PAM óptima. Requieren la perfusión de Noradrenalina (NA) a dosis muy elevada.

El cambio de jeringa es una actividad de enfermería que se realiza con frecuencia, de ahí la búsqueda del mejor método que minimice la repercusión hemodinámica.

Comparamos la repercusión sobre la PA de varias modalidades de recambio de jeringa, para determinar cuál repercute menos sobre el estado hemodinámico del paciente

#### **Material y Método**

Se trata de un estudio cuasiexperimental.

Utilizamos dos tipos de recambio: con jeringa única y otro con dos jeringas, una de ellas en espera. Analizamos 20 recambios.

Se seleccionan a aquellos pacientes con perfusión de Noradrenalina que en el recambio de jeringa sufren caídas de PAM  $\geq 10\%$ . Posteriormente se procede al recambio con utilizando otra jeringa en espera.

Para el estudio de los datos se han empleado medidas de tendencia central y chi cuadrado.

Variables a estudiar: dosis de NA, frecuencia cardíaca (FC), presión arterial sistólica (PAS), media (PAM) y tiempo de recuperación.

#### **Resultados**

La dosis media: 0,76 mcgr/Kg/min,(0,3-1,6).

Cambios de constantes tras el relevo, 1º jeringa única y 2º jeringa en espera.

- PAS: -28,6% / -12,4%
- PAM: -23,4% / - 8,2%
- Si consideramos normoperfusión, PAM  $\geq 65$  mmHg, la Chi cuadrado es: 0,0016, por tanto se asocia el recambio en espera a normoperfusión.
- FC: estable en ambos grupos
- Tiempo recuperación PAS: 7,6 min / 4 min.

#### **Conclusiones**

Según los resultados obtenidos, el recambio con jeringa en espera aporta estabilidad hemodinámica, manteniendo un nivel de perfusión óptimo. Se sugiere la implantación en pacientes con vasoplejia. Proponemos ampliar las patologías y fármacos a estudiar.

## ► Pósters

**Pantalla nº 6. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 157

### **Análisis de la encuesta de calidad percibida tras la puesta en marcha del proyecto puertas abiertas.**

Mónica Atienza Ruiz; Josefa Escobar Lavela; Mónica Juncos Gozalo; María del Pilar González; Laura González Borraz; María del Carmen Martín Gigorro  
*Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey (Madrid)*

#### **Objetivo**

- Valorar el grado de satisfacción de los familiares
- Conocer si la ampliación de horario es percibida por los familiares como mejora
- Identificar si se cumplen las expectativas de los profesionales

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo evaluando 267 encuestas anónimas, voluntarias, entregadas a los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey (Madrid), durante el periodo de julio a Diciembre del 2015.

La encuesta consta de 30 preguntas cerradas y 2 abiertas, siendo evaluadas para dicho estudio

- Tiempo de visita
- Número de visitas
- Puntualidad en la visita
- Propuesta de modificación de horario
- Facilidad de comunicación con el DUE y con el Facultativo

#### **Resultados**

Teniendo en cuenta que el grado de participación del familiar es del 49.50%, el resultado obtenido es

|                          |                           |                   |             |
|--------------------------|---------------------------|-------------------|-------------|
| Tiempo de visita:        | 97. 2% Adecuado           | 2.8% Insuficiente |             |
| Nª de visitas:           | 90. 8% Adecuado           | 1.8% Insuficiente | 7.4% Ns/Nc  |
| Horario mañana:          | 7. 9% Si                  | 84.2% No          | 7.9% Ns/Nc  |
| Horario tarde:           | 4. 9% Si                  | 74.5% No          | 20.6% Ns/Nc |
| Puntualidad mañana:      | 23.3% A veces             | 62.7% Si 9.3% No  | 4.7% Ns/Nc  |
| Puntualidad tarde:       | 20.5% A veces             | 62.2% Si 6.3% No  | 11,0% Ns/Nc |
| Facilidad hablar DUE:    | 28.8% Fácil               | 69.0% Muy fácil   | 2.2% Ns/Nc  |
| Facilidad hablar Médico: | 48,0% Fácil               | 29.9% Muy fácil   | 15.8% Ns/Nc |
|                          | 6.3% Ni fácil/ Ni difícil |                   |             |

#### **Conclusiones**

El estudio de la encuesta ha permitido determinar que los familiares están muy satisfechos en la ampliación del horario de visita. Consideran que es necesario el cambio de horario. Hablar con los facultativos les resulta fácil y muy fácil en el caso del DUE.

Se aplicará el plan de mejora necesario.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 169

### **Protocolo de seguridad de cuidados de enfermería para el paciente traqueotomizado ingresado en unidad de hospitalización.**

María del Valle Porras; Gloria Martínez Mateo; María Carmen Martínez Díez; Dolores Carrillo López; Rosa Zarate del Tío; Sagrario García Arranz; Sonia de Juana Morrondo  
*HCU Valladolid*

#### **Objetivo**

Conocer, prevenir y/o disminuir las diferentes complicaciones asociadas al paciente traqueotomizado ingresado en unidad de hospitalización tras alta en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)

Mejorar los conocimientos teórico-prácticos del personal de enfermería

#### **Material y Método**

- Realización de un protocolo de cuidados de enfermería de la vía aérea en el paciente portador de cánula traqueal
- Difusión del protocolo mediante sesión general hospitalaria y sesiones en cada servicio
- Talleres teórico-prácticos para el personal de enfermería de las unidades de hospitalización
- Tríptico resumen de los cuidados diarios del paciente y manejo de las posibles complicaciones
- Registro del formulario de cuidados en programa GACELA al alta en UCI y durante su estancia en unidad de hospitalización
- Carteles identificativos de traqueotomía/traqueostomía

#### **Resultados**

Se realizaron 25 talleres para 150 enfermeras (asistencia 70,6%) en los que participó personal de 10 unidades de hospitalización

Durante los primeros 6 meses, se siguió a 15 pacientes (9 traqueotomizados por bajo nivel de conciencia y 6 por otros motivos)

El 86,6% permaneció ingresado en unidades en las que el personal había participado en talleres formativos

Presentaron complicaciones graves 3 pacientes

Motivo para el fin del seguimiento: Alta hospitalaria(9), decanulación(4), reingreso en UCI(1), éxitus(1)

El tiempo medio desde el ingreso en planta hasta la decanulación fue de 21,7 días (30 días en el primer grupo y 13,5 en el segundo)

#### **Conclusiones**

Diversos estudios hacen referencia a una mayor mortalidad en los pacientes dados de alta en UCI con traqueotomía.

Se presenta un protocolo de seguridad desarrollado para estos pacientes y los datos relativos a los primeros 6 meses de implantación



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 179

### **Caso clínico: suplencia total y estancia prolongada en Cuidados Intensivos en un paciente con Guillain-Barré. Intervenciones enfermeras (NANDA-NIC-NOC).**

M<sup>a</sup> Paz Álvarez García<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Lourdes Gómez Cosío<sup>2</sup>; Laura González Blanco<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> Cruz González Castellanos<sup>2</sup>; Rosa María Guerra Suárez<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> Iciar Lorda de los Ríos<sup>2</sup>

1. Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial. Servicio Cántabro de Salud; 2. UCI Residencia Cantabria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

#### **Objetivo**

Introducción y objetivos: El Síndrome de Guillain-Barré es la causa más común de parálisis flácida aguda. Algunos pacientes presentan fallo respiratorio y movilidad reducida precisando ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ventilación mecánica y altos requerimientos de cuidados de enfermería. La estancia prolongada en UCI tiene importantes consecuencias físicas y psicológicas para el paciente y su familia, así como un importante consumo de recursos. El objetivo es describir las necesidades de cuidados detectados en un caso inusual de Guillain-Barré que ha precisado ventilación mecánica y estancia en UCI mayor de 13 meses.

#### **Material y Método**

Observación clínica: Varón, 69 años, que ingresa en UCI por fallo respiratorio agudo y tetraparesia flácida arrefléxica con afectación de mímica facial completa, tras un cuadro de gastroenteritis aguda por *Campylobacter* Jejuni. Precisó ventilación mecánica prolongada (431 días) y suplencia total de cuidados, con una estancia total en UCI de 525 días.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo del caso. Se ha seguido el modelo de Virginia Henderson y la Taxonomía diagnóstica NANDA-NIC-NOC.

#### **Resultados**

Intervenciones y resultados: Desde el ingreso, las intervenciones de enfermería estuvieron basadas en la suplencia total de sus necesidades básicas. Algunos de los diagnósticos enfermeros más destacados han sido: Deterioro de la movilidad física, Limpieza ineficaz de las vías respiratorias, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Ansiedad y Afrontamiento familiar comprometido.

#### **Conclusiones**

Conclusiones: El éxito más contundente del equipo de enfermería fue la conservación de la integridad cutánea durante todo el ingreso, a pesar del riesgo y la inmovilidad prolongada.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré, cuidados intensivos, estancia prolongada, NANDA.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 116

### **Monitorización hemodinámica avanzada. Determinación del gasto cardiaco mediante termodilución.**

Verónica Conde Rodríguez; Alexander Ruiz Peña; Maite Díez Pachón; Miriam Murias Freijo  
*Hospital Universitario Basurto*

#### **Objetivo**

El Gasto Cardiaco (GC) se define como la cantidad de sangre que bombea el corazón hacia la arteria aorta cada minuto. Se recomienda su valoración en pacientes con shock refractario, shock cardiogénico, fallo cardiaco y postquirúrgicos con alto riesgo.

Existen métodos invasivos y no invasivos para su determinación, siendo la técnica de referencia el método invasivo de termodilución. Para ello es fundamental el uso de un catéter Swan-Ganz que conste de una luz con una resistencia eléctrica que genera pulsos calóricos de baja intensidad.

**Objetivo:** Conocer los valores normales del GC, así como el funcionamiento del catéter Swan-Ganz y del monitor Vigilance II®.

#### **Material y Método**

Se ha realizado una revisión sistemática de diferentes artículos publicados en la literatura científica consultando las bases de datos PubMed, Cochrane, Cuiden, SciELO y CINAHL.

Se han usado las palabras clave Gasto Cardíaco, Monitoreo, Catéteres. Finalmente se han analizado en profundidad 5 artículos.

#### **Resultados**

El GC varía en función de la actividad, metabolismo, edad... siendo el promedio de un adulto 5l/min.

Para su cálculo mediante termodilución, se utiliza la ecuación modificada de Stewart-Hamilton, que tiene en cuenta el cambio de temperatura como indicador.

Una curva normal de termodilución muestra una elevación brusca a partir de la inyección rápida del medio inyectado, seguida de una curva suave y una pendiente descendente ligeramente prolongada hacia la línea isoelectrica. El área bajo la curva es inversamente proporcional al GC.

#### **Conclusiones**

El personal de enfermería tiene un papel muy importante en la valoración y registro de los valores del GC, así como en la inserción y mantenimiento del catéter Swan-Ganz y en la calibración y buen funcionamiento del monitor Vigilance II®, ambos fundamentales para la correcta monitorización por termodilución.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla n° 6. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 132

### **Plan de cuidados estandarizado realizado mediante método inductivo para el paciente sometido a Hipotermia Terapéutica.**

Cristina Zarranz Ventura; Amaia Saralegui Gainza; Laura Azparren Tellería; Nuria Barrenechea Pérez; Cristina Urmeneta Roncal; Raquel Núñez Lorente  
*Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

**Introducción:** La parada cardíaca es uno de los principales problemas sanitarios en los países desarrollados. Distintos ensayos clínicos muestran que la hipotermia ligera mejora la supervivencia y la función neurológica en pacientes que recuperan la circulación tras una parada cardíaca.

En nuestro centro y como un eslabón más en la cadena de atención, se realiza la aplicación de un sistema no invasivo para generar la hipotermia ligera (32-35 ° C). Se emplea el sistema Artic-Sun de Medivance.

Cuando el paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos, son requeridas una serie de actividades que se repiten al inicio de cada fase del proceso de hipotermia, con el objetivo de llevar a cabo una valoración exhaustiva del paciente y del proceso en sí.

**Objetivos:** Desarrollar un plan de cuidados estandarizado dirigido al paciente sometido a hipotermia terapéutica mediante la aplicación del método inductivo.

#### **Material y Método**

**Metodología:** Se realizó una descripción detallada de las actividades llevadas a cabo en base a los cuidados requeridos clasificadas por aparatos o sistemas. Una vez especificados los cuidados, se trasladaron al lenguaje estandarizado empleando las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

#### **Resultados**

Partiendo de 29 actividades principales, se detectaron 3 complicaciones potenciales, 1 problema interdependiente y 5 diagnósticos de enfermería. Para cada uno de ellos, se realizó una tabla en la que se asociaron los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) correspondientes.

#### **Conclusiones**

Discusión y conclusiones: La realización de un plan de cuidados estandarizado a partir de las tareas que el personal realiza al paciente sometido a hipotermia terapéutica, no solo facilita el trabajo de los profesionales sino que también disminuye la variabilidad de los cuidados.

Mediante este trabajo las actividades realizadas adquieren un rigor científico ya que quedan sustentadas en el lenguaje enfermero estandarizado, acercando la práctica diaria a la práctica basada en la evidencia.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 192

### **Análisis de un evento adverso grave relacionado con la administración de medicamentos y de las medidas de mejora implementadas.**

Sara Sarralde Pérez de San Román; Arantza Rivera Hernando; Laura Ruilope Álvaro; Begoña San Martín Garaluze; Margarita Martínez Martínez; Edurne Ruiz de Ocenda Sanz  
*UCI de OSI Araba-Sede Santiago*

#### **Objetivo**

Los sistemas de notificación de incidencias son una herramienta clave en seguridad y calidad asistencial. El análisis de incidentes declarados es realizado por el grupo de seguridad del servicio que propone cambios destinados a mejorar los planes de actuación.

A consecuencia de la notificación de un evento adverso grave por administración errónea de noradrenalina, se realiza un análisis del mismo.

#### **Objetivos**

- Analizar causas del evento adverso.
- Proponer acciones preventivas y de mejora.
- Analizar la aplicación de medidas implementadas

#### **Material y Método**

Análisis del caso:

- Recogida de información
- Convocatoria extraordinaria del grupo de seguridad.
- Análisis causa-raíz con parrilla basada en la Joint Commission of the Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)

Propuestas de mejora del circuito de preparación de medicamentos: actualización del protocolo, separación física de perfusiones de riesgo (vasoactivas, sedo-analgésia) del resto, señalización con punto rojo en medicación y batea, y difusión al personal.

Dos auditorías separadas en tiempo evaluando el cumplimiento de: existencia de medicación de reserva preparada, ubicación correcta, identificación correcta. Análisis de resultados en porcentajes.

#### **Resultados**

Del análisis causal, se objetivaron diferentes causas del evento adverso (humanas, de formación, ambientales, de recursos, estado paciente,...)

De las auditorías de cumplimiento de aplicación de medidas barrera, se realizaron 189 mediciones, 79 con medicación de riesgo, un 60,7 % tenía medicación de reserva preparada, 18,9 % no, el resto no precisa. El 87,5% estaba separada del resto. El 75% identificada con punto rojo, en batea y pestaña. El 62,5 % no estaba completamente identificada.

#### **Conclusiones**

El análisis realizado permite identificar las causas que propiciaron el incidente y proponer cambios.

La modificación del protocolo de preparación y administración de medicamentos homogeneizó y reforzó pautas de actuación.

Los resultados de las auditorías muestran buena aceptación del personal de las medidas implementadas.

Se propondrán acciones de mejora en la identificación completa de la medicación.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 206

### **Estreñimiento, la necesidad olvidada...**

Noemí Alonso León; Clara Sibina Machengs; Lluïsa Bancó Tura; Xenia Sist Viaplana  
*Hospital General de Granollers*

#### **Objetivo**

El estreñimiento es un problema que frecuentemente se detecta en los pacientes graves. La incidencia varía entre el 15% y el 83% de los pacientes ingresados en las UCI. Los fármacos procinéticos, los laxantes y los enemas nos ayudan a prevenir el estreñimiento.

**Objetivo:** Identificar la incidencia de estreñimiento en la UCI del Hospital General de Granollers en los pacientes con nutrición oral o enteral y su relación con el uso de procinéticos, laxantes y enemas durante los episodios de estreñimiento.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo observacional prospectivo. Muestra: pacientes ingresados en la UCI con una estancia mínima de 4 días, mayores de 18 años y nutridos vía oral o enteral. Variables: edad, sexo, apache II, días de estancia, diagnóstico, presencia de estreñimiento y número de episodios, uso de laxantes, procinéticos y enemas y balance hídrico. Método: confección una hoja ad-hoc para la recogida de todos los datos necesarios, incluidos en la gráfica e historia clínica

#### **Resultados**

Los pacientes incluidos tienen una media de edad de 65 años (37% mujeres, 63% hombres), con una de Apache II de 15, un 97.37% presentaba diagnóstico médico (1.32% traumatológico, 1.32% quirúrgico). La estancia media era de 14.16 días con una incidencia de estreñimiento del 70%, de los cuales la mayoría presentaban un solo episodio de estreñimiento y con balance hídrico negativo. De los pacientes que padecieron estreñimiento: 37% no se administró procinéticos, 76% no se administró laxante y solo se administró enema a un 11%

#### **Conclusiones**

El estreñimiento está infravalorado dada la elevada incidencia, el escaso registro y la elevada comorbilidad asociada al enfermo crítico.

El uso de fármacos para la prevención del estreñimiento es mejorable y precisa el protocolizado de su uso.

La necesidad de Eliminar es una de las necesidades que debemos cubrir para mejorar la calidad asistencial de los pacientes.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 103**

Hemofiltración veno-venosa continua. Plan de cuidados estandarizado.

---

► **ID 127**

Creando entornos más seguros: Traslado Intrahospitalario del paciente crítico.

---

► **ID 147**

Seguridad: puesta en marcha de mejoras en respuesta a las notificaciones en pacientes críticos.

---

► **ID 149**

Implicación de los familiares en los cuidados de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 151**

Estudio observacional sobre prácticas de analgesia en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 161**

Estudio observacional sobre el manejo de la sedación profunda en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 173**

Valoración de la satisfacción de los profesionales ante la introducción de un registro de seguridad para el traspaso de pacientes (*Handoff*).

---

► **ID 185**

De las úlceras por presión a las lesiones asociadas a la dependencia en Cuidados Intensivos: incidencia de heridas crónicas.

---

► **ID 193**

Buscando soluciones a problemas de seguridad interservicios. Participación y negociación.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 103

### **Hemofiltración veno-venosa continua. Plan de cuidados estandarizado.**

María del Mar González Valverde<sup>1</sup>; María Ángeles Poyatos Álvarez<sup>1</sup>; Gemma Delgado Martínez<sup>2</sup>; Helena Escribano Belmar<sup>1</sup>; Milagros Noheda Recuenco<sup>2</sup>; José Antonio Simarro Blasco<sup>2</sup>; María Teresa de las Heras Lain<sup>2</sup>; Pablo Pérez de las Heras<sup>2</sup>; Coral Checa Osma<sup>2</sup>; Riánsares Checa Osma<sup>2</sup>

1. Hospital de Villarrobledo; 2. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

#### **Introducción**

La hemofiltración veno-venosa continua (HVVC) es una técnica eficaz para pacientes con insuficiencia renal aguda entre otras indicaciones y que se encuentren hemodinámicamente inestables ingresados en UCI.

#### **Objetivo**

Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) que ofrezcan a los profesionales recursos científicos, reconocimiento profesional y sirvan para proporcionar mayor seguridad y mejor calidad asistencial para los pacientes sometidos a HVVC en UCI.

#### **Material y Método**

Para la realización del PCE utilizamos el proceso enfermero y la taxonomía NANDA II 2013-2014. Que presenta 13 dominios, nos centramos en los más representativos para este tipo de paciente, que son el dominio 2 (nutrición) y 11 (Seguridad y protección). Enumeramos los diagnósticos según la NANDA y las intervenciones según la NIC. También se hacen revisiones bibliográficas y de historias clínicas.

#### **Resultados**

Diagnósticos específicos e intervenciones de enfermería:

##### **DOMINIO 2:**

(00026)Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p edema y oliguria. NIC: Manejo de la hipervolemia(4170).

(00025)Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c patrón de eliminación ineficaz. NIC: Manejo de líquidos(4120), monitorización de líquidos(4130), terapia de la hemofiltración(2110)

(00195)Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c disfunción renal. NIC: Manejo de electrolitos(2000)

##### **DOMINIO 11:**

(00004)Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos de hemofiltración. NIC: Terapia de hemofiltración(2110), control de infecciones(6540), protección contra infecciones(6550)

(00206)Riesgo de sangrado r/c proceso de terapia de hemofiltración y alteraciones de coagulación. NIC: Prevención de hemorragias(4010), terapia de la hemofiltración(2110)

#### **Conclusiones**

Los pacientes a los que se les está realizando la HVVC requieren mucha vigilancia por su inestabilidad y compromiso vital por parte del enfermero de UCI. Por ello es importante poder tener a su alcance un PCE que sumado a su experiencia profesional ayude a tratar a este tipo de paciente con la mayor seguridad y calidad asistencial posible.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 127

### **Creando entornos más seguros: Traslado Intrahospitalario del paciente crítico.**

Javier Jiménez Benitez; Anselmo José Montes Aguilera  
*Hospital Universitario Son Espases*

#### **Objetivo**

El traslado intrahospitalario del paciente crítico supone un riesgo añadido para su estabilidad así como una gran responsabilidad para el personal de enfermería. Es necesario contar con herramientas que doten de las habilidades necesarias para el cuidado del paciente, así como la estandarización de los procesos, creando prácticas seguras.

La existencia de una guía de actuación enfermera para el traslado del paciente crea un entorno seguro más allá de la unidad física; disminuyendo la probabilidad de eventos adversos.

Como objetivo principal nos proponemos la creación de una herramienta estandarizada de actuación enfermera en el traslado del paciente crítico.

#### **Material y Método**

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica de material y guías publicadas en los últimos 5 años (2010-2015).

Descriptores: "transferencia de pacientes", "seguridad del paciente", "registros médicos", "cuidados críticos".

Se consultan las siguientes bases de datos: PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane y Googleacadémico además de literatura gris.

**Criterios de Inclusión:** Artículos con texto completo, en español e inglés.

**Criterios de Exclusión:** Artículos anteriores a 2010, textos que no se pueden conseguir completos.

Se emplean los operadores booleanos: AND y OR.

#### **Resultados**

Con la información recopilada y contrastada, se formula un Check-List de verificación previo al transporte intrahospitalario que ha de ser cumplimentada por la enfermera encargada del transporte junto con la enfermera observadora. Se realiza una formación previa al protocolo de la dotación y funcionamiento de la camilla asistida como extensión de la Unidad de Cuidados Intensivos más allá del espacio físico. Ahondando en un perfecto conocimiento del equipamiento.

#### **Conclusiones**

Una guía de actuación para el transporte intrahospitalario, estandariza los procesos y protocoliza los cuidados que lleva a cabo el personal de enfermería, creando entornos seguros para el paciente y la excelencia en el cuidado del paciente crítico.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 147

### **Seguridad: puesta en marcha de mejoras en respuesta a las notificaciones en pacientes críticos.**

María del Pilar González Pascual<sup>1</sup>; Josefa Escobar Lavela<sup>2</sup>; María del Carmen Martín Gígorro<sup>1</sup>; Mónica Atienza Ruiz<sup>2</sup>; Mónica Juncos Gozalo<sup>1</sup>; Laura González Borraz<sup>2</sup>

1. Hospital Universitario del Sureste (Arganda del Rey); 2. Madrid

#### **Objetivo**

- Crear una cultura de seguridad entre los profesionales
- Aumentar la seguridad del paciente
- Reducir el número de incidentes acaecidos en la unidad

#### **Material y Método**

Los profesionales notifican incidentes mediante un documento anónimo entregado en un buzón. Éstos son analizados por parte del Grupo de Seguridad de la unidad aplicando las mejoras oportunas, que se consensúan en el equipo requiriendo:

- Acciones inmediatas cuya puesta en marcha es factible sin necesidad de aplicar recursos adicionales
- Acciones que impliquen al resto de profesionales
- Medidas de mejora que requieran la colaboración de otros departamentos

#### **Resultados**

Las 75 notificaciones recibidas durante el periodo que abarca los años 2014 - 2015 se pueden clasificar en:

- Problemas relacionados con recepción y traslado de pacientes procedentes de otros servicios: Uso de llaves de 3 pasos que se usan en el resto del hospital que no son útiles para soluciones lipídicas
- Problemas relacionados con la nutrición parenteral (NPT): Problemas en la composición definitiva de la NPT cuando no es la habitual
- Problemas relacionados con proyecto "UCI sin delirio": Derivados de la importancia de levantar al sillón al paciente y de respetar el ciclo vigilia - sueño

Los planes de mejora establecidos son:

- Cambiar por la únicas llaves de 3 pasos existentes en UCI
- Valorar la preparación de la NPT por parte del Servicio de Farmacia y mientras tanto, asegurarse de la composición definitiva
- Preguntarse cada día: "¿Se puede levantar al sillón?"

#### **Conclusiones**

Los profesionales de la unidad comprueban que sus notificaciones se consideran necesarias precisando aplicar las mejoras derivadas de ellas.

La puesta en marcha de las mejoras permite aumentar la seguridad del paciente y disminuye el número de incidentes producidos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 149

### **Implicación de los familiares en los cuidados de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Laura González Borraz<sup>1</sup>; Josefa Escobar Lavela<sup>2</sup>; María del Carmen Martín Gigorro<sup>1</sup>; Mónica Atienza Ruiz<sup>2</sup>; Mónica Juncos Gozalo<sup>1</sup>; María del Pilar González Pascual<sup>2</sup>

1. Hospital Universitario Sureste; 2. Arganda del Rey (Madrid)

#### **Objetivo**

Actualmente se intenta humanizar las unidades de cuidados intensivos (UCI) para reducir el grado de preocupación y miedo de los familiares. El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la integración de las familias en la asistencia diaria a los pacientes.

Los objetivos son aumentar la implicación de los familiares en los cuidados de enfermería, poniendo en práctica un plan de formación destinado a los mismos.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo evaluando una encuesta anónima y voluntaria, entregada a los familiares de los pacientes que han sido dados de alta en la UCI del hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey (Madrid), entre el Julio 2015 y Diciembre 2015.

Dicha encuesta la respondieron 69 personas en el periodo analizado y las preguntas asignadas a estudio son las siguientes:

- ¿Los familiares se sienten implicados en los cuidados de enfermería?
- ¿Los familiares sienten que tienen sus necesidades cubiertas?

#### **Resultados**

- Implicación en los cuidados

El 60.86% de los familiares se sienten implicados en los cuidados

El 10.14% no se sienten implicados

El 4.34% sólo a veces

El 24.63% NS/NC

- Necesidades cubiertas

El 92.75 % si lo sienten

El 5.79% sólo a veces

El 1.44% NS/NC.

#### **Conclusiones**

- Más de la mitad de los familiares sienten que están implicados en los cuidados, pero relacionando ambas preguntas y comparando ambos resultados detectamos que dicha implicación no es considerada una necesidad por su parte
- Como mejora se va a poner en marcha un proyecto de formación a los familiares de los pacientes traqueostomizados, sobre los cuidados que requieren dichos pacientes.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 151

### **Estudio observacional sobre prácticas de analgesia en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Belén Martín Miguel<sup>1</sup>; Cristina Herrera Alonso<sup>1</sup>; José Manuel Gómez García<sup>2</sup>; Carmen Vázquez Laynez<sup>1</sup>; Mario Dalorzo González<sup>3</sup>; Cristina Díez Sáenz<sup>4</sup>

1. Enfermera UCI; 2. Médico Adjunto UCI; 3. Residente UCI; 4. Jefa de Servicio UCI  
Hospital Universitario Gregorio Marañón

#### **Objetivo**

Los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con frecuencia están sometidos a procedimientos, estímulos y situaciones que pueden provocar dolor físico. Prevenir el dolor y tratarlo adecuadamente mejora considerablemente el confort de los pacientes y disminuye las complicaciones.

Conocer el nivel del dolor y controlarlo constituye una buena práctica y refleja el nivel de calidad asistencial de las unidades.

#### **Material y Método**

Para la monitorización del dolor se utilizaron la Escala Visual Analógica (EVA) para el paciente comunicativo y la Escala de Conducta Indicadoras de Dolor (ESCID) para el paciente no comunicativo. Se realizaron mediciones del dolor una vez por turno, durante 60 días (del 14 de octubre al 14 de diciembre del 2015) consecutivos a todos los pacientes ingresados en la UCI durante el periodo a estudio.

Se consideró como dolor no controlado, aquel que, en cualquiera de las escalas de medición del dolor utilizadas, se puntuaba con un valor mayor o igual a 4.

Se recogieron datos demográficos y de gravedad.

#### **Resultados**

Las características generales de la muestra de estudio fueron: 68% varones; edad media  $53 \pm 18$ ; 56% en ventilación mecánica; APACHE II  $16 \pm 8$ ; SAPS III  $62 \pm 17$

Los motivos de ingreso fueron: 25% deterioro neurológico, 22% sepsis/ shock séptico, 15% insuficiencia respiratoria, 14% trastornos metabólico grave, 9% postquirúrgicos, 5% otros tipos de shock, 3% PCR recuperada, 7% otro.

El 100% de los enfermos no tenían reflejado un objetivo de control del dolor, ni tenían una pauta de monitorización.

En el 10,5% de las mediciones del dolor, se reflejaba un control insuficiente del mismo.

Un 7,6% de los enfermos ingresados en UCI no tenían pauta de analgesia.

#### **Conclusiones**

Se observa un número nada despreciable de enfermos que padecen dolor en nuestra unidad.

La elaboración de un protocolo conjunto llevado a cabo por enfermeras y médicos, permitiría un mejor control del dolor en nuestra unidad.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 161

### **Estudio observacional sobre el manejo de la sedación profunda en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Crsitina Herrera Alonso<sup>1</sup>; Belén Martín Miguel<sup>1</sup>; José Manuel Gómez García<sup>2</sup>; Carmen Vázquez Laynez<sup>1</sup>; Mario Dalorzo González<sup>3</sup>; Cristina Díez Sáenz<sup>4</sup>

1. Enfermera UCI; 2. Intensivista Adjunto UCI; 3. Residente Intensivos; 4. Jefa Unidad UCI  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

#### **Objetivo**

El exceso de sedación puede aumentar la morbi/mortalidad de pacientes críticos. La sobrededación es consecuencia de la administración de dosis de sedantes más altas de las necesarias, con el riesgo de producir efectos secundarios. La sedación debe ser monitorizada.

#### **Material y Método**

Para monitorizar la sedación, utilizamos la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale). Realizamos mediciones del nivel de sedación por turno, durante 60 días (14 Octubre 2015 / 14 Diciembre 2015) a todos los pacientes con ventilación mecánica (VM), ingresados en UCI.

Considerando, sedación profunda RASS [-4] o [-5]. Situaciones patológicas que justifiquen esta sedación: 1) Hipotermia inducida, 2) Uso de sistema de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO), 3) Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA), 4) Estatus convulsivo, 5) Estatus asmático, 6) Hipertensión intracraneal, 7) Uso de bloqueantes neuromusculares 8) Requerimientos especiales de ventilación mecánica, 9) Adecuación de medidas terapéuticas del proceso de retirada de medidas de soporte vital. Datos demográficos y gravedad.

#### **Resultados**

Características de la muestra a estudio : 68% varones, edad media 53±17, APACHE II 21±7, SAPS III 69±16.

Motivos de ingresos : deterioro neurológico 51%; sepsis/shock séptico 13%; postquirúrgico 9%; insuficiencia respiratoria 7%; PCR recuperada 5%; Shock hemorrágico 2%; otros 13%.

El 100% de enfermos no tenían en las órdenes de tratamiento un objetivo de sedación, ni pauta de monitorización del nivel de sedación. En el 86% de las mediciones del nivel de sedación, se evidenciaron niveles profundos de sedación, de estos, el 56% no reunían ninguno de los criterios establecidos para mantener este nivel de sedación.

#### **Conclusiones**

Observamos un elevado porcentaje de mediciones con niveles profundos de sedación. Más de la mitad de los casos de sedación profunda, no estaría justificada, debería ser reconsiderada. La creación de un protocolo de analgosedación, por médicos y enfermeras, permitiría una adecuación de los niveles de sedación según las necesidades de los enfermos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 173

### **Valoración de la satisfacción de los profesionales ante la introducción de un registro de seguridad para el traspaso de pacientes (*Handoff*).**

S. Lluch Palomares; A. Cano Moreno; E. Bernat Gómez; J. González Torrijos  
*Consortio Hospital General Universitario de Valencia*

#### **Objetivo**

El Proyecto Resistencia Zero, en el que participa nuestra Unidad de Reanimación de Cirugía Cardíaca, incluye entre sus objetivos, mejorar la comunicación entre profesionales.

Con este fin, se diseñó una hoja de registro para el traspaso de pacientes entre turnos que complementara el sistema habitual de documentación.

Este registro estandariza la información, incluye listas de verificación de seguridad y utiliza terminología de la clasificación internacional NOC para reflejar la evolución del paciente.

El objetivo es el análisis de opinión y satisfacción de los profesionales para conseguir la introducción del registro y mejorar la comunicación.

#### **Material y Método**

Estudio cualitativo, analítico, observacional antes/después. Muestra: 22 profesionales de enfermería.

Se diseñaron dos encuestas de valoración de opinión y satisfacción sobre una serie de variables relacionadas con los registros de tipo ordinal.

La recogida de datos se realizó en dos momentos, previo a la introducción del nuevo registro y posteriormente al periodo de prueba del mismo. Se compararon los resultados de ambas encuestas.

El análisis estadístico se realizó con el programa PSPP.

No se identificaron conflictos éticos.

#### **Resultados**

Las encuestas se validaron de constructo y de contenido por enfermeras de otro servicio.

Respecto al sistema habitual de registro, el 54% se define como bastante satisfecho. Un 63% lo considera útil o muy útil. El 50% considera que el registro respalda la transmisión de información en el traspaso. El 45% se muestra indiferente ante la influencia sobre la seguridad del paciente. A la mayoría del grupo, 74% no le supone una sobrecarga de trabajo.

#### **Conclusiones**

El sistema habitual de registro está aceptado de manera generalizada y no se considera una carga. No se percibe una marcada relación con la seguridad del paciente. Sólo la mitad del personal lo considera un apoyo a la comunicación durante el traspaso.

Los resultados del análisis comparativo se utilizarán para corregir aspectos del nuevo registro.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 185

### **De las úlceras por presión a las lesiones asociadas a la dependencia en Cuidados Intensivos: incidencia de heridas crónicas.**

César Rodríguez Núñez; Janire Irigoien Aguirre; Alba Iglésias Ródriguez; Mikel García Corres; Marta Martín Martínez; María José Rodríguez Borrajo; María Rosario Romero Montoya; Manuela Vila Gómez; Jaione Sánchez Zugazua; Lucia Trapote Eguren  
*Hospital Universitario Araba*

#### **Objetivo**

En los últimos tiempos ha cambiado el marco conceptual en cuanto a la clasificación de las heridas crónicas, existiendo otros factores a parte de la presión, que contribuyen a la aparición de este tipo de lesiones

#### **Objetivos:**

- Analizar la Incidencia de Lesiones asociadas a la dependencia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- Determinar que categoría de este tipo de lesiones es más frecuente y su localización.
- Describir las características de las lesiones.

#### **Material y Método**

Estudio observacional retrospectivo. Periodo de estudio: Del 1 Junio 2015 al 31 Diciembre 2015. Población de estudio: pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años. Los datos sobre UPP se registraron en la base de datos del programa informático denominado Metavision. Análisis estadístico descriptivo con el programa IBM SPSS 22.0.

#### **Resultados**

La incidencia de este tipo de lesiones en el periodo de estudio fue del 10.86 %.

UPP: 45.3% (UPP II (56.6%))

Lesiones por fricción: 31.1% (Friccion II (6.6%))

Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH): 5%(LESCAH IIA (2.8%))

Lesiones mixtas: 13%

Arteriales 7%

La localización más frecuente fue en el sacro en un 26.4%, seguido de talones y glúteos, ambos con un 8.5%.

Existió un 71.7% de no registro de las características de las heridas.

#### **Conclusiones**

Acorde con la literatura actual sobre este tipo de lesiones, hemos actualizado el formulario informático de valoración y tratamiento. Se realizó formación continuada previa sobre los cambios y mejoras propuestas en prevención y tratamiento de UPP a los profesionales de enfermería. Cambio en el protocolo de prevención de la unidad acorde a las recomendaciones actuales. Asumimos el posible sesgo de selección, intrínseco de los estudios de incidencia.

| Tipo de lesión                                    | Porcentaje | Categoría más frecuente |
|---|------------|-------------------------|
| UPP   | 45.3%      | UPP II (56.6%)          |
| Lesiones por fricción                             | 31.1%      | Friccion II (6.6%)      |
| Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) | 5%         | LESCAH IIA (2.8%)       |
| Lesiones mixtas                                   | 13%        |                         |
| Arteriales  | 7%         |                         |



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 193

### **Buscando soluciones a problemas de seguridad interservicios. Participación y negociación.**

Edurne Ruiz de Ocenda Sanz; Sara Sarralde Pérez de San Román; Arantza Rivera Hernando; Laura Ruilope Álvaro; Begoña San Martín Garaluze; Margarita Martínez Martínez  
*UCI de OSI Araba-Sede Santiago*

#### **Objetivo**

En la Estrategia de Seguridad del Paciente promovida por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud la implantación de un Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNAP) es un pilar básico.

En nuestro servicio, un grupo multidisciplinar analiza desde 2005 eventos declarados en dicho sistema corporativo, buscando y proponiendo barreras que mejoren la seguridad de los pacientes. Algunos eventos pueden afectar a otros servicios con los que se relacionan nuestros pacientes.

#### **Objetivos**

- Detectar incidentes subsidiarios de corrección en el circuito Intensivos-Quirófano (I-Q).
- Analizar y buscar soluciones con la participación de ambos servicios

#### **Material y Método**

Descriptiva de la hoja de ruta del proceso:

1º Análisis de eventos declarados en el SNAPS y en el sistema de calidad ISO del servicio (Informes de No Conformidad) relacionados con el circuito I-Q.

2º Recogida de problemas de seguridad detectados por el personal de I-Q mediante hoja específica depositada en una urna (Junio-Septiembre 2015). Análisis y priorización de problemas declarados.

3º Reunión conjunta buscando barreras, mediante técnicas grupales, de consenso y negociación.

4º Implantación de medidas adoptadas y difusión al personal.

5º Revisión de cumplimiento en 6 meses mediante encuesta de satisfacción, análisis de nuevas INC y declaraciones de seguridad y/o auditoría de ítems acordados

#### **Resultados**

**Primera fase:** (Junio 2014-Junio 2015) Recogidos: 4 INC y 8 declaraciones de seguridad que afectan al circuito.

**Segunda fase:** se recogen en intensivos 18 hojas. Problemas detectados según índice de prioridad (IP):

- 1º Perfusiones de riesgo, dosis y vías. (IP:101)
- 2º Traslados en cambio de turno. (IP:39)
- 3º Fijación de dispositivos (IP:37)
- 4º Información y comunicación (IP:21)
- 5º Orden (IP:3)

#### **Conclusiones**

Un proceso que incluye dos servicios es complejo y precisa tiempo para desarrollarse. Seguimos en el proceso para desarrollar las siguientes fases para obtener un análisis completo.

La participación del personal es clave para identificar problemas y proponer soluciones.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

**ID 219**

Adaptación de enfermería a la evolución del proceso de donación en asistolia controlada (DAC).

---

**ID 221**

De UCI a sala de hospitalización: control del delirio.

---

**ID 235**

Creación de un tríptico informativo de alarmas y sonidos habituales en UCI.

---

**ID 200**

Manual de administración de fármacos de UCI para enfermería.

---

**ID 327**

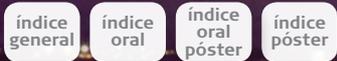
Programa de formación multidisciplinar en el manejo de la membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) utilizando un modelo animal vivo.

---

**ID 48**

LET en Cuidados Críticos: plan de cuidados estandarizado.

---



salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 219

### **Adaptación de enfermería a la evolución del proceso de donación en asistolia controlada (DAC).**

Arantza Rivera Hernando; Blanca González de Zárate Sáez de Castillo; Aitziber Salinas Ruiz de Infante; Esther Corral Lozano; Garazi Díaz Romaratezabala  
*UCI Sede Santiago del Hospital HUA*

#### **Objetivo**

La disminución del número de donantes en muerte encefálica supuso un reto buscando nuevas formas de donación. En 2010, iniciamos la puesta en marcha, como proyecto piloto de la Organización Nacional de Trasplantes, de un protocolo de DAC con el objetivo de optimizar nuestro proceso de donación.

- 1º Periodo 2010-2013: Utilización de circuito cerrado impulsado por bomba del módulo BSM22 de Hospal, modificado y adaptado.
- 2º Periodo 2014-2015: Utilización de ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation).

**Objetivo** Describir la evolución en las técnicas de preservación de órganos en la DAC y la adaptación de Enfermería mediante la elaboración de guías de manejo optimizando recursos humanos y materiales.

#### **Material y Método**

Búsqueda activa y continua de nuevas aportaciones de mejora al proceso, valorando recursos humanos y materiales. Elaboración de una guía de actuación de cada una de las técnicas de perfusión y preservación de órganos, incluidas ambas en el protocolo de DAC.

Sesiones formativas teórico-prácticas a Enfermería sobre el manejo de los diferentes métodos utilizados.

Comparativa de los resultados obtenidos en las dos fases, relacionado con los órganos extraídos y complicaciones durante el proceso.

#### **Resultados**

Aplicación de guías elaboradas para la óptima perfusión y preservación de los órganos en la evolución de una técnica en hipotermia para extracción renal a una en normotermia con ECMO, que además posibilita la extracción hepática, optimizando la extracción de órganos en DAC.

Ausencia de complicaciones relacionadas con la perfusión y preservación de órganos en ambos periodos.

#### **Conclusiones**

Enfermería ha demostrado su capacidad de implicación y adaptación a las diferentes técnicas empleadas en ambos periodos.

Su creatividad y dedicación han sido fundamentales para la adecuación y mejora de la guía con cada nueva DAC.

La formación continuada es fundamental para optimizar los conocimientos, habilidades y seguridad en las técnicas.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 221

### **De UCI a sala de hospitalización: control del delirio.**

Sara Herreros González; Rosario Ramos Girona  
*Hospital Doctor Peset, Valencia*

#### **Objetivo**

Conocer los factores de riesgo para la aparición del síndrome confusional agudo (SCA).

Cuantificar la incidencia de SCA en sala de hospitalización de los pacientes provenientes de UCI.

Conocer los factores del entorno - hábitat de UCI que pueden incidir en la aparición de SCA y contrastarlos con los factores de la sala de hospitalización.

Evaluar la intervención de enfermería para resolver el cuadro de SCA del paciente.

Trabajar conjuntamente con el cuidador principal en la resolución del cuadro confusional del paciente.

#### **Material y Método**

Tipo de estudio: descriptivo, transversal, prospectivo.

Población estudiada: 63 pacientes de edades comprendidas entre 27 y 83 años.

Temporalización: desde diciembre de 2013 hasta junio de 2015.

Ámbito de desarrollo: sala de hospitalización de medicina interna, 14 habitaciones de 2 camas.

Definición de caso: todo paciente proveniente de UCI que ha presentado SCA y también lo padece en sala de hospitalización.

Escala empleadas; escala de delirio en UCI (CAM-ICU) y escala de ansiedad de Hamilton, realizada al cuidador principal.

#### **Resultados**

De los 63 pacientes que provienen de UCI, 5 se controlan en 2 días (7,94%), 38 en 5 días (60,32%), 13 en 7 días (20,63%) y a 7 (11,11%) se les da el alta presentando cuadro de desorientación.

El 89% de los cuidadores desconocía los factores de riesgo y los síntomas del SCA.

#### **Conclusiones**

El diagnóstico precoz del SCA en la unidad de cuidados críticos ha facilitado la realización del abordaje inmediato al paciente.

En UCI existen distintos factores del hábitat que no se pueden eliminar ni atenuar, como la iluminación y los ruidos (alarmas de los monitores, etc.), mientras que en sala sí que resultan controlables.

La implicación del cuidador es clave para controlar y minimizar el SCA.

La rápida actuación frente al SCA en la sala de hospitalización redundará en una recuperación temprana, disminuyendo su estancia y con ello la morbilidad, además de los recursos socio sanitarios.

sigue →



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

► Pósters

# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**TABLA 6. Escala de delirio en la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM-ICU)**

| Criterios y descripción del CAM-ICU  |         |          |
|--|---------|----------|
| <p><b>1. Comienzo agudo o evolución fluctuante</b><br/>Es positivo si la respuesta es SI a 1A o 1B</p> <p><b>1A.</b> ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal?<br/>O<br/><b>1B.</b> ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas? Es decir, ¿tiene a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en gravedad, evidenciado por la fluctuación de una escala de sedación (p.e. RASS), o GCS, o en la evaluación previa de delirio?</p>   | Ausente | Presente |
| <p><b>2. Falta de atención</b><br/>¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntuaciones &lt; 8 en cualquiera de los componentes visual o auditivo del ASE?</p> <p><b>2A.</b> Comience con el ASE de letras. Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3</p> <p><b>2B.</b> Si el paciente no es capaz de hacer esta prueba o la puntuación no está clara, haga el ASE de figuras. Si hace las dos pruebas use el resultado del ASE de figuras para puntuar</p>  | Ausente | Presente |
| <p><b>3. Pensamiento desorganizado</b><br/>¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas, y/o incapacidad para obedecer órdenes?</p> <p><b>3A. Preguntas de Sí o No</b> (alternar grupo A y grupo B):<br/><b>Grupo A</b><br/>¿Puede flotar una piedra en el agua?<br/>¿Hay peces en el mar?<br/>¿Pesa un kilo más que dos kilos?<br/>¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo?</p> <p><b>Grupo B</b><br/>¿Puede flotar una hoja en el agua?<br/>¿Hay elefantes en el mar?<br/>¿Pesan dos kilos más que un kilo?<br/>¿Se puede usar un martillo para cortar madera?</p> <p><b>3B. Órdenes</b><br/>Decir al paciente: «Muestre cuántos dedos hay aquí». Enseñar 2 dedos, colocándose delante del paciente. Posteriormente decirle «Haga lo mismo con la otra mano»<br/>El paciente tiene que obedecer ambas órdenes</p> | Ausente | Presente |
| <p><b>4. Nivel de conciencia alterado</b><br/>Es positivo si la puntuación RASS es diferente de 0</p>  | Ausente | Presente |
| <p><b>Puntuación global</b><br/>Si el 1 y el 2 y cualquiera de los criterios 3 ó 4 están presentes el enfermo tiene delirio</p>  | Sí      | No       |

ASE: Attention Screening Examination; CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit; GCS: Glasgow Coma Score; RASS: Richmond Agitation Sedation Scale. Adaptada de: Ely EW, et al<sup>9</sup>.

| Escala de ansiedad de Hamilton   |        |   |   |   |   |  |
|--|--------|---|---|---|---|--|
| Definición operativa de los ítems  | Puntos |   |   |   |   |  |
|  | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)  | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)  | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 10. <i>Síntomas respiratorias</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 13. <i>Síntomas de sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)   | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i>  | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial</li> <li>Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales</li> </ul> |        |   |   |   |   |  |

Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Heteroaplicada. La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem. Ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3, muy incapacitante = 4.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 235

### **Creación de un tríptico informativo de alarmas y sonidos habituales en UCI.**

José Antonio Fernández Castillo; Jorge Martín Serrano; Margarita Campos Pérez; Francisca Ahumado Amado; Margarita Enriquez de Luna  
*Agencia Sanitaria Costa del Sol*

#### **Objetivo**

Las alarmas, tanto en monitores, respiradores, bombas de perfusión, así como el propio ingreso del paciente, provocan un aumento considerable del estado de ansiedad, alarma y genera dudas en las familias de los pacientes ingresados en la Uci.

Desde la bibliografía existente y nuestra propia experiencia, hemos observado que la creación de un tríptico informativo sobre las alarmas y sonidos habituales en nuestra Uci dirigido a los familiares, disminuye el estado de alerta, la angustia y el estrés provocado por la enfermedad en si y por el entorno desconocido

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica y de protocolos de planes de acogida del paciente ingresado en Uci.

Creación de un tríptico informativo a color, utilizando el programa power point 2007.

Comunicación y divulgación interna sobre la medida implantada y justificación de la misma.

#### **Resultados**

Las intervenciones las enmarcaremos dentro de la etiqueta **NIC 7310.- Cuidado de enfermería al ingreso**. Plan de acogida al usuario/familia. proporcionando a la familia información sobre su entorno, entregando un tríptico informativo al ingreso en Uci.

Según la bibliografía consultada, existe en enfermería interes en afrontar, en el momento del ingreso en Uci, la ansiedad de la familia de manera preventiva reglada y consensuada, consciente que es un campo de desarrollo importante en calidad del cuidado enfermero.

La familia espera que la enfermería les informe de esos aspectos tecnológicos para saber como actuar, de forma clara y estructurada.

#### **Conclusiones**

La creación y posterior implantación de un tríptico informativo, no solo mejoramos la educación sanitaria sobre el entorno a los familiares sino que ademas se disminuirá la ansiedad que crea el ingreso de un familiar en Uci y que es agravada por las alarmas y sonidos de los dispositivos que los rodean.

La búsqueda bibliográfica afirma la existencia de dicha ansiedad, y que asi mismo esta sera disminuida con la informacion recabada en nuestro triptico informativo.

**Pantalla nº 8. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 200

## **Manual de administración de fármacos de UCI para enfermería.**

Sandra Gíao; María Moreno; Susana Camacho  
*Hospital Universitario Quirón Salud Madrid*

### **Objetivo**

La preparación y administración de fármacos es una función diaria fundamental dentro de los cuidados de enfermería que conlleva riesgos para la seguridad del paciente. Por ello, es necesario conocer y mejorar esta práctica.

Los errores relacionados con la medicación, ocupan el primer lugar de los eventos adversos en cuanto a la seguridad del paciente.

Consideramos necesario minimizarlos, siendo el factor humano sobre el que nos proponemos actuar: desconocimiento o conocimientos adquiridos erróneos en la preparación y/o administración del fármaco.

Nuestro objetivo es que los profesionales tengan acceso a una información detallada pero resumida, que ofrezca una respuesta rápida ante posibles dudas a la hora de preparar y administrar un fármaco.

### **Material y Método**

Se realiza una guía de administración dirigida a los profesionales de enfermería. En ella se recopilan los fármacos más utilizados en UCI, ordenados alfabéticamente por principio activo; se describen propiedades, indicaciones, efectos secundarios, vías y modos de administración, cuidados de enfermería y medidas ante la aparición de efectos secundarios/intoxicación.

Con una metodología de iconos gráficos, se identifican los medicamentos considerados de alto riesgo, suero de elección para reconstituir/diluir, administrar por una vía única, administrar en bolo, utilizar bomba de perfusión, conservar y/o administrar protegido de la luz, conservar en nevera y la estabilidad a temperatura ambiente y en nevera.

Con la misma metodología, se realiza un póster y etiquetas para los dispositivos de almacenamiento de estos fármacos.

### **Resultados**

Este proyecto se hace extensivo a todas las áreas hospitalarias unificando la identificación y administración de los fármacos.

### **Conclusiones**

Se ha finalizado el proyecto y estamos en fase de implantación. Se evaluará la satisfacción del personal y se estudiará el número de eventos adversos relacionados con la administración de fármacos antes y después de la puesta en práctica.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 327

### **Programa de formación multidisciplinar en el manejo de la membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) utilizando un modelo animal vivo.**

Esther Liaño Fernández; María Jesús Mantilla Gordovil; Elvira Benito Concha; Clara Oruña Concha; Rocío Fuentes Covián; Lorena Lavín Meruelo; José Aurelio Sarralde Aguayo; Camilo González Fernández  
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

#### **Objetivo**

La utilización de modelos animales para el entrenamiento de ECMO en adultos es escasa en España. Comunicamos nuestra experiencia con un programa de formación integral teoricopráctica en el que se realiza simulación experimental en animales vivos a los que se les implanta el sistema ECMO.

El objetivo primario es mejorar la calidad y el entrenamiento del personal implicado en el tratamiento de pacientes con esta clase de dispositivos.

Los objetivos secundarios son conocer el grado de satisfacción que este programa ofrece y valorar la utilidad del mismo.

#### **Material y Método**

Diseñamos un taller en el laboratorio de experimentación animal que ha incluido, en 7 sesiones, la utilización de 30 animales y una distribución de 10 alumnos por animal. Se contemplaron todos los aspectos relacionados con la implantación, puesta en marcha y mantenimiento de la ECMO; desde la canulación en los modos veno-venoso y veno-arterial recreando una situación emergente o crítica, reproduciendo las posibles complicaciones y resolución de problemas, así como la adaptación de sistema de reemplazo renal al sistema ECMO. Las prácticas contaron con soporte veterinario, cumpliendo la normativa ética en experimentación animal y fueron aprobadas por el Comité de ética hospitalario, de Experimentación animal de la Facultad de Medicina, así como la Conserjería de Agricultura y Ganadería. Estas prácticas estaban dirigidas a personal sanitario en relación con la ECMO resaltando la importancia del trabajo multidisciplinar.

#### **Resultados**

Se analizan 85 encuestas de los alumnos al finalizar el curso correspondientes a las 4 últimas ediciones con un índice de satisfacción global del 89.9%, el 97,6% considera útil esta formación para su actividad diaria y el 98,8% recomendarían el curso a otros compañeros.

#### **Conclusiones**

El diseño de aprendizaje con modelo animal es útil para aprender y enfrentarse a patologías que precisen soporte con ECMO, mejorando la comunicación del equipo y presentando un alto grado de satisfacción.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 48

### **LET en Cuidados Críticos: plan de cuidados estandarizado.**

Carmen Ballesteros Plata; Laura Cazorla López; Ana Leticia Algaba Andrade  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

#### **Objetivo**

La expresión LET "Limitación del esfuerzo terapéutico", se refiere a la no instauración (withholding) o a la retirada, si ya hubiesen sido instauradas (withdrawal), de medidas sanitarias de soporte vital, extraordinarias y/o desproporcionadas en un determinado enfermo, cuyo fin sea algo fútil y que sólo sirva para retrasar su proceso de morir. Con ella se trata de evitar la "obstinación terapéutica"

El desarrollo científico y técnico en medicina, genera un nuevo tipo de paciente en Cuidados Intensivos, aquel que queda en una situación clínica límite, ya que la técnica ha impedido su muerte, pero lo ha dejado en un estado de gran discapacidad física o psíquica.

Por ello, creemos necesario la elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado, tras una decisión meditada de LET, en el que los objetivos se centren en la satisfacción de las necesidades básicas, confort, control del dolor y alivio del sufrimiento tanto para el paciente como para su familia.

#### **Material y Método**

Búsqueda en base de datos bibliográficas de los términos, limitación de esfuerzo terapéutico, futilidad, bioética, final de la vida.

Revisión de las Recomendaciones de la Junta de Andalucía, para la Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Críticos

Revisión de Glosario Terminológico del Grupo de Trabajo de Bioética de Semyciuc

#### **Resultados**

Elaboración de un Plan de Cuidados de Enfermería estandarizado utilizando terminología NANDA, NIC, NOC, encaminado a cubrir los objetivos mencionados anteriormente

#### **Conclusiones**

Un Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes en situación de LET, garantiza la calidad asistencial en la realización de unos cuidados paliativos, encaminados a salvaguardar la dignidad de la persona, y a aliviar sus sufrimientos en el final de su vida. Asimismo, ayuda a la familia a afrontar el proceso de muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Contribuye a mejorar los problemas de disponibilidad de tiempo que a veces tenemos, para la planificación y el registro de los cuidados.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 168**

Conocimiento de la aplicación del decúbito prono como indicación terapéutica en el síndrome de distres respiratorio agudo en el paciente crítico.

---

► **ID 210**

Protocolo normalizado de trabajo de control de medicamentos en cámaras frigoríficas.

---

► **ID 242**

Protocolo de cuidados de enfermería de catéteres intravasculares en la Unidad de Cuidados Intensivos del complejo asistencial de Segovia.

---

► **ID 252**

Protocolo de atención a pacientes tras implante de prótesis valvular aórtica por vía femoral: TAVI en UCI.

---

► **ID 284**

Asociando cuidados para resolver heridas. La importancia de conocer las terapias y los medios de los que disponemos para su cicatrización, aunque no siempre la consigamos.

---

► **ID 290**

Decúbito prono en pacientes con SDRA: guía de actuación de enfermería.

---

► **ID 393**

Pustulosis exantémica generalizada aguda. Caso clínico.

---

► **ID 401**

Humanizando los cuidados intensivos: a propósito de los pacientes neuroquirúrgicos a los que se le aplican medidas de inmovilización terapéutica.

---

► **ID 17**

Cuidados de enfermería en paciente en Muerte Encefálica (ME).

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 168

### **Conocimiento de la aplicación del decúbito prono como indicación terapéutica en el síndrome de distres respiratorio agudo en el paciente crítico.**

María Luisa Fernández Gutiérrez; Patricia Piñas Viñambres; María del Pilar Gil Sendino  
*Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

#### **Objetivo**

Estandarizar los cuidados de enfermería para disminuir las complicaciones y aumentar la eficacia de la técnica.  
Conocer las principales complicaciones y contraindicaciones de dicho tratamiento.

#### **Material y Método**

Nuestra propuesta fue recoger la experiencia durante un año con los pacientes sometidos a esta técnica analizando el tiempo de tratamiento. Se diseñó una plantilla para anotar los principales cuidados de enfermería y las complicaciones aparecidas comparándolo con lo descrito en la literatura con el fin de conocer la necesidad de formación en esta técnica y la elaboración de un protocolo de actuación.

Se creyó indicado que para un correcto manejo y colocación del paciente en Decúbito Prono (DP) este cambio debe hacerse 4 movimientos contando con: 1 médico, 2 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería y 1 celador.

#### **Resultados**

De Enero a Diciembre de 2015 se sometió a ocho pacientes a esta terapia, 5 hombres y 3 mujeres con edades entre los 34 y los 77 años.

Los cuidados de enfermería se basaron en la correcta colocación del paciente con cambios posturales cada 3-4 horas, vigilancia de accesos vasculares, sondas, drenajes y tubo orotraqueal así como la prevención de las UPP (Úlceras Por Presión).

Como complicaciones observamos: Intolerancia a la nutrición enteral, necesidad de aumento de sedación, edema facial, aparición de UPP, lesiones bucales y faciales, salida accidental de dispositivos y hematuria.

#### **Conclusiones**

Los principales cuidados de enfermería se basaron en la correcta colocación del cuerpo, la prevención de UPP y la vigilancia de los dispositivos del paciente.

La sobrecarga del trabajo de enfermería se hace patente en estos pacientes debido al número de manipulaciones y cuidados que precisan, así como la cantidad de efectivos físicos que requieren para su manipulación, considerando el número de complicaciones que pudieran aparecer.

Se hace necesaria la formación en esta técnica al personal sanitario así como la elaboración de un plan de actuación con el fin de minimizar las complicaciones y aumentar la eficacia de dicha terapia.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 210

### **Protocolo normalizado de trabajo de control de medicamentos en cámaras frigoríficas.**

María Rosario Urbán Carmona; María Isabel González Méndez; Catalina Martín Castaño; Inmaculada Alonso Araujo; Rosario Ferrete

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

#### **Objetivo**

Los medicamentos termolábiles deben mantener la cadena de frío (+2-+8°C.) durante conservación, almacenamiento, manejo, transporte y distribución

Su ruptura puede modificar las propiedades de los medicamentos provocando consecuencias potenciales sobre el paciente e impacto económico si deben desecharse

1. Determinar los profesionales responsables en el mantenimiento de la cadena de frío
2. Mantener condiciones que garanticen la correcta conservación de medicamentos termolábiles
3. Establecer pautas ante rotura de cadena de frío

#### **Material y Método**

Elaboración de PNT control medicación termolábil

#### **Resultados**

##### **1. Responsable del procedimiento**

- 1.1. Personal de enfermería asignado por supervisor El responsable final es el supervisor de enfermería.

##### **2. Conservación de la medicación termolábil**

- 2.1. Catálogo de medicamentos termolábiles
- 2.2. En la recepción se procederá a su almacenamiento en el frigorífico
- 2.3. Evitar colocarlos en la puerta, o en contacto con paredes del frigorífico
- 2.4. Los medicamentos más próximos a caducar se colocarán más accesibles
- 2.5. En viales multidosis anotar fecha de apertura
- 2.6. Bandeja inferior suero fisiológico

##### **3. Control de temperatura de nevera**

- 3.1. Revisión y registro diario por personal responsable; registros firmados y archivados en carpeta específica.
- 3.2. Dejar constancia de acontecimientos de variaciones de temperatura
- 3.3. Termómetro de sonda o de neveras anexas a máquinas de dispensación electrónica

##### **4. Actuación ante rotura de la cadena de frío**

- 4.1. Ante anomalías de temperatura hay que comprobar el termómetro y problemas mecánicos
- 4.2. Ante fallos de suministro eléctrico, mantener la puerta del frigorífico cerrada (acumuladores de frío 6-12 h.).
- 4.3. Ante duda de rotura de cadena de frío, consultar con UGC de farmacia: registrar y notificar fármacos afectados, temperatura y tiempo de permanencia. Enviar a supervisora. No se utilizará medicación hasta confirmación de farmacia.
- 4.4. Ante temperatura anómala, controlar temperatura cada media hora durante tres horas (colocar en cajas isotérmicas con acumuladores de frío y trasladar a nevera operativa)

#### **Conclusiones**

La implantación de PNT es imprescindible para asegurar la correcta conservación de medicación termolábil que garantice la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos durante la cadena de almacenamiento y distribución hasta su administración y uso.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 242

### **Protocolo de cuidados de enfermería de catéteres intravasculares en la Unidad de Cuidados Intensivos del complejo asistencial de Segovia.**

Manuela Heras Martín; Fuencisla Cuervo Martín; Elena San José Sanchez; Susana Abad Arribas  
*Complejo Asistencial de Segovia*

#### **Introducción**

La terapia intravenosa es la administración de sustancias líquidas directamente en una vena a través de una aguja o un catéter, permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo. Es el procedimiento invasivo más frecuentemente utilizado en los hospitales e imprescindible en el tratamiento del paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

#### **Objetivos**

- Aumentar la calidad de las intervenciones
- Evitar las complicaciones relacionadas con la Terapia Intravenosa
- Reducir la variabilidad existente entre los profesionales sanitarios

#### **Material y Método**

Elaboración del protocolo de cuidados en base a las recomendaciones del CDC (Centro para el control y la prevención de enfermedades) y del proyecto Bacteriemia Zero del Ministerio de Sanidad y la Sociedad de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, proyecto en el que nuestro centro estuvo incluido.

Revisión mediante búsqueda bibliográfica en bases de datos y Guías de Práctica Clínica, tanto en la elaboración como revisión del protocolo.

#### **Resultados**

Se elabora el protocolo con tres apartados:

- Cuidados de enfermería durante la inserción de catéter
- Cuidados de enfermería en el mantenimiento del catéter
- Cuidados de enfermería en la retirada del catéter

El protocolo se expone al personal de la unidad mediante sesión clínica, en actividad formativa acreditada por la comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Castilla y León.

Se implantan el carro y la maleta de inserción de catéteres.

#### **Conclusiones**

La elaboración y posterior actualización del protocolo ha permitido mejorar los conocimientos. La formación recibida se ha traducido en mayor motivación del personal de enfermería y en reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres.

Seguir el protocolo permite mantener los cuidados en estándares altos de calidad, mejorando la seguridad del paciente crítico.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 252

### **Protocolo de atención a pacientes tras implante de prótesis valvular aórtica por vía femoral: TAVI en UCI.**

Leandra Díaz Garrido; Francisco Javier La Rosa Salas; Pilar Expósito Montes; Sonia Cruz Barranco; Josefa Perea Ruiz; Juan Ángel Hernández Ortiz  
*UCI MQ Complejo Hospitalario de Jaén*

#### **Objetivo**

La colocación de prótesis aórtica por vía transcatéter (TAVI) es una técnica que aparece en los últimos años indicada en pacientes con estenosis aórtica severa en los que está contraindicada la cirugía por elevado riesgo quirúrgico.

En 2015 el Complejo Hospitalario de Jaén comienza su andadura en el implante de TAVI. Trabajan dos servicios en colaboración: UCI y Hemodinámica. Tras el implante los pacientes ingresan al menos 48h en UCI para vigilancia y control. Para garantizar la homogeneidad de los cuidados surge la necesidad de elaborar este protocolo.

**Objetivo marcado:** Elaboración de un protocolo de atención a los pacientes en UCI tras TAVI.

#### **Material y Método**

Formación del personal implicado en atención directa mediante rotación en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Creación de un grupo de trabajo formado por personal de enfermería y facultativo de ambos servicios. Revisión de bibliografía. Elaboración de protocolo completo que implica a profesionales desde el momento de ingreso del paciente hasta el alta.

#### **Resultados**

Presentamos la parte del protocolo que implica a los cuidados tras implante:

Ingreso en UCI:

##### **1. Recepción y valoración inicial:**

- Intercambio de información entre profesionales
- Monitorización y valoración general
- Pruebas complementarias: Analítica, ECG,RX, Ecocardio
- Valoración dolor, inicio tratamiento.

##### **2. Vigilancia primeras 48h.**

- Arritmias: Aparición de Bloqueo Auriculoventricular. Cuidados de marcapasos provisional (implantado previo a TAVI). Valoración implante definitivo
- Vascular: A nivel iliofemoral. Pulsos distales, coloración MMII, frialdad, sangrado
- Hemodinámica: Constantes, signos de insuficiencia aórtica, shock cardiogénico, taponamiento
- Fallo renal: Diuresis, control función renal.
- Complicaciones neurológicas: ACV

3. Atención de la familia según protocolo general de Uci.

#### **Conclusiones**

El protocolo nos garantiza una atención de calidad. Permite al profesional familiarizarse con los cuidados y con las complicaciones para una detección temprana.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 284

### **Asociando cuidados para resolver heridas. La importancia de conocer las terapias y los medios de los que disponemos para su cicatrización, aunque no siempre la consigamos.**

Juan Ángel Hernández Ortiz; Dolores Molina Ibáñez; María del Pilar Montijano Vizcaino; Julia Cordón Llera; María Isabel Chica Bermúdez; Ángel Ramiro Moya; Carmen María del Castillo Cabrera; María Tabernero López; Juan Luis Manzano Moreno; Carmen Sánchez Merino

*UCI del Hospital Universitario Médico Quirúrgico. Jaén*

#### **Objetivo**

Comprender la necesidad de adaptarse en todo momento al tipo de herida relacionada con la dependencia, y a su momento evolutivo, para aplicar los cuidados adecuados, sobre todo en los casos difíciles.

Entender la importancia del trabajo consensuado en equipo para progresar en estas situaciones.

Permanecer lo más informados posible sobre las diversas terapias y material disponible para el correcto abordaje de las heridas.

#### **Material y Método**

Se trata de un caso clínico muy complicado.

Paciente hombre de 40 años con obesidad importante, intervenido de cirugía grave, que evoluciona tórpidamente. Conectado a VM. Desaturaciones frecuentes y severas por las movilizaciones (dificultad para reposicionamientos).

Drogas vasoactivas a dosis elevadas. Diarreas permanentes. Desarrolla herida de tipo mixto en la zona sacra que evoluciona ocupando ambos glúteos. La herida se necrosa.

#### **Resultados**

En este caso aplicamos durante todo el proceso, según los momentos indicados, una asociación de materiales y técnicas encaminadas a regenerar el tejido.

Ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas adyacentes

Desbridamiento enzimático y quirúrgico amplio.

Cuidados de la perilesional con películas de barrera.

Manejo del exudado y del ambiente microbiano con hidrofibra de hidrocoloide plata

Oclusión con apósitos de hidrocélular

Terapia de Presión negativa

Dispositivo de control fecal Flexi-Seal

#### **Conclusiones**

El paciente falleció por diversas complicaciones. Aplicar los cuidados era muy dificultoso por las características del paciente y sus múltiples complicaciones y por la magnitud de la propia herida.

Lo importante en este caso es, que en todo momento asociamos y aplicamos todos los posibles cuidados que podíamos proporcionar, haciendo sinergia con todos ellos, para intentar la resolución de la herida, y además todo ello de una manera consensuada.

La agudeza para aplicar los cuidados y la inventiva sobre todo para las oclusiones, aparecía por parte de cualquier miembro del equipo.

sigue →



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters





índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 290

### **Decúbito prono en pacientes con SDRA: guía de actuación de enfermería.**

Yolanda Granda Miranda; María Jesús Lanillos de la Cruz; Elvira María Medina González; Lidia Molina Pereda  
*Hospital General Universitario Sescam Guadalajara*

#### **Objetivo**

- Informar a los profesionales acerca de la práctica, cada vez más habitual, de la pronación de pacientes con SDRA, en unidades de cuidados intensivos.
- Concienciar a los profesionales de la necesidad de estandarizar los pasos a seguir a la hora de realizar correctamente la técnica.
- Resaltar la importancia de los cuidados de enfermería previos y posteriores a la realización de la pronación.
- Reseñar las contraindicaciones, tanto absolutas como relativas y las posibles complicaciones.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos, tanto de artículos relacionados como de estudios científicos, unido a la propia experiencia y a la de diferentes profesionales en unidades de cuidados intensivos.

#### **Palabras Clave**

SDRA, decúbito prono, verificación o check-list, cuidados intensivos.

#### **Resultados**

Elaboración de un póster actualizado que sirva como guía a la hora de llevar a cabo el proceso de pronación de un paciente con SDRA, mediante una serie de estándares que permitan unificar criterios de todos los profesionales que participan; todo ello basado en la evidencia científica comprobada.

Se reflejará en él:

- Un check-list o verificación previa al giro y uno posterior.
- Los pasos a seguir para realizar la técnica.
- Posibles complicaciones derivadas del decúbito prono.
- Contraindicaciones absolutas y relativas para su realización.
- Fotografía que muestre un decúbito prono en un paciente crítico.

#### **Conclusiones**

El SDRA es una de las más frecuentes causas de mortalidad y/o morbilidad grave en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Cambiar a un paciente con SDRA de la posición supina al prono se asocia a una mejoría de la oxigenación en el 80% de los casos.

Actualmente, esta técnica de pronación se está convirtiendo en una práctica habitual en unidades de cuidados críticos, por lo que es necesaria la estandarización de los pasos a seguir para lograr una correcta actuación de todos los profesionales implicados.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 393

### **Pustulosis exantémica generalizada aguda. Caso clínico.**

Florencia Sánchez Roldán<sup>1</sup>; Consuelo Rodríguez Goncet<sup>1</sup>; María Teresa Barrasa Fernández de Velasco<sup>2</sup>

1. UGC Cuidados Críticos HHUU Virgen del Rocío; 2. Hospital Universitario Virgen de la Salud de Toledo

#### **Objetivo**

La Pustulosis Exantémica Generalizada Aguda (PEGA), se caracteriza por una erupción de innumerables pústulas pequeñas y superficiales, que comienza a las pocas horas o días de la administración de un fármaco, con una diseminación craneal superior hasta caudal anteroposterior.

#### **Material y Método**

Paciente de 55 años, sin alergias medicamentosas, fumador, DM tipo 2, HTA esencial, dislipémico y obeso que ingresa en la UCI por la presencia de lesiones exfoliativas en cara, tronco, miembros superiores hasta codos, región genital, miembros inferiores hasta raíz muslos con presencia de flictenas y erosión de la mucosa labial.

A las 72h ingreso las lesiones evolucionan pero sobretodo en miembro inferior izquierdo, con un empeoramiento general. Las lesiones que presenta aparecen en el contexto de cambio de medicación de un antihipertensivo, verapamilo por diltiazem.

Conectado a VM, sedoanalgesiado y febril. Hiperglucemia e íleo paralítico como complicaciones importantes.

Al alta de UCI resolución prácticamente de todas las lesiones cutánea. La evolución del paciente fue favorable, los cuidados prestados fueron enfocados al cuidado de paciente con necrólisis epidérmica tóxica, tratamiento con IgG y ciclosporina puesto que el diagnóstico de PEGA se obtuvo en días posteriores tras haberle realizado una biopsia al paciente.

#### **Resultados**

Se realiza valoración e enfermería con elaboración de plan de cuidados personalizado con taxonomía NANDA, NIC, NOC, además de los problemas de colaboración derivado de dicha patología.

Elaboración de un plan de cuidados integral con especial atención en el control del desequilibrio hidroelectrolítico, soporte ventilatorio, identificación precoz de sepsis, manejo del dolor y de cuidados cutáneo-mucosos.

#### **Conclusiones**

El abordaje multidisciplinar hace esencial la colaboración enfermera con las distintas especialidades implicadas en el tratamiento de los mismos (dermatología, cirugía plástica, oftalmología e intensivistas). Pero una de las medidas específicas es prestar unos cuidados cutáneo-mucosos de alta calidad evitando así la evolución e infección de las lesiones.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 401

### **Humanizando los cuidados intensivos: a propósito de los pacientes neuroquirúrgicos a los que se le aplican medidas de inmovilización terapéutica.**

María Alicia Zamora Calvo<sup>1</sup>; José Santiago González Campos<sup>2</sup>

1. Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2. Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil de Gran Canaria

#### **Objetivo**

Exponer los aspectos éticos que intervienen en la aplicación de las medidas de inmovilización terapéutica en los pacientes postoperados con patología neuroquirúrgica en una unidad de cuidados intensivos.

Compartir experiencias sobre el tema.

Reflexionar sobre los aspectos bioéticos.

#### **Material y Método**

Estudio retrospectivo observacional sobre las medidas de inmovilización terapéutica aplicadas a los pacientes con patología neuroquirúrgica ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos, en el postoperatorio inmediato, realizado desde junio 2014/ junio 2015, a través de nuestro servicio de documentación clínica, analizando los datos obtenidos.

Búsqueda y revisión bibliográfica de artículo científicos: SciELO, y de guías y protocolos de diferentes hospitales nacionales e internacionales.

Revisión de artículos publicados por expertos en ética: Diego Gracia y Adela Cortina.

Una vez conocidas dichas medidas de inmovilización en las fuentes anteriormente referidas, se explican las diferentes vías de tratamiento plausible.

#### **Resultados**

En los 28 casos de pacientes neuroquirúrgicos estudiados desde la creación de la unidad de críticos quirúrgicos (desde junio de 2014 a junio de 2015) se objetiva como resultado que en el 100% de los pacientes sedados se han aplicado medidas de inmovilización terapéutica de forma profiláctica en su proceso de desconexión de la ventilación mecánica.

Desde la perspectiva de la bioética y nuestra experiencia como miembros del Comité de Ética de Asistencia Sanitaria (CEAS), y reflexionando sobre la necesaria humanización de los cuidados intensivos, en base a estos datos, se expondrán los cursos intermedios de acción frente a estas medidas físicas aplicadas, fundamentándolas en valores y principios bioéticos.

#### **Conclusiones**

Los conclusiones obtenidas muestran la necesidad de una revisión científica y bioética de las diferentes guías y protocolos de actuación actuales, desde la necesidad de humanizar los cuidados intensivos.

Al existir cursos de acción intermedios basados en los principios bioéticos, sería aceptable poder aplicarlos individualizadamente a cada paciente, a pesar de que existiese un protocolo en cada unidad.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 17

### **Cuidados de enfermería en paciente en Muerte Encefálica (ME).**

Cristina Cantero Pérez; Irene Porres Revuelta; Natalia Garrido Arribas; Andrea López Pérez; Francisco Paredes Garza  
*Hospital La Paz*

#### **Objetivo**

La ME se define como el cese total e irreversible de la actividad cerebral con la presencia de una lesión estructural que puede justificar la pérdida de las funciones encefálicas. Para su diagnóstico es imprescindible la exclusión de situaciones que puedan abolir transitoriamente dichas funciones (fármacos, trastornos metabólicos severos, hipotermia terapéutica...).

Ante un potencial donante de órganos hay que realizar una valoración clínica completa y estudio de cada uno de los órganos. Para eso es necesaria la revisión pormenorizada de la historia clínica (antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes...), exploración clínica detallada y realización de distintos estudios analíticos.

El principal objetivo es el adecuado mantenimiento del donante para impedir, aminorar y evitar trastornos hemodinámicos, hormonales e inflamatorios que puedan dañar los distintos órganos.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en Cuiden y Medline como bases de datos y en la página [www.ont.es](http://www.ont.es).

Palabras clave: ME, donación.

#### **Resultados**

Valoración de la situación general y evolución durante la estancia hospitalaria (control de infecciones).

Exploración clínica completa de los órganos.

Exploraciones complementarias: valoración analítica y serológica, electrocardiogramas, ecografías, electroencefalogramas, radiografías...

#### **Mantenimiento del paciente:**

- Control de los trastornos hemodinámicos: tormenta arrítmica y aumento de la presión intracraneal (monitoreo con sensor Codman)
- Control de la hipotermia.
- Control de la hipovolemia.
- Control del síndrome de respuesta inflamatoria.
- Control de trastornos hormonales (diabetes insípida)

#### **Conclusiones**

El paciente donante en ME es un paciente complejo. Debido a su alto compromiso del soporte vital y al correcto mantenimiento de los distintos órganos requiere unos cuidados especializados por parte del personal de enfermería. Por ello, es necesaria la realización de un protocolo de actuación y estandarización de los cuidados.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 57**

Preparación y cuidados enfermeros en el inicio de la terapia con membrana extracorporea (ECMO).

---

► **ID 117**

Residuo gástrico aumentado como signo de intolerancia a la nutrición enteral en el paciente crítico: Prevalencia y complicaciones clínicas.

---

► **ID 62**

Prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Guadalajara.

---

► **ID 262**

Evaluación del cumplimiento de medidas para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. Situación tras cinco años de protocolo Neumonía Zero.

---

► **ID 225**

¿Es positivo un programa de “puertas abiertas” en una Unidad de Cuidados Intensivos?

---

► **ID 166**

Descanso nocturno en el paciente de UCI.

---

► **ID 29**

Dexmedetomidina en el paciente crítico.

---

► **ID 96**

Paciente con asistencia ventricular en post-operatorio inmediato de cirugía cardíaca.

---

► **ID 374**

Guía y manejo del dispositivo sonda rectal continua (flexiseal), en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 21**

Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes traqueostomizados en una UCI polivalente: Estudio Descriptivo X

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 57

### **Preparación y cuidados enfermeros en el inicio de la terapia con membrana extracorporea (ECMO).**

Esther Martín Álvarez; Manuel Jesús Calvo Flores; M<sup>a</sup> Luz García Prieto; Héctor Gómez García  
*Complejo Asistencial Universitario Salamanca*

#### **Objetivo**

La oxigenación de la sangre a través de una membrana extracorpórea es una terapia usada como soporte vital temporal en patologías cardiorrespiratorias graves y potencialmente reversibles cuando el tratamiento convencional ha fracasado.

Dependiendo de la fase del tratamiento que nos encontremos (precanulación, durante la canulación, una vez iniciada la terapia y destete y decanulación) se distinguen diferentes cuidados. Nos centramos en la primera de ellas.

Preparación del paciente y elementos necesarios, definir cuidados de enfermería indicados en esta técnica y prevenir complicaciones iniciales.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en la literatura actual en las bases de datos y consulta de protocolo de UCI de nuestro centro.

#### **Resultados**

Descripción detallada de actividades enfermeras previas a la colocación de cánulas necesarias para la terapia que incluye:

a) Las intervenciones del enfermera/o a cargo del paciente para preparar al mismo:

- Información al paciente y verificar existencia de consentimiento informado (cumplimentado y firmado).
- Pruebas de radiología, laboratorio y banco de sangre.
- Valoración física del paciente y ubicación del mismo (posición, características del box, colchón antiescaras...).
- Preparación del paciente.
- Preparación de medicación necesaria y revisión de tratamiento.

b) Preparación de elementos necesarios para procedimiento y purgado del circuito.

- Carro de soporte
- Consola principal y bomba centrífuga
- Mezclador de gases, oxigenador
- Calentador

#### **Conclusiones**

La realización y cumplimiento de estos cuidados consigue minimizar y/o evitar posteriores complicaciones mejorando la seguridad del paciente, así mismo, unifica actuaciones de enfermería al inicio de la terapia prestando la mayor calidad asistencial posible en esta técnica tan compleja.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 117

### **Residuo gástrico aumentado como signo de intolerancia a la nutrición enteral en el paciente crítico: Prevalencia y complicaciones clínicas.**

José Javier Gaspar Martínez<sup>1</sup>; Raquel Montoya Muiña<sup>2</sup>; Jesús David Avenza Hurtado<sup>1</sup>; Pedro Sáez Paredes<sup>1</sup>; Raquel Cañadas Marín<sup>1</sup>; Encarnación Riquelme Martínez<sup>1</sup>; Javier Gil Illan<sup>1</sup>; Sandra Campuzano Palazón<sup>1</sup>; Alfonso Sáez Paredes<sup>1</sup>; María José García Giménez<sup>1</sup>

1. H.U.J.M. Morales Meseguer; 2. Centro de coordinación de emergencias de la Región de Murcia

#### **Objetivo**

Definir según la bibliografía actual, el umbral para considerar al residuo gástrico como signo de intolerancia a la nutrición.

Determinar la prevalencia del residuo gástrico aumentado (RGA) en el paciente crítico

Identificar los efectos adversos relacionados.

Representación descriptiva de la muestra

#### **Material y Método**

Se ha utilizado una metodología analítica, descriptiva con un diseño observacional, retrospectivo y longitudinal. Se han recogido datos relativos a la intolerancia a la nutrición enteral por residuo gástrico aumentado, junto con datos relacionados con antecedentes patológicos, días de estancia, escalas de gravedad, y pruebas de laboratorio de enfermos ingresados en una unidad de cuidados intensivos polivalente.

Análisis estadístico de los datos calculando estadísticos descriptivos básicos. Se han relacionado variables entre sí, según las pruebas requeridas, para comprobar si existe relación estadística significativa entre variables, aceptando resultados significativos con  $p < 0.05$ .

#### **Resultados**

Muestra 40 pacientes, edad media 57.2 +- 18.8 años. Media de estancia 18.3+- 14.4 días. Media de IMC es de 28.5+-6.6 puntos. Presentan HTA el 47.5% de los sujetos, Diabetes Mellitus 42.5%, dislipemias el 35%, obesidad 32.5%. Fumadores el 27.5%. Consumo de alcohol 25%. Otras drogas 2.5%. Ingreso por cirugía urgente 7.5%, sepsis 55%, enfermedad cardiovascular 20%, enfermedad oncológica 12.5, enfermedad hematológica 5%. 554 días de administración de nutrición enteral. Duración media de 13.85+-12.56 días. 19 fórmulas enterales. Se considera RGA  $\Rightarrow$  250 ml. Prevalencia del RGA 35%. Volumen medio 386.2+-126.7 ml. No se encuentra relación estadística entre RGA y úlceras, hipoglucemias, broncoaspiración. RGA y uso de más de una fórmula enteral  $p=0.047$ .

#### **Conclusiones**

Prevalencia del RGA = 35%. No supone un aumento de los episodios de broncoaspiración. El tratamiento elegido ha sido disminuir el ritmo de infusión enteral y el uso de procinéticos. El RGA se asocia con el uso de más de una fórmula enteral. Mortalidad en el grupo con RGA fue mayor (42.9% vs 26.9%) sin obtener relación estadística significativa.

sigue →

**Datos estadísticos para aspectos personales de los pacientes.**

|                     |          | Edad  | Días de estancia | Talla  | Peso  | IMC   |
|---------------------|----------|-------|------------------|--------|-------|-------|
| N                   | Validos  | 40    | 40               | 40     | 40    | 40    |
|                     | Perdidos | 0     | 0                | 0      | 0     | 0     |
| Media               |          | 57.23 | 18.35            | 166.38 | 78.90 | 28.51 |
| Mediana             |          | 62.00 | 13.00            | 165.00 | 80.00 | 26.12 |
| Moda                |          | 62    | 9                | 160    | 80    | 24.49 |
| Desviación estándar |          | 18.87 | 14.46            | 7.58   | 18.45 | 6.62  |
| Rango               |          | 60    | 58               | 30     | 72    | 28.13 |
| Mínimo              |          | 22    | 5                | 150    | 48    | 18.75 |
| Máximo              |          | 82    | 63               | 180    | 120   | 46.88 |
| Percentiles         | 25       | 38.75 | 9.25             | 160.00 | 65.00 | 24.11 |
|                     | 50       | 62.00 | 13.00            | 165.00 | 80.00 | 26.12 |
|                     | 75       | 75.00 | 19.00            | 173.75 | 90.00 | 33.73 |

**Residuo gástrico aumentado y mortalidad.**

|                                      |    |          | Descarga de la unidad |        | Total  |
|--------------------------------------|----|----------|-----------------------|--------|--------|
|                                      |    |          | Alta                  | Exitus |        |
| Presencia residuo gástrico aumentado | Si | Recuento | 8                     | 6      | 14     |
|                                      |    | %        | 57,1%                 | 42,9%  | 100,0% |
|                                      | no | Recuento | 19                    | 7      | 26     |
|                                      |    | %        | 73,1%                 | 26,9%  | 100,0% |
| Total                                |    | Recuento | 27                    | 13     | 40     |
|                                      |    | %        | 67,5%                 | 32,5%  | 100,0% |

**Residuo gástrico aumentado y uso de más de una fórmula de nutrición enteral.**

|   |    |          | Uso de más de un tipo de nutrición enteral |       | Total  |
|---|----|----------|--|-------|--------|
|   |    |          | Sí   | No    |        |
| Presencia de residuo gástrico aumentado | Sí | Recuento | 10   | 4     | 14     |
|   |    | %        | 71,4%                                      | 28,6% | 100,0% |
|   | No | Recuento | 10   | 16    | 26     |
|   |    | %        | 38,5%                                      | 61,5% | 100,0% |
| Total                                   |    | Recuento | 20   | 20    | 40     |
|   |    | %        | 50,0%                                      | 50,0% | 100,0% |



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 62

### **Prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Guadalajara.**

Moisés Gracia Martínez<sup>1</sup>; Virginia Larios Reyes<sup>2</sup>; M. Ángeles Navarro Nicuesa<sup>2</sup>; Pablo Rojo Villar<sup>2</sup>; María Isabel Jiménez López-Pelaez<sup>2</sup>

1. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

#### **Objetivo**

El síndrome de burnout tiene consecuencias negativas en el personal que lo padece, por el sufrimiento que ocasiona, y en la institución, en la que este trabaja, por el aumento del gasto.

El objetivo de este trabajo es estimar la prevalencia del síndrome en el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos (UCI) de Guadalajara, y conocer su relación con las variables sociodemográficas.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo transversal con el personal de enfermería de UCI que haya permanecido tres meses en el servicio, excluyendo a los autores del estudio, lo que da lugar a una muestra de 40 profesionales.

Entre los profesionales se distribuyen dos cuestionarios: uno sociodemográfico, de elaboración propia, y el Maslach burnout inventory para la medición del síndrome de burnout. El análisis de los datos se lleva a cabo con el programa spss 22.0, y la comparación de las variables se realiza mediante el test de la t de student, estableciendo como nivel de significación el 5% de probabilidad ( $p < 0.05$ )

#### **Resultados**

Los resultados muestran que la mayor parte del personal presente un nivel medio de burnout (85%), seguidos por aquellos con un nivel alto (12,5%) y, por último, los que presentan un nivel bajo (2,5%).

La comparación de medias no muestra la existencia de relación entre las variables sociodemográficas y la puntuación del síndrome: sexo ( $p=0.540$ ), categoría profesional ( $p=0.689$ ), hijos ( $p=0.461$ ), pareja estable ( $p=0.596$ ), tipo turno ( $p=0.969$ ), jornada laboral ( $p=0.119$ ) y tipo de contrato ( $p=0.820$ ).

#### **Conclusiones**

La reducción de la prevalencia del síndrome de burnout, entre el personal de enfermería de la UCI del Hospital de Guadalajara, requiere la implantación de medidas grupales y organizacionales.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 262

### **Evaluación del cumplimiento de medidas para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. Situación tras cinco años de protocolo Neumonía Zero.**

Daniel Valderas Castilla; Julián Villarín Hernández; M. Montserrat del Olmo Pérez; M. Inmaculada Martín Pacheco; M. Paz Gallardo Delgado; Blanca López Matamala; Carmen Martín Parra  
*Hospital del Tajo. UCI.*

#### **Objetivo**

Evaluar el cumplimiento de recomendaciones no farmacológicas en una Unidad de Cuidados Intensivos

#### **Material y Método**

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en la UCI del Hospital del Tajo. Se registró el cumplimiento de las recomendaciones: Higiene de manos, Uso de material desechable estéril, Manipulación estéril de vía aérea, Uso de guantes y Uso de mascarilla. También se midieron la presión de neumotaponamiento y elevación del cabecero. Se realizaron aleatoriamente 46 auditorías entre Noviembre y Diciembre de 2015. Se usó SPSS 18.0 para cálculo de frecuencias, medias y comparación de éstas mediante T de Student.

#### **Resultados**

Los profesionales de enfermería cumplen al 100% las recomendaciones de "Uso de material desechable estéril", "manipulación estéril de la vía aérea" y "uso de guantes al manipular la vía aérea".

El uso de mascarilla se cumplió en un 82,6% de los casos.

La higiene de manos antes de la manipulación no se cumplió mayoritariamente aunque, según los observadores, sí se hacía después.

La presión del neumotaponamiento se encontró en rango en el 58,9% de los casos, y sólo en el 21,7% de los casos estaba por debajo de 20cms de agua. Las presiones registradas no coinciden con las medidas por los observadores.

Mayoritariamente se cumplió la recomendación "evitar la posición de decúbito supino a 0°". Sin embargo sólo el 20,7% de los pacientes presentaba una elevación en rango (30°-45°).

#### **Conclusiones**

Aunque la mayoría de recomendaciones se cumplen, en otras como la higiene de manos, la presión de neumotaponamiento o la elevación del cabecero parecen haber disminuido en su cumplimiento.

Son necesarios mecanismos de control frecuentes sobre el cumplimiento de medidas preventivas de NAVM y sesiones formativas que garanticen la calidad en los cuidados



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 225

### ¿Es positivo un programa de “puertas abiertas” en una Unidad de Cuidados Intensivos?

Josefa Escobar Lavela; Patricia Albert de la Cruz; Ana María de Pablo Hermida; María del Pilar González Pascual; Laura González Borraz; Mónica Atienza Ruiz; Mónica Juncos Gozalo; María del Carmen Martín Gigorro  
*Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey (Madrid)*

#### Objetivo

- Valorar la satisfacción de los familiares antes y después de un programa de “Puertas abiertas”
- Conocer si facilita la comunicación con los profesionales sanitarios
- Determinar si afecta la intimidad del paciente
- Valorar la opinión de los profesionales ante el programa de “Puertas abiertas”

#### Material y Método

Estudio descriptivo mediante encuesta anónima, voluntaria a los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey (Madrid), en el primer semestre del 2015 y la entregada a los profesionales.

Se denomina “UCI cerrada” al periodo de visitas restringidas y “UCI abierta” al de ampliada.

#### Percepción de familiares mediante:

- Tiempo y número de visitas
- Cambiar horario
- Accesibilidad: enfermería y médico
- Afectación intimidad

#### Profesionales valorando:

- Periodos de visita y visitantes simultáneos
- Salida de visitas
- Participación familiar
- Horario ideal

#### Resultados

Encuesta familiares, tasa respuesta 78,3% cerrada y 61% abierta:

|                            | Cerrada % | Abierta % |
|----------------------------|-----------|-----------|
| Tiempo visita adecuado     | 82,5      | 94,1      |
| Número visita adecuado     | 85,9      | 91,1      |
| Cambio horario mañana      | 28,8      | 9,6       |
| Cambio horario tarde       | 9,1       | 3,3       |
| Facilidad hablar enfermera | 94,8      | 100,0     |
| Facilidad hablar médico    | 86,0      | 86,0      |
| Afecta intimidad           | 93,1      | 93,9      |

sigue →



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

*Valencia*

19/22 junio 2016

### Encuesta profesionales, tasa respuesta 78%

- 2 visitas y visitantes simultáneos
- Salida visitas en determinadas situaciones
- Participación familiar en cuidados
- Horario ideal de 12-14 y 17-19h

### Conclusiones

Los resultados demuestran que los familiares

- Valoran positivamente la medida
- Consideran que facilita la comunicación
- Determinan que la intimidad no se ve afectada

Los profesionales valoran la medida favorable

- 2 visitas diarias
- Saliendo en situaciones determinadas
- Participando en los cuidados



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 166

### **Descanso nocturno en el paciente de UCI.**

Lidia Molina Pereda; Elvira María Medina González; María Jesús Lanillos de la Cruz; Yolanda Granda Miranda  
*Hospital General Universitario Sescam Guadalajara*

#### **Objetivo**

- Analizar los factores que pueden influir en el descanso nocturno del paciente, en una unidad de cuidados intensivos.
- Conocer la opinión de nuestros pacientes sobre su descanso en la unidad y los factores que pueden haber influido en él.
- Comprobar la presencia de factores externos, que interrumpen el sueño a los pacientes de nuestra UCI, susceptibles de ser modificados.
- Evitar el retraso en la recuperación y el deterioro cognitivo del paciente.

#### **Material y Método**

Formación de grupo de trabajo.

Revisión bibliográfica, fuentes: Google académico, uptodate, pubmed, cuiden,...

Palabras clave: sueño en UCI, patrón sueño-descanso, cuidados de enfermería.

Elaboración de un documento, tipo cuestionario, con cinco niveles de respuesta, escala tipo likert, para la valoración del descanso nocturno de cualquier paciente mayor de edad, que pase una noche en nuestra unidad y excluyendo a los pacientes con deterioro cognitivo.

Análisis del tema, estudio descriptivo prospectivo.

#### **Resultados**

Elaboración del cuestionario y selección de criterios inclusión-exclusión.

Cumplimentación, mediante entrevista al paciente, al alta de la unidad, durante el periodo comprendido entre el 20 de diciembre del 2015 y el 20 de marzo del 2016.

Análisis de los resultados obtenidos.

#### **Conclusiones**

Todos los artículos revisados, coinciden en la importancia del análisis de los factores que influyen en el descanso nocturno del paciente de UCI.

El conocimiento de estos factores, y cómo afectan en concreto a nuestros pacientes, puede ser el inicio de un proceso de concienciación sobre el impacto de la privación de sueño en el paciente crítico.

Es necesario crear una "cultura del silencio" durante la noche y facilitar los ciclos de sueño completos, 90 minutos de sueño ininterrumpido.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 29

### **Dexmedetomidina en el paciente crítico.**

José Robles Carrión; Francisco Javier Vega Vázquez; Laura Vega Vázquez; Estefanía Pachón María;  
M<sup>a</sup> Dolores González Caro  
*Hospital Virgen Macarena de Sevilla*

#### **Objetivo**

La dexmedetomidina se encuentra en actuales recomendaciones de sedoanalgesia del paciente crítico. Debido a la reciente comercialización en España e introducción en nuestra unidad, el objetivo que planteamos es describir farmacocinética, farmacodinámica, indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de la dexmedetomidina, para garantizar así, la seguridad del paciente.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica y actualización en principales bases de datos.

#### **Resultados**

Agonista selectivo de receptores  $\alpha_2$ -adrenérgicos a nivel periférico, cerebro y médula espinal, con selectividad 7-8 veces mayor que clonidina y afinidad  $\alpha_2:\alpha_1$  de 1.600:1. Produce efecto sedante, ansiolítico y analgésico. Tras administración intravenosa inicio rápido (15-30min) y concentraciones pico alcanzadas tras 1 hora. Con respecto a farmacocinética, es agente altamente lipofílico y distribución rápida por tejidos siendo vida media de distribución 6min y eliminación 2-3h. Se une altamente a proteínas, siendo fracción libre del 6%, y con volumen de distribución grande (1,33-2,1l/kg). Metabolismo hepático y metabolitos eliminados por orina y 5-13% por heces.

#### **Indicaciones**

- Sedación: grado 0/3 en Escala RASS
- Pacientes previamente sedados con GABAérgicos con s. abstinencia
- Sedación difícil
- Fracaso terapéutico sedantes habituales
- Fracaso de desconexión ventilación
- Síndrome abstinencia y con delirio

#### **Contraindicaciones**

- Bloqueo cardíaco grado 2-3 sin marcapasos
- Bradicardia
- Inestabilidad hemodinámica
- Hipotensión no controlada
- Enfermedad cerebrovascular grave
- Insuficiencia hepática grave
- Hipersensibilidad al fármaco

sigue →

## ► Pósters

### Sedación/analgesia en UCI

Inicio rápido y duración de acción relativamente corta, no aumenta motilidad del intestino, evita náuseas, vómitos y anula temblores postoperatorios. No administrar dosis de carga o bolos. Iniciar a 0,7 mcg/Kg/h en pacientes intubados.

### Efectos adversos

Hipertensión inicial, bradicardia, posteriormente hipotensión, náuseas, fibrilación atrial e hipoxia. La sobredosificación puede causar bloqueo atrioventricular.

### Conclusiones

Según evidencia científica, la dexmedetomidina ha demostrado ventajas en la sedación de pacientes adultos postoperados con ventilación mecánica. Concretamente la comparación con Lorazepam, indica que existe menor incidencia de delirio y mortalidad. La duración de estancia en UCI fue menor pero sin significación estadística. En cuanto a la valoración de enfermería, respecto a la comunicación del paciente también fue mejor versus Propofol y Midazolam.

Ofrece sedación y analgesia sin causar depresión respiratoria: "sedación conciente". Presenta efectos protectores contra daños isquémicos e hipóxicos. Muy útil en pacientes ventilados, eficaz en prevención de cuadros de tolerancia y abstinencia a otros sedantes. Se ha asociado a menor incidencia de delirio.




### Dosificación en sedación en UCI

Tras un ajuste de dosis de *dexdor* es posible que sea necesario esperar una hora hasta alcanzar un estado de sedación óptimo. No deberá sobrepasarse en cualquier caso la dosis máxima, que es de 1,4 mcg/kg/hr. En aquellos pacientes en los que no se obtenga un nivel de sedación adecuado con la dosis máxima de *dexdor* se deberá administrar otro sedante.

No se recomienda administrar dosis de carga de *dexdor*.

**Cooperative comfortable sedation**

**Uso del Cuadro de Dosis de Mantenimiento**

- 1 Peso del paciente (filas).
- 2 Dosis que se desea administrar (columnas).
- 3 Velocidad de perfusión (intensificación).

| Dosis de mantenimiento |     | 1 Dosis en microgramos/kilogramo/hora (mcg/kg/hr) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
|------------------------|-----|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| Peso (kg)              |     | 0,2   | 0,3  | 0,4  | 0,5  | 0,6  | 0,7  | 0,8  | 0,9  | 1,0  | 1,1  | 1,2  | 1,3  | 1,4  |  |
| 20                     | 2,5 | 3,8   | 5,0  | 6,3  | 7,5  | 8,8  | 10,0 | 11,3 | 12,5 | 13,8 | 15,0 | 16,3 | 17,5 | 18,8 |  |
| 25                     | 2,8 | 4,1   | 5,5  | 6,9  | 8,3  | 9,6  | 11,0 | 12,4 | 13,8 | 15,1 | 16,5 | 17,9 | 19,3 | 20,6 |  |
| 30                     | 3,0 | 4,5   | 6,0  | 7,5  | 9,0  | 10,5 | 12,0 | 13,5 | 15,0 | 16,5 | 18,0 | 19,5 | 21,0 | 22,5 |  |
| 35                     | 3,3 | 4,9   | 6,5  | 8,1  | 9,7  | 11,4 | 13,0 | 14,6 | 16,3 | 17,9 | 19,5 | 21,1 | 22,8 | 24,4 |  |
| 40                     | 3,5 | 5,3   | 7,0  | 8,8  | 10,5 | 12,3 | 14,0 | 15,8 | 17,5 | 19,3 | 21,0 | 22,8 | 24,5 | 26,3 |  |
| 45                     | 3,8 | 5,6   | 7,5  | 9,4  | 11,3 | 13,1 | 15,0 | 16,9 | 18,8 | 20,6 | 22,5 | 24,4 | 26,3 | 28,2 |  |
| 50                     | 4,0 | 6,0   | 8,0  | 10,0 | 12,0 | 14,0 | 16,0 | 18,0 | 20,0 | 22,0 | 24,0 | 26,0 | 28,0 | 30,0 |  |
| 55                     | 4,3 | 6,4   | 8,5  | 10,6 | 12,8 | 14,9 | 17,0 | 19,1 | 21,3 | 23,4 | 25,5 | 27,6 | 29,8 | 31,9 |  |
| 60                     | 4,5 | 6,8   | 9,0  | 11,3 | 13,5 | 15,8 | 18,0 | 20,3 | 22,5 | 24,8 | 27,0 | 29,3 | 31,5 | 33,8 |  |
| 65                     | 4,8 | 7,1   | 9,5  | 11,9 | 14,3 | 16,6 | 19,0 | 21,4 | 23,8 | 26,1 | 28,5 | 30,9 | 33,3 | 35,7 |  |
| 70                     | 5,0 | 7,5   | 10,0 | 12,5 | 15,0 | 17,5 | 20,0 | 22,5 | 25,0 | 27,5 | 30,0 | 32,5 | 35,0 | 37,5 |  |
| 75                     | 5,3 | 7,9   | 10,5 | 13,1 | 15,8 | 18,4 | 21,0 | 23,6 | 26,3 | 28,9 | 31,5 | 34,1 | 36,8 | 39,4 |  |
| 80                     | 5,5 | 8,3   | 11,0 | 13,8 | 16,6 | 19,3 | 22,0 | 24,8 | 27,5 | 30,3 | 33,0 | 35,8 | 38,5 | 41,3 |  |
| 85                     | 5,8 | 8,6   | 11,5 | 14,4 | 17,3 | 20,1 | 23,0 | 25,9 | 28,8 | 31,6 | 34,5 | 37,4 | 40,3 | 43,2 |  |
| 90                     | 6,0 | 9,0   | 12,0 | 15,0 | 18,0 | 21,0 | 24,0 | 27,0 | 30,0 | 33,0 | 36,0 | 39,0 | 42,0 | 45,0 |  |
| 95                     | 6,3 | 9,4   | 12,5 | 15,6 | 18,8 | 21,9 | 25,0 | 28,1 | 31,3 | 34,4 | 37,5 | 40,6 | 43,8 | 46,9 |  |
| 100                    | 6,5 | 9,8   | 13,0 | 16,3 | 19,5 | 22,8 | 26,0 | 29,3 | 32,5 | 35,8 | 39,0 | 42,3 | 45,5 | 48,8 |  |
| 105                    | 6,8 | 10,1  | 13,5 | 16,9 | 20,3 | 23,6 | 27,0 | 30,4 | 33,8 | 37,1 | 40,5 | 43,9 | 47,3 | 50,7 |  |
| 110                    | 7,0 | 10,5  | 14,0 | 17,5 | 21,0 | 24,0 | 28,0 | 31,5 | 35,0 | 38,5 | 42,0 | 45,5 | 49,0 | 52,5 |  |
| 115                    | 7,3 | 10,9  | 14,5 | 18,1 | 21,8 | 25,4 | 29,0 | 32,6 | 36,3 | 39,9 | 43,5 | 47,1 | 50,8 | 54,4 |  |
| 120                    | 7,5 | 11,3  | 15,0 | 18,8 | 22,5 | 26,3 | 30,0 | 33,8 | 37,5 | 41,3 | 45,0 | 48,8 | 52,5 | 56,3 |  |
| 125                    | 7,8 | 11,6  | 15,5 | 19,4 | 23,3 | 27,1 | 31,0 | 34,8 | 38,6 | 42,6 | 46,5 | 50,4 | 54,3 | 58,2 |  |
| 130                    | 8,0 | 12,0  | 16,0 | 20,0 | 24,0 | 28,0 | 32,0 | 36,0 | 40,0 | 44,0 | 48,0 | 52,0 | 56,0 | 60,0 |  |
| 135                    | 8,3 | 12,4  | 16,5 | 20,6 | 24,8 | 28,9 | 33,0 | 37,1 | 41,3 | 45,4 | 49,5 | 53,6 | 57,8 | 61,9 |  |
| 140                    | 8,5 | 12,8  | 17,0 | 21,3 | 25,5 | 29,8 | 34,0 | 38,3 | 42,5 | 46,8 | 51,0 | 55,3 | 59,5 | 63,8 |  |
| 145                    | 8,8 | 13,1  | 17,5 | 21,9 | 26,3 | 30,6 | 35,0 | 39,4 | 43,8 | 48,1 | 52,5 | 56,9 | 61,3 | 65,7 |  |
| 150                    | 9,0 | 13,5  | 18,0 | 22,5 | 27,0 | 31,5 | 36,0 | 40,5 | 45,0 | 49,5 | 54,0 | 58,5 | 63,0 | 67,5 |  |
| 155                    | 9,3 | 13,9  | 18,5 | 23,1 | 27,8 | 32,4 | 37,0 | 41,6 | 46,3 | 50,9 | 55,5 | 60,1 | 64,8 | 69,5 |  |

**3 Velocidad de perfusión (ml/hr)** Los pacientes que se encuentren intubados y a los que se esté administrando otro sedante podrán cambiar a *dexdor*, para lo cual la velocidad inicial de perfusión será de 0,7 mcg/kg/hr, que podrá ajustarse posteriormente, siempre en el rango entre 0,2 y 1,4 mcg/kg/hr hasta alcanzar el nivel de sedación objetivo.

### Indicaciones de *dexdor*

Indicado para la sedación de pacientes adultos en la UCI que requieran un nivel de sedación no más profundo que despertarse en respuesta a la estimulación verbal (correspondiente a un grado de 0 a -3 en la Escala de Sedación y Agitación de Richmond (RASS)).

### Reconstitución de *dexdor*

*dexdor* se puede diluir en glucosa 50 mg/ml (5%), solución Ringer, manitol o solución inyectable de cloruro de sodio 9 mg/ml (0,9%) para lograr la concentración requerida de 4 microgramos/ml antes de la administración.

Consulte en el cuadro de abajo los volúmenes necesarios para preparar la perfusión.

| Volumen de <i>dexdor</i> 100 microgramos/ml concentrado para solución para perfusión | Volumen del diluyente | Volumen total de la perfusión |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| 2 ml   | 48 ml                 | 50 ml                         |
| 4 ml   | 96 ml                 | 100 ml                        |
| 10 ml  | 240 ml                | 250 ml                        |
| 20 ml  | 480 ml                | 500 ml                        |

Dado que *dexdor* no se debe ser administrar con dosis de carga o en bolo, los usuarios deben estar preparados para utilizar un sedante alternativo para el control agudo de la agitación o durante los procedimientos, especialmente durante las primeras horas de tratamiento.

### Dosificación en poblaciones especiales

**Anianos:** Normalmente no es necesario un ajuste de dosis cuando se administra a ancianos.

**Insuficiencia renal:** Normalmente no es necesario un ajuste de dosis cuando se administra a personas con insuficiencia renal.

**Insuficiencia hepática:** *dexdor* es metabolizado por el hígado, por lo que deberá utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática. Deberá tenerse en cuenta una reducción en la dosis de mantenimiento.

Se debe tener cuidado en casos de insuficiencia hepática grave, ya que una dosificación excesiva puede aumentar el riesgo de reacciones adversas, sobredosificación o efectos prolongados como resultado del bajo aclaramiento de la dexmedetomidina.

**Niños:** No se ha establecido aún el perfil de seguridad y eficacia de *dexdor* en niños entre 0 y 18 años.



Cooperative comfortable sedation



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 96

### **Paciente con asistencia ventricular en post-operatorio inmediato de cirugía cardíaca.**

María Dolores González Caro; Francisco Javier Vega Vázquez; José Robles Carrión; Laura Vega Vázquez; Estefanía Pachón María

*Hospital Virgen del Rocío de Sevilla*

#### **Objetivo**

La oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema de asistencia mecánica circulatorio y respiratorio de corta duración. Indicado en shock cardiogénico e insuficiencia respiratoria con compromiso vital cuando medidas terapéuticas o quirúrgicas convencionales, incluyendo balón de contrapulsación (BIAC), no son suficientes.

El objetivo propuesto es describir post-operatorio inmediato de paciente intervenido de reparación mitral y evolución tras implantación de una asistencia ventricular

#### **Material y Método**

Estudio retrospectivo y descriptivo, revisión bibliográfica y actualización en principales bases de datos

#### **Resultados**

Presentamos el caso de paciente masculino de 70 años que ingresa de forma reglada para reparación de válvula mitral, con antecedentes de reacción adversa al metamizol, exfumador de 20 cigarrillos/día, HTA, FA anticoagulada y claudicación intermitente

Intervenido con esternotomía, tiempo de CEC: 115 min y tiempo de clampaje 100 min dejándose 2 drenajes (mediastínico y pleural dcho)

Presentó inestabilidad hemodinámica, requiriendo drogas vasoactivas a dosis altas (Noradrenalina y Dobutamina), así como derrame pericárdico, con shock cardiogénico refractario y parámetros hemodinámicos de mala función biventricular, reinterviniéndose con posterioridad. Tras llegada a UCI se implanta BIAC y debido a inestable situación se inserta

Asistencia Ventricular (aurícula derecha y aorta ascendente) realizándose reapertura de toracotomía tras intento infructuosos de canalización de arteria femoral.

Sedoanalgesiado y heparinizado, presenta FRA RIFLE F y empeoramiento de función hepática con hiperlactacidemia, fallo multiorgánico refractario a medidas y posteriormente muerte encefálica

El tiempo de estancia en UCI fue 4 días, 57 últimas horas con asistencia ventricular

#### **Diagnósticos enfermeros**

- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física

#### **Problemas de colaboración:**

- Shock cardiogénico/fallo ventricular derecho
- Hemorragia

#### **Conclusiones**

El síndrome postcardiotomía es poco frecuente pero asociado a elevada mortalidad. Mediante uso de dispositivos de asistencia ventricular se consigue apoyo para intentar recuperación miocárdica o hemodinámica. La asistencia ECMO es asistencia de corta duración utilizada como puente a recuperación a otro DAV o al trasplante. Representa un método de soporte cardiopulmonar cuando medios convencionales fracasan, y su inicio es rápido. Debe de insertarse antes de que se establezca el fallo multiorgánico.

sigue →



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

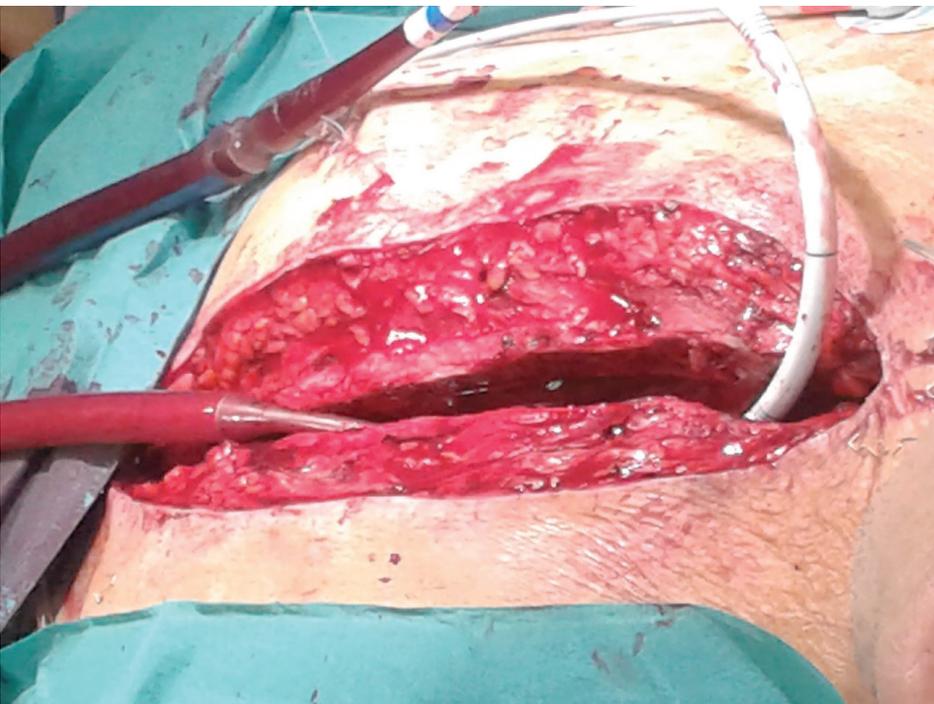
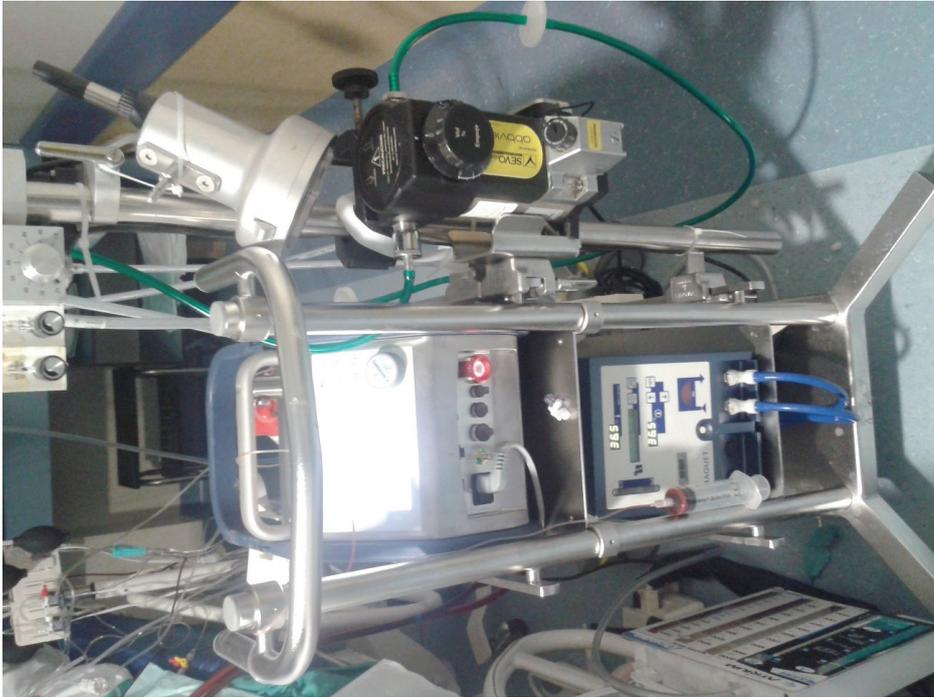
# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters





índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 374

### **Guía y manejo del dispositivo sonda rectal continua (flexiseal), en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

David Delgado Perera; Airam Sabina del Castillo; Nadia Hernández de León; Sergio Rafael Velázquez Dorta; María Sonia Ramos Ángel de la Rosa; Mónica Raquel Merino de Paz; Teresa Sanz Ohnmacht; Patricia Perera Díaz; Carmen Dolores China Rodríguez; María del Carmen Arroyo López  
(CHUC)

#### **Objetivo**

Que el personal de enfermería de la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del Complejo Hospitalario Universitario De Canarias (CHUC) conozca la correcta indicación, colocación y cuidados específicos del dispositivo sonda rectal continua en el paciente crítico.

#### **Material y Método**

Se realiza una revisión bibliográfica sobre estudios relacionados con la incontinencia fecal y posibles trastornos. Nos basamos en la experiencia de un protocolo realizado en la Comunidad de Madrid (2011)  
Se realizan sesiones formativas sobre la correcta utilización y mantenimiento así como sus beneficios.

#### **Resultados**

Se realiza formación al Personal de UVI para la correcta colocación y cuidados específicos del dispositivo así como las indicaciones y recomendaciones para evitar las posibles complicaciones.  
Se realiza una guía-algoritmo teórica sobre la correcta colocación de la sonda rectal continua.

#### **Conclusiones**

Un correcto funcionamiento de la sonda rectal en un paciente afectado por incontinencia fecal previene la rotura de la integridad de la piel por contacto directo de las heces, así como una favorable evolución en la cicatrización de las Ulceras por presión previas. Además evita la innecesaria movilización en pacientes críticos que en ocasiones lo requiere por inestabilidad ocasional.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Lunes 20 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 21

### **Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes traqueostomizados en una UCI polivalente: Estudio Descriptivo X**

Covadonga Medrano Martínez<sup>1</sup>; Beatriz Cordero Fraile<sup>2</sup>

1. Hospital Virgen del Mar; 2. Madrid

#### **Objetivo**

Una de las complicaciones más habituales de los pacientes traqueostomizados, a la que nos enfrentamos diariamente en una UCI, es la obstrucción de la cánula por formación de tapón mucoso. El objetivo de este estudio es describir los cuidados realizados a los pacientes traqueostomizados en la UCI, para prevenir la obstrucción de la cánula por tapón mucoso.

#### **Material y Método**

Estudio realizado del 1 enero 2014 al 1 agosto 2015, descriptivo, retrospectivo y observacional realizado en UCI polivalente médico-quirúrgica de ocho camas.

A todos los pacientes traqueostomizados se les aplicó el Protocolo de cuidados de la unidad:

- Se limpiará una vez al día el estoma, con suero salino y gasas estériles
- Cubrir la zona con un pequeño babero para proteger de la humedad y secreciones bronquiales
- No utilizar rutinariamente cremas o pomadas
- Vigilar los signos de infección
- El primer cambio de cánula se realizará entre los 5-7 días. Posteriormente se realizará a las 2 semanas, salvo infección u obstrucción
- Se mantendrá una presión adecuada del neumotaponamiento en 20-25 mmHg
- Se usará humidificador
- Sólo se realizarán aspiraciones y lavados bronquiales en caso necesario
- La aspiración de secreciones será una técnica estéril
- Realizar cambios posturales para movilización de secreciones
- Si se observa cualquier evento adverso, avisar al médico

#### **Resultados**

Durante el período de estudio hubo 8 pacientes traqueostomizados ingresados en nuestra unidad, de los cuales: 5 pudieron ser decanulados sin incidencias antes de ser dados de alta (sin precisar recanulación ninguno de ellos), 1 paciente fue trasladado a otro centro y otro a planta de hospitalización, ambos con cánula.

#### **Conclusiones**

El empleo en UCI de unos protocolos de cuidados en los pacientes traqueostomizados parece de vital importancia para prevenir complicaciones.



- 5 Decanulados al alta de UCI
- 2 No decanulados
- 1 Exitus



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

► Pósters

*Planta baja.* Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.

► Pantalla nº 1

► Pantalla nº 2

► Pantalla nº 3

► Pantalla nº 4

► Pantalla nº 5

► Pantalla nº 6

► Pantalla nº 7

► Pantalla nº 8

► Pantalla nº 9

► Pantalla nº 10



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

### **Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

#### ► ID 98

Electroestimulación muscular como tratamiento coadyuvante para potenciar los efectos de la movilización.

---

#### ► ID 281

Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

---

#### ► ID 285

Percepción y Evaluación Acústica del Ruido Ambiental en una Unidad de Cuidados Intensivos tras intervención cualitativa en las fuentes generadoras de ruido.

---

#### ► ID 289

Mejorando la cultura de seguridad en UCI mediante simulación clínica: satisfacción de los profesionales.

---

#### ► ID 329

Síndrome de cautiverio. Reconocimiento y plan de cuidados de enfermería.

---

#### ► ID 355

Oxigenoterapia de alto flujo versus ventilación mecánica no invasiva en pacientes politraumatizados.

---

#### ► ID 357

Canalización y seguimiento de catéteres venosos centrales (CVC) a pacientes de planta de hospitalización convencional. Servicio extendido de cuidados intensivos (SECI).

---

#### ► ID 359

Importancia de las alarmas en una UCI, visión del enfermero.

---

#### ► ID 379

Microdiálisis cerebral en el paciente neurocrítico. Cuidados de enfermería.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 98

### **Electroestimulación muscular como tratamiento coadyuvante para potenciar los efectos de la movilización.**

Olga Vallès Fructuoso; Beatriz Ruiz de Pablo; Verónica Fuentes Milà  
*Hospital Universitari de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Valorar si la electroestimulación puede mejorar la fuerza y disminuir la incidencia y gravedad de la debilidad muscular adquirida en pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) a los que no se les ha podido realizar movilización precoz.

#### **Material y Método**

Varón de 54 años que ingresa por preparado respiratorio durante el traslado a nuestro hospital por insuficiencia respiratoria requiriendo maniobras de resucitación cardiopulmonar. Destacan antecedentes de obesidad mórbida grave (205 Kg) con IMC 76,21%, insuficiencia cardíaca, EPOC, SAOS en tratamiento con BiPAP nocturna y cirugía bariátrica tubular.

#### **Resultados**

Movilización cada 24 horas coincidiendo con la higiene. Inicia movilización por parte del Servicio de fisioterapia a los 15 días del ingreso que no continúa por inestabilidad del paciente, precisando decúbito prono en 3 ocasiones.

Se reinicia fisioterapia a los 33 días del ingreso mañana y tarde con ejercicios de movilización pasiva y rotaciones cada 8 horas. A los 48 días de estancia en UCI se realiza primera sedestación en cama articulada. El paciente presenta miopatía neurodegenerativa con un grado 1 de fuerza muscular según la Escala Medical Research Council (EMC) y un grado 8 en la escala de graduación clínica empleada en evaluación funcional (EEF). Por falta de medios mecánicos para realizar ejercicios isométricos y potenciar fuerza y masa muscular, se decide trabajar la propiocepción para mejorar el movimiento de extremidades inferiores e iniciar electroestimulación para incrementar independencia funcional mejorando la seguridad. Tras 72 horas la EMC es grado 2 y la EEF de grado 7.

#### **Conclusiones**

La electroestimulación puede resultar una forma no invasiva e indolora de tratamiento dentro de la UCI. Mantiene el tono muscular, evita la debilidad acelerando la recuperación de la resistencia, la percepción de mejorar la fuerza muscular y una sensación subjetiva de bienestar, siendo un tratamiento seguro y económico.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 281

### **Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.**

José Antonio Simarro Blasco; Mónica Bascuñana Blasco; Milagros Noheda Recuenco; María del Mar González; María Teresa de las Heras Laín; Riánsares Checa Osma; Coral Checa Osma; Isabel Martínez Toledo; Marta Chust Álvarez; Pablo Pérez de las Heras  
*Hospital Virgen de la Luz. Cuenca*

#### **Objetivo**

Conocer el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en UCI.  
Hacer un pilotaje de la encuesta para proponer los primeros cambios de calidad.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo transversal. Se utilizó la encuesta de Santana Cabrera et al. Se dio a todos los familiares de los pacientes ingresados en UCI de forma sistemática desde 1 octubre hasta completar las primeras 40 entregadas.

#### **Resultados**

El 40% les costó encontrar la UCI el primer día. La sala de espera pareció poco o nada adecuada al 48%. El mobiliario del box pareció poco o nada actual al 52%. La valoración (0-10) del ruido fue: 3,8. Iluminación: 4,68. Comodidad: 6,9. Intimidad: 4,64. El 68% no les parece adecuada la hora de información y no recibieron puntualmente la información médica. El 56% algunas veces o casi nunca sabe el nombre de la enfermera responsable del paciente. Al 32% no recibió información suficiente sobre normas y horarios. El 28% no recibió información diaria sobre los cuidados de enfermería, a destacar el 32% no recibió información sobre el estado de ánimo y el 80% sobre ayuda espiritual al paciente. El 60% de los familiares no recibieron información del aparataje, alarmas, monitores,... Los horarios de visitas no son adecuados para el 68%. El 80% el tiempo de visita era insuficiente y lo incrementarían. Para el 76% es escaso el número de familiares en la visita y el 68% reclaman poder sentarse en el box. Están Satisfechos o Muy satisfechos de la atención el 88% de los familiares.

#### **Conclusiones**

Se han plasmado los principales resultados negativos y con estos datos se han empezado a implantar los primeros cambios estructurales, reclamando modificar sala de espera y mobiliario del box. Se ha modificado y ampliado el protocolo de visitas e información de enfermería, realizando sesiones en la unidad, para una reevaluación posterior.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 285

### **Percepción y Evaluación Acústica del Ruido Ambiental en una Unidad de Cuidados Intensivos tras intervención cualitativa en las fuentes generadoras de ruido.**

Pilar Lara Domínguez; María Victoria de la Torre Prados; Coral Ipiales Marín; Ángeles Aguilar Peña; Ángel García Alcántara; Juan Antonio Lara Muñoz; Pilar Nuevo Ortega; Araceli Puerto Morlán; Tsvetelina Tsvetanova Spasova; Estefanía Cámara Sola

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga*

#### **Objetivo**

El Ruido Ambiental es un problema de Salud Pública. Sus efectos en el ámbito hospitalario, en las Unidades de Cuidados Intensivos, son perjudiciales, por lo que su control debe ser prioritario. Se pretende disminuir el mismo a través de la detección y modulación de las fuentes generadoras de ruido.

#### **Material y Método**

Estudio prospectivo de intervención cualitativa medioambiental, realizado en la UCI del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV) de Málaga en el periodo IX/2013 a IX/2015. Los pacientes se dividieron en dos grupos, pre intervención (n=65) y post intervención (n=65). Los pacientes al alta de UCI evalúan la satisfacción asistencial, el grado de percepción del ruido ambiental y las fuentes generadoras de ruido (puntuación del 1 al 10). Durante 24 horas y 7 días se registra el ruido ambiental total con sonómetro clase I. Análisis estadístico (SPSS, 18.1) ajustado a naturaleza de variables estudiadas.

#### **Resultados**

Tras intervención, todas las fuentes generadoras disminuyeron. En el grupo post intervención, se percibe en menor grado el ruido producido por la alarma de los aparatos ( $3,48 \pm 2,87$  vs.  $3,60 \pm 2,86$ ), música ambiental, ( $1,57 \pm 1,18$  vs.  $1,85 \pm 1,60$ ), nivel del tono de voz ( $3,80 \pm 2,95$  vs.  $4,52 \pm 3,17$ ), sonido del teléfono del módulo ( $1,23 \pm 0,91$  vs.  $1,65 \pm 1,5$ ,  $p=0,05$ ), si bien las conversaciones de los profesionales ( $3,82 \pm 2,98$  vs.  $5,11 \pm 3,21$ ,  $p=0,01$ ) el factor que mostró la disminución de forma significativa. La evaluación acústica mostró a su vez disminución aproximada de 3 dB entre el periodo pre y post intervención, diferencia que en acústica es significativa.

#### **Conclusiones**

Medidas de intervención orientadas a disminuir el ruido sobre los principales factores generadores, han logrado reducir la percepción del mismo en la UCI, objetivado mediante los resultados de la evaluación acústica realizada. Resulta necesario mantener en el tiempo las intervenciones para acercarnos a los niveles recomendados por la OMS (35 dB en la noche y 45 dB durante el día)



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 289

### **Mejorando la cultura de seguridad en UCI mediante simulación clínica: satisfacción de los profesionales.**

María Jesús Mantilla Gordóvil<sup>1</sup>; Esther Liaño Fernández<sup>1</sup>; Elvira Benito Concha<sup>1</sup>; Clara Oruña Concha<sup>1</sup>; Elena Rojo Santos<sup>2</sup>; Rocío Fuentes Covián<sup>1</sup>; Lorena Lavín Meruelo

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla Santander; 2. Hospital Virtual Valdecilla. Santander

#### **Objetivo**

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentan varias circunstancias que incrementan el riesgo de un evento adverso relacionado con la actividad asistencial. La literatura refiere la cultura de seguridad del paciente (SP) y los problemas de comunicación como aspectos fundamentales a trabajar para mejorar la SP. La simulación clínica (SC) permite, entre otros, mejorar las habilidades de comunicación entre el equipo ante situaciones críticas.

**Objetivo:** evaluar el grado de satisfacción(GS) de un grupo de profesionales de nuestra UCI con respecto a un programa de entrenamiento en el manejo de eventos críticos mediante SC en un centro de entrenamiento de alto rendimiento.

#### **Material y Método**

Estudio observacional descriptivo en una población de profesionales de UCI general asistentes a un programa de SC, realizado desde Enero hasta Noviembre de 2015. En cada sesión participaban 5 enfermeras, 3 auxiliares, 1 médico adjunto y 1 residente. Cada sesión duraba 5 horas, en las que se realizaba entrenamiento 360º con actualización de conocimientos y práctica presencial, mediante casos clínicos simulados de alto realismo (parada cardíaca en paciente politraumatizado, intubación difícil, donante en asistolia.etc.) y debriefings. Para la evaluación del GS se utilizó un cuestionario auto cumplimentado validado por la Consejería de Sanidad. El cuestionario constaba de 20 preguntas: 5 demográficas, 12 de valoración de la actividad y 3 sobre los docentes. Se realizó un análisis descriptivo a partir de las respuestas.

#### **Resultados**

Se evaluaron un total de 15 ediciones, en las que participaron 141 profesionales, con un índice de satisfacción global del 98%. Los aspectos mejor valorados (>90% de acuerdo/muy de acuerdo) fueron: objetivos conseguidos, alto nivel de conocimiento de temas tratados, alto grado de interés para la actividad profesional, recomendación a otros compañeros

#### **Conclusiones**

La Simulación Clínica como método de aprendizaje en situaciones críticas mejora la comunicación entre el equipo y presenta un alto grado de satisfacción



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 329

### **Síndrome de cautiverio. Reconocimiento y plan de cuidados de enfermería.**

José Antonio Simarro Blasco; Mónica Bascuñana Blasco; Milagros Noheda Recuenco; Riánsares Checa Osma; Coral Checa Osma; María del Mar González; María Teresa de las Heras Laín; María Ángeles Poyatos Álvarez; Pablo Pérez de las Heras; Isabel Martínez Toledo  
*Hospital Virgen de la Luz. Cuenca*

#### **Objetivo**

Establecer parámetros sencillos para iniciar la sospecha de diagnóstico.

Aumentar los conocimientos y sensibilidad sobre el síndrome de cautiverio.

Establecer un plan de cuidados estandarizado de enfermería.

#### **Material y Método**

Búsqueda bibliográfica en Elsevier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Definición de causas y consecuencias de la enfermedad, así como aspectos que le rodean. Plan de cuidados basados en patrones funcionales de Marjory Gordon con diagnósticos NANDANOC-NIC.

#### **Resultados**

El síndrome de cautiverio se produce por una lesión en el tronco del encéfalo, a nivel de la protuberancia. Causas: accidente cerebrovascular en arteria basilar, enfermedad neurológica con daño en tronco encerebral, tumores en protuberancia ventral,...

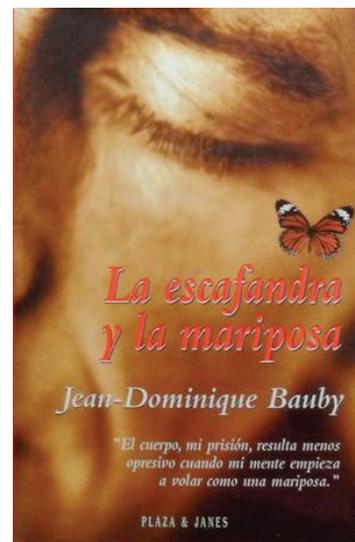
El paciente está consciente pero sólo puede parpadear, movimientos oculares verticales y respirar.

#### **NANDA - NOC - NIC:**

- 00043 - Protección inefectiva r/c inmovilidad total. NOC: 1602 - Conducta de fomento de la salud. NIC: 5390 - Potenciación de la conciencia de sí mismo. Act: 523010 - Animar la implicación familiar.
- 00040 - Riesgo de síndrome de desuso r/c parálisis. NOC: 0204 - Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. NIC: 3540 - Prevención de úlceras por presión.
- 00051 - Deterioro de la comunicación verbal r/c relacionado con alteración del sistema nervioso central y condiciones fisiológicas, manifestado por dificultad para expresar los pensamientos verbalmente y no poder hablar. NOC: 0907 - Elaboración de la información. NIC: 4976 - Mejorar la comunicación: déficit del habla.
- 00074 - Afrontamiento familiar comprometido r/c relacionado con prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia. NOC:2506 -
- Salud emocional del cuidador principal. NIC:7040 - Apoyo al cuidador principal.

#### **Conclusiones**

Un mejor conocimiento sobre el síndrome proporciona a la enfermera anticiparse a la sospecha de diagnóstico y un afrontamiento terapéutico más eficaz. Es imprescindible la implicación y asesoramiento inicial de la familia y una rehabilitación enfocada y precoz.





índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 355

### **Oxigenoterapia de alto flujo versus ventilación mecánica no invasiva en pacientes politraumatizados.**

Esteban Martínez Méndez; Luz María Delgado Pavón; Jordi Nogueras Haro  
*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Identificar los beneficios de la Oxigenoterapia de Alto Flujo (OAF) en el paciente politraumatizado respecto al uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) con la finalidad de objetivar la idoneidad del sistema en cada caso.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica: bases de datos (Medline, Pubmed, Enfispo, Biblioteca Cochrane, Fuden, Elsevier) de artículos relacionados con el sistema de alto flujo de oxigenoterapia y la ventilación mecánica no invasiva durante los últimos 5 años.

#### **Resultados**

Tras la revisión bibliográfica se establece que la presión parcial de oxígeno arterial es mayor en pacientes con VMNI respecto a la OAF.

La tolerancia y la adaptación del paciente ante estos dispositivos es mayor en la OAF respecto a las interfases de la VMNI que provocan mayor incomodidad al paciente.

Los parámetros funcionales mejoran significativamente en la OAF.

No existen diferencias en porcentajes de intubación tras fracaso respiratorio hablando de dispositivos de alto flujo y ventilación no invasiva.

La OAF tiene un índice de supervivencia mayor a 90 días.

En pacientes politraumatizados con lesiones faciales, descartadas lesiones mayores que contraindiquen su uso, la OAF puede favorecer la oxigenación debido a mejor adaptación del paciente al sistema.

Es una técnica no muy utilizada y el reto es la formación de los profesionales que integran los equipos asistenciales, adiestrándolos en el manejo de este dispositivo además del establecimiento de documentos de consenso multidisciplinar.

#### **Conclusiones**

El uso del sistema de alto flujo nasal se está introduciendo cada vez más en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria en el paciente politraumatizado debido a su mayor tolerancia por parte del paciente, comodidad, adaptabilidad y unos resultados en la evolución de la problemática respiratoria aceptables respecto al uso de la VMNI.

Además, no existe una cantidad significativa de estudios en este ámbito de paciente, por lo que se hace efectiva la necesidad del estudio de este dispositivo terapéutico.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 357

### **Canalización y seguimiento de catéteres venosos centrales (CVC) a pacientes de planta de hospitalización convencional. Servicio extendido de cuidados intensivos (SECI).**

Estrella Checa Parrilla<sup>1</sup>; Alicia Robas Gómez<sup>1</sup>; José María Pedroche Muñoz<sup>1</sup>; M. del Prado Peinado Peral<sup>1</sup>; M. Eugenia Félix Ramos<sup>1</sup>; Irene García Hernández<sup>1</sup>; Leticia Muñoz Manzananas<sup>1</sup>; Alfonso Velasco Ramos<sup>1</sup>; Beatriz García Gómez; Rocío González Blanco

1. Hospital Virgen de la Salud

#### **Objetivo**

Hacer un análisis de los CVC canalizados a pacientes de planta de hospitalización y seguidos por el SECI durante el año 2015.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo de 12 meses de duración, en el que se incluyeron todos los CVC canalizados por el personal del SECI.

Las variables recogidas fueron:

- número de catéteres
- tipo
- motivo de inserción
- motivo de retirada
- servicio solicitante
- vida media del catéter
- tasa de incidencia de bacteriemias relacionadas con catéter (BAC)

Todas las canalizaciones se realizaron siguiendo las recomendaciones del Proyecto Bacteriemia Zero y con técnica ecoguiada.

#### **Resultados**

- 198 catéteres canalizados y seguidos.
- 160 de ellos (80,8%), fueron catéteres centrales de inserción periférica (PICC) de 2 luces canalizados por el personal de enfermería del SECI.
- El motivo principal de inserción fue la necesidad de nutrición parenteral (NP): 88 (44,44%)
- Motivo principal de retirada fue la finalización del tratamiento: 86 (43,43%)
- El Servicio que más demandó la canalización fue Medicina Interna: 50 (25,25%)
- Vida media de los catéteres: 15,3 días
- La complicación infecciosa que con más frecuencia motivó la retirada fue la fiebre: 33 (16,76%)
- Tasa de incidencia de bacteriemia asociada a catéter: 2,97%

#### **Conclusiones**

- El catéter insertado mayoritariamente fue el PICC de 2 luces, tratándose en nuestro caso de una técnica enfermera.
- El motivo principal de inserción fue la administración de NP.
- En casi la mitad de los casos fue posible finalizar el tratamiento.
- La tasa de incidencia de BAC está por debajo de estándares recomendados.
- La participación del personal de enfermería del SECI, permite la formación continuada del personal de planta en la administración de cuidados.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 359

### **Importancia de las alarmas en una UCI, visión del enfermero.**

Marta María Torres Romero<sup>1</sup>; Beatriz Emilia García Held<sup>1</sup>; Marisol Torres Romero<sup>2</sup>; Laura Mateo del Amo<sup>1</sup>; Jaime Fernández Roigé<sup>1</sup>; Cecilia Delgado Leria<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario Quirón Madrid; 2. Hospital Universitario Quirón San Camilo

#### **Objetivo**

Comprobar el grado de importancia que damos los profesionales de enfermería a las alarmas visuales y sonoras en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de segundo nivel (Hospital de la Red Privada)

#### **Material y Método**

Estudio observacional descriptivo realizado en la UCI del Hospital Universitario Quirón Madrid (HUQM). A través de un cuestionario de carácter anónimo de 14 preguntas mediante una escala tipo likert de 5 ítems, entregado a todos los enfermeros que trabajan en la UCI, en el mes de Octubre de 2015. Recogemos un total de 25 muestras (muestra poblacional, no hay exclusión)

Para el análisis utilizamos medidas de frecuencia y tendencia central. Analizamos datos desde el programa estadístico SPSS.

#### **Resultados**

Los resultados más relevantes que obtenemos tras analizar las muestras son, entre otros, que casi todos los profesionales de enfermería de UCI revisan sus alarmas al inicio del turno de trabajo (85%) y, además, reconocen que existen falsas alarmas, que pueden ser el origen principal de la aparición del estrés (90%).

Respecto a la vigilancia de las alarmas un 50% opina que suele ser un trabajo exclusivo de los profesionales de enfermería, y un 90% cree que deberían implicarse más médicos y auxiliares.

El 100 % de los profesionales de enfermería piensan que son capaces de diferenciar la gravedad de las alarmas, y creen que una mala gestión puede comprometer la seguridad del paciente.

Además coinciden en que se debe configurar las alarmas en función del estado clínico del paciente, y que el personal de enfermería se encuentra totalmente capacitado para hacerlo.

#### **Conclusiones**

El control de las alarmas es una prioridad en cualquier UCI, y está demostrado que es un tema que atañe completamente a la actividad enfermera. Debemos seguir trabajando para mejorar y hacer del control de alarmas, una vigilancia multidisciplinar, y no exclusivo de la enfermería, en el que colaboren médicos y auxiliares.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 379

### **Microdiálisis cerebral en el paciente neurocrítico. Cuidados de enfermería.**

Mercedes Garrido Martín; Lourdes Expósito Mozas; María Josefa Molet Laplaza; Judit Ribas Olmo; Adoración Ballabriga Infante; Concepción González García; Carla Ruiz Ravetllat; Pol Miguel Puigbarraca; Eva Díaz González  
*Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología del Hospital Vall d'Hebron*

#### **Objetivo**

Conocer la colocación del catéter subcutáneo y los valores normales de los metabolitos analizados.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cinahl, Pudmed y Cochrane con descriptores “cerebral microdialysis and patients with brain injury” entre los años 2013-2016.

#### **Resultados**

La microdiálisis cerebral permite determinar el metabolismo cerebral mediante el análisis de metabolitos, a través de dos catéteres: uno cerebral colocado por el neurocirujano y otro abdominal colocado por enfermería.

##### **Colocación del catéter abdominal:**

- Lavado quirúrgico, aseptizar zona periumbilical
- Pellizcar la piel, introducir una aguja de punción y tunelizar el trayecto
- Insertar el catéter con la guía a través del túnel previamente realizado con la aguja
- Retirar la guía y dejar el catéter subcutáneo
- Fijarlo con sutura y apósito semipermeable

##### **Metabolitos analizados y sus valores normales:**

- **Glucosa:** sustrato energético del encéfalo. El descenso paralelo de glucosa y O<sub>2</sub> tisular (PtiO<sub>2</sub>), conservándose la glucosa periférica, indica disminución de flujo sanguíneo cerebral ( $1,2 \pm 0,6$  nmol/L)
- **Lactato:** metabolito intermedio en la glucólisis aerobia y aparece en grandes cantidades en la glucólisis anaerobia ( $1,2 \pm 0,6$  nmol/L)
- **Piruvato:** producto final glucólisis ( $70 \pm 24\mu$  nmol/L)
- **Índice lactato/piruvato:** Un incremento de lactato paralelo al piruvato, con un índice lactato/piruvato normal, indican situación de hipermetabolismo celular. Un incremento de lactato acompañado del descenso del piruvato y un aumento del índice lactato piruvato indican isquemia tisular ( $22 \pm 6$ )
- **Glicerol:** componente estructural de la membrana celular, se desprende de ésta en situaciones de falta de energía. Marcador de lesión tisular ( $28 \pm 16\mu$  nmol/L)
- **Glutamato:** neurotransmisor excitatorio cerebral. En primera fase responsable del edema cerebral. En una fase tardía responsable de la lesión tisular ( $17 \pm 12\mu$  nmol/L)

#### **Conclusiones**

La Microdiálisis Cerebral ofrece información sobre el metabolismo cerebral. Junto con otros sistemas de neuromonitorización ayuda a la detección precoz de la isquemia cerebral.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

### **Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

#### ► ID 266

*Early Warning Score*: un nuevo método para la detección precoz del paciente crítico.

---

#### ► ID 99

Valoración del uso de válvulas de fonación en pacientes con *weaning* prolongado frente al estrés emocional: estudio piloto.

---

#### ► ID 308

Toallitas de Clorhexidina para la higiene diaria. ¿Qué opinan los pacientes?

---

#### ► ID 310

Medida de la satisfacción del paciente y su familia durante el ingreso en UCI.

---

#### ► ID 358

Estudio de incidentes en ventilación mecánica y vía aérea en la UCI del Hospital General de Ciudad Real.

---

#### ► ID 366

La asistencia de corta duración Levitronix y el Trasplante Cardíaco. La importancia del tiempo de optimización-recuperación. Experiencia en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

---

#### ► ID 390

Cambio de cultura para la prevención de úlceras por presión.

---

#### ► ID 10

Revisión bibliográfica sobre cuidados de enfermería en la pronación durante el Síndrome de Dristress Respiratorio en el adulto en UCI.

---

#### ► ID 14

Enfermería en el manejo de la presión intracraneal.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 266

### **Early Warning Score: un nuevo método para la detección precoz del paciente crítico.**

Sofía Bosch Collette<sup>1</sup>; Miguel Ángel Giménez Lajara<sup>2</sup>; Sandra González Cañas<sup>3</sup>; Anna Bullich Llosa<sup>4</sup>; Anna Castro<sup>5</sup>; Luis Basco Prado<sup>6</sup>; Lidia Navarro<sup>7</sup>; Marina Julià Amill<sup>8</sup>; Montserrat Polo Díaz<sup>9</sup>

1. Spital Tiefenau Insel Gruppe; 2. Bern; 3. Hospital Clínic Barcelona; 4. Fundació Puigvert; 5. Barcelona; 6. Hospital Nostra Sra. de Meritxell; 7. Andorra; 8. Hospital 12 de Octubre. Madrid; 9. Universidad de Barcelona

#### **Objetivo**

Los Equipos de Intervención Inmediata responden al aviso de una enfermera que ha identificado un paciente crítico según el Early Warning Score (EWS). Esta escala se basa en un algoritmo fundamentado por parámetros fisiológicos, que permite a enfermería evaluar la situación del paciente y decidir si alertar. Estos equipos, mejoran la mortalidad intrahospitalaria inesperada, la eficacia de los tratamientos inmediatos y la toma de decisiones ante un paciente potencialmente crítico.

- Valorar la aplicabilidad de un EWS con un grupo de profesionales de enfermería de un Hospital de Tercer Nivel.
- Determinar el conocimiento sobre el EWS.
- Explorar la utilidad de este instrumento en la detección precoz así como en la toma de decisiones.

#### **Material y Método**

Estudio transversal, observacional, descriptivo, exploratorio, realizado entre los meses abril y mayo del 2015 con una muestra de 32 profesionales de enfermería. Los datos son recogidos mediante un cuestionario diseñado ad hoc. Se procede al análisis descriptivo, comparativo, entre las variables sociodemográficas y las variables de instrumento.

#### **Resultados**

Fueron incluidos 29 participantes con una mediana de edad de 42,6 años. El 86,2% ve el EWS como una herramienta facilitadora en la toma de decisiones. Del análisis univariado destaca una relación significativa entre los profesionales que tienen más de una formación y la inseguridad del profesional en la detección precoz de un paciente crítico ( $P < .05$ ,  $P = .043$ , 95%IC).

#### **Conclusiones**

Actualmente, no existen estudios españoles que permitan comparar con otros resultados, razón por la cual un futuro análisis exhaustivo pudiera ser beneficioso. El EWS permite evidenciar de forma objetiva el deterioro de un paciente; mejorar las dinámicas de trabajo y el stress laboral, así como promover una asistencia más segura. Pero su aplicación sigue siendo un nuevo método asistencial no habitual en nuestro entorno, aunque aceptado por los profesionales.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 99

### **Valoración del uso de válvulas de fonación en pacientes con *weaning* prolongado frente al estrés emocional: estudio piloto.**

Olga Vallès Fructuoso; Beatriz Ruiz de Pablo  
*Hospital Universitari de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Evaluar la calidad de la comunicación en pacientes traqueotomizados ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con *weaning* prolongado del respirador y comparar técnicas de comunicación no verbal y el uso de la VF en relación al estrés emocional.

#### **Material y Método**

El habla es nuestra mejor herramienta comunicativa y perder la voz después de una traqueotomía afecta seriamente la calidad de vida del paciente, ocasionando estrés emocional pudiendo derivar a síndrome de estrés post traumático y/o delirio. La válvula de fonación (VF) les da la oportunidad de hablar y comunicarse sin tener que usar otras formas de comunicación no verbal.

Estudio piloto cuantitativo experimental. Valoramos a pacientes traqueotomizados ingresados en una UCI de larga evolución. Criterios de inclusión: *weaning* prolongado y tolerancia de desconexiones >30 minutos durante 24h y con grado <2 de disfagia manteniendo el neumotaponamiento desinflado. Pacientes con alteraciones neurológicas fueron excluidos.

Valoramos características comunicativas antes y después de la utilización de la VF con la escala SPEACS-2. El estrés emocional se valoró con el cuestionario (QEE) previo uso de la VF y a las 24h.

#### **Resultados**

Muestra de 10 pacientes con una estancia media en UCI de 40 días y tiempo medio de traqueotomía de 21 días. El 80% presentó estrés emocional; el 60% por desórdenes emocionales, el 40% debido a mala comunicación con la familia y el 30% por el miedo a no volver a hablar nuevamente. Un 40% presentaron comunicación dificultosa sin el uso de la VF.

Se observó una mejora en el 100% de los pacientes en la reducción del estrés emocional con una media de 5.4 puntos en el QEE sin observarse complicaciones en su uso.

#### **Conclusiones**

El uso de la VF mejora el control del estrés emocional y aumenta el grado de confianza y autonomía del paciente permitiéndole comunicarse efectivamente con el equipo asistencial y la familia.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 308

### **Toallitas de Clorhexidina para la higiene diaria. ¿Qué opinan los pacientes?**

Iluminada Romera Peregrina; Mireia González Romero; Matilde Llanos Herrera; María Lucía Marín Cagigas; Sandra Sau Povea; Judit Pérez Sánchez; Yasmina Grau Sibera; M<sup>a</sup> Àngels Ríos Rodríguez; Jéssica Cordovilla González; Cristian Arboledas Triviño  
*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

- Determinar el grado de satisfacción de los enfermos ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en relación al uso de toallitas impregnadas de clorhexidina para la higiene diaria.
- Conocer la opinión de los pacientes respecto al nuevo procedimiento.

#### **Material y Método**

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo observacional. Se han tomado de muestra 30 pacientes mayores de edad, conscientes, orientados y sin deterioro cognitivo. Se ha confeccionado una encuesta, por parte del equipo investigador, usando la escala de calificación Likert. El análisis estadístico se ha realizado mediante el paquete ofimático SPSS.

#### **Resultados**

- El 85% de los pacientes encuestados está satisfecho con la higiene diaria realizada con toallitas de clorhexidina.
- El 90% se muestra de acuerdo o totalmente de acuerdo en afirmar que las toallitas les parecen un buen método de higiene.
- La sensación resultante del contacto de la toallita con la piel, es agradable en el 95% de los casos.
- La temperatura de las toallitas les resulta confortable al 80% de los pacientes.
- El 98% de los pacientes se siente limpio tras el aseo.

#### **Conclusiones**

El nuevo método de higiene implantado en nuestra UCI tiene una buena aceptación por la mayoría de pacientes. El tacto de las toallitas, su temperatura y su sensación final de limpieza satisfacen a gran parte de los encuestados. Además de la función preventiva de las toallitas ya conocida, nuestro estudio refleja una respuesta positiva a la implantación del nuevo producto.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 310

### **Medida de la satisfacción del paciente y su familia durante el ingreso en UCI.**

Mercedes García Arias; Dolores Ramos Ramos; Beatriz Suárez Alfonso; Raquel Sánchez Mora; Ana Abella Álvarez; Teresa Mozo Martín; Federico Gordo Vidal  
*Hospital Universitario del Henares*

#### **Objetivo**

Valorar la satisfacción del paciente y familiares con la encuesta IPREA y de Satisfacción Familiar con el Cuidado en UCI (SF-ICU) y ver el resultados de los cambios realizados a partir de dichas encuestas

#### **Material y Método**

En abril 2015 se realizaron la encuesta IPREA y SF-UCI a los pacientes y familiares en el momento del alta de la UCI. Tras analizar los resultados se tomaron acciones de mejora repitiéndose en noviembre 2015

Además de las variables demográficas se midió el grado de disconfort, áreas de mejora de los pacientes y grado de satisfacción de los familiares. Las variables continuas como media y rango y las variables categóricas como frecuencia y porcentaje

#### **Resultados**

En abril 2015 el disconfort leve fue de 79% y las áreas de mejora fueron la escasez de horas de visitas (20%), el ruido (16%) y la privación del sueño (16%) Tras estos resultados se modificaron los horarios de visita, se disminuyó el ruido ambiental y la intensidad de la luz durante las horas nocturnas y se añadió un póster informativo y timbre de llamada en la entrada de UCI.

En noviembre 2015 el disconfort leve es de 79% pero las áreas de mejora cambiaron a ausencia de teléfono (20%), incomodidad de las vías (16%)

La satisfacción de los familiares en ambas fechas 80% en todos los ítems valorados salvo el ambiente de la sala de espera, con un 79% de satisfacción en abril 2015 que en noviembre 2015 es de 82%

#### **Conclusiones**

El grado de disconfort más frecuente es el leve, las áreas de mejora se modificaron a raíz de los cambios realizados y por parte de la familia la satisfacción supera el 80% en todas las variables evaluadas. Estas encuestas nos permiten conocer la visión del paciente y sus familiares de la UCI, actuar en consecuencia y mejorar la relación



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 358

### **Estudio de incidentes en ventilación mecánica y vía aérea en la UCI del Hospital General de Ciudad Real.**

Amadeo Puebla Martín; Inmaculada Vázquez Rodríguez; José Javier Blanco García; Alfonso Ambrós Checa; Miguel Ángel Puebla Martín; María Pilar Rubio Serrano; María del Mar del Fresno Sánchez; Miguel Ángel Ramírez de Orol  
*Hospital General de Ciudad Real*

#### **Objetivo**

La ventilación mecánica (VM) es una de las técnicas características de las unidades de cuidados intensivos (UCI) donde su utilización no está exenta de riesgos. Recientemente se llevó a cabo el estudio "Incidentes en ventilación mecánica y vía aérea" (IVeMVA) promovido/coordinado por los grupos de trabajo de la SEMICYUC, donde nosotros participamos.

#### **Objetivo:**

Analizar los incidentes de seguridad relacionados con la VM y vía aérea de los pacientes críticos ingresados en UCI del Hospital General de Ciudad Real.

#### **Material y Método**

Estudio observacional, de cohortes, prospectivo. Se recogen datos desde las 08:00 del 24-03-14 a las 08:00 del 31-03-14. Se incluyeron los enfermos mayores de 18 años que al inicio del estudio estuvieran en VM (mediante tubo endotraqueal/cánula traqueostomía) o que ingresaran durante esa semana y precisaran VM tanto invasiva como VM no invasiva (VMNI)

#### **Resultados**

Se incluyeron 18 pacientes: 8 varones (44%) de  $62,6 \pm 15,1$  años y 10 mujeres de  $72,3 \pm 9,1$  años. Se detectaron 29 incidentes afectando a 12 pacientes (67% de los pacientes incluidos).

Incidentes detectados: 15 desconexiones accidentales (51,7%); 3 atelectasias (10,3%); 2 intubaciones en esófago (6,8%); 2 intubaciones selectivas bronquio derecho (6,8%); 1 mal sellado interfase de VMNI (3,4%); 1 desconexión O2-tubo T (3,4%); 1 tapón de moco (3,4%); 1 obstrucción cánula traqueostomía (3,4%); 1 lesión mucosa aérea secundaria a manipulaciones (3,4%); 1 desaturación en tubo T precisando nuevamente VM (3,4%); 1 incumplimiento medidas de neumonía zero (3,4%).

Se recogen otros datos como factores contribuyentes, evitabilidad, información a familiares, gravedad, personal que notifica, turno donde ocurre y si es durante traslados.

#### **Conclusiones**

El conocer la epidemiología de los eventos adversos relacionados con la vía aérea y la VM así como los factores contribuyentes relacionados deben permitir establecer acciones de mejora para reducir los riesgos asociados y mejorar la seguridad de la ventilación mecánica, donde la enfermera tiene un papel de primer nivel.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 366

### **La asistencia de corta duración Levitronix y el Trasplante Cardíaco. La importancia del tiempo de optimización-recuperación. Experiencia en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.**

Irene Portal Llaneza; Andrea Cortijo Lavin; Luis Alberto Lavandero; Alexandra Parás Bravo; Elena Passolas Domínguez; María Jesús Montilla Gordovil; María Elvira Benito Concha  
HUMV

#### **Objetivo**

Valorar los resultados de los pacientes que se han trasplantado de corazón con asistencia ventricular, así como el tiempo entre el implante de la misma y la inclusión en alarma O o tiempo de optimización-recuperación (optimización de los órganos donados y recuperación del paciente previo al trasplante).

#### **Material y Método**

Se incluyen 36 pacientes en Alarma O, desde el inicio del programa de asistencias, a los que previamente se les había implantado una asistencia ventricular que llegaron al trasplante, 9 de ellos tenían asistencias biventriculares (25%) y 27 pacientes (59,4%) asistencia ventricular izquierda.

#### **Resultados**

El tiempo de asistencia media fue de 29,6 días, el tiempo medio de alarma O fue de 25,2 días y el tiempo de recuperación medio fue de 14,4 días, es decir, el tiempo que se tardó en el paciente no tuviera daños orgánicos y no tuviera ventilación mecánica. Todos los pacientes se incluyeron en alarma O extubados, con infección controlada y sin diálisis. La supervivencia de los pacientes trasplantados es del 97,2%, falleciendo un paciente al mes del trasplante con complicaciones relacionados con rechazo. Presentaron como complicaciones: hemorragia el 44%, diálisis en 22% y ECMO previa a asistencia en el 22,2% que se instauró de manera emergente.

#### **Conclusiones**

Cada vez hay más dificultad para conseguir corazones, ya que aunque ha aumentado la donación esta es en pacientes no candidatos a donar el corazón (por edad, donación en asistolia.....) por tanto el poder de optimización es un objetivo importante. El tiempo de recuperación tras el implante de una asistencia a pacientes críticos es fundamental para incluirlos en alarma O y trasplantarlos en las mejores condiciones posibles.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 390

### **Cambio de cultura para la prevención de úlceras por presión.**

Lorea Anacabe García; Amaia Andres Jauregui  
*Hospital Universitario Basurto*

#### **Objetivo**

Las úlceras por presión (UPP) constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en los diferentes ámbitos, tales como el de la salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes, el consumo de recursos para el sistema sanitario y también plantea cuestiones de responsabilidad ética y legal al ser consideradas como un problema evitable.

Los datos epidemiológicos muestran una estabilidad en la incidencia de UPP relacionada con factores asociados a la morbilidad de los pacientes

Describir el cambio de cultura y el uso de intervenciones con gran impacto para la prevención de UPP.

Describir las estrategias utilizadas, en materia de prevención, para evitar las UPP en la unidad de cuidados intensivos.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo prospectivo de 2011-2015, se analizó la incidencia de UPP, las lesiones producidas por dispositivos sanitarios y severidad de las lesiones aparecidas.

Las medidas adoptadas abarcaron: bundle medidas prevención, aspectos relacionados con la formación, con la gestión de recursos materiales y evaluación de las medidas preventivas estandarizadas en el protocolo de la unidad.

#### **Resultados**

Durante el periodo analizado se aprecia un descenso de la incidencia de UPP, alcanzando una disminución de 5.2 a 0.6, siendo las lesiones producidas mayoritariamente producidas por dispositivos sanitarios y un descenso significativo en la severidad de las lesiones.

#### **Conclusiones**

Incrementar el nivel de conocimientos de los profesionales de la UCI en la prevención de UPP, favorece la creación de una cultura de seguridad del paciente y un cambio de actitudes en el equipo multidisciplinar.

El uso de un paquete de medidas preventivas encaminadas a identificar a los pacientes de mayor riesgo además permite disminuir la variabilidad clínica.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 10

### **Revisión bibliográfica sobre cuidados de enfermería en la pronación durante el Síndrome de Dristress Respiratorio en el adulto en UCI.**

Jesús Sánchez Martín<sup>1</sup>; María de Los Reyes Milena Hernández Barroso<sup>1</sup>; Irali Díaz González<sup>1</sup>; Azahara Sánchez Gómez<sup>2</sup>; María Yolanda Pérez Morera<sup>3</sup>

1. Hospital General de La Palma; 2. Hospital Santa Lucia; 3. Cartagena

#### **Objetivo**

Revisión de los cuidados que se realizan en el paciente que se somete a pronación. Utilizar esta revisión para actualizar los protocolos existentes en el servicio

#### **Material y Método**

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos tales como, Medline, Cuiden y Cochrane, sobre la SDRA y sobre Decúbito prono, cuidados de enfermería. Seleccionando los artículos con mayor relevancia. Destacar pocos documentos a tal respecto

#### **Resultados**

Coincidencia en los cuidados referidos al paciente en pronación. Una mayoría de los artículos indican que el decúbito prono no mejora la mortalidad y tampoco disminuye los días de ventilación mecánica en estos pacientes

#### **Conclusiones**

Se trata de una medida no farmacológica ni invasiva, que requiere de un mayor cuidado por parte de enfermería, con una especial atención al riesgo de alteración de la integridad cutánea, deterioro del intercambio gaseoso y limpieza ineficaz de la vía aérea como diagnósticos mas destacados.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 14

### **Enfermería en el manejo de la presión intracraneal.**

Víctor Gallego Herrera<sup>1</sup>; María de las Mercedes Fernández Alarcón; María José García Asensio<sup>2</sup>; María Dolores Vivo Belando<sup>1</sup>; Francisco Javier Patón López<sup>1</sup>; Alicia Martínez Peñalver<sup>1</sup>; María José García Giménez<sup>1</sup>; Irene Hidalgo Bravo<sup>1</sup>; Ascensión Martínez López<sup>1</sup>; Elisabet María García Zapata  
1. Hospital Morales Meseguer; 2. Hospital Virgen del Alcázar

#### **Objetivo**

Exponer y planificar los cuidados encaminados a disminuir la presión intracraneal mediante intervenciones y actividades enfermeras.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica, bases datos: Medline, Scielo, Elsevier, Dialnet. Revistas científicas y búsqueda inversa.

#### **Resultados**

La Presión Intracraneal (PIC) se define como aquella medida en el interior de la cavidad craneal que es el resultado de la interacción entre el continente (cráneo) y el contenido (encéfalo, LCR y sangre). Los valores normales establecidos estarán entre los 5-15 mmHg.

Se debe hacer una detección precoz de la hipertensión craneal, cuando todavía es reversible y no ha llegado al estado de descompensación. El papel de Enfermería en el paciente con hipertensión intracraneal (HIC) consiste en poder otorgar unos cuidados de calidad, realizando observaciones precisas y registrables.

Los principales cuidados de enfermería se centraran en evitar posiciones decúbito prono y trendelemburg, poner posición semi-Fowler (entre 15 y 30º, podrían hacer disminuir la presión de perfusión cerebral (PPC) por disminución de la presión arterial media (PAM)), evitar aspiraciones traqueales innecesarias en paciente intubado, evitar estimular al paciente innecesariamente, controlar la hipercapnia, evitar que la cadera del paciente esté excesivamente flexionada (aumenta la presión intraabdominal), dejar un tiempo prudente, unos 15 minutos, entre cada uno de los procedimientos a realizar sobre el paciente, monitorizar la presión intracraneal, evaluar continuamente la función neurológica, evitar que el paciente realice la maniobra de Valsalva.

#### **Conclusiones**

Muchas intervenciones enfermeras pueden provocar una elevación de la PIC por lo que es de suma importancia planificar los cuidados del paciente y realizarlos cuando los valores de la PIC están más bajos, cuando ésta se eleva es conveniente dejar descansar al paciente hasta que regrese a valores de referencia.

Debido al enorme avance de las tecnologías en la neuromonitorización creemos fundamental el aprendizaje continuo de todo lo que engloba a este tipo de pacientes para poder otorgarles los mejores cuidados.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 212**

Análisis del aporte calórico recomendado vs administrado en el paciente crítico agudo.

---

► **ID 119**

Análisis causa raíz de un suceso Centinela.

---

► **ID 131**

Cuidados de enfermería en los pacientes con gripe a ingresados en la UCI.

---

► **ID 153**

Síndrome confusional agudo y criterios de resultado (NOC) obtenidos tras un ensayo clínico en una Unidad de Cuidados Críticos.

---

► **ID 163**

Plan de integración al personal de nueva incorporación en una Unidad de Vigilancia Intensiva.

---

► **ID 177**

Análisis de las cargas de trabajo de la enfermera de práctica avanzada en Cuidados Intensivos.

---

► **ID 181**

Intervención educativa a profesionales sobre lesiones asociadas a la dependencia en Cuidados Intensivos.

---

► **ID 191**

UPP grado III-IV en región parieto-occipital de paciente con SDRA.

---

► **ID 197**

Valoración del dolor en la Unidad de Cuidados Intensivos.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 212

### **Análisis del aporte calórico recomendado vs administrado en el paciente crítico agudo.**

Daniel Mota Puerto; Esteban Martínez Méndez; María Carmen Pérez Román; Jordina Fernández Boronat; Judit Pérez Sánchez; María Lucía Marín Cagigas

*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Comprobar si el aporte calórico diario que reciben los pacientes críticos durante su primera semana con nutrición enteral suple sus demandas calóricas.

#### **Material y Método**

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado en UCIs polivalentes de un hospital de tercer nivel durante el 2015. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con ventilación mecánica invasiva, portadores de sonda nasogástrica y nutridos exclusivamente con nutrición enteral (NE). Se excluyeron los pacientes con patología digestiva. Los requerimientos calóricos de cada paciente son calculados mediante las ecuaciones de Harris-Bendict, que estiman el metabolismo basal en función del peso, la estatura y la edad del paciente, analizando también las variables de volumen y tipo de dieta infundida para hacer la comparativa. La muestra total será de 80 pacientes, aproximadamente, de la cual se analiza, por el momento, una muestra representativa de 10.

#### **Resultados**

De los 10 pacientes analizados (8 hombres), de los cuales se comparó el gasto energético basal en relación al aporte calórico recibido a diario durante los primeros 7 días con NE, se obtuvo que en algún momento del periodo analizado recibieron un aporte calórico insuficiente. El 30% de ellos presentó un aporte correcto a partir del quinto día; sólo dos pacientes tuvieron un aporte calórico mayor al recomendado.

#### **Conclusiones**

El aporte calórico inicial en el paciente crítico mediante NE es insuficiente, normalizándose en algunos casos a partir del quinto día. Esto puede ser debido a las dificultades de tolerancia a la NE que pueden desarrollar los pacientes en su etapa más crítica. Conocer el gasto energético basal de cada paciente y el aporte calórico que tiene cada una de las dietas administradas, será de vital importancia para poder dar de forma individualizada el aporte calórico recomendado.

Un estado metabólico insuficiente en estos pacientes podría alargar su enfermedad y favorecer las complicaciones derivadas.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 119

### **Análisis causa raíz de un suceso Centinela.**

Raquel Jareño Collado; Susana Arias Rivera; Gema A. Garrido Jerez; M<sup>a</sup> Pilar Fraile Gamó; Henar Bermejo García; Eusebia Fernández Campillo; Amanda Lesmes González de Aledo; Inmaculada Alía Robledo  
*Hospital Universitario de Getafe*

#### **Objetivo**

Los sucesos centinela son hechos inesperados que producen o pueden producir muerte o lesión grave de índole física o psíquica. Deben analizarse minuciosamente para valorar factores condicionantes que faciliten su aparición y establecer cambios precisos que eviten que vuelvan a ocurrir.

**Objetivo:** Analizar un suceso centinela ocurrido en una unidad de cuidados intensivos.

#### **Material y Método**

Se seleccionó el caso de una paciente en proceso de destete, con dificultad de visualización glótica Cormack IV, retraso mental y trastorno de la conducta, que sufre parada cardiorespiratoria tras extubación accidental.

Para su análisis nos basamos en la guía de la National Patient Safety Agency y recomendaciones de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Fases: identificar incidente, recopilar información, elaborar mapa de hechos, analizar información mediante modelo de categorización de problemas, estudiar existencia de barreras y desarrollar plan de acción. Análisis realizado por el grupo de seguridad de la uci.

#### **Resultados**

Detectados 24 factores contribuyentes. Se identifica causa raíz (inadecuado manejo de agitación) y causas proximales (incorrecta inmovilización terapéutica, personal con actividad asistencial intermitente, infraestructuras defectuosas y desconocimiento de funcionamientos alternativos, ineficaz asignación de roles durante la reanimación cardiopulmonar (RCP)). Se detectan 3 barreras existentes que no funcionaron (protocolo de sedación/analgesia, inmovilización terapéutica, posición de RCP de la cama) y 1 barrera que sí funcionó (equipo de vía aérea difícil).

#### **Conclusiones**

Tras analizarlo elaboramos un plan de acción de mejora introduciendo cambios en prácticas asistenciales para prevenir eventos similares: revisión bibliográfica y elaboración de guías para el manejo de agitación en paciente crítico, planteamiento de traqueostomía temprana en pacientes de intubación difícil, adecuar un sistema en boxes de baja visibilidad, identificar a pacientes clasificados de intubación difícil, asegurar adecuado mantenimiento de infraestructuras, informar al personal del funcionamiento del material, formación, reciclaje y entrenamiento del personal en RCP, formación previa a la incorporación de los trabajadores al servicio.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 131

### **Cuidados de enfermería en los pacientes con gripe A ingresados en la UCI.**

Sheyla Díaz Sánchez; Vanesa Jiménez Benlloch; Nuria Marina Talledo  
*Hospital Universitario Marques de Valdecilla*

#### **Objetivo**

Los pacientes con gripe A cuentan con una alta complejidad con necesidad frecuente de empleo de técnicas de soporte vital. El objetivo de este trabajo es valorar las cargas de trabajo de enfermería derivadas de la asistencia de este tipo de enfermos.

#### **Material y Método**

Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional que incluyó a los pacientes con gripe A que ingresaron en la UCI durante la epidemia de 2014-2015. Se registraron las características demográficas, tratamiento, medidas de soporte vital y cuidados de enfermería.

#### **Resultados**

Se incluyeron 29 pacientes. La puntuaciones medias de Apache II y SOFA fueron  $18,5 \pm 9,1$  y  $6,3 \pm 2,9$ . De ellos, 21 (72,4%) requirió de ventilación mecánica, 26 (89,7%) del uso de vasopresores y 3 pacientes (10,3%) de hemodiafiltración. En 10 pacientes (34,5%) se realizó registro continuo de capnografía, en 17 (58,6%) se registró diariamente la escala de RASS y en 11 (37,9%) la escala Campbell. En todos los pacientes con ventilación mecánica se monitorizó la presión del neumobalón una media de 2 veces diarias y se realizaron 3 lavados orales diarios con clorhexidina mientras se prolongó la intubación. Las medidas de aislamiento se prolongaron una media de  $9,6 \pm 7,7$  días. Todos los pacientes recibieron tratamiento con oseltamivir una media de  $8,3 \pm 2,9$  días y antibióticos  $5,3 \pm 2,6$  días. En 5 casos (17,2%) se empleó ventilación en decúbito prono y en 2 (6,9%) ECMO. La mortalidad en UCI fue del 17,2%.

#### **Conclusiones**

Los pacientes con gripe A ingresados en la UCI suponen una importante carga de trabajo para los equipos de enfermería encargados de los mismos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 153

### **Síndrome confusional agudo y criterios de resultado (NOC) obtenidos tras un ensayo clínico en una Unidad de Cuidados Críticos.**

Juan José Rodríguez Mondéjar<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> José López Montesinos<sup>2</sup>; Ángeles del Rosario Sáez Soto<sup>3</sup>;  
Autor 4: M<sup>a</sup> Fuensanta Hellín Gil<sup>4</sup>; Alfredo Cano Reyes<sup>5</sup>; Alexandra Miralles Coll<sup>6</sup>; Félix Peñalver Hernández<sup>7</sup>; Gloria Muñoz Pérez<sup>8</sup>; Javier Iniesta Sánchez<sup>8</sup>; Ramón López Alegría<sup>8</sup>

1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y emergencias 061. Servicio Murciano de Salud; 2. Facultad de Enfermería. U. de Murcia. Campus Mare Nostrum; 3. HGU Reina Sofía. Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud; 4. HCU Virgen Arrixaca. Área I- Murcia Oeste. Servicio Murciano de Salud; 5. UCI. HGU Reina Sofía. Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud; 6. UCI. Servicio Murciano de Salud; 7. Facultad de Enfermería. U. de Murcia; 8. HGU Reina Sofía. Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud

#### **Objetivo**

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) en Cuidados Críticos es algo conocido y presente, pero falta realizar aportaciones de enfermería para ayudar a la mejora del proceso en el paciente.

**Objetivo:** Determinar si un grupo de intervenciones de enfermería aplicadas en el delirio en cuidados críticos influye en la recuperación del paciente, medido a través de criterios de resultado (NOC).

#### **Material y Método**

Estudio experimental, prospectivo y longitudinal, dentro de un ensayo clínico.

Lugar: UCI polivalente de 12 camas, en Hospital General Universitario (Nivel II).

Temporalidad: 25 meses.

Sujetos a estudio: pacientes que desarrollaron SCA en UCI con >24h de ingreso.

Desarrollo: Se realizó un ensayo clínico con dos grupos dentro de una tesis doctoral. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, analíticos, y otros, así como la aplicación de un proceso enfermero para el diagnóstico de confusión aguda. Nivel de confusión medido al incluirse en el estudio y al alta, según la clasificación de grave, sustancial, moderado, leve, o ninguno.

Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con cálculo de medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Estadística inferencial con Chi<sup>2</sup> de Pearson, aceptando significación estadística si  $p < 0,05$ .

El estudio contó con la aprobación del comité de ética e investigación clínica.

#### **Resultados**

Muestra de 67 pacientes con SCA, 33 grupo intervención (GI), y 34 control (GC). Criterio de resultado (NOC) al alta y asignación a grupo randomización, nivel de confusión: ninguno en GI 20 (60,6%), en GC 15 (44%),  $p=0,042$  (positivo grupo intervención), en el ingreso al realizar la misma comparativa se obtiene una  $p=0,089$ . Horas de ingreso en UCI y grupo de randomización  $p < 0,007$ .

#### **Conclusiones**

Implementar un plan de cuidados enfermeros con medidas no farmacológicas, en los pacientes críticos con SCA, produce resultados positivos sobre su recuperación, en relación a la medición del NOC del nivel de confusión aguda.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 163

### **Plan de integración al personal de nueva incorporación en una Unidad de Vigilancia Intensiva.**

Airam Sabina del Castillo; David Delgado Perera; Sergio Rafael Velázquez Dorta; María Sonia Ramos Ángel de la Rosa; Nadia Hernández de León; Mónica Raquel Merino de Paz; Teresa Sanz Ohnmacht; Patricia Perera Díaz; Carmen China Rodríguez; María del Carmen Arroyo López  
*Complejo Hospitalario Universitario de Canarias*

#### **Objetivo**

Facilitar la integración del personal de nueva incorporación a la dinámica de la unidad mejorando la calidad asistencial y la Seguridad en el Paciente

#### **Material y Método**

Estudio analítico retrospectivo realizado en la UVI del CHUC durante 2015, Formación para el uso de la Historia clínica digitalizada bajo la plataforma PICIS y curso específico de Cuidados de Enfermería al Paciente Crítico en una UVI con desarrollo teórico-práctico, Cuestionario de satisfacción en cuanto a contenido y duración así como evaluación de conocimientos adquiridos tras su finalización

#### **Resultados**

Plantilla Actual fija 60 enfermeros. 96 cubrieron incidencias de los cuales 78(81%) no tenían experiencia previa mayor a 6 meses en la unidad y 18(19%) Si, El 83% fueron Enfermeras y 17% Enfermeros, De los 365 días de contrato laboral anual de la plantilla fija (21.900 días), el 25%(5.571 días) lo realizó personal de sustitución, El 82% del personal de nueva incorporación realizaron las jornadas formativas, con una valoración de 4,85 (Sobre 5) sobre su grado de satisfacción en cuanto a contenido y duración, El 100% superó la prueba teórica-práctica

#### **Conclusiones**

La mayoría del personal que cubrió las incidencias no tenía experiencia suficiente en Cuidados Críticos. Se obtuvo un alto porcentaje de participación en las jornadas de formación continuada específicas de cuidados intensivos, Tras la finalización del periodo formativo se obtuvo una alta satisfacción por parte del personal y mejora de conocimientos teórico-prácticos, La formación reduce la sobrecarga del personal más antiguo, y mejora la actividad asistencial aumentando la Seguridad del Paciente en las Unidades de Cuidados Críticos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 177

### **Análisis de las cargas de trabajo de la enfermera de práctica avanzada en Cuidados Intensivos.**

César Rodríguez Núñez; Mikel García Corres; Alba Iglesias Rodríguez Núñez; Janire Irigoien Aguirre; Marta Martín Martínez; Maite Albaladejo Perea; Virginia Boloix Gil; Jaione Sánchez Zugazua; Mercedes Corres Zubeldia; Ekhiñe Unzalu Lerma

*Hospital Universitario Araba*

#### **Introducción**

El punto rojo(PR) es una enfermera, que además de asumir el ratio de Enfermera/paciente 2,85, tiene el cometido de acudir a paradas cardíacas hospitalarias (PCR), vigilar telemetrías externas de UCI, gestionar ingresos, procedimientos invasivos a pacientes externos a nuestro servicio.

#### **Objetivos**

Analizar la evolución de las cargas de trabajo asignadas a la enfermera responsable del PR durante los años 2013, 2014 y 2015

#### **Material y Método**

Estudio Observacional comparativo entre 2013, 2014 y 2015. Elaboramos un análisis tareas gestionadas por el punto rojo del 1 enero al 31 diciembre 2015. Posteriormente, de los datos analizados en el 2013 y 2014 procedimos a compararlos. Variables a estudio: datos sobre ingresos y telemetrías gestionadas, paradas hospitalarias y procedimientos invasivos realizados a pacientes externos a UCI. Los datos se obtuvieron del registro de paradas y del programa de cuidados Metavisión utilizado en nuestra unidad. Los datos se analizaron en IBM SPSS 22.0 con estadística descriptiva.

#### **Resultados**

La duración media anual de las salidas fuera de la unidad para procedimientos invasivos es de 60 minutos al día laboral.

| Actividades                  | 2013        | 2014       | 2015        |
|------------------------------|-------------|------------|-------------|
| <b>Ingresos</b>              | <b>1086</b> | <b>947</b> | <b>1108</b> |
| <b>Telemetrías</b>           | <b>830</b>  | <b>802</b> | <b>832</b>  |
| <b>Vías</b>                  | <b>51</b>   | <b>45</b>  | <b>31</b>   |
| <b>Ecografías</b>            | <b>79</b>   | <b>144</b> | <b>146</b>  |
| <b>Transexofágicas</b>       |             |            |             |
| <b>Cardioversiones</b>       | <b>80</b>   | <b>61</b>  | <b>34</b>   |
| <b>Marcapasos temporales</b> | <b>62</b>   | <b>54</b>  | <b>25</b>   |
| <b>PCR</b>                   | <b>36</b>   | <b>36</b>  | <b>55</b>   |
| <b>OTROS</b>                 | <b>16</b>   | <b>9</b>   | <b>0</b>    |

#### **Conclusiones**

Podemos observar que el número de actividades al año han aumentado y con ello la carga de trabajo de la enfermera de PR. Cabe destacar el aumento de un de las salidas fuera de la unidad con motivo de las Ecografías Transexofágicas respecto al 2013 y 2014 que suponen, sólo en esta tarea 60 minutos de media en día laboral, que la enfermera PR le dedica. Así mismo, resaltar el aumento de ingresos y telemetrías. Proponemos un aumento de personal en turno de mañana para atender el aumento de cargas de trabajo.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 181

### **Intervención educativa a profesionales sobre lesiones asociadas a la dependencia en Cuidados Intensivos.**

César Rodríguez Núñez; Janire Irigoien Aguirre; Mikel García Corres; Alba Iglesias Rodríguez; Martina Pilar González García; Zuriñe Itxaso Gil García; Marta Martín Martínez; Mercedes Niño Ores; Rakel Macias Jorge; Goretti Dean Gutiérrez

*Hospital Universitario Araba*

#### **Objetivo**

Determinar la adquisición de conocimientos de los profesionales del equipo de enfermería de la UCI sobre recomendaciones de prevención y tratamiento de las Lesiones Asociadas a la Dependencia mediante una intervención educativa específica.

#### **Material y Método**

Estudio cuasi-experimental antes-después realizado en Mayo-Junio 2015. La intervención educativa la recibieron 43 profesionales de 80 en plantilla. Los datos se recogieron mediante un cuestionario ad-hoc enviado por correo electrónico antes y después de la intervención educativa. Se realiza un análisis descriptivo mediante el programa estadístico SPSS 22.0.

#### **Resultados**

Los resultados obtenidos se muestran en las imágenes adjuntas al documento.

#### **Conclusiones**

Las intervenciones educativas aumentaron el grado de conocimientos sobre prevención y tratamiento de Lesiones asociadas a la Dependencia en el personal de enfermería. Proponemos realizar este tipo de acciones formativas para disminuir la aparición de este tipo de efectos adversos y recogida de datos para evaluar si la intervención ha sido beneficiosa.

|                 |            | TRATAMIENTO UPP |                | PREVENCIÓN UPP |                |
|-----------------|------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
|                 |            | PRE TEST (42)   | POST TEST (31) | PRE TEST (44)  | POST TEST (29) |
| PUESTO          | Enfermería | 76.2%           | 74.2%          | 72.7%          | 72.4%          |
|                 | Auxiliar   | 23.8%           | 25.8%          | 27.3%          | 23.8%          |
| JORNADA LABORAL | 100%       | 69%             | 64.5%          | 68.2%          | 69%            |
|                 | 66.66%     | 11.9%           | 9.7%           | 11.4%          | 10.3%          |
|                 | 33.33%     | 9.5%            | 9.7%           | 9.1%           | 3.4%           |
|                 | 50%        | 9.5%            | 12.9%          | 11.2%          | 13.8%          |
|                 | Otras      | 0%              | 3.2%           | 0%             | 3.4%           |
| SEXO            | HOMBRE     | 7.1%            | 3.2%           | 4.5%           | 3.4%           |
|                 | MUJER      | 92.9%           | 96.8%          | 95.5%          | 96.6%          |
| FORMACION UPP   | NO         | 16.7%           | 6.5%           | 16%            | 3.4%           |
|                 | PREGRADO   | 50%             | 45.2%          | 50.5%          | 55.2%          |
|                 | OSAKIDETZA | 50%             | 74.2%          | 53.2%          | 72.4%          |

| Pregunta/Aciertos | Cuestionario TRATAMIENTO UPP |           | PREVENCIÓN UPP |           |
|-------------------|------------------------------|-----------|----------------|-----------|
|                   | PRETEST                      | POST TEST | PRETEST        | POST TEST |
| 1                 | 97.6%                        | 100%      | 47.7%          | 34.5%     |
| 2                 | 97.6%                        | 100%      | 77.3%          | 93.1%     |
| 3                 | 50%                          | 64.5%     | 88.6%          | 82.8%     |
| 4                 | 71.4%                        | 77.4%     | 90.9%          | 100%      |
| 5                 | 83.3%                        | 96.8%     | 86.4%          | 100%      |
| 6                 | 52.4%                        | 38.7%     | 72.7%          | 93.1%     |
| 7                 | 28.6%                        | 77.4%     | 52.3%          | 72.4%     |
| 8                 | 90.5%                        | 100%      | 77.3%          | 89.7%     |
| 9                 | 90.5%                        | 100%      | 63.6%          | 17.2%     |
| 10                | 73.8%                        | 93.5%     | 100%           | 100%      |
| 11                | 71.4%                        | 90.3%     | 47.7%          | 72.4%     |



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 191

### **UPP grado III-IV en región parieto-occipital de paciente con SDRA.**

Elena Muñoz Arranz<sup>1</sup>; María del Mar Román López<sup>2</sup>

1. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Cartagena. Murcia

#### **Objetivo**

Describir tratamiento y evolución de una UPP grado III - IV en tejido cicatricial previo de un paciente con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA).

#### **Material y Método**

Varón de 54 años ingresado en UCI con Bronconeumonía bilateral por virus Influenza-A (H1- N1) con sepsis grave y SDRA.

Antecedentes personales: dislipemia. Intervenido de tumor cerebral en 2012, tratado con quimioterapia y radioterapia (ya resuelto) con tejido cicatricial en región parieto-occipital.

Estancia en la unidad: 166 días complicándose con fracaso multiorgánico, fístula broncopleurales con neumotórax bilateral recidivante y enfisema subcutáneo.

#### **Valoración del paciente:**

- EMINA: 12 puntos: Riesgo Alto. APACHE II: 13; SAPS II: 40; SAPS III: 44.
- Factores de riesgo: importante déficit de movilidad, grave hipoxia aguda, tratamientos (corticoides, sedantes, analgésicos, relajantes, drogas vasoactivas), desnutrición, inmunodepresión, episodios febriles continuos, TCRR, etc.
- Estado nutricional: talla 173cm, 77 kg al ingreso (55kg al alta).

#### **Resultados**

- Plan de cuidados enfermero para el abordaje de la lesión basado en las recomendaciones de las Guías facilitadas por la Sociedad GNEAUPP.
- Valoración de enfermería según patrones de Marjory Gordon.
- Diagnósticos enfermeros según taxonomía NANDA: 00046 Deterioro de la integridad cutánea;
- 00044 Deterioro de la integridad tisular.
- Resultados esperados según taxonomía NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas; 1103 Curación de la herida por segunda intención.
- Para conseguir estos resultados utilizamos las intervenciones según taxonomía NIC: 3540
- Prevención de las úlceras por presión; 3520 Cuidados de las úlceras por presión; 3500 Manejo de presiones

#### **Conclusiones**

El mantenimiento de la piel constituye uno de los cuidados básicos del equipo de enfermería, por lo que la aparición de UPP indica un deterioro de la calidad de los mismos, teniendo en cuenta que la Sociedad GNEAUPP informa que el 95% son evitables. Ésta UPP formaría parte del 5% restante.

Hubo una importante implicación ya que continuamos con todo el proceso de curación hasta su cierre completo (más de un año).



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 197

### **Valoración del dolor en la Unidad de Cuidados Intensivos.**

Amaia López Martín<sup>1</sup>; Julene Marcuartu Bardeci<sup>2</sup>; David Moro Delgado<sup>1</sup>; Izaskun Renobales Irusta<sup>2</sup>; Leire Sanz Berasaluze<sup>1</sup>

1. Hospital Galdakao-Usansolo; 2. Bizkaia

#### **Objetivo**

Un 55% de los pacientes ingresados en el hospital sufre dolor, aumentando la cifra hasta el 80% en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). En el ámbito del paciente crítico, el dolor aparece relacionado con otras experiencias desagradables: ansiedad y estrés. Es importante conocer los factores que provocan dolor a los pacientes de UCI. Por ello, además de un abordaje a la epidemiología del dolor, se hace hincapié en los diferentes métodos de valoración del mismo, concretamente en las escalas validadas de valoración como herramienta para los profesionales de enfermería. El principal objetivo es contribuir a la mejora de la comprensión y atención al dolor por parte de los profesionales de enfermería y, por tanto, a la calidad de vida presente y futura de los pacientes, tomando como punto de partida la correcta valoración del síndrome doloroso.

#### **Material y Método**

Se recurre a las principales bases de datos del ámbito de Ciencias de la Salud: Scopus y Dialnet. Se gestionan los resultados con el programa Refworks. Las keywords introducidas fueron "pain assessment", "ICU AND pain" y "Nurse AND tool AND scale", entre otras. Se hallan estudios directamente relacionados con el tema tratado, y publicaciones en revistas científicas (Intensive Care Medicine ó Intensive and Critical Care Nursing).

#### **Resultados**

La bibliografía respalda que herramientas como las constantes vitales o las alteraciones analíticas no son idóneas para la correcta valoración del dolor y que las escalas de valoración, entre ellas destacando la CPOT, son aliadas perfectas para la enfermería.

#### **Conclusiones**

El dolor es un tema tratado pero no resuelto en la UCI. Las escalas de valoración, estandarizadas y validadas, son la herramienta más útiles y objetivas de medición del dolor en el paciente crítico, abriendo la puerta a los profesionales a la obtención de datos extraídos de pacientes que incluso son incapaces de comunicarse, situación frecuente en la UCI.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

### **Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

#### ► ID 297

Cambio de turno en una Unidad de Intensivos: factores que favorecen y/u obstaculizan la correcta comunicación entre profesionales.

---

#### ► ID 52

Aplicación del protocolo de anticoagulación para el manejo y mantenimiento del circuito extracorpóreo de los monitores PRISMAFLEX® en las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE).

---

#### ► ID 60

Actuación de enfermería en el paciente durante la oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO).

---

#### ► ID 128

Factores pronósticos del donante.

---

#### ► ID 134

Revisión bibliográfica sobre el síndrome de *Burnout* en el personal de Unidades de Cuidados Intensivos.

---

#### ► ID 136

Superando los problemas de comunicación con el paciente traqueotomizado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

#### ► ID 138

Hipotermia accidental severa con parada cardiorrespiratoria en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

---

#### ► ID 176

Protocolo de actuación para vigilancia y control de puérperas con hemorragia obstétrica portadoras de balón de Bakri en UCI.

---

#### ► ID 12

Comunicación a la familia en el proceso donante de órganos y tejidos.

---



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 297

### **Cambio de turno en una Unidad de Intensivos: factores que favorecen y/u obstaculizan la correcta comunicación entre profesionales.**

Laura Moreno Salido; Carolina García Robles; Ana Leal Agüera; Lago Enjo Pérez; Tania Alonso Lougedo  
*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Una correcta comunicación entre profesionales se ve directamente relacionada con la seguridad del paciente. Un pase de parte requiere de unas características físicas (ambientales) y emocionales óptimas.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es identificar factores que favorecen el pase de parte así como aquellos que pueden interferir en el procedimiento mediante la evaluación de la evidencia existente hasta el momento.

#### **Material y Método**

Se realiza una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos electrónicas (Medline, CINAHL) desde septiembre de 2015 hasta diciembre de 2015, utilizando las palabras clave: comunicación interprofesional, pase de parte, UCI. Se descargaron los textos completos de aquellos artículos que pudiesen ser potencialmente útiles en el estudio y se analizaron bajo los criterios de selección.

#### **Resultados**

En todos los artículos encontramos:

- Factores favorecedores: registro exhaustivo por parte de enfermería, tiempo de cambio de 15- 20 min., información transmitida completa y planificada, pase de parte a pie de cama, ambiente confortable.
- Factores obstaculizadores: múltiples interrupciones (por parte profesionales de diferentes categorías, llamadas telefónicas, etc.), ruido excesivo, impuntualidad/prisa por marchar, inexperiencia de nuevos profesionales, flujo de personal que no pertenece a la unidad, falta de claridad en la comunicación verbal.

#### **Conclusiones**

La comunicación entre profesionales en el cambio de guardia es fundamental para preservar la seguridad del paciente. Este proceso ha de ser estructurado, en un ambiente tranquilo y con un tiempo destinado específicamente a este cometido, evitando interrupciones que pueden dar lugar a la pérdida de información.

La transmisión de información durante el cambio de turno debe ser objetiva, concisa, garantizando la comprensión y la fluidez de la información.

**Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 52

**Aplicación del protocolo de anticoagulación para el manejo y mantenimiento del circuito extracorpóreo de los monitores PRISMAFLEX® en las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE).**

Ana María Santamaría González; Dolores Carrillo López; Patricia García Jáñez; Rosa María Lozano Ordax; Gloria Martínez Mateo; Marta María Pérez Martínez; Nidia Fernanda Villanueva Gómez  
 Hospital Clínico Universitario. Valladolid

**Objetivo**

Prolongar la vida del hemofiltro mediante el establecimiento de un protocolo que contempla la preparación del circuito extracorpóreo y los controles que hay que llevar a cabo durante todo el tratamiento.

**Material y Método**

El protocolo de anticoagulación del sistema extracorpóreo ha sido elaborado por personal médico y de enfermería de nuestra unidad y explicado en sesión clínica al resto del equipo antes de su implantación. Dicho protocolo se encuentra impreso en cada monitor y en el ordenador de la unidad para su fácil visualización y manejo.

**Resultados**

Medidas encaminadas a prolongar la vida del hemofiltro estandarizadas por protocolo en nuestra unidad:

- Cebado del circuito con 5000 u.i. de heparina sódica en 1 litro de suero fisiológico
- Control exhaustivo de la presión transmembrana (PTM).
- Control del tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) en la rama venosa del circuito.
- Registro de todas las presiones, flujos, TTPA arterial y venoso y ritmo de anticoagulante.

El médico prescribirá en las órdenes de tratamiento la dosis de inicio de la heparina sódica dependiendo del peso, coagulación y características del paciente.

El personal de enfermería modificará el ritmo de infusión del anticoagulante según control analítico,

**PROTOCOLO ANTICOAGULACIÓN**

**Dosis de inicio de anticoagulación (20.000 UI de Heparina sódica en 20 ml de suero fisiológico 0.9%)**

| Peso (Kg)                    | ≤70 kg   | 75 kg    | 80 kg    | 85 kg    | ≥90 kg   |
|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Dosis de inicio (5-10U/kg/h) | 0.5 ml/h | 0.6 ml/h | 0.7 ml/h | 0.8 ml/h | 0.9 ml/h |

**Mantenimiento de anticoagulación**

| TTPA venoso      | Cambio en la infusión  |
|------------------|--|
| ≤ 40 segundos    | Aumentar 0.2 ml/hora. Control el 6 horas   |
| 41-59 segundos   | Aumentar 0.1 ml/hora. Control en 6 horas   |
| 60-80 segundos   | Mantener misma dosis. Control c/ 24 horas  |
| 81-100 segundos  | Disminuir 0.1 ml/hora. Control en 6 horas  |
| 101-120 segundos | Disminuir 0.2 ml/hora. Control en 6 horas  |
| Si >120 segundos | Parar bomba de anticoagulación durante 2 horas y reiniciar menos 0.2 ml/hora. Control en 6 horas |

**Sacyl** **HOJA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO** **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALLADOLID**

Unidad de Cuidados Intensivos

Hoja nº: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Etiqueta identificativa

Procedimiento: SCUF CVWH CVVHD CVVHDF

Acceso vascular: \_\_\_\_\_ Tipo de catéter: \_\_\_\_\_ cm: \_\_\_\_\_

| TURNO  | HORA | FLUJOS          |                    |                     |                  |            | PRESIONES        |                |                  |                |          | PTM | TTPA | ANTICOAGULANTE | BALANES POR TURNOS |  |
|--------|------|-----------------|--------------------|---------------------|------------------|------------|------------------|----------------|------------------|----------------|----------|-----|------|----------------|--------------------|--|
|        |      | EXTRAC. LIQUIDO | REINVEC. PREFILTRO | REINVEC. POSTFILTRO | LÍQUIDO DIALISIS | SANGUINICO | ENTRADA -50/-150 | FILTRO 100/250 | EFLUENTE 50/-150 | RETORNO 50/150 | PTM +200 |     |      |                |                    |  |
| Mañana | 8    |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 10   |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 12   |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 14   |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 16   |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
| Tarde  | 18   |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 20   |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 22   |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 24   |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
| Noche  | 2    |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 4    |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 6    |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |
|        | 8    |                 |                    |                     |                  |            |                  |                |                  |                |          |     |      |                |                    |  |

Observaciones: Mañana: \_\_\_\_\_ Tarde: \_\_\_\_\_ Noche: \_\_\_\_\_ BALANCE DIARIO



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

*Valencia*

19/22 junio 2016

para mantener el TTPA en rango 60"-80" en la rama venosa del circuito, realizándose el primer control a las 6 horas de iniciada la perfusión de heparina y posteriormente a las 6 horas de cualquier modificación del ritmo de infusión del anticoagulante.

### Conclusiones

La coagulación de los filtros en las TCDE es el mayor problema que se plantea en la hemofiltración continua, aumentando en gran medida las cargas de trabajo de enfermería y los costes que implica los cambios continuos de set.

La aplicación de nuestro protocolo pretende alargar la vida del hemofiltro hasta las 72 horas aconsejadas de cambio por parte del fabricante, contribuyendo así a mejorar la calidad asistencial.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 60

### **Actuación de enfermería en el paciente durante la oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO).**

Manuel Jesús Calvo Flores; Esther Martín Álvarez; M<sup>a</sup> Luz García Prieto; Héctor Gómez García  
*Complejo Asistencial Universitario Salamanca*

#### **Objetivo**

El ECMO es un sistema de asistencia mecánica circulatoria y/o respiratoria capaz de proporcionar soporte cardiopulmonar temporal (sustitución de las funciones de ventilación, oxigenación y bombeo) en la insuficiencia cardiaca o respiratoria refractaria al tratamiento convencional.

Por la complejidad y gravedad de los pacientes con esta terapia es necesario elaborar un plan de cuidados que nos ayude aumentar la seguridad del paciente previniendo complicaciones durante su tratamiento.

#### **Material y Método**

Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Medline, Cinhal, Cuiden, Cochrane, Scielo, PubMed, Elsevier) y consulta de protocolos disponibles en UCI.

Conocimiento de los elementos del Ecmo.

#### **Resultados**

Descripción de los elementos del ECMO (cánulas, bomba centrífuga, consola, oxigenador, mezclador gases, calentador).

Elaboración de un protocolo de cuidados de enfermería en el que además de las medidas generales de cuidado y confort del paciente crítico se indican los específicos durante la terapia con Ecmo según los distintos aparatos.

1. Sistema respiratorio
2. Sistema cardiovascular
3. Sistema neurológico
4. Sistema digestivo
5. Sistema tegumentario
6. Sistema inmunológico
7. Sistema hematológico
8. Sistema musculo esquelético
9. Sistema ECMO

#### **Conclusiones**

Tras la elaboración y seguimiento de este protocolo conseguimos trabajar en equipo, mejorar la calidad asistencial, prevenir y evitar o minimizar las posibles complicaciones que se puedan producir por desconocimiento o manejo incorrecto del paciente durante la terapia con ECMO.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 128

### **Factores pronósticos del donante.**

Juan Carlos Martín Corral<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Ángeles Benitez de Soto<sup>1</sup>; Abilio Porteros Gil<sup>1</sup>; Javier Rubio Gil<sup>1</sup>; Sara Sánchez-Marín Bustos<sup>1</sup>; Ángela Núñez García<sup>1</sup>; Elisa Frutos Bernal<sup>2</sup>

1. UCI Hospital Virgen de la Vega; 2. Universidad de Salamanca

### **Objetivo**

Describir los factores asociados a la muerte encefálica de los donantes

### **Material y Método**

**DISEÑO:** estudio observacional retrospectivo de los donantes en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2015

**AMBITO:** UCI hospital VIRGEN DE LA VEGA de salamanca

**PACIENTES:** los 77 pacientes donantes ingresados de forma consecutiva en el periodo de estudio

**VARIABLES DE INTERES:** la variable dependiente ha sido la mortalidad y las distintas variables independientes han sido divididas en dos grupos, epidemiológicas y clínicas

### **Resultados**

La media de edad fue de 64.9 años, cabe destacar que 15.5% de los donantes tenían edad superior a los 80 años. El 51% de los casos eran varones. La puntuación media en la escala de GLASGOW (CGS) al ingreso fue de 6.2. Un 52% de los pacientes tenían antecedentes de hipertensión y el 44% de dislipemia. El accidente cerebro vascular agudo (ACVA) supone el 58 % de las causas de muerte de los donantes, frente al 3 % de traumatismos craneoencefálicos (TCE) por tráfico.

Los factores responsables de la mortalidad de forma independiente en los donantes fueron la existencia de midriasis areactiva y puntuación en la escala de CGS de 3 al alta el 100% de pacientes.

### **Conclusiones**

La edad del paciente no se considera un factor limitante para la donación de órganos, debiéndose valorar cada órgano individualmente ya que hay escasez de órganos y demanda de trasplantes.

Durante estos años de estudio continua la tendencia con un aumento de los ACVA disminuyendo las muertes encefálicas de TCE por tráfico.

La formación continuada y la información a la población son las herramientas útiles para mejorar el número de donantes de órganos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 134

### **Revisión bibliográfica sobre el síndrome de *Burnout* en el personal de Unidades de Cuidados Intensivos.**

Laura Azparren Tellería; Amaia Saralegui Gainza; Cristina Zarranz Ventura; Itziar Martínez Arangoa; Cristina Urmeneta Roncal; Nuria Barrenechea Pérez  
*Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

**Introducción:** El síndrome de Burnout aparece fundamentalmente en individuos cuya profesión se desarrolla en el ámbito asistencial. Maslach y Jackson proponen la definición más aceptada:

“síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. El personal sanitario que ejerce su profesión en las Unidades de Cuidados Intesivos (UCI) está sometido continuamente a situaciones generadoras de alto nivel de estrés, convirtiéndoles en uno de los colectivos más susceptible a desarrollar el síndrome de Burnout.

**Objetivo principal:** Realizar una revisión bibliográfica para valorar la prevalencia de Burnout entre el personal de UCI.

#### **Objetivos específicos:**

1. Estudiar la relación entre aspectos sociodemográficos y laborales y el desarrollo de burnout.
2. Estudiar la relación entre las características/ambiente del lugar de trabajo y el desarrollo de burnout.

#### **Material y Método**

**Metodología:** Para llevar a cabo el desarrollo de este artículo, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos WEB OF SCIENCE y MEDLINE a través del motor de búsqueda PUBMED.

Las palabras clave introducidas fueron burnout AND intensive care unit AND nurses, acotando la búsqueda a publicaciones en los idiomas inglés y castellano. Se llevó a cabo otra búsqueda, refinando, en este caso, no sólo los idiomas, sino también los años de publicación a partir del año 2007.

#### **Resultados**

**Resultados:** La búsqueda arrojó 127 artículos en Web of Science y 74 en Medline. De ellos, se seleccionaron los más relevantes para el desarrollo de este trabajo y se presentaron los resultados en una tabla, además de realizar un resumen de cada uno de ellos.

#### **Conclusiones**

Discusión y conclusiones: Existe mucha bibliografía sobre el síndrome de Burnout en UCI. Los datos obtenidos se clasifican en: características laborales, ambiente laboral y datos sociodemográficos. Los estudios concluyen en que el Burnout en las enfermeras de UCI es moderado o alto.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 136

### **Superando los problemas de comunicación con el paciente traqueotomizado en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Laura Azparren Tellería; Cristina Zarranz Ventura; Amaia Saralegui Gainza; Letizia Suescun Puerta; Ainara Gutiérrez Sola; Cristina Urmeneta Roncal  
*Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

**Introducción:** Generalmente, el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) supone para todo paciente una situación de desequilibrio sensorial, provocando en los pacientes ansiedad, inseguridad y sentimientos de incomprensión. Ello, sumado al estrés emocional, convierte al paciente traqueotomizado en un enfermo mucho más vulnerable tanto física, psicológica como emocionalmente ya que su capacidad de comunicación se ve alterada.

Los profesionales sanitarios también se ven afectados por esta situación puesto que, la relación comunicación sanitario-paciente es uno de los aspectos primordiales en la atención con el objetivo de suplir las necesidades básicas y así, lograr una evolución óptima de los cuidados.

**Objetivo:** Crear una herramienta que facilite la comunicación del paciente traqueotomizado con los profesionales y con la familia.

#### **Material y Método**

**Metodología:** Se realizó una dinámica de grupo, mediante la técnica de brainstorming con una representación del equipo multidisciplinar de UCI con el objetivo de recabar información acerca de las principales dificultades de comunicación a las que tienen que hacer frente cotidianamente.

#### **Resultados**

Se recopilaron los problemas de comunicación más frecuentes y se diseñó una plantilla con imágenes sencillas y claras reflejando las principales necesidades de los pacientes traqueotomizados. Se incluyeron las necesidades de primer orden, sensaciones y las demandas más frecuentes.

#### **Conclusiones**

El soporte de una plantilla, ayuda a aliviar los requerimientos más frecuentes que se convierten en primera necesidad en los pacientes traqueotomizados. Si la necesidad percibida aparece en nuestra tabla, el tiempo de entendimiento es mucho más rápido y la comunicación más fluida, a la vez que la resolución del problema viene más rápido, disminuyendo la ansiedad tanto del emisor como del receptor. La comunicación abierta y extendida sigue siendo un reto pero que un sentimiento que no se puede expresar pueda resolverse señalándolo en nuestra cartulina una de las imágenes es un paso adelante.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 138

### **Hipotermia accidental severa con parada cardiorespiratoria en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).**

Verónica Fuentes Milà; Olga Vallés Fructuoso; María Pilar Rodríguez Contreras; Aranzazu Arnaiz Francos; María Ángeles Burgos Naranjo; Xavier Campos Urieta; Laura Pérez Sánchez; Marina Plaza Veliz; Javier Díaz Nuñez; Samuel Ruiz García

*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

La hipotermia accidental es una patología ambiental, a este tipo de pacientes no se circunscribe exclusivamente al ámbito pre-hospitalario, donde se realiza la clasificación del grado de hipotermia para trasladar, con la mayor urgencia, a las víctimas en asistolia o fibrilación ventricular a hospitales que tengan la capacidad tecnológica para el tratamiento de esta situación clínica.

Determinar los objetivos terapéuticos para el tratamiento de la hipotermia accidental severa en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel.

#### **Material y Método**

Varón de 23 años que es atendido en la montaña por los servicios pre-hospitalarios con traumatismo craneoencefálico (TCE), se clasifica la hipotermia grado IV con TCC de 24°C, según las guías de la Internacional Commission for Mountain Emergency Medicine (ICAR MEDDCOM) y la *Internacional Mountaineering an Climbing Federation (UIAA MEDDCOM)*, presentando en primer momento bradicardia y que evoluciona a los pocos minutos del rescate en asistolia. Se inician maniobras de soporte vital avanzado, realizando masaje cardiaco con sistema de compresión torácico (LUCASTM) y se decide traslado a hospital de tercer nivel. Realizamos búsqueda bibliográfica en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, MEDLINE (enero 2010 hasta junio 2015), CINAHL (2005 hasta junio 2015) y se hicieron búsquedas manuales en revistas y actas de congresos.

#### **Resultados**

Se realiza un plan de cuidados enfermeros para este tipo de pacientes, enumerando las opciones terapéuticas para el recalentamiento de la víctima, los posibles efectos adversos derivados de las técnicas utilizadas y las intervenciones específicas del personal de enfermería.

#### **Conclusiones**

Debido a la complejidad de esta situación tan poco común en nuestro centro, decidimos realizar un plan de cuidados enfermeros para disponer de una guía que unifique y facilite los cuidados enfermeros dirigidos a mejorar, la asistencia y garantizar la seguridad del paciente.





índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 176

### **Protocolo de actuación para vigilancia y control de puérperas con hemorragia obstétrica portadoras de balón de Bakri en UCI.**

Rocío Pérez de las Heras; Almudena Abuín Serna; Aranzazu Hernández Regalado; María Soledad Holanda Peña; Yolanda Larrauri Lavín; Laura Pérez Gutiérrez  
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

#### **Introducción**

La hemorragia obstétrica (HO) masiva ocasiona entre un 17,6 y 23% de las muertes maternas en España, tan solo sobrepasado por la hipertensión inducida por el embarazo y los embolismos de líquido amniótico. Gracias a las mejoras socio-sanitarias llevadas a cabo se observa una disminución en la incidencia de casos.

#### **Objetivos**

Unificar criterios de actuación para el personal de enfermería en UCI frente a las HO. Prevenir y detectar precozmente la aparición del shock hipovolémico. Manejo correcto del Balón de Bakri (BB).

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo retrospectivo de todas las HO ingresadas en nuestra UCI, portadoras de BB en un periodo de 5 años.

Elaboración de un Protocolo de Actuación apoyado en dicho estudio.

#### **Intervenciones**

1. Vigilar la situación hemodinámica y el estado general de la paciente. 2. Asegurar la existencia y permeabilidad de un acceso venoso de grueso calibre. 3. Comprobar el nivel de llenado del balón y la involución uterina. 4. Cuantificar débito a través del drenaje y sangrado vaginal de forma horaria. 5. Valorar el grado de dolor (Escala EVA).

#### **Resultados**

Durante el periodo de estudio, 68 mujeres con HO ingresaron en UCI. Edad media 34,6 +/- 5,4 años. Edad gestacional 37,1 +/- 3,7 semanas. Estancia media 2 días. Se colocaron 29 BB (43.2%). Mortalidad materna 0%. Mortalidad infantil 25%.

#### **Conclusiones**

- Conocer las características clínicas y demográficas de las pacientes con HO ingresadas en nuestra unidad es fundamental para elaborar un protocolo de actuación.
- La aplicación de este protocolo asegura una vigilancia exhaustiva y pretende detectar precozmente posibles complicaciones y minimizarlas.
- La actuación rápida y coordinada del equipo multidisciplinar se traduce en un manejo eficaz, con un pronóstico más favorable para la paciente.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 12

### **Comunicación a la familia en el proceso donante de órganos y tejidos.**

Víctor Gallego Herrera<sup>1</sup>; Isabel Cano Hernández<sup>1</sup>; Concepción Belando Gombau<sup>2</sup>; Ana Reyes Alcañiz Riaño<sup>1</sup>; Jesús Botella López<sup>1</sup>; María Cinta Hernández Banda; Francisca Muiña Juárez<sup>1</sup>; María José García Asensio<sup>3</sup>; Concepción Real Aroca; Olivia Martínez Guevara<sup>2</sup>

1. Hospital Morales Meseguer; 2. Estudiante de UCAM; 3. Hospital Virgen del Alcázar

#### **Objetivo**

Conocer mediante intervenciones enfermeras actitudes para ayudar a la familia en el proceso de donación.

#### **Material y Método**

Revisión Bibliográfica, bases datos: Medline, Pubmed, Cochrane, Scielo, Cuiden, Elsevier. Artículos Revistas: Ensayo Clínico Aleatorio, Guías Práctica Clínica, Revisión Sistemática, búsqueda inversa.

**Palabras clave:** Donación órganos, comunicación duelo, intervenciones enfermeras, cuidados familia.

#### **Resultados**

El equipo multidisciplinar debe mantener informada a la familia en todo momento, pues resulta vital en la decisión final, debiéndose formar parte de este equipo, personal sanitario capacitado, que sea capaz de comunicarse de manera asertiva y eficaz. Podríamos destacar ciertos aspectos en la ayuda a la familia, donde enfermería se comportará con tacto, respeto, empatía, usando lenguaje sencillo, claro, directo, transmitiendo información honesta (solo si tenemos claro que el familiar quiere oírlo), identificando y aceptando los sentimientos y comportamientos del familiar con el fin de estimular un proceso de duelo adaptativo, disminuyendo el impacto y daño potencial de la muerte directa, posibilitando una pérdida realista (animarle, si es conveniente, a ver al ser querido y despedirse), ayudando a que tome sus decisiones para que recupere las habilidades de afrontar la crisis, proporcionando un ambiente privado, que el familiar sea capaz de verbalizar sus deseos. El enfermero estará preparado para responder a preguntas que se le formulen.

#### **Conclusiones**

El diagnóstico de muerte encefálica crea una situación de choque emotivo para la familia del donante que precisa la ayuda del personal sanitario que cuida a su familiar para comprender y aceptar el diagnóstico y todo el proceso de la donación. Es labor de enfermería facilitar apoyo emocional que los familiares necesiten para iniciar el proceso del duelo de la mejor manera posible, necesitan sentir que estamos ahí verbalizando las necesidades que ellos no pueden expresar. Ello les permitirá manifestar su duelo. Si la familia decidiera no donar, respetaremos y continuaremos el apoyo emocional.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 309**

Vasoespasmos en la Hemorragia Subaracnoidea. Cuidados de Enfermería.

---

► **ID 245**

Desintoxicación enólica en UCI.

---

► **ID 263**

Evaluación de los parámetros que indican la coagulación del circuito en las técnicas de depuración continua en el paciente crítico.

---

► **ID 341**

Enfermera de la unidad de sepsis. Seguimiento de cuidados.

---

► **ID 367**

Seguimiento de los cuidados del tuboendotraqueal interunidades.

---

► **ID 13**

Cuidados enfermeros en el proceso de donación de órganos y tejidos.

---

► **ID 15**

Intervenciones enfermeras desde UCI en trasplante renal.

---

► **ID 19**

Diseño e implementación de una plataforma de formación y comunicación en cuidados críticos y urgencias: "Proyecto Cuidados Críticos y Urgencias 2.0".

---

► **ID 236**

Guía basada en el Protocolo *Advanced Trauma Life Support* / Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS) en una Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI).

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 309

### **Vasoespasmó en la Hemorragia Subaracnoidea. Cuidados de Enfermería.**

Mireia González Romero; Cristina Lerma Briansó; Iluminada Romera Peregrina; Sandra Sau Povea; Judit Pérez Sánchez; María Lucía Marín Cagigas; Ana López Barrera; Albert González Pujol; Cristina Sanz Mellado; Ana Martínez Pasqual

*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

- Realizar un procedimiento para saber los cuidados de enfermería del paciente neurocrítico en situación de riesgo de vasoespasmó tras la hemorragia subaracnoidea (HSA).
- Detectar de forma precoz la complicación.
- Aprender el manejo del paciente cuando la complicación ya está presente.

#### **Material y Método**

Para la confección del procedimiento se ha realizado una revisión de la bibliografía mediante las bases bibliográficas Medline, CUIDEN, Pubmed y Google Academic. Una vez elaborado, se ha llegado a un consenso con expertos sobre el tema.

#### **Resultados**

En la búsqueda bibliográfica se encontraron pocos estudios relacionando los cuidados de enfermería con la patología del vasoespasmó, en consecuencia, el plan de cuidados se basa, en gran medida, en la propia experiencia profesional.

#### **Cuidados de enfermería en la prevención del vasoespasmó.**

- Monitorización neurológica estricta (Glasgow, pupilas, alteración habla, movilidad...).
- Evitar hipotensión arterial.
- Mantener presión de perfusión cerebral.
- Mantener euvolemia con el control presión venosa central.
- Administración de Nimodipino según pauta médica.
- Monitorización general del paciente (FC, diuresis, volúmenes y presiones ventilatorias, temperatura, glicemia...).

#### **Cuidados de enfermería para la detección precoz.**

- Detectar cambios de comportamiento y nivel de conciencia.
- Detectar focalidades neurológicas.
- Avisar rápidamente al equipo médico ante cualquier anomalía o cambio del estado previo del paciente.

#### **Cuidados de enfermería durante el tratamiento.**

- Mantener la administración de Nimodipino.
- HTA controlada con drogas vasoactivas si precisa.
- Mantener euvolemia.
- Monitorización neurológica estricta.
- Monitorización general de paciente.

#### **Conclusiones**

La elaboración del procedimiento permitirá conocer e identificar el vasoespasmó secundario a la HSA y unificar los criterios del cuidado del paciente. También conseguiremos prevenir y detectar de forma eficaz la complicación para así ofrecer unos cuidados de calidad en pacientes complejos y de extrema gravedad.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 245

### **Desintoxicación enólica en UCI.**

Sonia Hernández Platero<sup>1</sup>; Beatriz García Navarro<sup>1</sup>; Fátima Giménez García<sup>1</sup>; Maria del Mar Fuster Gómez<sup>1</sup>; Natividad Ruiz Grao<sup>2</sup>; Isabel López Escamilla<sup>2</sup>; Raquel Valdés<sup>2</sup>; Eva M<sup>a</sup> Gómez Martínez<sup>1</sup>; Roberto Soria Poveda<sup>1</sup>

1. UCI Hospital de Requena; 2. UCA Requena

#### **Objetivo**

La desintoxicación enólica (DE) es el primer paso para la deshabituación definitiva del abuso de alcohol. En nuestro departamento de salud no existe ninguna unidad de desintoxicación hospitalaria. Por ello, la Unidad de Conductas Adictivas(UCA) y la Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) colaboramos desde el 2012 en las DE hospitalarias de aquellos pacientes que la requieren.El objetivo de nuestro trabajo es analizar las características de los ingresos en UCI para DE y su seguimiento.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo retrospectivo de ingresos para DE desde 2012 hasta 2015. Se registran los siguientes datos : pertenecientes a UCA (demográficos y de consumo), del ingreso en UCI (estancia media, escala CIWA-Ar, tratamiento y complicaciones) y de seguimiento libre de consumo.

#### **Resultados**

Se aplicó el protocolo de DE consensuado entre UCA y UCI.En el periodo de estudio, se realizaron 8 ingresos desde UCA, de los cuales 5 eran varones. La edad media fue de 53 años. La media de años de consumo era 34.2, y el consumo medio de UBES (Unidad de Bebida Standard) 30.4 g de alcohol. La estancia media en UCI fue de 3.5 días, la media de la escala CIWA-Ar fue de 19 puntos, 2 pacientes desarrollaron delirium tremens y 3 precisaron sedación intravenosa. Al alta de UCI, 6 pacientes fueron a domicilio con supervisión de UCA, 1 a un centro de desintoxicación y 1 de alta voluntaria.En el seguimiento hasta enero 2016, 6 pacientes no consumen, 1 consume y 1 no está controlado.

#### **Conclusiones**

La DE en UCI es un recurso útil en el difícil proceso asistencial de los pacientes con abuso continuado de alcohol. Se requiere de un protocolo elaborado entre UCA y UCI y adaptado a las características especiales de dichos pacientes. El ingreso en UCI para DE podría contribuir positivamente en el proceso de deshabituación del alcohol.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 263

### **Evaluación de los parámetros que indican la coagulación del circuito en las técnicas de depuración continua en el paciente crítico.**

Almudena Mateos Dávila; José Matrínez Pérez; Iris Viñolas Soria; Mateu Castellà Vázquez; Carme Jover Sancho; Natalia Solà Solé  
*F.G.S. hospital de la Sta. Creu i St. Pau*

#### **Introducción**

Se ha hablado mucho de la constante de ultrafiltrado (KUF) y de su fiabilidad en relación a la evaluación de la coagulación de un filtro en convección, aunque no hay registradas publicaciones al respecto. Nos planteamos ¿Cuáles son los parámetros monitorizados que indican a enfermería la pronta coagulación de un circuito de técnicas continuas?

#### **Objetivo**

Determinar cómo se comporta la constante de ultrafiltrado (KUF) y la resistencia (Rb) del circuito de técnicas continuas, para devolver la sangre al paciente antes de que se coagule el sistema y conocer su variación, según la técnica utilizada.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo correlacional, en pacientes sometidos a técnica depurativa continua ingresados en UCI de Hospital de Nivel III, del 17 de febrero al 12 de junio de 2015. Se recogen variables en relación al tipo de filtro, tipo de técnica depurativa, monitorización de 5 presiones, KUF, resistencia y valores analíticos de coagulación, cada 6 horas, durante todo el tratamiento, además de variables demográficas.

#### **Resultados**

Se estudian 50 pacientes, 140 filtros con un total de 1115 mediciones.

Se han utilizado dos tipos de monitores, tres filtros diferentes y dos materiales de membrana.

- 1- La correlación de Pearson entre KUF y resistencia del circuito tiene una r de 0,18 en el análisis global; en cambio por tipo de membrana y por técnica utilizada, la correlación de Pearson llega a tener una r de 0,8 con  $p < 0,001$ .
- 2- No podemos evaluar un circuito sólo con la evolución de la PTM ni tampoco con la resistencia del circuito.
- 3- Cuando se produce un coágulo en el caza venoso, hay apreciaciones diferentes según el tipo de membrana y la técnica utilizada.

#### **Conclusiones**

La monitorización y valoración del tipo de tratamiento, permite:

- 1- Tener la información de las variables de riesgo
- 2- Adelantarse a la coagulación del sistema
- 3- Evitar la consecuente pérdida hemática del paciente.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 341

### **Enfermera de la unidad de sepsis. Seguimiento de cuidados.**

Alicia Robas Gómez; Montserrat García González; M<sup>a</sup> Prado Peinado Peral; M<sup>a</sup> Eugenia Félix Ramos; Estrella Checa Parrilla; Marcelino Sánchez Casado; M<sup>a</sup> José Pérez-Pedrero Sánchez; Vanessa Collado González; Juan José Pulido Criado

*Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud*

#### **Objetivo**

Puesta en marcha de un equipo multidisciplinar para el seguimiento de pacientes sépticos en el que enfermería participa de forma activa realizando seguimiento y recomendaciones en el manejo de dispositivos.

Nuestro objetivo es valorar la capacidad inicial de producir cambios en la actitud de los profesionales con los que nos relacionamos y a los que apoyamos.

#### **Material y Método**

Pacientes en los que se activó el Código Sepsis y a los que se les realizó un seguimiento de enfermería (año 2015).

Se recogió dispositivo, valoración de cuidados y seguimiento de la recomendación hecha al personal de enfermería y a todos aquellos involucrados en los cuidados (familia, paciente...).

Consideramos cuidados adecuados los estandarizados por las guías y las sociedades científicas.

#### **Resultados**

- 170 pacientes seguidos. Media días de seguimiento 9,9 + 7,1.
- Sondas vesicales: 88,6% cuidados adecuados; 21,4% siguen las recomendaciones parcialmente, 64,3% totalmente y 14,3% no las siguen.
- Catéteres venosos: 65,3% cuidados adecuados; 51,9% siguen las recomendaciones totalmente, 28,6% parcialmente y 19,5% no las siguen.
- Catéteres arteriales: 77,4% cuidados adecuados; seguimiento de las recomendaciones totalmente en 75%, parcialmente en 16,7% y no las siguen 8,3%.
- Úlceras por presión: 85,7% cuidados adecuados; 47,6% siguen las recomendaciones totalmente, 38,1% parcialmente y no las siguen 14,3%.
- Drenajes: 93,8% cuidados adecuados. Dadas las recomendaciones, 60% las siguen totalmente, 20% parcialmente y 20% no las siguen.
- Traqueostomías / ventilación mecánica invasiva: 42,1% cuidados adecuados; tras la recomendación, 40% la siguen totalmente, 60% parcialmente.

#### **Conclusiones**

- Importante papel de la enfermería, tanto en relación con la administración de cuidados como para promover una corriente de cultura hospitalaria que los mejore.
- Cuidados bastante adecuados, aunque observamos margen de mejora que justifica la persistencia de la actividad.
- Mejorable nivel de seguimiento de las recomendaciones; sería otro objetivo a perseguir.

sigue →



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

|                                     | SONDA VESICAL | CATÉTER VENOSO | CATÉTER ARTERIAL | UPP         | HERIDA QUIRÚRGICA | DRENAJES    | TRAQUEOTOMÍA / VMI |
|-------------------------------------|---------------|----------------|------------------|-------------|-------------------|-------------|--------------------|
| <b>Número total seguido</b>         | 123           | 407            | 72               | 44          | 45                | 80          | 19                 |
| <b>Cuidados adecuados /paciente</b> |               |                |                  |             |                   |             |                    |
| Sí                                  | 94 (88,67%)   | 111 (65,3%)    | 48 (77,41%)      | 36 (85,71%) | 39 (90,69%)       | 45 (93,75%) | 8 (42,10%)         |
| <b>Persona recomendación</b>        |               |                |                  |             |                   |             |                    |
| TCAE + celador                      | -             | -              | -                | -           | -                 | -           | -                  |
| Enfermería                          | 10 (71,4%)    | 63 (79,7%)     | 12 (100%)        | 8 (36,4%)   | 2 (100%)          | 3 (60%)     | 11 (100%)          |
| Enfermería + médico                 | 1 (7,1%)      | 5 (6,3%)       | -                | -           | -                 | -           | -                  |
| Familia                             | 1 (7,1%)      | 1 (1,3%)       | -                | 3 (13,6%)   | -                 | 2 (40%)     | -                  |
| Familia + paciente                  | 1 (7,1%)      | 1 (1,3%)       | -                | 3 (13,6%)   | -                 | -           | -                  |
| Familia + enfermería                | -             | 1 (1,3%)       | -                | 4 (18,2%)   | -                 | -           | -                  |
| Enfermería + paciente +familia      | -             | 2 (2,5%)       | -                | 3 (13,6%)   | -                 | -           | -                  |
| Paciente                            | -             | 3 (3,8%)       | -                | 1 (4,5%)    | -                 | -           | -                  |
| <b>Seguimiento recomendación</b>    |               |                |                  |             |                   |             |                    |
| Lo siguen parcialmente              | 3 (21,4%)     | 22 (28,6%)     | 2 (16,7%)        | 8 (38,1%)   | 0 (0%)            | 1 (20%)     | 6 (60%)            |
| Lo siguen totalmente                | 9 (64,3%)     | 40 (51,9%)     | 9 (75%)          | 10 (47,6%)  | 1 (50%)           | 3 (60%)     | 4 (40%)            |



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 367

### **Seguimiento de los cuidados del tuboendotraqueal interunidades.**

Raúl Núñez López; María del Carmen González Delgado; Francisco Javier Arroyo Muñoz  
*Hospital Macarena*

#### **Objetivo**

En el presente estudio se analiza el cumplimiento de neumonía zero de mantener el neumotapón con una presión entre 20 y 35 mmHg en los pacientes intubados provenientes a UCI de otras unidades.

#### **Material y Método**

Se ha comprobado en 50 pacientes intubados provenientes de otras unidades el nivel de presión del neumotapón a su llegada durante un período de 6 meses.

#### **Resultados**

La principal unidad de procedencia es quirófano (88%) seguido de la unidad de recuperación (12%), aunque se reciben pacientes intubados interucis, no ha habido casos en el período de estudio. En el 8% de los casos el neumotapón estaba en los límites requeridos. En todos los casos que no cumplieron los requisitos el neumotapón estaba por encima de 35.

#### **Conclusiones**

Ya sea por falta de medios o por desconocimiento del proyecto neumonía zero, aunque no hubo ninguna muestra con riesgo de aspiración, el compromiso de falta de riego circulatorio en aquellas operaciones por encima de las tres horas es un factor de riesgo en la traqueomalacia adquirida.

Es necesario tener en cuenta que los cuidados del tubo endotraqueal empiezan en el mismo momento de su colocación, aunque esto suponga un reto interunidades



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 13

### **Cuidados enfermeros en el proceso de donación de órganos y tejidos.**

Víctor Gallego Herrera<sup>1</sup>; Nuria López Serrano<sup>1</sup>; Francisco Javier Patón López<sup>1</sup>; María José García Giménez<sup>1</sup>; Carmen Pujante Rodríguez<sup>1</sup>; Irene Hidalgo Bravo<sup>1</sup>; Alicia Martínez Peñalver<sup>1</sup>; Lucía Gregori Carrillo<sup>1</sup>; Raquel Montoya Muiña<sup>2</sup>; José Javier Gaspar Martínez<sup>1</sup>

1. Hospital Morales Meseguer; 2. Centro emergencias 112

#### **Objetivo**

Describir los cuidados de enfermería según las alteraciones detectadas para asegurar el correcto mantenimiento de órganos candidatos a trasplantar.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica, bases de datos de fuentes primarias: Medline, Pubmed, Cochrane, Scielo, Cuiden, Elsevier y de fuentes secundarias: Ensayo Clínico Aleatorio, Guías de Práctica Clínica, Revisión Sistemática, Artículos de Revistas y búsqueda inversa.

**Palabras clave:** Donación de órganos, cuidados intensivos, intervenciones de enfermería, cuidado, muerte encefálica.

#### **Resultados**

La protocolización de los cuidados del donante es la base para la obtención de una mayor calidad asistencial. Los cuidados de enfermería aplicados al potencial donante son fundamentales y necesarios para el mantenimiento en óptimas condiciones y así lograr el máximo número de órganos.

Ante un potencial donante de órganos realizaremos una monitorización de constantes vitales: FC (Frecuencia cardiaca), TAS (Tensión arterial), PCP (Presión capilar pulmonar), Diuresis, Temperatura, Saturación, PH, PaO<sub>2</sub> (Presión arterial de O<sub>2</sub> en sangre), PaCO<sub>2</sub> (Presión arterial de CO<sub>2</sub> en sangre), así como un Control hemodinámico (hipotensión arterial, hipertensión, arritmias), una oxigenación adecuada y cuidados respiratorios (hipoxia), un mantenimiento de temperatura (hipotermia), mantenimiento endocrino (diabetes e hiperglucemia), y mantenimiento hidroelectrolítico (hipernatremia, hipopotasemia), cuidaremos de las corneas, e importante la prevención y control de las infecciones.

#### **Conclusiones**

Los cuidados de enfermería van a ir enfocados a preservar los sistemas básicos del organismo, así como a detectar y rayar precozmente las complicaciones que puedan aparecer, asegurando una buena perfusión y oxigenación de los órganos a trasplantar. El mantenimiento del donante se ve perjudicado parece ser por factores que influyen a enfermería como la falta de formación adecuada, la elevada carga de trabajo y la inadecuación de los recursos físicos y humanos del sistema de salud.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 15

### **Intervenciones enfermeras desde UCI en trasplante renal.**

Víctor Gallego Herrera<sup>1</sup>; María José García Giménez<sup>2</sup>; Jesús Botella López; María Cinta Hernández Banda; Elisabet María García Zapata; María Dolores Vivo Belando; Nuria López Serrano<sup>1</sup>; Ana Reyes Alcañiz Riaño<sup>1</sup>; Francisca Muiña Juárez<sup>1</sup>; Raquel Montoya Muiña<sup>1</sup>

*Hospital Morales Meseguer; 2. Hospital Mesa del Castillo*

#### **Objetivo**

Favorecer mediante intervenciones enfermeras la supervivencia del injerto y prevenir el rechazo, evitando y detectando precozmente las posibles complicaciones.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica: bases de datos: Scielo, Medline, Elsevier. Revistas científicas (Nure, Enfermería Global, Reduca) y búsqueda inversa.

#### **Resultados**

La función enfermera es la de recibir y preparar al paciente/receptor del trasplante y prestar los cuidados de enfermería en la fase postoperatoria inmediata como lo es el trasplante renal, el tratamiento de elección de la insuficiencia renal crónica y el que se desea la mayoría de los pacientes y no por eso deja de producir gran temor y ansiedad en el paciente.

Se formulan diagnósticos de enfermería basados en las respuestas humanas a los problemas de salud reales o posibles, observados con mayor frecuencia en pacientes trasplantados renales y se presentan las intervenciones de enfermería encaminadas a anticiparlos o darles solución, como en los siguientes diagnósticos: Alteración en el bienestar del paciente: dolor relacionado con la intervención quirúrgica, potencial de complicación de rechazo, potencial de complicación de oclusión de arteria renal, complicación potencial en el volumen de líquidos, complicación potencial de infección, potencial de complicación debido a los efectos colaterales de los fármacos inmunosupresores, entre otros. Para brindar un cuidado integral al paciente es necesario tener en cuenta un diagnóstico principal común a los pacientes trasplantados, el de Ansiedad en relación con el temor a lo desconocido

#### **Conclusiones**

Los pacientes que han sido sometidos a trasplante evolucionan en forma diversa debido al estado variable de tolerancia de su sistema inmune, a los efectos secundarios de los medicamentos y a la capacidad de adaptación de cada individuo.

El cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes trasplantados requiere conocimientos y habilidades precisas y se dirige a mejorar la calidad de vida del individuo.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 19

### **Diseño e implementación de una plataforma de formación y comunicación en cuidados críticos y urgencias: “Proyecto Cuidados Críticos y Urgencias 2.0”.**

Juan Manuel Ramos Rodríguez<sup>1</sup>; María Eugenia Silva Vera<sup>2</sup>; Rafael Bohollo de Austria<sup>1</sup>; Alicia Oliva César<sup>1</sup>; Dolores Mendoza Delgado<sup>1</sup>

*UCI Hospital del SAS de Jerez; 2. UGC Obstetricia y Ginecología Hospital del SAS de Jerez*

#### **Objetivo**

Mejorar la comunicación y la formación entre los profesionales de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cuidados Críticos y Urgencias del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, a través de la implantación de un sistema de comunicación y enseñanza-aprendizaje basado en las tecnologías de la información y la comunicación.

Mejorar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Crear un repositorio donde compartir: guías, protocolos y recursos de interés elaborados por los profesionales.

#### **Material y Método**

Para la realización del proyecto se ha aplicado el modelo de diseño instruccional ADDIE el cual comprende cinco fases: análisis, diseño, desarrollo, implementación y evaluación.

#### **Resultados**

Creación de un grupo de trabajo para la mejora de la formación y la comunicación.

##### **1. FASE DE ANÁLISIS**

Valoración de las actividades formativas llevadas a cabo por el personal en los últimos años.

Valoración de las necesidades formativas y de comunicación de los profesionales.

Análisis de los recursos tecnológicos y educativos disponibles y de aquellos necesarios para el proyecto.

##### **2. FASE DE DISEÑO**

Revisión de los resultados de la fase de análisis y diseño de un sistema de enseñanza-aprendizaje flexible y colaborativo basado en el sistema de gestión del aprendizaje (LMS)

moodle, con función de repositorio de guías, protocolos, etc

##### **3. FASE DE DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN**

Exposición a dirección y personal a través de sesiones clínicas e inicio de las actividades.

##### **4. FASE DE EVALUACIÓN**

Análisis de participación.

#### **Conclusiones**

Dentro de los entornos de salud se ha de apostar por la introducción de sistemas tecnológicos que faciliten la comunicación y la formación continua, creando redes profesionales de aprendizaje, donde se puedan generar e integrar conocimientos.

Así mismo, con el soporte de las nuevas tecnologías, se ha de fomentar formas de aprendizaje útiles en la práctica clínica como son: el aprendizaje basado en problemas y el aprendizaje colaborativo.

Con el presente proyecto se ha tratado de dar respuesta a esta demanda.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 236

### **Guía basada en el Protocolo *Advanced Trauma Life Support* / Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS) en una Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI).**

María Sonia Ramos Ángel de la Rosa; Airam Sabina del Castillo; David Delgado Perera; Nadia Hernández de León; Mónica Raquel Merino de Paz; Teresa Sanz Ohnmacht; Auixhua García Gutiérrez; Miriam González García; Patricia Ramos Rodríguez; Sergio Rafael Velázquez Dorta  
*Complejo Hospitalario Universitario de Canarias*

#### **Objetivo**

Establecer una guía de enfermería enfocada a la atención del paciente politraumatizado basada en el protocolo ATLS.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica del protocolo ATLS. Elaborar una guía adaptada a las necesidades del paciente politraumatizado basándose en el protocolo ATLS en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) del Complejo Universitario de Canarias. (CHUC)

#### **Resultados**

Presentación del protocolo ATLS al personal de enfermería destacando los aspectos más relevantes

#### **Conclusiones**

Teniendo en cuenta la complejidad del paciente politraumatizado y la rápida actuación que conlleva, es necesario que el personal de la unidad se guíe por un esquema rápido, sencillo y fácil de recordar. Una actuación precisa y organizada hace que los cuidados de enfermería al paciente politraumatizado sean unas intervenciones seguras evitando así errores.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

**Pantalla nº 6. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 319**

Evolución de las técnicas de sustitución valvular: cirugía valvular de incisión mínima.

---

► **ID 204**

Cuidados de enfermería al paciente portador de cánula nasal de alto flujo.

---

► **ID 232**

Entorno Terapéutico y Grado de confort de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 320**

Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) en un Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo: primera experiencia en Baleares.

---

► **ID 350**

Impacto de la implantación de un *check-list* de seguridad en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

► **ID 394**

Valoración de artefactos de catéteres según la respuesta dinámica del test de lavado de la onda cuadrada.

---



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 319

### **Evolución de las técnicas de sustitución valvular: cirugía valvular de incisión mínima.**

Iluminada Romera Peregrina; Marta Salvador Garrido; Luz María Delgado Pavón; Javier Díaz Núñez  
*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

En los últimos meses ha aumentado el número de intervenciones de sustitución valvular mediante una técnica novedosa y, para el hospital de tercer nivel donde trabajamos, hasta ahora desconocida.

El objetivo principal de nuestro proyecto es identificar los aspectos relevantes de la técnica de cirugía valvular de incisión mínima (MIVS) y sus cuidados enfermeros.

#### **Material y Método**

Estudio observacional retrospectivo de los casos de MIVS en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital de tercer nivel donde trabajamos intervenidos desde enero a diciembre del 2015.

Revisión bibliográfica: bases de datos (Medline, Pubmed, Enfispo, Biblioteca Cochrane, Fuden, Elsevier) de artículos relacionados con MIVS.

#### **Resultados**

La MIVS es una técnica de sustitución valvular indicada tanto para válvulas mitrales como para válvulas aórticas que cumplan una serie de criterios de inclusión y/o requisitos.

El cirujano puede acceder a través de tres incisiones. El acceso más utilizado en este hospital es la toracotomía derecha para realizar sustituciones de válvula mitral.

El dolor del postoperatorio inmediato es mucho menor que en la esternotomía media. Éste se controla mediante el protocolo de analgesia para pacientes operados de cirugía cardíaca y se le añade una bomba elastomérica a nivel local, siguiendo el protocolo para las toracotomías. Los cuidados de la incisión se realizan mediante una cura tópica.

Según nuestra experiencia, los pacientes sometidos a este tipo de intervención (MIVS) presentan una cicatriz más pequeña, menos complicaciones, una pronta recuperación y, como resultado, se reduce la estancia hospitalaria.

#### **Conclusiones**

La MIVS es una técnica de sustitución valvular que no requiere una gran incisión. Ésto implica que hay una menor incidencia de complicaciones en la herida y los pacientes tienen un postoperatorio menos doloroso. La suma de todos estos factores tiene como resultados una rehabilitación temprana, menor tiempo de hospitalización y una pronta reinserción laboral y/o de sus actividades habituales.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 204

### **Cuidados de enfermería al paciente portador de cánula nasal de alto flujo.**

Judit Pérez Sánchez; Iluminada Romera Peregrina; Mireia González Romero; Cristina Lerma Briansó; María Lucía Marín Cagigas; Sandra Sau Povea; Elisenda Vidal Alegre; M. Ángeles Ríos Rodríguez; Yasmina Grau Sibera; Jessica Cordovilla González

*Hospital Universitari de Bellvitge*

#### **Objetivo**

La cánula nasal de alto flujo (CNAF) es una terapia no invasiva que permite administrar flujos altos, concentraciones elevadas de oxígeno, además de humidificar y calentar el aire.

Elaborar una guía de cuidados de enfermería al paciente crítico portador de CNAF

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en base de datos de revistas indexadas (Pubmed, Medline, CUIDEN) publicadas entre 2011-2014

Revisión del manual técnico de AIRVO 2®

#### **Resultados**

A partir de la bibliografía consultada y la experiencia personal, se elabora un plan de cuidados enfermeros:

- Monitorización de frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno
- Colocación de interfaz adecuada para cada paciente
- Posición semi-fowler
- Control gasométrico (si precisa)
- Control de signos y síntomas de dificultad respiratoria
- Higiene nasal cada 8h con gasas impregnadas en suero fisiológico al 0,9%
- Vigilancia y protección de zonas de fijación
- Mantenimiento adecuado del nivel de agua en cámara de humidificación (por debajo de la línea de llenado) y posición de tubuladuras para evitar condensaciones en circuito
- Educación sanitaria sobre descanso, alimentación, hidratación y comunicación durante su utilización
- Cambio de accesorios del sistema, cuando precise
- Control de parámetros programados (temperatura, flujo, fracción oxígeno)
- Desinfección de alto nivel del sistema al finalizar la terapia del paciente

#### **Conclusiones**

La CNAF es una terapia eficaz que reduce el espacio muerto, aumenta la concentración de oxígeno y permite la tolerancia a altos flujos gracias a la humidificación y calentamiento del aire, mejorando la independencia del paciente. Aunque parece un sistema sencillo, no está exento de la vigilancia y control de complicaciones, como rinorrea y sialorrea, erosiones nasales en uso prolongado o riesgo de infección por contaminación del sistema. Por este motivo, la importancia de la creación de una guía de cuidados de enfermería.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 232

### **Entorno Terapéutico y Grado de confort de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Vanesa Mullor Soriano; Xavier Cortés Boscá; Amparo Molina Aracil; Mónica Albert Romaguera; Cristina Manzano Ferreiro; Claudia Díaz Carabaño; Pilar Carvajal Herrera; Noemí Martínez Campos; Amparo Crespo Bujosa; Manuel Lorente Hernández  
*Hospital Manises*

#### **Objetivo**

Estudiar el grado de comodidad de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Valorar la relación entre los factores ambientales del entorno terapéutico, socio-demográficos, factores específicos de la unidad y el grado de comodidad de los pacientes ingresados en una UCI.

#### **Material y Método**

Estudio cuantitativo, transversal, mediante el cuestionario general de comodidad; cumplimentado y valorado por el profesional mediante entrevista con los pacientes.

Exploramos el entorno terapéutico, factores específicos de la unidad, variables sociodemográficas y grado de confort. El cuestionario se compone de 48 ítems, puntuándose con una escala tipo likert (1-4 puntos). Los datos obtenidos se analizaron con el paquete estadístico SPSS para windows 18.0

#### **Resultados**

Obtuvimos 62 cuestionarios. El 61.3% fueron hombres. Edad comprendida entre 50-89 años. El 67,7% de los ingresos fueron patologías médicas. El 93% estuvieron ingresados de 1 a 5 días y el 66,1% era su primer ingreso.

El 56,5% verbalizan no influirle el entorno. El 50% refiere comodidad

El grado de comodidad promedio fue 2,90 (nivel alto)

La influencia del entorno terapéutico para conseguir grado de comodidad es de 2,61 (nivel intermedio-alto). Aquellos a los que les afecta el entorno tienen 9 veces más probabilidad de no tener confort frente a los que no les influye. Siendo el ruido el estresor más notificado

#### **Conclusiones**

El impacto obtenido confirma que los pacientes que refieren afectarles el entorno tienen más probabilidad de no tener comodidad.

El conocer el grado de confort de los pacientes y su satisfacción con el entorno, permitirá evaluar los servicios y adoptar estrategias para mejorar su calidad, favoreciendo una evolución satisfactoria de su patología, contribuyendo al proceso de humanización de los cuidados y a la integración del entorno terapéutico.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 320

### **Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) en un Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo: primera experiencia en Baleares.**

Anselmo José Montes Aguilera; Javier Jiménez Benítez  
*Hospital Universitario Son Espases*

#### **Objetivo**

La oxigenación con Membrana Extracorpórea (ECMO) es una opción terapéutica usada en el tratamiento del fallo respiratorio grave potencialmente reversible, da soporte respiratorio y reduce el daño asociado a la ventilación mecánica durante la recuperación de los pulmones. Su uso precoz puede aumentar la supervivencia aunque no está exento de potenciales complicaciones.

Presentamos el caso del primer paciente que recibe asistencia con sistema ECMO tipo Venovenoso por Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA).

#### **Material y Método**

Paciente de 19 años diagnosticada de Neumonía Comunitaria, con empeoramiento radiológico progresivo y aumento del trabajo respiratorio que precisa intubación orotraqueal, dosis altas de oxigenación, sedorelajación y colocación en decúbito prono. Debido a la gravedad del caso, se indica soporte con ECMO Veno-venoso con canulación vena femoral y vena yugular interna derechas.

Se produce mejoría inmediata de la oxigenación y de la ventilación.

#### **Durante la estancia la paciente necesita:**

- Cuidados al paciente crítico intubado.
- Nutrición correcta, ritmo de deposiciones adecuado.
- Balance hídrico.
- Higiene e hidratación.
- Sedoanalgesia y control neurológico.
- Termorregulación.
- Estabilidad hemodinámica.
- Movilización.
- Cuidado a la familia.

#### **Cuidados ECMO:**

- Vigilancia y control de las cánulas y tubuladuras.
- Control y registro de los parámetros, alarmas y efectos no deseados. Check List por turno.
- Determinación del tiempo de coagulación activa (ACT) horario.
- Medidas de seguridad para minimizar los riesgos.

#### **Resultados**

Plan de Cuidados según taxonomía NANDA, NOC, NIC, para resolución de los diagnósticos del caso.

#### **Conclusiones**

Evolución clínica favorable de la paciente que permite retirar el ECMO el 9º día y progresar en el destete y mejoría. Resolución de los diagnósticos aparecidos.

**Elementos limitadores:** primera experiencia con este sistema en nuestra unidad, contando solo con formación teórica al respecto.

**Elementos facilitadores:** trabajo coordinado en equipo y el feed-back de los profesionales de distintas especialidades implicados en el caso.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 350

### **Impacto de la implantación de un *check-list* de seguridad en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Daniel Valderas Castilla<sup>1</sup>; Julián Villarín Hernández; M. Inmaculada Martín Pacheco; Montserrat del Olmo Pérez; M. Paz Gallardo Delgado; Blanca López Matamala; Carmen Martín Parra

1. UCI. Hospital del Tajo

#### **Objetivo**

Valorar el impacto en la seguridad del paciente crítico de un *check-list* de seguridad.

#### **Material y Método**

Se realizó un estudio cuasiexperimental antes-después incluyendo a todos los pacientes ingresados en UCI durante, al menos, cinco días. Se recogieron variables generales (nº identificativo, estancia en UCI, presencia de ventilación mecánica [VM], paciente quirúrgico), variables dependientes (registro de balance hídrico, número de constantes mal registradas, número de cambios posturales, glucemia media, registro de parámetros de VM, registro de la presión del neumotaponamiento, revisión de herida quirúrgica, analgesia pautada y registro del riesgo de úlcera por presión) y variable independiente: paciente con o sin *check-list*.

Se recogieron datos antes de la implantación del *check-list* y después. Se utilizó SPSS 18.0, prueba T para comparación de medias y chi cuadrado para variables cualitativas.

#### **Resultados**

El número de constantes mal registradas por el sistema disminuyó significativamente ( $p=0,009$ ). La glucemia media de los pacientes mejoró de 144,85 a 120,64 ( $p=0,003$ ).

El registro de parámetros respiratorios y de presión de neumotaponamiento mejoró de manera estadísticamente significativa ( $p=0,000$  en ambos).

El registro del riesgo de UPP aumentó del 40,4% al 59,6% ( $p=0,03$ ).

Hubo tendencia a la significación ( $p=0,055$ ) en el registro de datos de balance hídrico, mejorando la media de 33,03 a 41,73.

No hubo diferencias significativas en cambios posturales, revisión de herida y pauta de analgesia. Aunque estas variables no empeoraron.

#### **Conclusiones**

El *check-list* creado por el grupo de seguridad del paciente de nuestra UCI es eficaz para mejorar los registros de enfermería y, por tanto, para preservar la seguridad del paciente crítico.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 394

### **Valoración de artefactos de catéteres según la respuesta dinámica del test de lavado de la onda cuadrada.**

Rayco Álvarez Díaz; María Emiliana Hernández Pérez; Francisco José Clemente López; Virginia Padrón Noda; Zayra Álvarez Díaz; Helena Martín Ávila; Israel Alberto Rodríguez

*Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) de Santa Cruz de Tenerife*

#### **Objetivo**

Dada la relevancia de la interpretación de los datos hemodinámicos en los tratamientos y modificaciones terapéuticas en la unidad de críticos, determinaremos de una muestra de catéteres elegidos en pacientes con infusión de aminas, cuantos presentan datos óptimos, amortiguados o resonantes.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo, observacional y transversal de una muestra de 49 catéteres arteriales y 40 venosos seleccionados de entre pacientes con infusión de aminas a los que se realiza test de lavado de la onda cuadrada. Se recoge porcentaje de los datos amortiguados, resonantes u óptimos.

#### **Resultados**

- Catéter arterial. Amortiguadas: 20,4%
- Resonantes: 4,1%
- Óptimas: 75,5%
- Venoso. Amortiguadas: 25%
- Resonantes: 7,5%
- Óptimas: 67,5%

#### **Conclusiones**

En la muestra analizada, la mayoría de catéteres arteriales y venosos dan ondas óptimas al test de lavado de onda cuadrada. Aproximadamente  $\frac{1}{4}$  de los resultados que se interpretan en nuestra unidad son amortiguados, con lo que los datos están infra estimados. En un porcentaje menor al 10% encontramos respuestas dinámicas resonantes, lo que implican datos de tensiones arteriales y presiones venosas centrales sobreestimados. Estos resultados amortiguados y resonantes, nos sugieren unas pautas de infusión de aminas erróneas. Realizamos protocolo de actuación y cuidados de enfermería para la unidad.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

### **Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

#### ► ID 396

¿La instauración del catéter *Volum View* compromete la seguridad del paciente politraumático?

---

#### ► ID 400

Protocolo de información a familiares en donación en asistolia no controlada “código alfa” resultados en granada 2012-2016.

---

#### ► ID 410

Posibles complicaciones atribuidas a la manipulación del catéter en técnicas continuas de depuración extracorpórea (TCDE).

---

#### ► ID 24

Procedimiento normalizado de trabajo para la gestión de inventario y para el mantenimiento de equipos médicos.

---

#### ► ID 30

Cuidados de enfermería al paciente donante multiorgánico en muerte encefálica (ME).

---

#### ► ID 42

Higiene de manos: principal medida para el control de un epidemia de infecciones por *Acinetobacter Baumannii*.

---

#### ► ID 78

Protocolo de cuidados de enfermería en el paciente código ictus en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.

---

#### ► ID 82

Actuación de enfermería en el ingreso de un paciente código ictus.

---

#### ► ID 11

EV1000. Shock Cardiogénico y Cuidados de Enfermería en la Monitorización Hemodinámica Avanzada.

---



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 396

### **¿La instauración del catéter *Volum View* compromete la seguridad del paciente politraumático?**

Ana Pujol Juárez; Nagore Díez Casado; Vanesa Álvarez Pérez; Carmen Pérez Román; Rosa María Senent López; Cristina Rodríguez Guerrero; Alba Rodríguez Sánchez; Indira Ramírez Araña; Alexander Carretero Bacaicoa  
*Hospital Universitari de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Contrastar el tiempo de inserción entre CVC/ C. Arterial y Volume View con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente.

#### **Material y Método**

Estudio cuantitativo descriptivo prospectivo llevado a cabo durante el año 2014.

La muestra está compuesta por 67 pacientes que presentaron politraumatismo, de los cuales 40 fueron portadores del catéter Volume View.

#### **Criterios de inclusión**

Pacientes procedentes de urgencias con código PPT activado.

#### **Criterios de exclusión**

Necesidad de IQ inmediata.

Se elaboró una base de datos con el objetivo de analizar la información de manera ordenada. Para la recogida y análisis de los datos se utilizaron respectivamente los programas estadísticos Excel y SPSS-21.

#### **Resultados**

De los pacientes portadores de V. View (67) el 86,56% fueron varones, el 13,4% mujeres, de éstos, el 64% fue a causa accidentes de tráfico, el 19,4% accidentes laborales y el 16,5% pertenece a otras causa.

El tiempo que se empleó para la instauración de V.view fue de 42.38 minutos mientras que una vía central convencional fue de 41.35 minutos.

#### **Conclusiones**

La seguridad de los pacientes no se vio comprometida por el tiempo de inserción del catéter Volume View.

Es necesario realizar estudios multicéntricos controlados y con una mayor muestra para lograr establecer de forma adecuada su utilidad y correlacionar los datos obtenidos en el estudio.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 400

### **Protocolo de información a familiares en donación en asistolia no controlada “código alfa” resultados en granada 2012-2016.**

Elisabet Patricia Fuentes García; José Miguel Pérez Villares; Ramón Lara Rosales; María Eugenia Poyatos Aguilera; Manuel Burgos Fuentes; Blas Baquedano Fernández

*Coordinación de Trasplantes Complejo Hospitalario Universitario de Granada*

#### **Objetivo**

La comunicación del fallecimiento y el planteamiento de la opción de la donación es una fase compleja. La donación en asistolia presenta especial dificultad, por las circunstancias en las que acontece el fallecimiento, las condiciones extrahospitalarias y la rapidez con la que se tiene que desarrollar el proceso hasta la intervención de los equipos hospitalarios.

Nuestro Objetivo principal es analizar los resultados del protocolo de información a las familia que utiliza la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) 061.

#### **Material y Método**

En 2012, se creó un protocolo de información para la fase extrahospitalaria de la donación en asistolia no controlada, basado en el respeto a los valores éticos, que garantiza la transparencia y la veracidad de la información. (tabla 1)

Se realizó un registro con los escenarios utilizados en cada caso desde la implantación del protocolo de información.

#### **Resultados**

Desde la implantación del protocolo en 2012, se han realizado 41 asistencias a paradas cardiorrespiratorias (PCR), que no respondieron a medidas de soporte vital avanzado (SVA) y que se consideraron como potenciales donantes en asistolia no controlada.

En el 10% de los casos, el escenario de información fue el nº 1.

En el 59% de los casos, el escenario utilizado fue el B en la fase 1.

El escenario B fase 2, estuvo presente en el 17% de los casos.

En el 15% de las ocasiones, el Equipo de Emergencias avanzó hasta el escenario B, fase 3, aceptándose el traslado al centro hospitalario en el 67% de las ocasiones en las que se utilizó este escenario.

#### **Conclusiones**

La creación de los escenarios de información extrahospitalaria ha proporcionado unas guías unificadas de actuación a los Equipos de Emergencias.

Permiten la transmisión escalonada de la información, que se adapta en cada caso a las demandas familiares.

Proporciona una transmisión de la comunicación transparente y veraz.

sigue →



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## PROTOCOLO DE INFORMACIÓN A FAMILIARES DEL EQUIPO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO, EN DONANTES A CORAZÓN PARADO MAASTRICHT IIa.

### “CODIGO ALFA”.

#### ESCENARIO A: no hay familiares presentes.

En base a consentimiento presunto para la donación, se traslada al centro hospitalario (en nuestro caso, Hospital de Neurotraumatología del H.U. Virgen de las Nieves).

#### ESCENARIO B: hay familiares presentes.

##### **FASE 1: no solicitan información.**

Por iniciativa del equipo de emergencias (aunque no haya solicitud de información por parte de los familiares):

- 1.- Su familiar se encuentra en situación de parada cardiorrespiratoria y no responde al tratamiento.
- 2.- La situación es extremadamente grave, prepárense para lo peor.
- 3.- Lo trasladamos urgentemente al Hospital de Neurotraumatología.

Si la familia **no solicita más información**, se traslada al centro hospitalario.

##### **FASE 2: hay familiares presentes y solicitan información** acerca del paciente o sobre el traslado.

- 1.- Se traslada al Hospital de Neurotraumatología porque en ese centro se puede mantener el riesgo de los órganos hasta poder confirmar o no el fallecimiento del paciente.
- 2.- Si no ha fallecido se seguirá luchando por su vida.
- 3.- Si ha fallecido, el equipo de coordinación de trasplantes le plantearán la posibilidad de donar sus órganos.

##### **FASE 3: los familiares solicitan más información.**

- 1.- Es muy importante trasladarlo cuanto antes al hospital.
- 2.- En el hospital hay un equipo de profesionales preparados para atenderles y responder a todas sus preguntas.
- 3.- El traslado no obliga a tomar ninguna decisión por parte de la familia.
- 4.- Si no están de acuerdo, se suspenden inmediatamente las maniobras de perfusión de órganos.

**En cada uno de los escenarios se desarrollarán todos los puntos.**



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 410

### **Posibles complicaciones atribuidas a la manipulación del catéter en técnicas continuas de depuración extracorpórea (TCDE).**

Sonia Vera Martínez<sup>1</sup>; María Del Mar Román López<sup>2</sup>; Elena Muñoz Arranz<sup>3</sup>

1. Universidad de Murcia; 2. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor; 3. San Javier. Murcia

#### **Objetivo**

La Hemodiafiltración Venovenosa Continua (HDFVVC), es una TCDE que se realiza con el objetivo de reemplazar las funciones del riñón (control de la volemia, homeostasis electrolítica, control del equilibrio ácido-base y eliminación de sustancias tóxicas), proporcionando un balance continuo del fluido corporal.

**Objetivo:** Describir las posibles complicaciones que pueden atribuirse a la manipulación del catéter central destinado a la técnica.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo y observacional.

Búsqueda bibliográfica en bases de datos (Medline, Pubmed, Scielo, Cochrane)

#### **Resultados**

Tipos de infección: colonización, infección del orificio de salida, infección del túnel (tunelitis), bacteriemia.

Tanto la contaminación intra como extraluminal está condicionada por una serie de factores de riesgo asociadas al catéter y su manipulación aunque otras están asociadas al paciente.

**Factores de riesgo asociados al catéter y a su manipulación:**

- Técnica defectuosa en la manipulación e inserción del catéter
- Inadecuado uso del material estéril
- Número de días de cateterización (catéteres temporales)
- Humedad alrededor del orificio y restos de sangre en las luces del catéter entre sesiones.
- Utilización de antisépticos poco eficaces o hacer mal uso de ellos.

**Factores de riesgo asociados al paciente renal:**

- Edad avanzada
- Patologías asociadas (diabetes mellitus, etc.)
- Malnutrición
- Alteraciones inmunológicas del paciente y/o alteraciones inducidas por la propia TCDE.

Los cuidados enfermeros a pacientes también van dirigidos a la detección temprana de signos y síntomas de las complicaciones relacionadas con el tratamiento como:

- Trastornos hídricos secundarios a la terapia (sobrecarga hídrica o deshidratación)
- Hipotermia secundaria al circuito extracorpóreo.
- Hemorragia secundaria al tratamiento con anticoagulantes

#### **Conclusiones**

Una buena técnica aséptica en la conexión y desconexión del paciente a la máquina de diálisis puede prevenir complicaciones del catéter.

Una vigilancia estrecha por parte del personal de enfermería, valorando la sintomatología del paciente (prurito, enrojecimiento, etc.) y los signos presentes en cada sesión, pueden prevenir infecciones graves.

La elaboración de protocolos y el seguimiento de los mismos son imprescindibles para el manejo por parte de todo el personal.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 24

### **Procedimiento normalizado de trabajo para la gestión de inventario y para el mantenimiento de equipos médicos.**

María Isabel González Méndez; Catalina Martín Castaño; M<sup>a</sup> Rosario Urbán Carmona; Rosario Ferrete Pérez; Inmaculada Alonso Araujo  
*Hospital Virgen del Rocío*

#### **Objetivo**

La Unidad de Gestión Clínica(UGC) de Cuidados Intensivos dispondrá de un inventario actualizado con todos los equipos médicos en uso.

Establecer la norma de funcionamiento a seguir para realizar un adecuado mantenimiento preventivo, correctivo y técnico legal del equipamiento inventariado en esta UGC.

Establecer medidas encaminadas a mejorar la coordinación con el Servicio de Electromedicina.

#### **Material y Método**

Este PNT se ha elaborado atendiendo las recomendaciones de la "Serie de documentos técnicos de la OMS sobre dispositivos médicos". Se convocó una reunión de expertos multidisciplinar con profesionales pertenecientes a la UGC de Cuidados Intensivos y al Servicio de Electromedicina de nuestro hospital para adaptar esas recomendaciones a nuestro entorno concreto. Se nombran referentes responsables de su implantación e implementación en cada área y se determinan las funciones de estos referentes y del resto de profesionales. Toda la información se difunde para su conocimiento a todos los componentes de la unidad.

#### **Resultados**

El inventario permanecerá continuamente actualizado. Este PNT especifica cómo, cuándo y quién debe hacerlo.

Además, anualmente, los profesionales designados como responsables de la UGC de Cuidados Intensivos junto al responsable de gestión del inventario adscrito al Servicio de Electromedicina, deben realizar una revisión del inventario de equipos médicos con el fin de comprobar que toda la información es correcta y efectuar las actualizaciones y cambios que resulten necesarios.

En cuanto a los procedimientos correctivos y preventivos se detallan secuencialmente con todo detalle y se asignan profesionales que deben realizar cada tarea concreta.

#### **Conclusiones**

La tecnología sanitaria se ha convertido en un elemento crucial de la atención para la salud, que permite a los proveedores de atención sanitaria diagnosticar, atender, monitorizar y tratar a los pacientes en un entorno de atención adecuado. La gestión de calidad de la tecnología de atención sanitaria ayuda a garantizar que estos servicios se proporcionen de forma segura y eficaz.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 30

### **Cuidados de enfermería al paciente donante multiorgánico en muerte encefálica (ME).**

Irene Chiloeches Matas

*Queen Elizabeth the Queen Mother Hospital*

#### **Objetivo**

##### **General**

- Describir los cuidados enfermeros al paciente donante multiorgánico en ME ingresado en una UCI.

##### **Específicos**

- Determinar los aspectos ético-legales relevantes en la donación de órganos en España.
- Conocer el proceso de diagnóstico de ME y sus implicaciones.
- Determinar los cuidados de enfermería que se desprenden de las alteraciones fisiopatológicas que causa la ME.
- Explorar la relación entre el binomio paciente-familia y la enfermera de UCI.

#### **Material y Método**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica:

- Bases de datos científicas: LILACS, PubMed, SciELO, CUIDEN®, IME, Dialnet Plus y Biblioteca
- Virtual en Salud.
- Google académico y sitios web de interés.
- Revistas y libros especializados.
- Protocolos hospitalarios.

**Criterios de inclusión:** pacientes donantes en ME y su familia, y enfermera intensivista. Publicaciones entre 2006-2014, salvo excepciones por falta de estudios.

**Criterios de exclusión:** paciente a corazón parado y pediátrico.

#### **Resultados**

Los fallecimientos por ME suponen la principal fuente de donación de órganos de España, referente mundial en este ámbito.

En el documento se refleja la relevancia del papel enfermero en los cuidados del paciente en ME, asegurando que se cumplen las condiciones basales para el diagnóstico de ME y colaborando en una correcta exploración neurológica. También se enumeran los cambios fisiopatológicos de los que se desprenden unos diagnósticos de enfermería y problemas interdisciplinares, tras una valoración por patrones de M. Gordon.

Asimismo, también aparecen las actividades enfermeras para un óptimo mantenimiento del paciente y los órganos hasta el momento de la extracción, y la atención a la familia.

#### **Conclusiones**

Las principales conclusiones desprendidas son:

- El respeto por los principios bioéticos y la voluntad del paciente donante y su familia.
- La enfermera:
  - Tiene un papel clave en la promoción, proceso y resultado de la donación.
  - Debe conocer las alteraciones propias de la ME y su proceso diagnóstico, para así realizar un plan de cuidados óptimo.
  - Es pilar fundamental para lograr un duelo funcional.

sigue →



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# Pósters

# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

| Reflejo                   | Nivel anatómico  | Método de exploración  | Respuesta normal  | Muerte encefálica   |
|---------------------------|--|--|---|---|
| Fotomotor bilateral       | <b>Mesencéfalo</b>   | Estimulación de la pupila con una luz potente  | Miosis  | Pupilas arreactivas   |
|                           | Via aferente (VA): N. óptico<br>Via eferente (VE): N. motor ocular común                                   |  |   |   |
| Corneal bilateral         | <b>Protuberancia</b><br>VA: N. trigémino<br>VE: N. facial  | Estimulación del limbo corneal con una torunda de algodón o gasa   | Contracción parpebral (resp. motora) y/o lagrimeo o enrojecimiento (resp. vegetativa) | Ausencia de respuestas motora y vegetativa                                      |
| Oculocefálico bilateral   | <b>Unión bulboprotuberancial</b><br>VA: N. auditivo<br>VE: N. motor ocular común                           | Rotación rápida lateral 90° de la cabeza manteniendo los ojos abiertos   | Desviación ocular conjugada opuesta al movimiento ("ojos de muñeca")                  | La mirada permanece centrada y fija, los ojos siguen el movimiento de la cabeza |
| Oculovestibular Bilateral | <b>Unión bulboprotuberancial</b><br>VA: N. auditivo<br>VE: N. motor ocular común y N. motor ocular externo | Cabeza elevada 30°, insular lentamente en el conducto auditivo externo 50ml de suero frío (4°C), manteniendo los ojos abiertos | Desplazamiento ocular ipsilateral y nistagmo contralateral                            | Ausencia de movimientos oculares  |
| Nauseoso                  | <b>Bulbo raquídeo</b><br>VA: N. glossofaríngeo<br>VE: N. vago  | Estimulación del velo del paladar, la úvula y la orofaringe con una sonda o depresor   | Náuseas, movimiento del contenido de la SNG o contracción abdominal                   | Ausencia de respuesta   |
|                           | <b>Bulbo raquídeo</b><br>VA: N. glossofaríngeo<br>VE: N. vago  |  |   |   |
| Tusígeno                  | <b>Bulbo raquídeo</b><br>VA: N. glossofaríngeo<br>VE: N. vago  | Estimulación de la carina traqueal con una sonda   | Tos   | Ausencia de tos   |
| Test de atropina          | <b>Nervio vago y sus ramiósculos troncocefálicos</b>   | Administración de 0,04 mg/kg de sulfato de atropina IV   | Aumento de FC >10% de la basal  | Aumento de la FC <10% de la basal   |

| ALTERACIÓN FISIOPATOLÓGICA | ETIOLOGÍA                                  | OBJETIVO TERAPÉUTICO  | TRATAMIENTO   |   |
|----------------------------|--|---|---|---|
| HEMODINÁMICA               | <b>Hipertensión</b>                        | "Tormenta simpática" (aumento de catecolaminas, resistencias vasculares sistémicas).  | TA: Sistólica $\geq$ 100 mmHg<br>Media > 60 mmHg                      | No tratamiento por brevedad de cuadro.<br>Si riesgo de lesión: antihipertensivos (esmolol).                       |
|                            | <b>Hipotensión</b>                         | Pérdida del tono vascular (destrucción del centro vasomotor), hipovolemia, disminución de función miocárdica.               | PVC: 5-10 mmHg  | Reposición de líquidos.<br>Agentes vasopresores/inotrópicos (dopamina, dobutamina, noradrenalina).                |
|                            | <b>Arritmias</b>                           | Hipovolemia, hipotermia, aumento de catecolaminas, alteraciones electrolíticas y del pH, hipoxia, alteraciones miocárdicas. | FC: 60-120 lpm regular  | Tratamiento de la arritmia según indicaciones de la American Heart Association (AHA) 2010.<br><i>No atropina.</i> |
| RESPIRATORIA               | <b>Hipoxemia</b>                           | Apnea (Dstrucción del centro respiratorio), edema pulmonar, hemorragias.  | PaO <sub>2</sub> $\geq$ 90-100 mmHg<br>PaCO <sub>2</sub> : 35-45 mmHg | Ventilación mecánica en modo IPPV.  |
| TEMPERATURA                | <b>Hipotermia</b>                          | Pérdida de centros termorreguladores hipotalámicos.   | Temperatura central > 35°C  | Uso de mantas.<br>Líquidos de infusión tibios.<br>Calentar gases inspirados.<br>Control de temperatura ambiente.  |
| METABÓLICA                 | <b>Poliuria hiposmolar (&gt;4 mL/kg/h)</b> | Déficit de hormona antidiurética (diabetes insípida), hiperglucemia.  | Diuresis: 0,5-1 mL/kg/h<br>Glucemia: 100-140 mg/dL                    | Antidiuréticos (desmopresina).<br>Perfusión intravenosa de insulina.<br>Reposición de líquidos.                   |
|                            | <b>Acidosis</b>                            | Origen multifactorial.  | pH: 7,35-7,45<br>HCO <sup>-</sup> : 22-26 mEq/L                       | Bicarbonato.  |

|                    |                                   |  |   |  |
|--------------------|-----------------------------------|--|---|--|
| HIDROELECTROLÍTICA | <b>Hipernatremia</b>              | Poliuria, alteraciones del pH, fallo renal, aporte inadecuado de líquidos.   | Sodio: 135-145 mEq/L                          | Reposición de líquidos glucosados.                             |
|                    | <b>Hipokalemia</b>                |  | Potasio: 3,5-5,5 mEq/L                        | Reposición iónica.   |
|                    | <b>Hipocalcemia</b>               |  | Calcio: 8,5-10 mg/dL                          |  |
|                    | <b>Hipofosfatemia</b>             |  | Fósforo: 2,5-4,5 mg/dL                        |  |
|                    | <b>Hipomagnesemia</b>             |  | Magnesio: 1,5-2,5 mg/dL                       |  |
| RENAL              | <b>Oliguria (&lt;0,5 mL/kg/h)</b> | Hipoperfusión renal, aumento de metabolismo anaerobio.   | Diuresis: 1-2 mL/kg/h                         | Diuréticos (Furosemda, manitol).                               |
| HEMATOLÓGICA       | <b>Coagulopatía</b>               | Liberación de tromboplastina del tejido cerebral, hipotermia, acidosis, pérdidas hemáticas, transfusiones masivas. | Actividad de protrombina: 70-100%             | Reposición de productos sanguíneos de forma controlada.        |
|                    | <b>Anemia</b>                     | Hemorragia, hemodilución.  | Hemoglobina (Hb) >10 g/dL<br>Hematocrito >35% |  |
| CORNEAL            | <b>Ojo seco</b>                   | Mala oclusión parpebral, exposición a agentes patógenos sin película lacrimal, inflamación.                        | Ojo húmedo y aséptico.                        | Oclusión ocular correcta, colirios y/o soluciones lubricantes. |



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 42

### **Higiene de manos: principal medida para el control de un endemia de infecciones por *Acinetobacter Baumannii*.**

Inmaculada Alonso Araujo; M<sup>a</sup> Isabel González Méndez; Catalina Martín Castaño; Rosario Ferrete Pérez; M<sup>a</sup> Rosario Urbán Carmona; Ana M<sup>a</sup> Cazalla Foncueva; Isabel Zulueta Dorado  
*Hospital Virgen del Rocío*

#### **Objetivo**

Puesta en marcha de un programa de formación y evaluación mediante observación directa de la higiene de manos de los profesionales sanitarios, con el fin de erradicar una endemia de infecciones por *Acinetobacter Baumannii* multirresistente en UCI.

#### **Material y Método**

Para el diseño del programa se ha contado con un equipo multidisciplinar, formado por médicos y enfermeras de los servicios de Cuidados Críticos, Medicina Preventiva, Microbiología y Enfermedades Infecciosas.

Se ha realizado una autoevaluación previa, utilizando para ello el marco de autoevaluación de higiene de manos propuesto por la OMS, mediante la observación directa por parte del servicio de Medicina Preventiva y la supervisora de la propia unidad.

Posteriormente se ha diseñado un programa básico de formación en los que se incluyen talleres y sesiones clínicas para todos los profesionales.

#### **Resultados**

Los resultados alcanzados desde el inicio del programa en Octubre del 2012, hasta Octubre de 2015 son los siguientes:

- 1) Se ha conseguido una mejoría en la higiene de manos, que ha pasado de un cumplimiento en el número de acciones correctas de un 52,5% a un 82,3% en el primer año.
- 2) Se ha conseguido una reducción sostenida de la IA de infecciones por *Acinetobacter Baumannii* multirresistente que ha pasado de un 12% en la primera semana del comienzo del brote a un 0% en el último año.

#### **Conclusiones**

La higiene de manos es la medida más importante, para disminuir el riesgo de transmisión de infecciones.

Siendo necesario planificar autoevaluaciones de forma periódica (anuales), y mantener una retroalimentación con los profesionales de los resultados obtenidos.

La formación de los profesionales sanitarios y la implicación de la institución en la puesta en marcha del programa, han sido una pieza clave en la obtención de los resultados.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 78

### **Protocolo de cuidados de enfermería en el paciente código ictus en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.**

Rosa María Lozano Ordax; Gloria Martínez Mateo; Marta María Pérez Martínez; Ana María Santamaría González; Dolores Carrillo López; Patricia García Jáñez  
HCUV

#### **Objetivo**

Implantar un protocolo de enfermería para aplicar en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico ICTUS que precisa ventilación mecánica (VM), detectando los signos y síntomas de necesidad fisiológica.

#### **Material y Método**

Previa revisión bibliográfica y basándonos en la práctica clínica, describimos las medidas que componen nuestro protocolo para pacientes código ictus que precisan de VM, por rotura de un vaso (hemorrágico) o que este es bloqueado por un coágulo (isquémico) dañando el parénquima cerebral.

#### **Resultados**

##### **1.- Monitorización continua de constantes vitales:**

- Frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, presión arterial invasiva, presión venosa central y temperatura central.

##### **2.- Mantenimiento hemodinámico:**

- Controlar la tensión arterial para evitar hipertensión intracraneal.
- Evitar atelectasias y neumonías secundarias a la afectación de los reflejos de tos y nauseosos.
- Verificar Check-list.
- Vigilar síndrome de dificultad respiratoria en el adulto.
- Colocación sonda nasogástrica.
- Vigilar electrocardiograma, frecuentes arritmias cardiacas, fibrilación auricular asociada al
- Accidente Cerebro Vascular (ACV) isquémico.

##### **3.- Ventilación mecánica**

- Gasometría arterial: pH 7,35-7,45; pO<sub>2</sub> 100; pCO<sub>2</sub> 35-45; saturación de oxígeno >95%.

##### **4.- Control de temperatura y glucemia:**

- Hipertermia por síndrome hipotalámico.
- Diabetes insípida, administrar desmopresina. La hiperglucemia aumenta la morbilidad, mantener glucemia (80-140).

##### **5.-Control hidroelectrolítico.**

##### **6.- Mantenimiento de la coagulación.**

##### **7.- Valoración neurológica:**

- Escala Glasgow.
- BIS

sigue →



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

*Valencia*

19/22 junio 2016

### **8.-Estudios diagnósticos:**

- Radiografía de tórax, angiotac, resonancia magnética, electrocardiograma, ecocardiograma y ecodoppler craneal.

### **9.- Pruebas de laboratorio:**

- Sistemático de UCI, coagulación y hormonas tiroideas.

### **10.- Valoración de la afasia previo al weaning:**

- Hablarle despacio.
- Llamarlo por su nombre. Buscar su mirada.
- Tono y volumen normal.
- Vocabulario sencillo, claro, frases cortas.
- Tranquilizarlo respecto a su recuperación.
- Ofrecerle las ayudas que necesite.

### **11.- Fisioterapia pasiva y rehabilitación.**

## **Conclusiones**

El ictus supone una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera causa en incapacidad y coste económico.

La morbilidad o dependencia funcional ha disminuido en un 25%, suponiendo las bajas tasas de mortalidad y morbilidad aguda un indicador de calidad en la atención sanitaria.

En nuestra unidad de los 101 pacientes neurocríticos ingresados, 24 fueron ACV isquémicos y 33 ACV hemorrágicos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 82

### **Actuación de enfermería en el ingreso de un paciente código ictus.**

María José López Poveda; Isabel Santos Tejedor; Francisca Cecilia Martínez Huélamo; Pedro Antonio Calvo Flores; Sara Sánchez Marín Bustos; María Ángeles Oñiga Polo; María Ángeles Benítez del Soto Morán; Cristina Sánchez Guevara; Javier González Robledo; Lourdes Lorenzo Rodríguez  
*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (UCI Virgen Vega)*

#### **Objetivo**

Proporcionar cuidados de manera eficaz a un paciente con ictus isquémico y que precisa tratamiento fibrinolítico.

#### **Material y Método**

Se describen las intervenciones de enfermería protocolizadas para la recepción, administración de fibrinolíticos y cuidados del paciente durante 24 horas de estancia en UCI, teniendo en cuenta la Guía Clínica del Complejo Universitario de Salamanca y bibliografía consultada.

#### **Resultados**

- Acogida del paciente.
- Monitorización de los signos vitales.
- Canalización de vía venosa periférica y/o comprobación de las ya existentes.
- Evitar punciones arteriales, vías venosas centrales, sondaje urinario, sonda nasogástrica u otras técnicas agresivas.
- Infusión del trombolítico (Actylise®) según pauta: 0,9 miligramos por kilo de peso del paciente (dosis máxima 90 miligramos). Dos fases:
  1. Infusión en bolo del 10% de la dosis total en un minuto.
  2. Pasados 3-5 minutos infundir el 90% restante durante un hora en bomba.
- Vigilar posibles efectos adversos.
- Reposo en cama 24 horas.
- Exploración neurológica a la hora de finalización del tratamiento y durante la estancia en la unidad.
- Vigilar pupilas.
- Valorar:
  - Electrocardiograma: arritmias.
  - Tensión arterial (TA) no invasiva, en brazo contralateral a aquel en que se está realizando la infusión:
    - Cada 15 minutos las dos primeras horas.
    - Cada 30 minutos las seis horas siguientes.
    - Cada hora hasta cumplir las 24 horas.
    - Mantener TA menor de 185/110 mmHg.
  - Glucemia capilar cada 6 horas: Mantener valores entre 60-180 miligramos/decilitro: Si glucemia < de 60 miligramos/decilitro: suero glucosado al 10%; Si glucemia > de 150 miligramos/decilitro: pauta de insulina rápida.
  - Control de la temperatura horaria: si > de 37,5 ° administrar antitérmicos.
  - Pulsioximetría continua: si saturación < de 92% colocar fuente de oxígeno.
  - Suero fisiológico para hidratación del paciente.
  - Dieta absoluta.
  - Tomografía Axial Computerizada a las 24 horas postfibrinólisis.

#### **Conclusiones**

La presencia de un protocolo de actuación de enfermería ante un código ictus, permite planificar los cuidados en el periodo de estancia del paciente en UCI con el fin de obtener resultados favorables.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 11

### **EV1000. Shock Cardiogénico y Cuidados de Enfermería en la Monitorización Hemodinámica Avanzada.**

Jesús Sánchez Martín<sup>1</sup>; Autor 2: Irali Díaz González<sup>1</sup>; María de Los Reyes Milena Hernández Barroso<sup>1</sup>; Azahara Sánchez Gómez<sup>2</sup>; María Yolanda Pérez Morera<sup>3</sup>

1. Hospital General de La Palma; 2. Hospital Santa Lucia; 3. Cartagena

#### **Objetivo**

Dar a conocer a los profesionales de enfermería unas pautas estandarizadas para el uso del EV1000, como nuevo instrumento en la valoración hemodinámica del paciente.

#### **Material y Método**

Hemos realizado una revisión del uso del EV1000 y los cuidados en la monitorización hemodinámica del paciente a propósito de un caso clínico, el de una mujer de 59 años de edad que ingresa en nuestra UCI con diagnóstico de SCACEST y Shock cardiogénico

#### **Resultados**

Pautas a seguir para el montaje y manejo de este novedoso sistema de monitorización hemodinámica invasiva. Diagnósticos mas importantes derivados de estos cuidados.

#### **Conclusiones**

La monitorización de parámetros volumétricos, hemodinámicos y continuos tiene un gran valor en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del paciente con shock cardiogénico. Los continuos avances en métodos diagnósticos y de monitorización nos obliga a permanecer actualizados, precisando conocer el manejo de estos y transmitirlos al resto de profesionales.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 233**

*Antitrendelenburg* con grúa en el paciente neurocrítico.

---

► **ID 273**

Eficacia de la guía de perfusión continua de insulina en una Unidad de Vigilancia Intensiva.

---

► **ID 295**

Terapia de alto flujo con gafas nasales versus mascarilla oronasal en pacientes críticos.

---

► **ID 381**

El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia.

---

► **ID 25**

Procedimiento de conciliación de la medicación en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cuidados intensivos.

---

► **ID 77**

Sensaciones y testimonios del paciente en UCI.

---

► **ID 135**

Revisión de la evidencia sobre la posición decúbito prono en el tratamiento del *distress* respiratorio.

---

► **ID 187**

Enfermería de UCI sin barreras.

---

► **ID 209**

Gafas nasales de alto flujo alternativa a la ventilación mecánica no invasiva.

---



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 233

### **Antitrendelenburg con grúa en el paciente neurocrítico.**

Vanessa Sanz Porras; Ana Belén Fernández Rey; Josu Mercader Anguiano; Garazi Díaz Romaratezabala; Laura Ruilope Álvaro; María Montserrat Ojeda Martínez; Ana Isabel Asarta Castellanos  
*Unidad de Medicina Intensiva Sede Santiago HUA (Alava)*

#### **Objetivo**

El paciente neurocrítico es aquel que presenta alguna enfermedad que afecta al sistema nervioso central pudiendo sufrir un incremento en la presión intracraneal (PIC). Un mal control de éste esta asociado con una mayor morbi-mortalidad.

Durante las movilizaciones del paciente, el riesgo de que ésta se incremente aumenta. Para evitarlo, uno de los cuidados consiste en mantener una alineación corporal neutra y el cabecero a 30º y la elevación del paciente con grúa en la posición antitrendelenburg minimizaría el riesgo de que esto ocurra.

Por ello, nuestro objetivo fue la elaboración de un protocolo multidisciplinar dirigido a enfermería, auxiliares de enfermería y celadores donde se describe la realización de dicha técnica.

#### **Material y Método**

- Ideación de la técnica mediante observación, innovación y experiencia.
- Reunión del grupo de trabajo multidisciplinar de Neurocríticos.
- Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cuiden, Pubmed, Cochrane..) utilizando como palabras clave: paciente neurocrítico, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Enfermería e Higiene. No encontrando ningún estudio referido al empleo de dicha técnica.
- Elaboración de un protocolo descriptivo para unificar su realización.
- Difusión e implantación en la UCI de la sede Santiago.

#### **Resultados**

- Preparación del paciente.
- Material y personal necesario.
- Instrucciones detalladas acompañadas de imágenes a cerca de :
  - Colocación y retirada de grúa.
  - Protección de dispositivos insertados.
- Ensamblaje de ésta con el sistema ideado de doble cinta elevadora colocada en la zona inferior del paciente.
- Cuidados de enfermería relacionados.

#### **Conclusiones**

La movilización del paciente siguiendo esta técnica supuso un menor incremento de la PIC.

Es importante que el personal esté adiestrado y la existencia de un protocolo facilita su uso.

Sería recomendable realizar un estudio de investigación para así verificar los beneficios de esta técnica en el paciente neurocrítico.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 273

### **Eficacia de la guía de perfusión continua de insulina en una Unidad de Vigilancia Intensiva.**

Nadia Hernández de León; Sonia Ramos Ángel de la Rosa; Airam Sabina del Castillo; Sergio Velázquez Dorta; David Delgado Perera; Mónica Raquel Merino de Paz; Lorena Raja Yanes; Patricia Ramos Rodríguez; Miriam González García; Miriam Auixhua García Gutiérrez  
*Complejo Hospitalario de Canarias*

#### **Objetivo**

Debido a la dificultad para el control de la glucemia en pacientes críticos con perfusión continua de insulina (pc) en la unidad de vigilancia intensiva (UVI) del Complejo Hospitalario de Canarias (CHUC) nace la necesidad de elaborar una nueva guía para la pc de insulina y evaluar su eficacia.

#### **Material y Método**

Se realiza una revisión bibliográfica y basándonos en la evidencia científica encontrada se elabora una guía para pc de insulina aprobada y validada por la dirección médica de la unidad.

Se realiza un estudio prospectivo en la UVI del CHUC poniéndose la guía en funcionamiento desde el 1 de noviembre de 2015 registrando todos los datos en hojas elaboradas por el equipo multidisciplinar. Se hace un corte aleatorio recopilando los datos de los pacientes con pc de insulina entre el 1 de diciembre y el 1 de enero de 2016.

#### **Resultados**

16 pacientes estudiados, de los cuales en 8 no se sigue la guía estrictamente. Se obtiene una media de 74,25 horas totales de pc, se consiguió glucemia en rango (140-180 mgr/dl) en una media de 4,75 horas en los 8 pacientes en los que se siguió la guía. No se registró ninguna hipoglucemia (< 60 mgr/dl). El 56,25% de los pacientes no superó las 24 horas de pc. Las horas de normoglucemia superan el 50% del total de la pc excepto en 2 pacientes en los que no se siguió la guía.

#### **Conclusiones**

En la revisión bibliográfica encontramos que el control de la pc de insulina se basa en cambios de algoritmo no por tendencias. En la muestra estudiada existe un rápido control de la hiperglucemia, estabilidad dentro de rango y no se producen hipoglucemias. El personal de UVI necesita aún entrenamiento para poder seguir la guía correctamente.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 295

### **Terapia de alto flujo con gafas nasales versus mascarilla oronasal en pacientes críticos.**

Carolina García Robles; Laura Moreno Salido; Ana Leal Agüera; Lago Enjo Pérez; Tania Alonso Lougedo  
*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

La ventilación no invasiva consiste en aplicar una presión positiva en las vías respiratorias a través de una interfase diferente al tubo orotraqueal. La elección de una u otra estará basada en dos requisitos: minimizar fugas y confortabilidad del paciente. Esto determinará que la ventilación no invasiva sea exitosa.

Identificar las ventajas e indicaciones de las mascarillas oronasales y cánulas nasales del alto flujo para determinar, según la situación y el paciente, que interface es la más adecuada.

#### **Material y Método**

Se realiza una revisión bibliográfica de los dispositivos en concreto y de las evidencias clínicas puestas en práctica en las bases Medline, CUIDEN.

#### **Resultados**

Tras la revisión bibliográfica realizada se evidencian pros y contras al uso de las diferentes interfaces, que tendremos que tener en cuenta en el momento de su elección para maximizar resultados e intentar evitar la intubación:

**Mascarillas nasobucales:** comprenden nariz-boca, usado en pacientes disneicos que respiran por boca, control de fugas, más efectivas en agudos. Inconvenientes: mayor espacio muerto, claustrofobia, riesgo de broncoaspiración e imposibilidad de comer y expectorar. Lesiones cutáneas.

**Gafas nasales de alto flujo:** Mejor tolerancia, posibilidad de hablar, comer, expectorar... menor espacio muerto y menor riesgo de broncoaspiración. Útil en pacientes con hipoxemia no hipercapnica. Inconvenientes fugas bucales, mayor resistencia al flujo aéreo, presión dorso nasal, rinorrea y obstrucción nasal, sequedad de boca.

#### **Conclusiones**

Una correcta elección del sistema interface conlleva una mejor adaptación del paciente y una minimización de los efectos adversos. Los registros de enfermería (técnica y materiales utilizados, tolerancia/ confort del paciente, duración de sesiones y motivos/causas de retirada) facilitaran el seguimiento del tratamiento y la aparición de posibles complicaciones así como la resolución de las mismas.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 381**

### **El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia.**

Lluís Gómez Gómez<sup>1</sup>; Anna Maria Aliberch Raurel<sup>2</sup>

1. Hospital Clínic de Barcelona; 2. Hospital Clínic de Barcelona y Universitat Internacional de Catalunya

#### **Objetivo**

- Conocer cómo es la comunicación entre paciente, familia y profesional sanitario, a través de los artículos revisados.
- Conocer la importancia de la comunicación como una necesidad familiar.
- Conocer la estructura interna de una UCI y cómo se organizan sus visitas.

#### **Material y Método**

La tipología de investigación desarrollada fue una revisión de la literatura. Las bases de datos científicas utilizadas fueron Pubmed y Google Académico-(Anexo 1). La estrategia de búsqueda incluyó la utilización de los operadores booleanos: “and”, “or”, y “not”.

Se realizó una primera búsqueda, a través de Pubmed, donde las palabras clave utilizadas fueron: “intensive care unit”, “critical care”, “communication”. El resultado fue de 1638 artículos. Para acotar la búsqueda se emplearon varios filtros: año de publicación, texto completo libre disponible y en inglés, portugués o español. Obteniendo el resultado de 1084 artículos. De los cuales se escogieron 22, para el diseño final del trabajo. Estos artículos fueron seleccionados, después de haber excluido, muchos de ellos, por no adecuarse al tema de estudio.

#### **Resultados**

Tras la realización de esta revisión, se exponen las siguientes implicaciones directas sobre la práctica clínica:

- Los profesionales sanitarios deben de ser conscientes que la necesidad de información es importante en los pacientes y familias.
- Ayudar a tener una actitud de escucha activa en todo momento y ante la expresión de sentimientos del paciente/familia.
- Realizar cuidados enfermeros holísticos dirigidos a los pacientes ingresados en una UCI y sus familias.

#### **Conclusiones**

- Las habilidades de comunicación resultan básicas en el ejercicio de cualquier actividad sanitaria, pues permiten que la información sea comprendida por el usuario/familia.
- La comunicación proactiva es una herramienta clave que juntamente con información escrita estandarizada, ayudará a las familias de los pacientes de UCI.
- Satisfacer las necesidades de información de las familias debería ser la meta para todo el personal de UCI.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 25

### **Procedimiento de conciliación de la medicación en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cuidados intensivos.**

M<sup>a</sup> Isabel González Méndez; Inmaculada Alonso Araujo; Catalina Martín Castaño; M<sup>a</sup> Rosario Ferrete Pérez; M<sup>a</sup> Rosario Urbán Carmona  
*Hospital Virgen del Rocío*

#### **Objetivo**

Prevenir los errores de medicación que pueden ocurrir en la transición asistencial de los pacientes.

Asegurar que al ingreso se produce la primera conciliación, valorando el prescriptor la continuidad, suspensión o modificación del tratamiento domiciliario del paciente.

Considerar en los traslados tanto la medicación que el paciente estaba recibiendo en la UCI como la domiciliaria al ingreso, que puede resultar apropiado continuar, reiniciar, suspender o modificar.

#### **Material y Método**

Ámbito: El procedimiento de conciliación debe ser realizado en los diferentes puntos de transición asistencial: al ingreso, en el traslado entre servicios y al alta del proceso.

Se han revisado diversos estudios que han constatado que hay errores entre la medicación prescrita al ingreso y la domiciliaria hasta en un 67% de las prescripciones realizadas al ingreso.

Se constituye grupo de expertos para desarrollar el procedimiento.

Todos los profesionales implicados tienen un papel complementario en un contexto de responsabilidad compartida: médicos, personal de enfermería y farmacéuticos. El papel de la familia o paciente también queda establecido.

Se difunde el procedimiento a todos los miembros de la UGC.

#### **Resultados**

El proceso de conciliación debe realizarse en las 24 horas desde el ingreso, siendo necesario acortar el tiempo en caso de medicaciones concretas.

Etapas del procedimiento:

1. Recogida de la información sobre la medicación del paciente previo al ingreso: lista de medicación domiciliaria.
2. Valoración de este listado
3. Detección de discrepancias entre la lista y la medicación prescrita durante el episodio
4. Resolución de las discrepancias
5. Registro de las discrepancias intencionadas
6. Comunicación al paciente/cuidador de los cambios derivados de la medicación.

#### **Conclusiones**

Un importante porcentaje de los errores de medicación se producen durante las transiciones entre niveles asistenciales. Estos errores se deben a fundamentalmente a fallos en la comunicación sobre los tratamientos. Se ha constatado que el establecimiento de procedimientos de conciliación de medicación disminuye los errores que ocurren en la transición asistencial de los pacientes.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 77

### **Sensaciones y testimonios del paciente en UCI.**

Josefa Saura Nieto<sup>1</sup>; Victoria Maho Shaw<sup>2</sup>; Juan Carlos Grimaldos López<sup>1</sup>; Fuensanta Caballero Alemán<sup>2</sup>  
1. Hospital Universitario Morales Meseguer; 2. Murcia

#### **Objetivo**

En la vida diaria las personas se enfrentan en una o múltiples ocasiones al dolor y el sufrimiento físico, mental o espiritual ocasionado por la enfermedad.

Las sensaciones que se producen al pasar por una UCI son intensas. Constituye una experiencia singular, a menudo traumática, en la vida de las personas implicadas: pacientes, familias y personal sanitario.

#### **General:**

Recopilar vivencias y necesidades de pacientes y enfermería.

#### **Específicos:**

- Fortalecer la labor de enfermería en la protección, mejora y preservación de la dignidad humana.
- Favorecer un cuidado de enfermería humanizado, al comprender la enfermedad y el sufrimiento del paciente.

#### **Material y Método**

Estudio cualitativo de carácter fenomenológico realizado a 10 pacientes elegidos de forma no probabilística, donde el criterio de inclusión fue estar ingresado en UCI, independientemente de su patología.

El estudio fue llevado a cabo por 4 enfermeros/as de UCI en lugares de confianza para los pacientes, durante 4 meses, utilizando la observación directa, recogida de datos y análisis de las respuestas gracias a una entrevista semiestructurada y diario de campo donde se recogen sus experiencias, sensaciones, sentimientos y miedos, dejándoles expresar todo con libertad.

Fueron analizados los siguientes ítems:

- el significado de su estancia en UCI,
- experiencia con el trato humano del personal sanitario
- percepción de su estado de salud
- sensación sobre el cuidado enfermero recibido.

#### **Resultados**

Los pacientes percibieron la UCI como un lugar en el cual surgen sentimientos contradictorios como el miedo a su situación, y el nivel de confianza y seguridad otorgada por el personal sanitario, lo cual establece la diferencia entre una experiencia negativa y positiva.

El mantenimiento de la intimidad, es a veces olvidada a favor de otros aspectos más técnicos.

#### **Conclusiones**

La intervención del personal sanitario puede cambiar la vivencia de las personas en situaciones críticas.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 135

### **Revisión de la evidencia sobre la posición decúbite prono en el tratamiento del *distress* respiratorio.**

Cristina Zarranz Ventura; Amaia Saralegui Gainza; Laura Azparren Tellería; Sandra Frutos Caballero; Jennifer Iglesias Carrascosa  
*Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Introducción**

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) fue descrito por Ashbaugh et al. en 1967. Se caracteriza por: aparición brusca de taquipnea, infiltrados pulmonares difusos en la radiografía de tórax e insuficiencia respiratoria con hipoxemia y disminución de la distensibilidad pulmonar. Las manifestaciones clínicas principales: taquipnea, uso de los músculos respiratorios (tiraje), incoordinación toracoabdominal y cianosis. En la práctica asistencial diaria existe gran controversia en la aplicación del decúbite prono a pacientes con SDRA.

#### **Objetivo**

Analizar la evidencia científica existente en actualidad sobre la efectividad de la posición decúbite prono como medida terapéutica en el SDRA.

#### **Material y Método**

Búsqueda bibliográfica de los términos indexados “prone position” AND “acute respiratory distress syndrome” en la base de datos de Pubmed. La búsqueda mostró 105 artículos.

Para refinar la búsqueda añadimos los filtros año de publicación (año 2000 hasta la actualidad) 90 artículos e idioma (español e inglés para ampliar así el número de artículos relacionados) un total de 88 artículos. Posteriormente hemos elegido los más relevantes.

#### **Resultados**

Se han realizado múltiples estudios para intentar esclarecer su efectividad, pero hasta la fecha solo se ha podido objetivar cierta mejoría en la oxigenación de los pacientes que se lleva a cabo así como mayor homogenización e la distribución del intercambio gaseoso en los pulmones. No debemos de olvidar que a pesar de existir ciertos riesgos al llevar a cabo el decúbite prono, esta técnica es barata y fácil de realizar con personal entrenado.

#### **Conclusiones**

Pensamos que en un futuro se debe continuar con el estudio acerca del decúbite prono como opción terapéutica en el SDRA, concretando aspectos como: criterios de inclusión de los pacientes así como cuánto tiempo deberán estar los pacientes en esta posición.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 187

### **Enfermería de UCI sin barreras.**

M<sup>a</sup> Mercè Cols Marín; Valentí Closas Pazos; Silvia Cano Hernández  
*Althaia Xarxa Assistencial i Universitària*

#### **Objetivo**

Mostrar como el trabajo de una enfermera de críticos va más allá de las puertas de la UCI.

#### **Material y Método**

Recogida y análisis de los datos generados de enero a diciembre del 2015 de las diversas intervenciones de enfermería de UCI en distintos ámbitos del hospital, relacionados la mayoría con el paciente inestable. Se han clasificado en: 1. Endoscopias (fines de semana y festivos), 2.

ACR, 3. Aviso del paciente crítico, 4. Pruebas, 5. Donación de tejidos, 6. Varios (colocar VNI en planta...). Por otro lado se registró el tiempo que se estaba ausente del servicio. Estas "salidas" forman parte del rol habitual, evidentemente aumentan la carga de trabajo e incrementando el ratio enfermera/paciente en esos momentos, a pesar de ello, no se registro ninguna incidencia dentro de la unidad en ese tiempo.

#### **Resultados**

En el año 2015 se realizaron 134 intervenciones más allá de la UCI, con una duración total en tiempo estimada de 123,66 horas, distribuidas por actuación entre los 10 y 240 minutos. La ratio habitual de nuestro servicio es 1:2 enfermeras por enfermo pasando a ser de 1:2,75 durante las salidas. En el turno de noche la ratio habitual es de 1:2,75 pasando a ser de 1:4 durante las intervenciones. Clasificadas estas en función del destino tenemos: 57 endoscopias (42,545), 20 donaciones de tejidos (14,93%) 33 ACR (24,63), 10 avisos con traslado de enfermo crítico de otras unidades a UCI (3,73), y 9 por motivos varios (colocar VNI...) (6,71%).

#### **Conclusiones**

La estabilización del paciente crítico i su traslado realizado por personal especializado disminuye la complicaciones y puede disminuir la morbi-mortalidad, de ahí la gran importancia de la existencia de dichas actuaciones, a pesar de que en estos momentos la ratio de la unidad no sea la idónea.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 209

### **Gafas nasales de alto flujo alternativa a la ventilación mecánica no invasiva.**

Auixhua Miriam García Gutiérrez; Miriam García González; Patricia Ramos Rodríguez; Maria Sonia Ramos Ángel de la Rosa; Nadia Hernández de León

*Complejo Hospitalario Universitario de Canarias*

#### **Objetivo**

Realizar una guía de actuación estandarizada acerca del uso y manejo de las gafas nasales de alto flujo(GNAF) para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

Actualizar los conocimientos del personal sanitario sobre sus indicaciones (wearing, enfermedad obstructiva crónica(EPOC),insuficiencia respiratoria aguda,..), limitaciones, montaje y uso, al igual que los cuidados para mejorar el grado de confort del paciente.

#### **Material y Método**

Se realizan una serie de sesiones explicativas/demostrativas por parte de un experto acerca del manejo de las GNAF a todo el personal sanitario de la Unidad de Vigilancia Intensiva(UVI) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias(CHUC).

Se realiza una revisión bibliográfica del uso, manejo y experiencia con las GNAF o Cánulas Nasales en otras unidades de vigilancia intensiva.

#### **Resultados**

Se realiza una guía de cuidados estandarizada, sencilla y de fácil manejo sobre el correcto montaje del sistema, como solucionar las incidencias más habituales, sus indicaciones mas frecuentes y limitaciones.

Indicaciones de la oxigenoterapia: tratamiento o prevención de la hipoxia, traumas torácicos, EPOC,...(nivel\_IV).

Las cánulas nasales con un flujo mayor de 6 litros por minuto no son toleradas por los pacientes (nivel\_IV), por ello el uso de sistemas de humidificación y calefacción del sistema para mejorar la tolerancia.

Con uso de GNAF los pacientes se sienten mas cómodos ya que pueden comunicarse mejor y comer libremente(nivel\_II) en cambio las mascarillas orofaríngeas son mas seguras y fáciles de usar pero producen claustrofobia(nivel\_IV), que se ve aumentado al soportar la presión que ejerce la Ventilación Mecánica No Invasiva(VMNI).

#### **Conclusiones**

El uso de GNAF proporciona mayor confort al paciente en comparación con la VMNI, ya que mejora la comunicación, la posibilidad de comer y se disminuyen los puntos de presión.

La creación de una guía de actuación enfermera,estandarizando los cuidados básicos y específicos de esta técnica, aumenta la calidad asistencial y mejora la praxis enfermera.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► **ID 104**

Protocolo de cuidados enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) al paciente sometido a cirugía citorrreductora (CCR) y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) por carcinomatosis peritoneal (CP).

---

► **ID 110**

Código ictus en UCI. Valoración, prevención y cuidados intensivos de enfermería.

---

► **ID 154**

Ansiedad ante la muerte: profesionales de UCI versus profesionales de oncología.

---

► **ID 218**

Medidas de contención para brote de oxa-48 en unidad de cuidados intensivos.

---

► **ID 322**

Actualización del protocolo de sondaje vesical: usando como desinfectante de primera elección clorhexidina acuosa 0,5%.

---

► **ID 346**

Plan formativo en las unidades de críticos en un hospital universitario.

---

► **ID 380**

Relación entre tipo de turno y úlceras por presión como indicador de calidad de cuidados.

---

► **ID 249**

Coste-Eficacia de la anticoagulación regional con citrato en TCRR 2014-2015 en UCI polivalente.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 104

### **Protocolo de cuidados enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) al paciente sometido a cirugía citorreductora (CCR) y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) por carcinomatosis peritoneal (CP).**

María Yovana Candelas García-Cervigón; María Eugenia Díez Moreno; Laura García Alonso; María Begoña Gómez Pérez

*Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

#### **Objetivo**

**Justificación:** realización de una nueva técnica cuyos cuidados enfermeros no están protocolizados.

**Objetivo General:** describir la atención enfermera en los cuidados al paciente sometido a CCR e HIPEC.

**Objetivos específicos:** reconocer los cuidados enfermeros y el equipamiento necesario, establecer normas de protección y una guía de actuación para el personal, prevenir y detectar precozmente las complicaciones.

Dirigido al personal enfermero.

**Población diana:** pacientes sometidos a CCR e HIPEC.

#### **Material y Método**

**Preguntas:** ¿Qué es y en qué consiste?, ¿con qué recursos se realiza?, ¿cómo se deja constancia?

**Bases datos:** INEbase, PubMed, Uptodate, Elsevier, Scielo, DeCS, IME-CSIC, Medline.

**Período búsqueda:** febrero 2015 hasta la fecha.

**Palabras clave:** HIPEC, CP, quimioterapia intraperitoneal, CCR, quimioterapia hipertérmica intraoperatoria.

**Criterios inclusión:** revisiones sistemáticas y bibliográficas, artículos científicos originales y de revisión, protocolos y documentos avalados por organismos oficiales.

**Criterios exclusión:** publicación anterior al año 2004, idioma distinto al español e inglés, documentos con texto incompleto.

**Síntesis evidencia:** revisión bibliográfica retrospectiva sometida a evaluación crítica de fuentes primarias (artículos de revista, libros, tesis doctorales, trabajos fin grado, documentos de organismos oficiales) y secundarias (análisis de artículos y resúmenes). Se encontraron un total de 43 artículos de los cuales se seleccionaron 36. Las publicaciones enfermeras son muy escasas, siendo en su mayoría documentos médicos.

#### **Resultados**

- Vigilancia hemodinámica y desequilibrio electrolítico.
- Control dolor.
- Vigilancia drenajes.
- Cuidados respiratorios y gastrointestinales.
- Prevención trombosis venosa e infecciones.
- Nivel de evidencia de todas las intervenciones: 1c.

#### **Conclusiones**

##### **Algoritmo**

**Indicadores:** ¿Se siguen las medidas de aislamiento/protección adecuadas?, ¿Se evalúa el dolor mediante escala en cada turno?, ¿Se lleva a cabo de manera adecuada la gestión de los residuos?, ¿Existen sesiones informativas para el personal? ¿Se dispone de los medios materiales necesarios para cumplir el protocolo?

**Conclusiones:** el profesional enfermero es responsable del cuidado de los pacientes, identificando necesidades, desarrollando un plan asistencial individualizado que coordine las intervenciones y evaluando los resultados para así mejorar la calidad asistencial.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 110

### **Código ictus en UCI. Valoración, prevención y cuidados intensivos de enfermería.**

José Antonio Simarro Blasco<sup>1</sup>; Mónica Bascuñana Blasco<sup>1</sup>; Milagros Noheda Recuenco<sup>1</sup>; María del Mar González Valverde<sup>2</sup>; Isabel Martínez Toledo<sup>1</sup>; María Teresa Ballesteros Olivares<sup>1</sup>; Patricia Abanades González<sup>1</sup>; Raquel Asenjo de la Calle<sup>1</sup>; María Ángeles Poyatos Álvarez<sup>1</sup>; María Teresa de las Heras Laín<sup>1</sup>

1. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca; 2. Hospital de Villarrobledo

#### **Objetivo**

Identificar complicaciones secundarias al ictus y al tratamiento puesto.

Establecer las principales actuaciones enfermeras relacionadas con la prescripción médica.

Realizar un plan de cuidados estandarizado con los principales diagnósticos relacionados directamente con el ictus

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica. Diagnósticos basados en taxonomía NANDA -NIC - NOC

#### **Resultados**

##### **Principales complicaciones:**

- Hipertensión intracraneal.
- Atelectasias y neumonía.
- Coma
- Convulsiones.
- Síndromes hipotalámicos.
- Embolia pulmonar
- Hemorragia cerebral.

##### **Principales actuaciones de enfermería:**

- Monitorizar.
- Averiguar el peso del paciente o pesarlo.
- Valorar las posibles contraindicaciones y efectos adversos de la fibrinólisis.
- Poner el 10% de la dosis en un minuto y el resto en una hora.
- Constantes y valoración cada 15 minutos durante la fibrinólisis y una hora después.
- Cada 30 minutos durante 6 horas y cada hora durante las primeras 24 horas.
- Pasar la escala NIHSS cada 4 horas y valorar cambios.

##### **Principales diagnósticos:**

- 00102. Déficit de autocuidado: alimentación. Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación. NOC: 0303 Autocuidados: comer. NIC: 1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación.
- 00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene. NIC: 0301 Autocuidado baño. NIC 1801. Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene.
- 00069 Afrontamiento inefectivo. NOC 1300 Aceptación: estado de salud. NIC 5230. Aumentar el afrontamiento. Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes y cambios.

#### **Conclusiones**

Un código ictus supone una actuación temprana, antes de las primeras 4 horas de instauración, intensiva y segura. La preparación de enfermería, valorando precozmente las complicaciones o avances de la isquemia, puede suponer la diferencia entre el éxito del tratamiento, minimizando los efectos del ictus o fracaso con secuelas definitivas y poco rehabilitables.

En hospitales pequeños, con unidades genéricas de neurología hospitalaria proponemos que el Código ictus se trate en UCI por una mejor preparación del personal de enfermería en actuaciones inmediatas y por la mejor identificación de complicaciones respiratorias y hemorrágicas.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 154

### **Ansiedad ante la muerte: profesionales de UCI versus profesionales de oncología.**

Liliana Cabistañ Dubrule; Monserrat Mariné Cabré; Piter Cueto Quintana; M. Josefa Salmerón Gascón; Mar Cabistañ Dubrule

*Hospital Universitari Sant Joan de Reus*

#### **Objetivo**

El desarrollo de la biotecnología y su presencia en las unidades de críticos proyecta en la sociedad una imagen de que a la muerte se le puede combatir y ganar la batalla. Indudablemente la muerte se produce y paralelamente a ella aparece el sufrimiento, sentimiento que es compartido por los familiares y el personal asistencial en mayor o menor medida.

Nos planteamos la necesidad de conocer el nivel de ansiedad que genera la muerte en los profesionales asistenciales, y si existen diferencias entre los profesionales de la Unidad de Críticos y los del Servicio de Oncología del Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

#### **Material y Método**

En el estudio participaron médicos, enfermeras y auxiliares de las unidades de Críticos y Oncología. Se pasaron 102 encuestas basadas en el cuestionario de la Deaht Anxiety Scale (Templer, D.I. 1970) revisada y validada al español por Tomás Sábado, J. y Gómez Benito, J. 2002. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico IBM, SPSS 20 (Chicago EEUU). Diferencias con un valor de  $p < .05$  se consideraron estadísticamente significativas. El análisis multivariado incluye variables cuantitativas y cualitativas.

#### **Resultados**

Se concluye que no existen diferencias en la percepción del sufrimiento ante la muerte entre los profesionales de las dos unidades asistenciales estudiadas. Sólo permanece en el modelo de regresión final la repercusión emocional por la muerte de un familiar.

#### **Conclusiones**

La ausencia de diferencias significativas en las variables de la encuesta nos plantea al equipo investigador, < la posibilidad de abordar el tema de la ansiedad ante la muerte desde la perspectiva del estudio cualitativo.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 218

### **Medidas de contención para brote de oxa-48 en unidad de cuidados intensivos.**

Ana Seco Martínez; Elena Pulido de la Torre  
UCIH. Universidad La Paz

#### **Objetivo**

Contener y controlar un brote de *Klebsiella pneumoniae* (KPC)-OXA 48 en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de tercer nivel (20 camas).

#### **Material y Método**

Estudio observacional analítico en un período comprendido entre Junio 2015 y Enero de 2016. Se implementan medidas específicas de aislamiento y control.

#### **Resultados**

Durante el período de estudio se detectan 15 casos positivos: 12 en frotis rectal, 2 en orina, 1 faríngeo; siendo 4 de ellos positivos en hemocultivo. Se aplican medidas de primer nivel para evitar transmisiones horizontales y aparición de nuevos casos: aislamiento en habitación individual o área específica de la unidad, uso de material fungible exclusivo para cada paciente, refuerzo en las medidas de higiene de manos (solución hidroalcohólica) y descontaminación/limpieza de superficies tres veces al día (alcohol 70°). También se implementó un conjunto de medidas complementarias: screening faríngeo y rectal dos veces/semana, hisopo nasal/rectal en pacientes de nuevo ingreso, doble saneamiento de espacios incluido paredes y ventanas, uso de equipos de protección para familiares y visitas restringidas. Ante la elevada sospecha de la existencia de reservorios ambientales, de manera excepcional se realizó una biodescontaminación de la unidad con peróxido de hidrógeno. Las medidas fueron efectivas y el brote se considera controlado durante un período de dos meses sin la aparición de nuevos casos.

#### **Conclusiones**

Para el control de un brote de KPC-OXA 48 es necesaria la participación y concienciación del equipo multidisciplinar. Se observa que las medidas de aislamiento de contacto extendidas a todos los pacientes ingresados y el aislamiento físico de los casos positivos en áreas específicas de la unidad son el conjunto de actuaciones más eficaz.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 322

### **Actualización del protocolo de sondaje vesical: usando como desinfectante de primera elección clorhexidina acuosa 0,5%.**

Virginia Pozo García; Patricia Piñas Viñambres; Berta de la Loma Fernández Gómez; Pilar Gil Sendino  
*Fundación Jiménez Díaz*

#### **Objetivo**

Estandarizar los criterios de actuación enfermera en la inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical (SV).  
Probar su eficacia e intentar reducir la incidencia de infección del tracto urinario (ITU) asociada al SV.  
Garantizar la continuidad de los cuidados en pacientes con SV.

#### **Material y Método**

Revisión y actualización del protocolo existente mediante búsqueda bibliográfica en Cuiden y Compludoc usando como palabras clave: SONDAJE VESICAL, PROTOCOLO, INFECCIÓN URINARIA.

Difusión del protocolo a todo el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos mediante sesiones formativas y uso de pósters con el protocolo actualizado.

Registro de datos de ITU para seguimiento; difusión mensual de las tasas de ITU por parte del servicio de Medicina Preventiva.

#### **Resultados**

Inserción: elección del tipo de sonda adecuado y calibre con el menor diámetro posible (14-16 French). Higiene de zona periuretral con agua y jabón y secado con gasa estéril.

Desinfección: higiene de manos; limpieza de la zona clorhexidina acuosa al 0,5%.

Modificación de cuidados en el mantenimiento: inflando el balón de la SV con agua estéril, higiene con agua y jabón cada 24 horas, movilización de la sonda en sentido rotatorio.

Cualquier desconexión de la sonda se hará de forma estéril. No se recomienda pinzar la sonda para su retirada; desinfección de la membrana de recogida de muestras con clorhexidina alcohólica al 2%.

Registro diario de los cuidados.

#### **Conclusiones**

Fomentar el uso de clorhexidina acuosa 0,5% como desinfectante de primera elección para prevenir la incidencia de ITU.

La revisión y modificación de los cuidados enfermeros, la formación e implicación del personal y un adecuado registro son herramientas eficaces para un cuidado seguro y adecuado del paciente con SV



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 346

### **Plan formativo en las unidades de críticos en un hospital universitario.**

Cristina Sánchez Sánchez; María Eugenia  
*Hospital de Cruces*

#### **Introducción**

El creciente volumen de actividad asistencial, la constante incorporación de aparataje de última generación, unido a la también constante y progresiva complejidad y especialización de los procesos asistenciales, conlleva a la necesidad de formación por parte de los profesionales de enfermería.

Hasta el momento, la formación continuada se realizaba mediante cursos en formato tradicional, presencial, poco participativo, con escasa variación en contenidos y metodología.

El entorno en el que nos encontramos exige cambios en la formación, pasando del método pasivo al participativo.

#### **Objetivo**

Describir el proceso formativo en las Unidades de Críticos del Hospital Universitario Cruces (HUC).

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo de los cursos de formación continuada en el las Unidades de Críticos del HUC  
Período: 2007-2015.

#### **Resultados**

2007 se inician en la Unidad de Reanimación sesiones clínicas intraunidad, de 1-2 horas de manera tradicional, clase magistral. Dirigido a enfermeras (DUE) y auxiliares de enfermería (AE).

2013 Inclusión de formación online, actividades semipresenciales y formación basada en la simulación de alto realismo. Se amplía a profesionales sanitarios de todas las unidades de críticos de HUC. Dirigido a médicos, DUE y AE.

2013: 9 cursos del plan formativo del hospital, 146 profesionales formados.

2014: 10 cursos del plan formativo del hospital, 168 profesionales formados.

2015: 15 cursos del plan formativo del hospital

#### **Conclusiones**

La implantación de un Programa de Formación Continuada de Enfermería en las Unidades de Críticos del Hospital Universitario Cruces (HUC) ha producido una mejora de la competencia científico-técnica en atención de los profesionales de enfermería.

La formación supone un esfuerzo considerable para la institución y los profesionales, pero necesario para conseguir mejores resultados.

Es importante avanzar en la creación de nuevas formas de aprendizaje. Atrás quedaron las clases magistrales, se trata de interactuar entre las diferentes categorías, proporcionando una formación integral, flexible, no competitiva, grupal, dinámica y acorde las necesidades del personal sanitario y las unidades de críticos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 380

### **Relación entre tipo de turno y úlceras por presión como indicador de calidad de cuidados.**

Elena Muñoz Arranz<sup>1</sup>; María del Mar Román López<sup>2</sup>; Carmen Rita Hernández Romero<sup>3</sup>

1. Hospital General Universitario Santa Lucía; 2. Cartagena. Murcia; 3. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

#### **Objetivo**

La aparición de úlceras por presión (UPP) supone un importante indicador para la medición de la calidad de los cuidados ofrecidos por el personal de enfermería.

Analizar la incidencia de aparición de UPP durante los años 2013, 2014 y 2015, como indicador de calidad de los cuidados de enfermería con turno de 12 horas versus turno rotatorio (7h -7h -10h).

#### **Material y Método**

Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo y observacional.

Lugar: UCI polivalente de 8 boxes del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

Muestra y temporalidad: todos los pacientes ingresados durante los años 2013, 2014 y 2015.

Implantación de turno de 12h en abril de 2014.

Variables: incidencia de UPP, escalas APACHE II, SAPS II y SAPS III.

Análisis de resultados mediante la observación de datos obtenidos por el programa IntelliSpace

Critical Care and Anesthesia de Phillips (ICCA) y datos facilitados por la Asociación General de Calidad.

#### **Resultados**

Los cuidados de enfermería para la prevención de UPP con turno de 12h se realizan siguiendo el mismo protocolo que con turno rotatorio de 7h-7h-10h (mínimo 3 veces al día).

Muestra de 386 sujetos en 2013, 444 en 2014 y 404 en 2015.

Durante 2013 se objetivó un 25% de UPP, en 2014 descendieron a 15,8% y en 2015 pasaron a representar un 9,1%.

Las escalas APACHE II, SAPS II y SAPS III se mantuvieron en el mismo rango durante los tres años de análisis.

#### **Conclusiones**

La incidencia de UPP tiene tendencia a ir disminuyendo. En 2015 nos hemos situado por debajo del objetivo estándar de la Asociación General de Calidad (fijado en menor o igual al 10%).

La gravedad de los pacientes, según escalas para la medición de la misma, se ha mantenido estable durante el período de estudio.

Los profesionales de enfermería realizan los cuidados para la prevención de UPP según el protocolo establecido, independientemente de las horas de duración del turno.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 249

### **Coste-Eficacia de la anticoagulación regional con citrato en TCRR 2014-2015 en UCI polivalente.**

M. Dolores González Caro; Carmen González Delgado; José Robles Carrión; Javier Vega Vázquez; M. Luisa Cantón Bulnes; José Garnacho Montero; Juan Luís Núñez Sánchez; Francisco Javier González Fernández; Sonia Ibáñez Cuadros

*Hospital Universitario Virgen Macarena*

#### **Objetivo**

Evaluar el coste-eficacia de la anticoagulación con citrato en nuestra unidad (periodo 2014-2015)

#### **Material y Método**

Realizamos un estudio retrospectivo de nuestra experiencia en el primer año de implantación del citrato como sistema de anticoagulación (año 2015) comparándolo con el año 2014 en el que se empleó mayoritariamente heparina no fraccionada.

De la base de datos ENVIN- HELICS e Historia clínica en DAE conseguimos los pacientes a los que se les ha realizado la TCRR, puntuación escala APACHE II, días de tratamiento, anticoagulación administrada (citrato u otros) y mortalidad

#### **Resultados**

En 2014 se realiza la técnica a 43 pacientes:

- 3 con anticoagulación con citrato, una media de Apache 26.6 y supervivencia 33.3%
- 5 anticoagulación mixta, citrato y otros (heparina o sin anticoagulación), Apache 20.4 y supervivencia 40%
- 35 con otros, Apache 30.5 y supervivencia 22.85%

Los días de tratamiento fueron 74 con citrato y 118 otros, total 192

El consumo catéteres 105, bolsas 120, equipos 204, líquido sustitución/diálisis 2169 litros (l), líquido sin calcio 60 l, citrato 380 l

En 2015 se realiza la técnica a 42 pacientes:

- 15 con citrato, Apache 27.2 y supervivencia 53.3%
- 5 Mixta, Apache 23.4 y supervivencia 20%
- 20 Otros, Apache 30.7 y supervivencia 40%

Los días de tratamiento fueron 151 con citrato y 85 con otros, total 236

El consumo en catéteres 100, bolsas 270, equipos 192, líquido sustitución/diálisis 1515 l, líquido sin calcio 722 l, citrato 1138 l

#### **Conclusiones**

Según la muestra, parece que hay mayor supervivencia en anticoagulación con citrato, aunque el APACHE II es superior en anticoagulación con otros. Con citrato los circuitos superan generalmente las 72 horas, lo cual hace pensar que se administra una dosis de tratamiento más correcta y se pierde menos sangre al evitar la coagulación de los circuitos. No hemos podido demostrar un menor gasto global de la técnica cuando se emplea citrato.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

### **Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

#### ► ID 411

Plan de cuidados en pacientes con cefalea, náuseas, mareo tras cirugía craneal. Caso clínico de neumocéfalo a tensión.

---

#### ► ID 207

El lavado de manos: un reto de todos.

---

#### ► ID 186

Eficacia analgésica del catéter epidural respecto al parvertebral en el postoperatorio de cirugía torácica.

---

#### ► ID 190

Percepción del alumnado enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos.

---

#### ► ID 47

Protocolo de decanulación en Cuidados Intensivos.

---

#### ► ID 79

Análisis pre-post formación de la adhesión al lavado de manos en una Unidad de Cuidados Intensivos.

---

#### ► ID 92

Ventriculitis zero: resultados tras la implementación de un protocolo de manejo del drenaje ventricular externo.

---

#### ► ID 94

Rol enfermero en Cuidados Críticos (UCI) al paciente sometido a cirugía maxilo facial. Caso clínico.

---

#### ► ID 386

Donantes en asistolia controlada en Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Logística y resultados en un hospital sin oxigenador por membrana extracorpórea.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 411

### **Plan de cuidados en pacientes con cefalea, náuseas, mareo tras cirugía craneal. Caso clínico de neumocéfalo a tensión.**

Amadeo Puebla Martín; Inmaculada Vázquez Rodríguez; María Pilar Rubio Serrano; Miguel Ángel Puebla Martín; María del Mar del Fresno Sánchez; Juan Pablo Trujillo Juárez; Miguel Ángel Ramírez de Orol; María Luisa Moreno Grande; María del Pilar Ruiz Álvarez; Flor Amigo Barrera  
*Hospital General de Ciudad Real*

#### **Objetivo**

La cirugía craneal a veces conlleva complicaciones postoperatorias que implican el obligado manejo de estos pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos, (UCI).

El neumocéfalo es una acumulación de aire dentro de la cavidad craneal; las causas más comunes son posteriores a cirugías craneales, otológicas o craneofaciales, traumáticas y la secundaria a tumores. Usualmente carecen de significación clínica, aunque pueden derivar a neumocéfalo a tensión, cuyo cuadro clínico se manifiesta por cefalea, náuseas, confusión, desorientación, y deterioro neurológico progresivo en las horas siguientes al traumatismo o la intervención realizada.

Se expone caso clínico de neumocéfalo a tensión secundario a cirugía de macroadenoma hipofisario.

#### **Material y Método**

Varón de 71 años, con antecedentes de cirugía de resección de adenoma hipofisario via transesfenoidal que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de cefalea intensa, náuseas, mareo. Se le realiza TAC craneal: neumocéfalo postquirúrgico. Ingresa en UCI por intensificación de la sintomatología y control.

#### **Resultados**

Valoración enfermera según modelo de Virginia Henderson y taxonomía (NANDA, NIC-NOC), destacando como principales diagnósticos:

1. Náusea r/c irritación gástrica, dolor, mareo causado por el movimiento, ansiedad y/o otras causas.
2. Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c ansiedad, intolerancia alimentaria, ingestión de contaminantes, cirugía y/o otras causas.
3. Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdidas excesivas a través de vías normales (vómitos)
4. Riesgo de desequilibrio electrolíticos r/c vómitos
5. Riesgo de lesión r/c disfunción sensorial
6. Deterioro de la deambulacion r/c deterioro del equilibrio.

Se plantean intervenciones NIC e intervenciones NOC.

#### **Conclusiones**

Cefalea, mareo, náuseas, tras cirugía craneal es frecuente e implica una alta morbi-mortalidad.

La existencia de un plan de cuidados de enfermería en UCI en torno al manejo de estos enfermos ofrece calidad asistencial, eficiencia y mayor implicación en nuestros pacientes.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 207

### **El lavado de manos: un reto de todos.**

Lluïsa Bancó Tura; Noemí Alonso León; Isabel Bellido Camuña; María Jesús García Amarilla; Xenia Sist Viaplana; Jonathan Ruiz Fernández  
*Hospital General de Granollers*

#### **Objetivo**

##### **Objetivo Principal:**

- Fomentar la participación del equipo asistencial de la UCI en el taller de lavado de manos.

##### **Objetivo Secundario:**

- Aumentar el cumplimiento del lavado de manos en el servicio de UCI del Hospital General de Granollers.
- Potenciar la implicación del todo el personal de enfermería en la UCI.

#### **Material y Método**

**Tipo de estudio:** Descriptivo observacional prospectivo.

**Muestra:** Personas asistentes al taller de Lavado de manos de la UCI.

**Variables:** Número asistentes al taller, categoría profesional, número de oportunidades de lavado de manos correcto.

##### **Método:**

###### **Taller rentat de mans:**

Se realizaron 4 talleres en diferentes turnos.

La metodología utilizada estaba dividida en dos:

- Parte Teórica: es recordaba la base científica de la importancia del lavado de manos.
- Parte Práctica: por parte de la enfermera de vigilancia de nosocomial del HGG se facilitó un aparato de fluorescencia para valorar la calidad del lavado de manos.

##### **Observaciones del lavado de manos:**

- a) Cada observador miraba indistintamente a cualquier profesional.
  - b) Les observaciones debían de ser de mínimo 45 minutos o 30 observaciones.
- Observadores: Jefa de Área, Jefe de Servicio, Coordinadora de la UCI i la TCAE.

#### **Resultados**

- Número de sesiones: 4
- Total asistentes: 40 (15 enfermeras, 9 TCAE, 10 médicos, Jefa de Área, Jefe de Servicio, Coordinadora, Adjunto Dirección y Enfermera de vigilancia nosocomial).
- Cumplimiento pre-formación: inferior al 30%.
- Cumplimiento post-formación de las 5 observaciones entre el 2014 y 2015: 64%, 68%, 64%, 60%, 61%.

#### **Conclusiones**

La motivación e implicación del personal es el principal factor de éxito.

Realizar un seguimiento periódico e informar de los datos a los profesionales, hace que la mejora del resultado se mantenga en el tiempo.

Siendo conscientes de que los resultados son mejorables, hay que seguir trabajando en este camino.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 186

### **Eficacia analgésica del catéter epidural respecto al paravertebral en el postoperatorio de cirugía torácica.**

Rosa M<sup>a</sup> Iribarren Romera; Sonia Juan Lozano; Susana Vegas Vidal  
*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Averiguar si existen diferencias significativas en la eficacia analgésica entre ambos tipos de catéteres.

#### **Material y Método**

Se desarrolló el estudio observacional, descriptivo y transversal durante cuatro meses con una muestra de 28 pacientes que fueron ingresados en la unidad de Reanimación Post quirúrgica siendo intervenidos de cirugía torácica y portadores de catéter epidural o paravertebral.

Las variables estudiadas fueron la edad, sexo, tipo de catéter, tipo de anestésico utilizado y el grado de dolor presentado según la escala EVA durante las primeras 24 horas, el descenso medio de puntos en la escala y la necesidad de analgesia de rescate.

#### **Resultados**

De dicha muestra 8 pacientes fueron portadores de catéter epidural y 20 de catéter paravertebral.

El % de pacientes que no precisaron medicación de rescate fueron 50% en los portadores de catéter epidural frente a un 40% en el resto.

Los portadores de catéter epidural tuvieron un descenso medio de puntos en el grado de dolor de un 4.8% frente a un 3.6% en los portadores de catéter paravertebral.

Ningún paciente portador de catéter epidural precisó más de dos bolos de rescate mientras que un 25% de los portadores de paravertebral sí lo precisó.

#### **Conclusiones**

Tras el análisis de datos concluimos, en relación al objetivo, que los pacientes portadores de catéter epidural tuvieron una mayor eficacia analgésica en el postoperatorio inmediato frente a los portadores de catéter paravertebral.

Quedó evidenciado que los primeros precisaron menos analgesia de rescate, en ningún caso precisaron más de un bolo y el descenso en el grado de dolor fue mayor.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 190

### **Percepción del alumnado enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos.**

Monica Alonso Valledor; Cristina Gaviero García; Esther Pérez Tris; Beatriz Elena Martín Rivera; María Jesus Pérez Pulido; Cristina Pascual Pascual; María Jimeno; Adrián Carrillo Plazuelo; Marina de la Matta Canto; Lorena Iglesias Gallego

*Hospital Universitario Ramón y Cajal*

#### **Objetivo**

Conocer de una manera más exacta la visión que tiene el alumnado sobre la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos (UCQ) del Hospital Ramón y Cajal, tanto los que son considerados aspectos positivos como los que son negativos.

Agrupar las opiniones similares en base a fortalezas y debilidades del servicio.

Crear líneas de mejora para poder solventar las debilidades a las que se enfrenta la UCQ, y así poder realizar una mejor acogida al alumnado que realice sus prácticas en la unidad.

#### **Material y Método**

Investigación narrativa. Se reúnen veintisiete relatos de las experiencias vividas por el alumnado de diversas Universidades (Universidad de Alcalá, Universidad Pontificia Comillas y Universidad Antonio Nebrija) en la realización de las prácticas en la UCQ en su último curso antes de terminar la carrera, durante el año académico 2014/2015, analizando de este modo las opiniones recogidas respecto a la unidad y sus vivencias.

#### **Resultados**

Adquisición de conocimientos de gran utilidad por el abordaje de pacientes con diferentes patologías. Autonomía concedida al alumnado bajo supervisión del profesional de enfermería.

Pérdida del miedo y la inseguridad a medida que pasan los días desde su llegada a la unidad.

Existe variedad de criterios profesionales al ser una Unidad de nueva creación. Satisfacción final por su paso en la Unidad y el trato humano recibido.

#### **Conclusiones**

1. Satisfacción del alumnado de enfermería con las prácticas realizadas en la unidad, por el aprendizaje y adquisición de nuevas habilidades y por el trato recibido por parte del personal sanitario. Sensación de unión del equipo de enfermería (el conjunto de enfermera y auxiliar de enfermería)
2. Cierta carencia de criterios consensuados por parte del profesional de enfermería en la tutorización de alumnos, con algunas diferencias a la hora de seguir procedimientos y/o protocolos.
3. Apertura de líneas de mejora y proyectos de investigación para realizar una buena acogida a los alumnos.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 47

### **Protocolo de decanulación en Cuidados Intensivos.**

Carmen Ballesteros Plata; Ana Leticia Algaba Andrade; Laura Cazorla López  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

#### **Objetivo**

La traqueotomía es una de las técnicas más frecuentemente realizadas en el paciente crítico.

Alrededor del 10% de los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva durante más de 3 días, terminarán necesitando una traqueotomía por ventilación o destete prolongado, daños neurológicos o por incapacidad para manejar las secreciones respiratorias.

El motivo por el que se indique la traqueotomía, condicionará el proceso de decanulación. Este proceso cobra cada vez más importancia, ya que la evidencia parece demostrar que el paciente traqueotomizado corre mayor riesgo cuando es manejado en plantas de hospitalización convencionales; pero el retraso del alta de las unidades de cuidados intensivos por este motivo, presenta un coste muy elevado.

Por este motivo se decide elaborar un protocolo para el Proceso de Decanulación dirigido a los profesionales encargados de realizarlo, con el fin de unificar criterios de actuación y prevenir complicaciones derivadas de este proceso.

#### **Material y Método**

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Cinahl, SciELO Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed, IME, Medline con palabras clave: ventilación mecánica, destete ventilatorio, traqueotomía, decanulación.

Análisis de nuestra propia experiencia, en una unidad de pacientes con patología respiratoria

#### **Resultados**

Se realiza un algoritmo que sirva como guía para el Proceso de Decanulación, en el que se incluye el uso de la terapia de alto flujo (TAF) traqueal y nasal. Está basado en tres fases en las que se valoran:

- Prueba de respiración espontánea
- Prueba de deglución
- Manejo eficaz de secreciones

#### **Conclusiones**

La elaboración y cumplimiento de un algoritmo en el proceso de decanulación puede lograr una disminución de reintubaciones/reanulaciones innecesarias. La utilización de la TAF ha contribuido a facilitar el manejo de secreciones por parte del paciente y a aumentar la probabilidad de éxito del proceso.

Sirve de guía para todo el equipo de profesionales encargados de llevar a cabo este procedimiento, realizándose así bajo criterios de calidad y seguridad asistencial.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 79

### **Análisis pre-post formación de la adhesión al lavado de manos en una Unidad de Cuidados Intensivos.**

Patricia Rebollo Gómez; Sara Somolinos Horcajuelo; M<sup>a</sup> Cruz Martín Delgado; Nuria Camino Redondo; Juan Manuel López Reina; Evelyn Bernal Pérez; Paloma Gasco Gasco; Ana Rosa Lucas Suárez; M<sup>a</sup> Elena López García; Carlos Muñoz de Cabo

*Hospital de Torrejón*

#### **Objetivo**

Evaluar el cumplimiento de la higiene de manos (HM) en una unidad de cuidados intensivos polivalente tras implementar un programa de formación y un aumento de los puntos de acceso al lavado de manos.

#### **Material y Método**

Se realizaron dos estudios observacionales prospectivos antes y después. En ambos casos con una observación directa de 30 minutos, en los cuales se analiza el momento y la técnica en que se realiza la higiene de manos (HM).

La primera observación se realizó en el año 2013 desde marzo hasta octubre. Se analizó una muestra de 15 profesionales, de 4 categorías profesionales diferentes. Se observaron 70 oportunidades.

Tras realizar sesiones formativas en diciembre, enero, febrero de 2014 de una hora de duración y aumentar los puntos de HM a dos por box se volvió a realizar otra observación.

Se realizó la segunda observación desde marzo de 2014 hasta diciembre de 2013.

Se analizó una muestra de 26 profesionales, de 4 categorías profesionales diferentes y en total se observaron 170 oportunidades.

A partir de 2015 las mediciones se están realizando mediante dispositivos de dispensación inteligente.

#### **Resultados**

El nivel de adherencia aumentó de un 40% a un 60% en las categorías con mayor adhesión (personal de enfermería y facultativos).

En los estamentos con mayor rechazo a utilizar productos de base alcohólica ha aumentado su adhesión de un 50% a un 75%.

Se ha aumentado la adhesión en los 5 momentos, destacando después del contacto con el paciente de un 30% a un 72%.

#### **Conclusiones**

La formación en prácticas seguras tales como la higiene de manos así como la implicación del personal sanitario es fundamental para asegurar una atención de calidad y por consiguiente mejorar la seguridad de nuestros pacientes.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 92

### **Ventriculitis zero: resultados tras la implementación de un protocolo de manejo del drenaje ventricular externo.**

Anselmo José Montes Aguilera; Javier Jiménez Benítez; Paloma Jiménez Arribas  
*Hospital Universitario Son Espases*

#### **Objetivo**

La incidencia de ventriculitis asociada a drenaje ventricular externo (DVE), según la literatura más actual es variable, con tasas que van desde el 2% al 27%, suponiendo un importante problema de salud y costes sanitarios.

Nos proponemos como objetivo:

- Valorar la incidencia de ventriculitis, tras la puesta en marcha de un protocolo de inserción del DVE.

#### **Material y Método**

Estudio cuantitativo cuasi-experimental longitudinal y prospectivo. Se realizan 2 mediciones, una previa a la intervención y otra posterior. No existe grupo de control.

Se confecciona un protocolo con medidas generales y específicas para la colocación y mantenimiento del DVE.

**Inclusión:** Todos los pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos que precisaron un DVE.

**Exclusión:** Paciente pediátrico, otros pacientes portadores de DVE no insertados en la unidad.

Recogida de datos mediante registro estandarizado y seguimiento diario, valorando: tipo de DVE y fecha de inserción, revisión del sistema, recambio, extracción de muestras, detección precoz de complicaciones, infusión de medicación, mal funcionamiento y fecha de retirada.

**Variable dependiente:** Tasa de ventriculitis, como variable cuantitativa.

**Variables independientes:** Demográficas (sexo, edad), patologías de base, causa por la que se coloca el DVE, días de DVE, estancia en cuidados intensivos y hospitalización.

#### **Resultados**

Se colocaron 46 DVE.

Se describieron cuatro casos de ventriculitis por *Streptococo Epidermidis*.

Se utiliza estadística descriptiva con medidas de centralización y dispersión para el análisis de los datos.

Se comparan las tasas de ventriculitis previas al protocolo con los resultados posteriores a la intervención. Análisis bivariado y multivariado.

Se utiliza el programa informático Restudio versión Open Source.

#### **Conclusiones**

Los casos de ventriculitis asociada a DVE se redujeron del 19,5% (previo al estudio) al 8,7% actual, demostrando que la puesta en marcha de una serie de medidas estandarizadas para la inserción y mantenimiento del DVE incide de manera importante en el descenso de la infección, las complicaciones asociadas y aumenta la seguridad del paciente.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 94

### **Rol enfermero en Cuidados Críticos (UCI) al paciente sometido a cirugía maxilo facial. Caso clínico.**

Consuelo Rodríguez Goncet<sup>1</sup>; María Teresa Barrasa Fernández de Velasco<sup>2</sup>; José Antonio Márquez Rojas<sup>1</sup>; María Rosario Mesa Bueno<sup>1</sup>; Florencia Sánchez Roldán<sup>1</sup>; María José Aranda Martínez

1. UGC Cuidados Críticos HHUU. Virgen del Rocío; 2. Hospital Universitario Virgen de la Salud de Toledo

#### **Objetivo**

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.

#### **Material y Método**

Varón de 64 años que tras 72 horas de extracción dental por odontólogo sufre cuadro de disnea e inflamación en cuello, acude a urgencias ambulatoria y es derivado al Hospital con ambulancia medicalizada y posteriormente al servicio de cirugía maxilofacial. Ingresa en observación de traumatología del HHUU Virgen del Rocío 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. Posteriormente pasa a planta y dado de alta a domicilio tras 13 días de ingreso.

#### **Resultados**

Se realiza plan de cuidados según taxonomía NANDA, NOC, NIC, sobre limpieza, cuidados, apoyo emocional y familiar, manejo de la ansiedad. Educación sanitaria al paciente y la familia

#### **Conclusiones**

No podemos considerar a este tipo de patología inicial como algo leve, ya que como se presenta en el caso, pueden llegar a agravarse sufriendo riesgo vital.

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 su lugar de trabajo, ya sea, atención primaria o especializada.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Martes 21 de Junio de 2016 de 11.40 a 12.10 h.**

► ID 386

### **Donantes en asistolia controlada en Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Logística y resultados en un hospital sin oxigenador por membrana extracorpórea.**

Elisabet Patricia Fuentes García; José Miguel Pérez Villares; Ramón Lara Rosales; Blas Baquedano Fernández; Manuel José Burgos Fuentes; M<sup>a</sup> Eugennia Poyatos Aguilera  
*Coordinación de Trasplantes Complejo Hospitalario Universitario de Granada*

#### **Objetivo**

Describir los casos, la logística llevada a cabo y los resultados obtenidos en el Hospital San Cecilio de Granada en los dos casos de donación en asistolia controlada.

#### **Material y Método**

Los donantes fueron una mujer de 53 años y un hombre de 56 años, ambos ingresaron en UCI por unaparada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada.

En el primer caso, durante la estancia en la UCI, la paciente permaneció con Glasgow (GCS) de 3/15 Pupilas mióticas, no reactivas a la luz. Reflejos oculocefálicos abolidos. Reflejo corneal, faríngeo y tusígeno conservados. Estímulo respiratorio presente.

La evolución neurológica del varón de 56 años, estuvo marcada por una disfunción severa por encefalopatía postanóxica, manteniendo un coma arreactivo con Glasgow 3-4 y situación similar al caso anterior.

Informadas ambas familias del mal pronóstico y de la futilidad del tratamiento, están de acuerdo en limitar el esfuerzo terapéutico.

Se nos alerta a la Coordinación de Trasplantes del Hospital Virgen de las Nieves, y en colaboración con la Coordinación de Trasplantes de San Cecilio se inicia el procedimiento con la explicación de todo el proceso a las familias, que firman los consentimientos específicos.

El desplazamiento de la (ECMO), lo realizó un vehículo del Consorcio de Transporte Sanitario de Granada, bajo la supervisión de la Coordinación de Trasplantes del Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

#### **Resultados**

En el primer caso fueron extraídos y trasplantados los dos riñones, tejido osteotendinoso y vasos sanguíneos. El hígado se consideró no válido.

En el varón de 56 años, se extrajeron los dos riñones, enviando el riñón derecho a otra ciudad por ausencia de receptores en la nuestra, y el hígado, fue desestimado por ausencia de receptores.

#### **Conclusiones**

El traslado de la ECMO y la colaboración entre las Coordinaciones de Trasplantes, hicieron posible llevar a cabo las donaciones en asistolia controlada en un hospital que no cuenta con los aparatos necesarios para llevar a cabo la preservación abdominal en normotermia.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

► Pósters

*Planta baja.* Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.

► Pantalla nº 1

► Pantalla nº 2

► Pantalla nº 3

► Pantalla nº 4

► Pantalla nº 5

► Pantalla nº 6

► Pantalla nº 7

► Pantalla nº 8

► Pantalla nº 9

► Pantalla nº 10



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► **ID 43**

Anorexia extrema con alteración bioquímica grave que implica ingreso en Cuidados Intensivos por riesgo vital.

► **ID 83**

¿Están satisfechos los pacientes y familias en nuestra UCI?

► **ID 85**

Edad e índices de gravedad: comparativa de dos grupos randomizados con delirio.

► **ID 87**

Registro de enfermería para el traslado interhospitalario del paciente crítico.

► **ID 91**

Cuidados de enfermería en pacientes críticos con necesidad de oxigenoterapia de alto flujo con gafas nasales.

► **ID 109**

Manejo y mantenimiento del humidificador con generador de flujo integrado AIRVO™ 2 para la administración de alto flujo nasal con Optiflow™.

► **ID 133**

Gestión del cambio en UCI: régimen de visitas.

► **ID 159**

La hipotermia terapéutica en el paciente crítico en parada cardiorrespiratoria.

► **ID 165**

¿Medimos realmente el dolor en las Unidades de Cuidados Intensivos?

► **ID 243**

Repercusión de la informatización de la Unidad de Cuidados Intensivos en el proyecto Bacteriemia Zero. Complejo asistencial de Segovia.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 43

### **Anorexia extrema con alteración bioquímica grave que implica ingreso en Cuidados Intensivos por riesgo vital.**

Juan José Rodríguez Mondéjar<sup>1</sup>; Lucía Navarro Sanz<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> Carmen Armero Sánchez<sup>2</sup>; Ana Pérez Olmos<sup>2</sup>; Fuensanta Núñez Fuentes<sup>2</sup>; José Gaspar Lasheras Galacho<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> José Navarro Marco<sup>2</sup>; Raul Navarro Lozano<sup>2</sup>; Micaela Martínez Huéscar<sup>2</sup>; Rosa M<sup>a</sup> Valbuena Moya<sup>3</sup>

1. UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y emergencias 061. Servicio Murciano de Salud; 2. UCI. HGU Reina Sofía de Murcia. Área VII-Murcia Este. SMS; 3. UME-14 Murcia. Gerencia de Urgencias y emergencias 061. Servicio Murciano de Salud

#### **Objetivo**

Describir un caso clínico poco común en la unidad de cuidados intensivos (UCI): desnutrición severa por anorexia extrema.

#### **Material y Método**

Mujer de 38 años que ingresa procedente de la unidad de hospitalización de medicina interna para monitorización de anorexia nerviosa con desnutrición extrema.

#### **Antecedentes:**

Alérgica a piña, kiwi y huevo. Intolerancia a la lactosa, fumadora de 3-4 cigarros/día. No HTA, Diabetes mellitus, ni dislipemia. Seguimiento desde hace 8 meses en su centro de salud mental por presentar clínica depresiva, anorexia e insomnio. Amenorrea.

#### **Enfermedad actual**

Hipoglucemia en vía pública (21 mg/dl) que es atendida por Servicio de Urgencias y trasladada a su hospital de referencia. La paciente refiere varias hipoglucemias severas en su ingreso y se niega a tratamiento. Se estudia de foma multidisciplinar por MI-Unidad de nutrición y Salud mental. En nuestra UCI ingresa para monitorizar la renutrición, junto con tener un compromiso vital.

#### **Datos objetivos y exploración física:**

Consciente y orientada, lenguaje enlentecido pero entendible y coherente. Caquexia extrema con ausencia de bolsas de Bichat, sequedad cutánea. Peso 28 kilos, IMC 10.

Constantes vitales: Presión arterial 130/78. Fc 52l/m. Fr 8r.p.m., SatO<sub>2</sub> 100%, T<sup>a</sup> timpánica 35°C.

Ausencia generalizada de masa muscular, no edemas, ni úlceras o heridas cutáneas. 3.600 leucocitos, Enzimas: fosfatasa alcalina 823UI/L (rango 35-104), GOT 7650, GPT 2519, LDH 1313. Glucosa 61 mg/dl, LDL colesterol 4, triglicéridos 8, fósforo 1,4, magnesio 2, sodio 127.

Coagulación: INR 14.

#### **Resultados**

Aplicación del proceso enfermero y plan de cuidados personalizado en paciente con grave desnutrición y compromiso vital.

Se centra en la "renutrición" mixta (oral-enteral) a dosis bajas para evitar alteraciones hidroelectrolíticas más graves, y cuidados generales, destacando el diagnóstico de "manejo inefectivo del régimen terapéutico" con manipulación constante para no ingerir alimentos.

#### **Conclusiones**

Caso clínico complejo, no común que ingrese en UCI, que evolucionó muy lentamente pero que se corrigieron los parámetros iniciales incompatibles con la vida.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 83

### ¿Estan satisfechos los pacientes y familias en nuestra UCI?

M. Jesús Marmol<sup>1</sup>; Lidia Cuenca<sup>2</sup>; Gemma Guillaumet<sup>1</sup>; Silvia Guzmán<sup>2</sup>; Verónica Segura<sup>1</sup>; Mercè Solà<sup>2</sup>; Neus Tomàs<sup>1</sup>  
1. Althaia; 2. Manresa

#### Objetivo

- Conocer la opinión de nuestros pacientes y sus familias.
- Garantizar una buena atención mediante la implicación de la familia en la atención al paciente.
- Medir el grado de satisfacción de las visitas en una UCI abierta.

#### Material y Método

- Encuestas con preguntas cerradas sobre aspectos como: horarios, estancia, atención, etc.
- Entrega de las encuestas al alta a todos los pacientes ingresados ??en UCI
- Recogida semanal de encuestas y valoración de resultados.
- Reuniones mensuales del equipo de seguridad.
- Seguimiento de indicadores de efectividad y continuidad asistencial

#### Resultados

Recogidas 97 encuestas, de un total de 966 altas dadas al servicio durante el año 2015.

La media del nº de días de ingreso es de 13'8.

**Resultado Indicador:** nº encuestas contestadas / nº altas x 100 = 10,04%

#### Resultados de las preguntas:

¿Han encontrado comprensibles y suficientes las explicaciones que se le dieron sobre normas de ingreso y funcionamiento de la unidad? Un 96'8 las encontraron muy o bastante comprensibles.

¿Se ha sentido tratado con respeto e intimidad durante el ingreso por parte del personal? El 85'5% refiere que mucho y el 14'5% bastante.

¿Conoce su enfermero / a responsable? El 92'8% de los encuestados los / las conocen.

¿Cree importante la presencia de un acompañante las 24 h. del día? Un 66'7% opinan que es muy importante o bastante, mientras que el 33'3% piensan que es poco o nada importante.

¿Qué le parece el horario actual para el resto de visitas? El 73'9% opinan que muy bien y bien, un 26'1% piensan que es poco.

#### Conclusiones

Enfermería creemos que una UCI abierta es más humanizada; permite cubrir las carencias afectivas de los pacientes la presencia de la familia.

La Enfermera Referente garantiza una atención más personalizada y de calidad, proporcionando más confianza y seguridad al paciente.

Debemos establecer medidas para aumentar el número de encuestas contestadas.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 85

### **Edad e índices de gravedad: comparativa de dos grupos randomizados con delirio.**

Juan José Rodríguez Mondéjar<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> José López Montesinos<sup>1</sup>; Concepción Lucas García<sup>2</sup>; Jesús Rodríguez Soler<sup>3</sup>; Fuensanta Sánchez López<sup>3</sup>; Adoración Pedreño Vera<sup>3</sup>; Juana M<sup>a</sup> Serrano Navarro<sup>3</sup>; M<sup>a</sup> José Rico LLedó<sup>3</sup>; Francisco José Sánchez<sup>3</sup>; M<sup>a</sup> Carmen del Pozo Chinchilla<sup>3</sup>

1. *PhD. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia*; 2. *C.S. de las Torres de Cotillas. Gerencia Área VI. Servicio Murciano de Salud*; 3. *UCI. HGU Reina Sofía. Gerencia Área VII. Servicio Murciano de Salud*

#### **Objetivo**

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es un proceso que recobra interés con su frecuencia en el paciente crítico y con su relación con la morbilidad, gravedad y complejidad hospitalaria.

Objetivo: analizar y comparar las características de la edad y de los índices de gravedad en dos grupos aleatorizados de pacientes críticos con SCA.

#### **Material y Método**

Estudio experimental, prospectivo y longitudinal, en una UCI polivalente de un Hospital General Universitario de Nivel II. Temporalidad: 2 años continuados.

Sujetos a estudio: pacientes que desarrollaron SCA en UCI con 24h de ingreso.

Desarrollo: Se realizó un ensayo clínico con dos grupos dentro de una tesis doctoral. Se recogieron 152 variables.

Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con cálculo de medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Estadística inferencial de comparación de medias, con T de Student, aceptando significación estadística si  $p < 0,05$ .

El estudio contó con la aprobación del comité de ética e investigación clínica del área sanitaria correspondiente.

#### **Resultados**

Muestra obtenida de 33 pacientes en grupo intervención (GI) y 34 pacientes en grupo control (GC). Edad media GI 74,2 DE11,9, en GC 74,5 DE13,4  $p=0,942$ . Índices de gravedad obtenidos: APACHE II: GI 16,4 DE8,5 GC 18,2 DE7,2  $p=0,36$ , SAPS II: GI 37,1 DE13,8  $p=0,992$ . SAPS III: GI 55,9 DE10,1, GC 60,5 DE13,1  $p=0,112$ . SOFA: GI 3,7 DE3,04, GC 5,42 DE4,52  $p=0,069$ . Pronóstico mortalidad GI 34,2 DE20,3 GC 40,2 DE 22,9  $p=0,278$ .

#### **Conclusiones**

En nuestro estudio ni la edad, ni los índices de gravedad fueron distintos en el grupo control y el intervención, lo que da validez y representatividad al estudio al ser grupos homogéneos aunque hayan sido elegidos aleatoriamente.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 87

### **Registro de enfermería para el traslado interhospitalario del paciente crítico.**

Virginia Larios Reyes; M<sup>a</sup> Ángeles Navarro Nicuesa; Rosa María Rivero García  
*H.G.U. de Guadalajara*

#### **Objetivo**

Para garantizar un adecuado diagnóstico y/o tratamiento del paciente crítico, en muchas ocasiones es necesario llevar a cabo un traslado interhospitalario. Una correcta información entre el personal sanitario asegura la continuidad de los cuidados y la disminución del riesgo de errores o complicaciones.

El objetivo de éste trabajo es elaborar un sistema de información de cara al traslado interhospitalario del paciente crítico, con objeto de facilitar la comunicación entre los profesionales de enfermería implicados.

#### **Material y Método**

- Revisión bibliográfica en distintas bases de datos: MEDLINE,CUIDEN,PUBMED.
- Comparativa de registros enfermeros para el traslado de paciente crítico de diferentes centros hospitalarios.
- Diversas técnicas de comunicación del equipo de trabajo de personal de enfermería de la UCI de Guadalajara: brainstorming, brainwriting, role playing, medios audiovisuales.

#### **Resultados**

Se realiza un documento de registro enfermero con toda la información necesaria para el traslado interhospitalario del paciente crítico. Recaba información objetiva, dinámica y efectiva, garantizándose una continuidad óptima de los cuidados.

#### **Conclusiones**

Con la instauración de este registro se mejora la comunicación entre los profesionales de ambos centros hospitalarios y entre los profesionales encargados del traslado, se aumenta la seguridad durante dicho traslado y la calidad del proceso asistencial.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 91

### **Cuidados de enfermería en pacientes críticos con necesidad de oxigenoterapia de alto flujo con gafas nasales.**

María Pilar Guerrero-Strachan; Lourdes González Arjona; Pilar Montejano Cloute  
*Fundación Jiménez Díaz*

#### **Objetivo**

Conocer los cuidados de enfermería, de una unidad de cuidados críticos (UCI), en pacientes sometidos a oxigenoterapia de alto flujo, para asegurar su bienestar, la eficacia de la terapia, así como evitar posibles complicaciones.

#### **Material y Método**

La terapia de alto flujo de oxígeno con gafas nasales consigue concentraciones elevadas de oxígeno con una humedad, temperatura adecuadas y una presión continua en la vía aérea, permitiendo de esta manera mejorar la mecánica respiratoria del paciente y disminuir el gasto metabólico.

Dicho procedimiento requiere la capacitación del personal de enfermería de UCI por lo que hemos elaborado un plan de cuidados protocolizado que oriente a los profesionales en la práctica.

#### **Resultados**

El protocolo de cuidados de enfermería que hemos elaborado incluye:

1. El conocimiento del material necesario para la terapia, así como su montaje.
2. La vigilancia de una serie de parámetros:
  - a) De la propia terapia, como revisión de conexiones para evitar fugas y así mantener una humidificación continua y una temperatura adecuadas, mantenimiento de las tubuladuras en declive para evitar acúmulo de condensación en el sistema de administración de oxígeno, comprobación del buen funcionamiento de caudalímetros, entre otros.
  - b) Del paciente, como signos vitales, saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>), signos de hipoxia, signos de toxicidad por oxígeno.
3. Cuidados dirigidos al paciente: explicación de la técnica, higiene adecuada de fosas nasales y boca, prevención de úlceras por presión en puntos de apoyo y sujeción de las gafas nasales...

#### **Conclusiones**

El establecimiento de un protocolo para la oxigenoterapia de alto flujo, dará unas pautas para que se realice de forma correcta y homogénea por todos los profesionales de la unidad y así disminuir en gran medida las posibles complicaciones.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 109

### **Manejo y mantenimiento del humidificador con generador de flujo integrado AIRVO™ 2 para la administración de alto flujo nasal con Optiflow™.**

Marta María Pérez Martínez; Ana María Santamaría González; Dolores Carrillo López; Patricia García Jáñez; Rosa María Lozano Ordax; Gloria Martínez Mateo; María Teresa García Hernández  
*Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

#### **Objetivo**

Debido a la reciente implantación en nuestra unidad de la oxigenoterapia de alto flujo (OAF), se crea la necesidad del desarrollo de un protocolo que estandariza el manejo y mantenimiento del humidificador AIRVO™2.

Esta tecnología de humidificación del AIRVO™2 permite suministrar con comodidad un alto flujo de aire/oxígeno, añadiendo calor, a pacientes con respiración espontánea, mediante unas cánulas de alto flujo Optiflow™; considerándose una posible alternativa a la ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

#### **Material y Método**

Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía, tanto impresa como on line, sobre la OAF; así como del manual, aportado por la casa, del humidificador y de las cánulas nasales de alto flujo. Se ha realizado el protocolo cumpliendo la exigencia de buena práctica clínica, reevaluable y reproducible, con el consenso de todos los miembros implicados en el manejo y limpieza del mismo.

#### **Resultados**

En el protocolo se describe detalladamente el funcionamiento del humidificador, así como el ensamblaje de los fungibles:

- Tubo respiratorio calentado.
- Cámara de agua.
- Interfaz del paciente (cánulas nasales Optiflow™).
- Alargadera de oxígeno.
- Bolsas de agua estéril.

Se indica, a su vez, como configurar:

- La temperatura de condensación deseada (31 °C, 34 °C ó 37 °C).
- El flujo deseado (entre 10 L/min y 60 L/min).
- El oxígeno (entre 21 y 95 %).

Al encender el dispositivo aparecerá en pantalla el estado de desinfección, indicándonos si es seguro utilizarlo en un nuevo paciente.

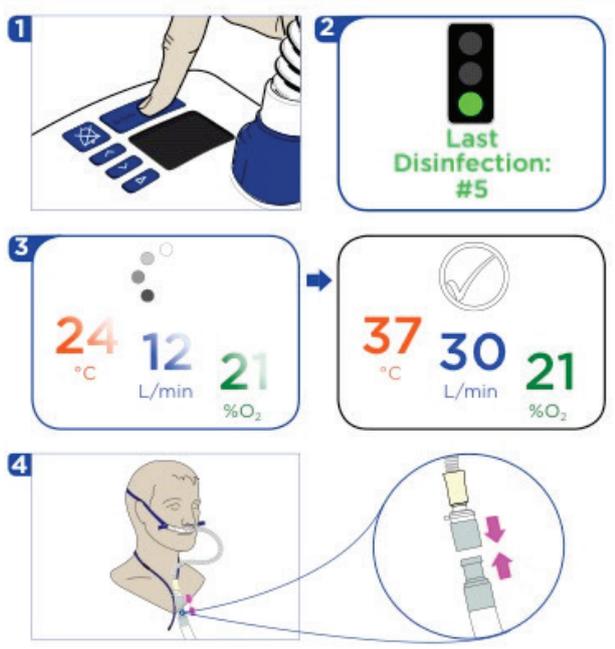
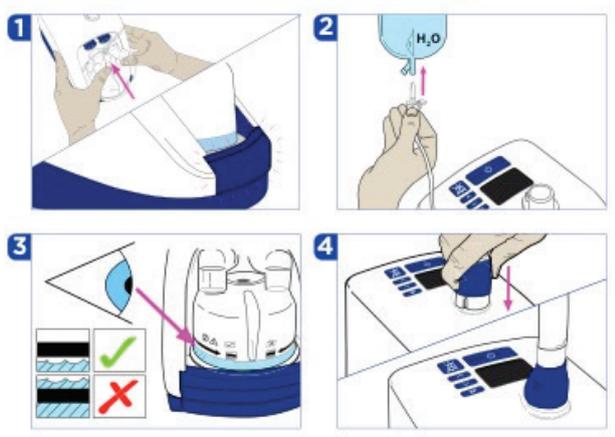
Se adjunta al protocolo una guía visual, proporcionada por la casa, con indicaciones rápidas, sobre como ensamblar, programar y desinfectar el AIRVO™2; como se muestra en las imágenes adjuntas.

#### **Conclusiones**

En nuestra unidad, el humidificador AIRVO™2 se ha utilizado junto a la cánula nasal Optiflow™. Con la creación del protocolo se ha asegurado el correcto manejo de ambos elementos, proporcionando máximo rendimiento y comodidad para el paciente.

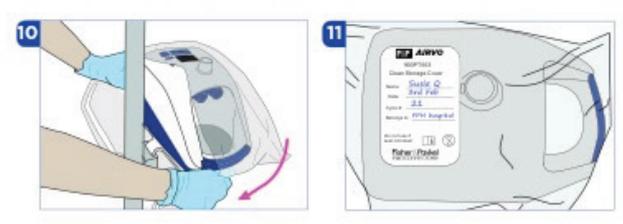
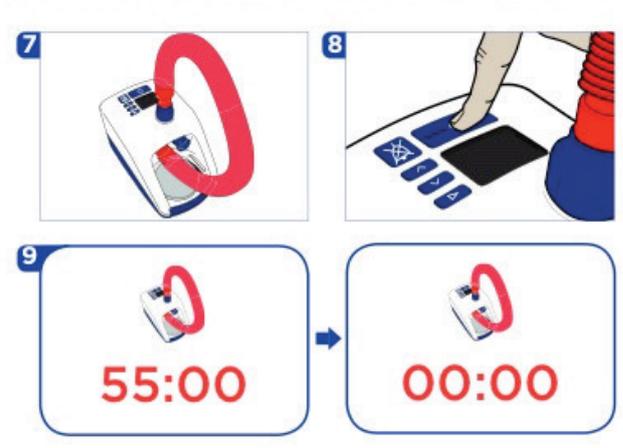
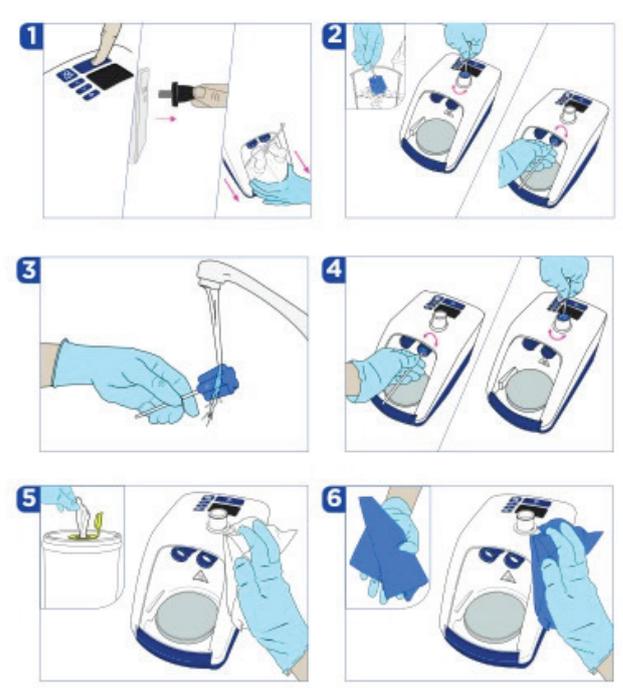
sigue →

## F&P AIRVO™ 2 1



|          |        |   | °C |    |    | L/min |   |    |    |    |    |    |    |
|----------|--------|---|----|----|----|-------|---|----|----|----|----|----|----|
|          |        |   | 31 | 34 | 37 | 2     | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 55 | 60 |
| 900PT531 | OPT316 | 🌿 | ●  |    |    | 2     |   |    |    |    |    |    | 20 |
|          | OPT318 | 🌿 | ●  |    |    | 2     |   |    |    |    |    |    | 25 |
| 900PT501 | OPT842 | 🌿 | ●  | ●  |    |       |   |    | 10 |    |    |    | 50 |
|          | OPT844 | 🌿 | ●  | ●  |    |       |   |    | 10 |    |    |    | 60 |
|          | OPT846 | 🌿 | ●  | ●  |    |       |   |    | 10 |    |    |    | 60 |
|          | OPT870 | 🌿 | ●  | ●  |    |       |   |    | 10 |    |    |    | 60 |
|          | RT013  | 🌿 | ●  | ●  |    |       |   |    | 10 |    |    |    | 60 |

## F&P AIRVO™ 2 2





índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 133

### **Gestión del cambio en UCI: régimen de visitas.**

Amaia Saralegui Gainza; Laura Azparren Tellería; Cristina Zarranz Ventura; Nuria Chivite Fernández; Nuria Barrenechea Pérez; M<sup>a</sup> Jesus Ancín Yaniz  
*Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

El régimen de visitas en las Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) es un tema controvertido ya que, a pesar de que las recomendaciones apunten hacia un régimen de visitas abierto, la realidad es que en la mayoría de las UCI siguen existiendo políticas restrictivas de visitas y presencia de familiares.

En 2015 se inauguró una UCI en el Complejo Hospitalario de Navarra que proporcionó las condiciones estructurales ideales para proponer una flexibilización del régimen de visitas.

Se fijó como objetivo general proponer una estrategia para incorporar una participación más activa de la familia en el cuidado del paciente crítico.

Los objetivos específicos fueron:

1. Elaborar un documento informativo dirigido a facilitar la adaptación al medio de la hospitalización en Cuidados Intensivos a los familiares del paciente crítico.
2. Conocer las posturas y creencias de los profesionales respecto a los diferentes modelos de visitas.
3. Trabajar con los profesionales aportándoles conocimientos que les ayuden a superar las barreras relacionadas con el establecimiento de un régimen de visitas más flexible.

#### **Material y Método**

Se realizó un análisis estratégico que contó con una revisión de la evidencia existente, una observación de la realidad del régimen de visitas en el hospital y la descripción de la Unidad actual, todo ello como parte del análisis externo.

Con la finalidad de analizar la UCI desde el interior, se realizó un cuestionario validado para conocer las creencias que el equipo de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tenía sobre el régimen de visitas abierto.

#### **Resultados**

Se analizaron las conclusiones mediante matriz DAFO y se desarrollaron dos propuestas de intervención.

Las propuestas planteadas fueron, documento informativo para familiares de pacientes para facilitar su adaptación y una actividad formativa dirigida a los profesionales con el objetivo de posibilitar la flexibilización del régimen de visitas.

#### **Conclusiones**

Las intervenciones planteadas contribuyen a la puesta en marcha de un régimen de visitas permisivo.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 159

### **La hipotermia terapéutica en el paciente crítico en parada cardiorrespiratoria.**

Nuria Zuazo Espinosa; Laura Hernández Ruiz; María Cristina Campillo  
UCI del HUBU

#### **Objetivo**

Dar a conocer mediante la exposición de un caso clínico la eficacia de la aplicación de la HT (Hipotermia terapéutica) como protector cerebral en un paciente obeso que ha sufrido una PCR (parada cardiorrespiratoria).

Elaborar un plan de cuidados par identificar los diagnósticos de enfermería y problemas más frecuentes, así como las intervenciones a realizar para su tratamiento.

#### **Material y Método**

Paciente varón de 55 años, ingresado en la unidad de Cirugía General pendiente de valoración para cirugía bariátrica que sufre un PCR hipercápnica por fibrilación ventricular durante 23 minutos precisando maniobras de RCP(reanimación cardiopulmonar) Avanzada con recuperación del ritmo y posterior traslado a UCI(unidad de cuidados intensivos) para la aplicación de la HT.

Se ha elaborado un plan de cuidados de enfermería con la taxonomía **NANDA** (North American Nursing Diagnosis), **NIC** (Nursing Interventions Classification), **NOC** (Nursing Outcomes Classification) después de haber realizado la valoración según las necesidades de Virginia Henderson. Utilizando este lenguaje común unificamos criterios entre todos los profesionales al cuidado de estos enfermos y así mejoramos la eficacia y la eficiencia de la atención sanitaria.

#### **Resultados**

A su llegada a UCI se le aplicó la HT moderada (33°C) durante 24 horas y todas técnicas necesarias para llevarla a cabo según protocolo de la unidad. A posteriori se inicio el recalentamiento(0,3°C/H) hasta conseguir la normotermia(36-37°C).

El paciente fue estabilizado clínicamente, con buena evolución y sin secuelas neurológicas y dado de alta a los diez días de su ingreso en UCI resultando un éxito la terapia intensiva con HT.

#### **Conclusiones**

Los cuidados de enfermería irán dirigidos a mantener el estado de HT y a controlar los posibles efectos indeseables que puedan aparecer.

Diversos estudios ponen de manifiesto que el tratamiento con hipotermia después de la parada cardiaca prolongada por fibrilación ventricular contribuye a mejorar el pronóstico de la encefalopatía anóxica.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 165

### **¿Medimos realmente el dolor en las Unidades de Cuidados Intensivos?**

Rosa María Fernández Tomé; María Pilar Sánchez Rubio; María Asunción Leirana Fernández  
*Hospital Universitario de Cruces*

#### **Objetivo**

Incluir el dolor como 5ª constante, Informar/formar a Enfermería sobre la utilización de las escalas del dolor, Adecuar el registro en historia clínica electrónica ICIP.

Valorar cumplimentación del registro de las escalas y del plan de cuidados según taxonomía NANDA-NIC-NOC.

#### **Material y Método**

Estudio observacional prospectivo de prevalencia. Muestra número de oportunidades de medición tres por paciente ingresado en el día del corte mes abril y octubre del 2015. Número de enfermeras 45.

Se diseñó hoja de recogida de datos ad hoc. Se realizaron sesiones formativas y se utilizó la Historia clínica electrónica ICIP para el registro de constantes

#### **Resultados**

Evaluación de cumplimentación, mediante dos cortes de prevalencia antes de intervención y posterior, donde se miden oportunidades de valoración del dolor y plan de cuidados según taxonomía NNN.

El proceso de información/formación se realizó a través de sesiones intraunidad se realizan 5 sesiones a las que acuden el 98% de las enfermeras, se elabora un procedimiento que se difunde a través de email y carpeta protocolos/procedimientos.

Primer corte, de 45 oportunidades de medición se ha cumplimentado en un 66%.

Segundo corte, de 48 oportunidades de medición se ha cumplimentado 87.5%.

#### **Conclusiones**

La inclusión del dolor como 5ª constante y los cortes de prevalencia mejoran el abordaje del dolor y el establecimiento de áreas de mejora.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 1. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 243

### **Repercusión de la informatización de la Unidad de Cuidados Intensivos en el proyecto Bacteriemia Zero. Complejo asistencial de Segovia.**

Manuela Heras Martín; Elena San José Sánchez; Susana Abad Arribas; Fuencisla Cuerdo Martín  
*Complejo Asistencial de Segovia*

#### **Introducción**

El proyecto Bacteriemia Zero (BZ) ha supuesto la reducción de las bacteriemias relacionadas con catéteres en nuestra unidad. Los datos obtenidos a nivel nacional supusieron la reducción de bacteriemias relacionadas con catéter de 4.89 en 2008 a 2.25 por 1000 días de catéter venoso central en 2012. En nuestra unidad la tasa durante 2015 ha sido de 1.60 bacteriemias por 1000 días de catéter venoso central.

El programa informático ICCA (IntelliSpace Critical Care and Anesthesia) se ha implantado en nuestra unidad desde Junio de 2015.

#### **Objetivos**

Reducir la tasa de bacteriemias relacionadas con catéteres en UCI.

Promover la cultura de seguridad aplicando prácticas seguras de efectividad demostrada.

Valorar la repercusión entre el sistema antiguo y el nuevo de informatización.

#### **Material y Método**

Observación de las dificultades originadas con la nueva tecnología.

#### **Resultados**

Recomendaciones de Bacteriemia Zero:

Reducir el número de luces de los catéteres; con el sistema informatizado se usan jeringas de infusión con la medicación muy concentrada, que obliga a usar una luz del catéter.

Reducir el nº de alargaderas y llaves de tres pasos; debido al diseño estructural de nuestros boxes, la torre de conectividad con bombas y jeringas de perfusión se sitúan en el lado izquierdo del paciente, en el caso de que el catéter esté canalizado en el lado derecho del paciente es necesario el uso de alargaderas con longitud suficiente para que se mantenga la infusión.

#### **Conclusiones**

Las dificultades estructurales de nuestra unidad interfieren en el seguimiento del proyecto Bacteriemia Zero.

La informatización ha obligado a incorporar nuevos sistemas de infusión con protocolos y pautas de otros hospitales.

A pesar de las dificultades, el proyecto Bacteriemia Zero se sigue cumpliendo, ofreciendo a nuestros pacientes cuidados seguros y de calidad.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

### **Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

#### ► ID 306

Sedaciones pediátricas en una UCI general. Estudio descriptivo de los procedimientos realizados durante los años 2014 – 2015.

#### ► ID 312

Abordaje del paciente pediátrico en una UCI general. Diseño de un programa formativo.

#### ► ID 356

Evaluación enfermera del registro de actuación del equipo de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada intrahospitalaria.

#### ► ID 360

Protocolo para la identificación precoz de pacientes colonizados / infectados por gérmenes multiresistentes al ingreso en una UCI polivalente.

#### ► ID 382

Echando un ojo a los ojos...

#### ► ID 398

Punción arterial. Análisis del consumo de tiempos y fungible.

#### ► ID 404

Manejo de la transferencia del paciente crítico.

#### ► ID 58

Cuidados de enfermería en el postoperatorio del trasplante reno-pancreático.

#### ► ID 66

Protocolo de montaje de monitor Aquarius® para técnica continua de depuración extrarrenal.

#### ► ID 253

Prevención y cuidados de UPP en decúbito prono.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 306

### **Sedaciones pediátricas en una UCI general. Estudio descriptivo de los procedimientos realizados durante los años 2014 – 2015.**

Rocío Fuentes Covián; María Jesús Mantilla Gordóvil; Elvira Benito Concha; Esther Liaño Fernández; Rocío Lobeira Rubio; Isabel Fernández González de Villambrosia; Ana Ruiz Ruiz; Estefanía Pérez González; Clara Oruña Concha; Lorena Lavín Meruelo

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

#### **Objetivo**

Para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en población pediátrica son necesarias la sedación y analgesia, buscando una realización de las mismas de forma segura, efectiva y confortable. Debido a cambios organizativos, las sedaciones en pacientes pediátricos hospitalizados se realizaron en una UCI general.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo de las sedaciones realizadas desde julio de 2014 a diciembre de 2015 en población pediátrica hematológica en una unidad de Cuidados Intensivos Generales

#### **Resultados**

Se realizaron 75 sedaciones en 15 pacientes ingresados del Servicio de Hematología con una edad media de 6 años (DE=3,6). El 80% de las sedaciones se realizó a través de vía central o reservorio implantado en vena subclavia. Se realizó medulograma por punción de médula ósea a nivel de la cresta iliaca y punción lumbar para la obtención de muestras de líquido cefalorraquídeo y la administración de quimioterapia intratecal. Según el protocolo existente se administró ketamina o propofol asociado a midazolam y/o fentanilo. Para valorar la escala de sedación se utilizó la escala de Ramsay, salvo en el caso de la ketamina. Las complicaciones respiratorias fueron menores del 5% y ninguna precisó intubación.

Se recogió una encuesta de satisfacción a los ocho pacientes que recibieron más de una sedación (90% de las sedaciones) con un alto grado de satisfacción global. Los aspectos valorados estuvieron relacionados con el equipo, paciente (ansiedad anticipatoria, amnesia del episodio), tiempos de espera/ acompañamiento familiar, ubicación y confort.

#### **Conclusiones**

Las sedaciones en los pacientes pediátricos hematológicos tuvieron escaso número de complicaciones siendo un procedimiento seguro. La mayoría se realizó a través de un acceso venoso central. El grado de satisfacción de los familiares y del paciente fue alta.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 312

### **Abordaje del paciente pediátrico en una UCI general. Diseño de un programa formativo.**

Elvira Inmaculada Benito Concha; María Jesús Mantilla Gordovil; Clara Oruña Concha; Ana María Ruiz Ruiz; Esther Liaño Fernández; Rocío Lobeira Rubio; Lourdes Gómez Cossío; María Paz Álvarez García; Isabel Fernández Gonzalez de Vilambrosia

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

#### **Objetivo**

Diseñar un programa formativo dirigido a personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos (UCI) generales de adultos, en el manejo del paciente pediátrico en diferentes procesos/procedimientos.

#### **Material y Método**

Se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar para la elaboración actualizada de los protocolos y procesos basándose en el modelo de calidad total EFQM: Definición global del proceso, destinatarios y objetivos, componentes, representación gráfica e indicadores. A partir de la definición de éstos, se diseñó un programa formativo cuyo objetivo fue capacitar al personal de enfermería de UCI general de adultos en los procesos/ procedimientos definidos, para garantizar la seguridad y calidad de la asistencia.

#### **Resultados**

La actividad formativa resultante consistió en un taller teórico práctico de 4 horas de duración donde se abordaron los siguientes temas: acogida a la familia, manejo de la vía aérea, protocolo de soporte vital avanzado, monitorización básica no invasiva, procedimientos (sedación, cateterizaciones, extracción de muestras, etc.), manejo del paciente neurocrítico y administración / manejo de fármacos en pediatría. Se utilizó la simulación como complemento a los refuerzos teóricos. Los docentes fueron enfermeras especialistas en el manejo del paciente pediátrico en UCI de nuestro centro. Se realizaron 5 talleres a 90 profesionales (57,8% enfermeras, 42,2% auxiliares) con un alto grado de satisfacción (media 88,5%).

#### **Conclusiones**

Nuestro programa formativo se ha basado en un modelo centrado en el concepto integral de la persona- profesional, el cual se considera estratégico, junto a las competencias de conocimiento y habilidad técnica. El grado de satisfacción del personal fue alto. Gracias a la formación del personal, hemos mejorado la asistencia a los pacientes pediátricos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 356

### **Evaluación enfermera del registro de actuación del equipo de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada intrahospitalaria.**

Luz María Delgado Pavón; Esteban Martínez Méndez; Jordi Nogueras Haro; Susana Navarro Ros; Ángeles Pérez Matas

*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

El Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) dispone desde el año 1993 de un equipo de soporte vital avanzado (SVA) compuesto por tres profesionales: médico reanimador, enfermera (del mismo área) y celador. Su objetivo es dar una respuesta rápida y eficaz ante diversas situaciones que comprometan la estabilidad del paciente dentro del ámbito hospitalario. El equipo actúa siguiendo las recomendaciones internacionales y el protocolo específico del centro que se actualiza de forma periódica, incorporando las nuevas recomendaciones científicas publicadas y aquellos cambios organizativos que impliquen un cambio en el sistema de localización y/o registro.

En el año 2013 se modificó el documento de registro de esta actuación que es cumplimentada por enfermería.

Evaluar el grado de cumplimentación del documento de registro de paradas (PCR) y los resultados que del mismo se desprenden.

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo retrospectivo sobre una muestra de 279 casos (activaciones del equipo de SVA) en el periodo comprendido entre Febrero de 2013 y Julio de 2015.

Variables estudiadas: sexo, edad, fecha, hora, servicio, motivo de aviso, diagnóstico de ingreso, causa, tiempo de llegada, situación a la llegada, Utstein, tiempo invertido, resultados reanimación.

#### **Resultados**

Un 3'58% de los 279 registros de la activación del equipo SVA están correctamente cumplimentados, destaca que un 20% de los 105 Utsteins registrados están completos.

El 67'97% de las activaciones tarda de 1 a 3 minutos en llegar al lugar, el 20'19% de los pacientes son exitus y en el 53'95% se habían iniciado maniobras de reanimación.

#### **Conclusiones**

Sabemos que la atención clínica y la ejecución de las maniobras de reanimación son correctas, siguiendo las guías de Resucitación del Consejo Europeo, pero se detecta una posibilidad de mejora en la cumplimentación del registro. Es por ello que nos planteamos una actuación promotora que permita el conocimiento de la realidad en la de la Parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 360

### **Protocolo para la identificación precoz de pacientes colonizados / infectados por gérmenes multiresistentes al ingreso en una UCI polivalente.**

Araceli Carreira Coria; María Dolores Coballes Estévez  
Hospital San Agustín. Avilés, Asturias

#### **Objetivo**

Los **gérmenes multiresistentes (GMR)** se han convertido en un gran problema de salud para los pacientes, profesionales sanitarios, gestores y para la sociedad en general. Su **detección precoz y erradicación** deben estar ligadas a los conceptos de **seguridad del paciente y calidad asistencial**.

El protocolo tiene como objetivo la **identificación precoz del paciente colonizado/infectado(C/I)** aplicando **medidas de control y estrategias preventivas** que impidan la propagación e infección cruzada, al ingreso de todos los pacientes en la unidad.

#### **Material y Método**

- Identificación de los criterios de aislamiento preventivo mediante los **Items del checklist** registrados en la historia clínica electrónica:
  - Ingreso hospitalario > 5 días
  - Colonización infección por GMR
  - Antibióticos > 7 días
  - Pacientes institucionalizados
  - Patología crónica susceptible
  - Insuficiencia renal crónica en diálisis
- Toma de muestras **faríngeas, endotraqueales, nasales, y rectales** a todos los pacientes, **sin exclusión**, al ingreso y cultivo temprano por el laboratorio de Microbiología.
- Identificación del **Box** del paciente potencialmente C/I mediante **cartel** de aislamiento preventivo, equipamiento con batas, guantes y mascarillas
- **Comunicación inmediata** por parte del servicio de Microbiología de los casos de C/I.
- Asignar **personal específico** (enfermera/auxiliar) para el cuidado del paciente.
- **Intensificar las limpiezas del BOX y material** con un protocolo estricto de desinfección y limpieza.
- **Lavado de manos.**
- **Mantener las visitas normalizadas**, sin restricción.

#### **Resultados**

Con la aplicación de este protocolo hemos conseguido:

- **Detección precoz** de pacientes C/I
- **Evitar las infecciones cruzadas.**
- **Mejorar la seguridad y calidad asistencial** del paciente.
- **Trabajar de forma conjunta y consensuada** por parte del equipo multidisciplinar.

#### **Conclusiones**

La instauración de **medidas de control preventivo**, la **actuación prematura** del equipo multidisciplinar implicado en el control de la C/I por GMR, evita **brotes epidémicos** y nos ayuda en la **vigilancia de la infección de manera precoz**.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h..**

► ID 382

### **Echando un ojo a los ojos...**

Jésica Perna Siurana<sup>1</sup>; Delia González de la Cuesta<sup>2</sup>; Carlos Fuentes Uliaque<sup>1</sup>

1. Hospital Universitario Miguel Servet; 2. Hospital Royo Villanova

#### **Objetivo**

Detectar complicaciones neurológicas a través de una correcta exploración a un paciente con hemorragia intracraneal. Demostrar la importancia de la aplicación de conocimientos y de la existencia de protocolos en el adecuado control neurológico.

#### **Material y Método**

Paciente de 70 años que de forma brusca sufre cervicalgia intensa. Acude a Urgencias del Hospital Miguel Servet. En el TAC inicial se observa un foco hemorrágico cerebeloso izquierdo.

No acompaña clínica neurológica, consciente, orientado y con Glasgow 15. Se ingresa en la Unidad de Neurocirugía.

Estando en planta, se procede a un estrecho control neurológico indicado en el protocolo de enfermería al ingreso, el personal de enfermería observa un repentino descenso del nivel de conciencia, Glasgow 12, y anisocoria con midriasis derecha arreactiva. Se realiza un nuevo TAC en el que se objetiva un hematoma cerebeloso en ambos lóbulos con compresión de la protuberancia y del mesencéfalo.

Se decide evacuación del hematoma. Posteriormente se traslada a la UCI de Neurotraumatología, sedoanalgesiado con pupilas isocóricas normoreactivas.

Al llegar a la UCI el personal de enfermería realiza un nuevo seguimiento y detecta precozmente una nueva anisocoria con midriasis izquierda y posteriormente bilateral. Se realiza un nuevo TAC en el que aparece un resangrado, además de una isquemia cerebelosa. Se decide no reintervenir.

#### **Resultados**

Diagnóstico enfermero: 00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

NOC: 0909 Estado neurológico

NIC: 2620 Control y seguimiento neurológico

#### **Conclusiones**

El control pupilar es un indicador fidedigno del estado neurológico; es utilizado y tenido en cuenta por las enfermeras tanto formando parte de protocolos instaurados como para la vigilancia precoz de los pacientes.

Potenciar el desempeño autónomo de las competencias enfermeras redundan en la mejor vigilancia de los pacientes y en su tratamiento precoz.

Una correcta evaluación del reflejo pupilar ayuda a detectar a tiempo complicaciones intracraneales en los pacientes estén donde estén, no sólo dentro de las unidades de cuidados intensivos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 398

### **Punción arterial. Análisis del consumo de tiempos y fungible.**

David Peña Otero<sup>1</sup>; María Eguillor Mutiloa<sup>2</sup>; Manuel Jesús Ruiz-Henestrosa Campos<sup>3</sup>; Almudena Santano Magariño<sup>4</sup>; David Vázquez Domínguez<sup>5</sup>; Francisca Rodríguez Estébanez<sup>6</sup>; Guiomar Sánchez Fernández<sup>6</sup>; José Antonio Nuevo González<sup>7</sup>; Juan Antonio Andueza Lillo<sup>8</sup>

1. Enfermero. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón -Grupo de Enfermería-. Profesor Centro Universitario San Rafael-Nebrija; 2. Enfermera. Hospital Universitario de Getafe; 3. Enfermero. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Supervisor de Urgencias; 4. Enfermera. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Directora de Enfermería; 5. Enfermer@. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 6. Enfermera. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Jefa de Departamento de Urgencias; 7. Médico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 8. Médico. Hospital General Univ. Gregorio Marañón. Jefe de Servicio de Urgencias

### **Objetivo**

La intervención enfermera (NIC) "flebotomía: muestra de sangre arterial -4232-", consiste en la obtención de una muestra sanguínea de una arteria sin canalizar para valorar niveles de oxígeno, dióxido de carbono y equilibrio ácido-base. La NIC describe las diferentes actividades a desarrollar, estableciendo un tiempo ?15 minutos para el procedimiento. El objetivo es analizar el tiempo empleado por Enfermería para la punción arterial en el Departamento de Urgencias y Cuidados Críticos de un Hospital de 3º Nivel de España, así como conocer el fungible consumido para dicho procedimiento.

### **Material y Método**

Se realizó una revisión de la literatura para diseñar una hoja con el material fungible susceptible de utilizarse. A posteriori, un panel de expertos de once representantes de Enfermería consensuó el registro definitivo para el estudio de tiempos y consumo de material en la punción arterial.

Para el cálculo de los mismos se realizó un estudio descriptivo transversal en el Departamento a estudio. La población son todos los profesionales que aceptaron participar (consentimiento informado previo). No se predetermina tamaño muestral por ser accesible toda la población (189 profesionales).

### **Resultados**

La recogida de información se realizó durante 24 horas, llevándose a cabo varios recordatorios para asegurar una mayor tasa de respuesta, que fue 64.55% (122 cuestionarios). Tras generar una base de datos creada ad hoc se analizó mediante el programa estadístico SPSS v.18.

### **Conclusiones**

El tiempo medio de punción arterial es de 9.07 minutos (D.E.=5.36), siendo en el cuidado postpunción donde más tiempo se invierte (3.18min). Se usan preferentemente guantes y gasas no estériles, kit de gasometría y esparadrappo de tela para la fijación, siendo el antiséptico de elección la clorhexidina alcohólica. No existe evidencia del uso de anestésico. De cada diez procedimientos declaran no lograr objetivo en 1.84, solicitando la ayuda de otro profesional al 2.15 intento fallido.

sigue →



[índice general](#)
[índice oral](#)
[índice oral póster](#)
[índice póster](#)

salir

# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

### PUNCIÓN ARTERIAL

|                |         | Tiempo<br>PREPUNCIÓN | Tiempo<br>PUNCIÓN | Tiempo<br>POSTPUNCIÓN | FALLOS CADA<br>10 INTENTOS | SOLICITA AYUDA DE<br>OTRO PROFESIONAL |
|----------------|---------|----------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| N              | Valid   | 120                  | 119               | 119                   | 119                        | 104                                   |
|                | Missing | 2                    | 3                 | 3                     | 3                          | 18                                    |
| Mean           |         | 2,8563               | 3,0420            | 3,1765                | 1,8361                     | 2,1538                                |
| Median         |         | 2,0000               | 2,0000            | 2,0000                | 2,0000                     | 2,0000                                |
| Mode           |         | 1,00                 | 2,00              | 1,00                  | 1,00                       | 2,00                                  |
| Std. Deviation |         | 2,51428              | 2,18487           | 2,82812               | 1,42334                    | ,49794                                |
| Minimum        |         | ,50                  | ,50               | ,00                   | ,00                        | 1,00                                  |
| Maximum        |         | 17,50                | 10,00             | 15,00                 | 8,00                       | 3,00                                  |
| Percentiles    | 25      | 1,0000               | 1,0000            | 1,0000                | 1,0000                     | 2,0000                                |
|                | 50      | 2,0000               | 2,0000            | 2,0000                | 2,0000                     | 2,0000                                |
|                | 75      | 3,0000               | 5,0000            | 5,0000                | 2,0000                     | 2,0000                                |

### Tiempo Punción Arterial (en minutos)

|                |         |         |
|----------------|---------|---------|
| N              | Valid   | 118     |
|                | Missing | 4       |
| Mean           |         | 9,0742  |
| Median         |         | 8,0000  |
| Mode           |         | 5,00    |
| Std. Deviation |         | 5,35854 |
| Minimum        |         | 1,50    |
| Maximum        |         | 23,00   |
| Percentiles    | 25      | 5,0000  |
|                | 50      | 8,0000  |
|                | 75      | 11,5000 |



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 404

### **Manejo de la transferencia del paciente crítico.**

María Teresa Barrasa Fernández de Velasco<sup>1</sup>; María Teresa Huertas Murillo<sup>2</sup>; Consuelo Rodríguez Goncet<sup>3</sup>; Florencia Sánchez Roldán<sup>3</sup>

1. Hospital Universitario Virgen de la Salud. Toledo; 2. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla; 3. UGC Cuidados Críticos HHUU. Virgen del Rocío. Sevilla

### **Objetivo**

La transferencia es el último paso que se lleva a cabo por un equipo sanitario que ha atendido a un paciente. Ésta debe producirse de forma sistematizada y estructurada. La información debe ser precisa y pertinente, sin detalles innecesarios que prolonguen el proceso y desvíen la atención de la información relevante.

Conocer los pasos a seguir de la empresa pública de emergencias sanitaria (EPES) de Andalucía para la transferencia extrahospitalaria. Describir una serie de recomendaciones en la transferencia del paciente intrahospitalario.

### **Material y Método**

Análisis analítico, descriptivo, llevado a cabo mediante revisión bibliográfica y grupo de discusión, en el que participaron enfermeros de UCI y urgencias hospitalarias.

### **Resultados**

En primera instancia el equipo de emergencias que atiende a un paciente crítico es el personal de prehospitalaria, en Andalucía la EPES tiene un protocolo estándar para la transferencia consistente en la técnica ISOBAR: I-identificación del paciente, S-situación, O-observación, BBackground o antecedentes clínicos relevantes, A-acordar plan, R-Read-back, confirmar la eficacia de la transferencia y establecer responsabilidades. Transferencia a la UCI: no existe protocolo específico registrado, nuestra propuesta es: identificar enfermero que se hará responsable del paciente, entregar toda documentación relevante de enfermería, comunicación efectiva de AP, alergias, patología, medicación administrada, procedimientos realizados, cambio ordenado y controlado de dispositivos (vía aérea, monitorización, perfusiones- sueroterapia, drenajes) asegurando el confort del paciente. Tanto en prehospitalaria como en el hospital, posteriormente se procederá a la reactivación de materia y personal.

### **Conclusiones**

El lenguaje utilizado debe ser claro y normalizado, aclarando aquellos términos que puedan resultar ambiguos. Se aconseja aplicar técnicas de feed-back y read-back para garantizar la exactitud de la información transmitida. La transmisión de la información de forma verbal cara a cara enriquece la comunicación, y el registro documentado de la asistencia prestada (soporte papel o informatizado) supone la herramienta para verificar y ampliar la información transmitida.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 58

### **Cuidados de enfermería en el postoperatorio del trasplante reno-pancreático.**

Esther Martín Álvarez; M<sup>a</sup> Luz García Prieto; Manuel Jesús Calvo Flores; Héctor Gómez García  
*Complejo Asistencial Universitario Salamanca*

#### **Introducción**

El trasplante reno-pancreático está indicado en pacientes insulino-dependientes que han desarrollado enfermedad renal crónica que están en diálisis o su entrada en dicha terapia es inminente.

Es el único procedimiento que ha demostrado hoy en día que controla el metabolismo de los hidratos de carbono y grasas consiguiendo una mejoría en la calidad de vida de los pacientes logrando suprimir la necesidad de administrarse insulina.

En nuestra UCI asumimos el postoperatorio inmediato de los pacientes trasplantados durante las primeras 72 horas en ausencia de complicaciones hasta el alta a la unidad de trasplante desde el año 2008 siendo centro de referencia de Castilla y León y otra comunidad en este tipo de cirugía.

En la actualidad el número de trasplantes realizados en nuestro centro ascienden a cincuenta.

#### **Objetivos**

El trasplante de páncreas-riñón pretende mejorar la calidad subjetiva y objetiva de la calidad de vida por encima de la conseguida con otros métodos alternativos haciéndose necesario seguir un protocolo de cuidados para conseguir optimizar los cuidados que requieren post intervención estos pacientes en las primeras horas.

#### **Material y Método**

Descripción y revisión del protocolo de trasplante disponible actualmente en nuestra UCI.

#### **Resultados**

Incluye intervenciones detalladas de las siguientes citadas a continuación:

1. Medidas y cuidados generales.
2. Medicación
3. Analíticas y otras pruebas.

#### **Conclusiones**

El seguimiento de un protocolo enfermero mejora la calidad en la asistencia, unifica criterios de actuación mejorando la seguridad del paciente y reduce costos/gasto sanitario.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 66

### **Protocolo de montaje de monitor Aquarius® para técnica continua de depuración extrarrenal.**

Inmaculada Vázquez Rodríguez Barbero; Amadeo Puebla Martín; María Pilar Rubio Serrano; Miguel Ángel Puebla Martín; José Miguel Pacheco Salgado; Gema García Fernández; María del Carmen García Fernández; María del Mar del Fresno Sánchez; Manuela Castillo Rodríguez; Ana Espinar Ochoa  
*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

#### **Objetivo**

Disponer de un protocolo que proporcionen a los profesionales de enfermería los pasos a seguir en el montaje del monitor Aquarius® para Técnicas Continuas de Depuración Extrarrenal (TCDE)

#### **Material y Método**

**Procedimiento.** Montaje del monitor AquariusR para TCDE.

**Personal que interviene.** Enfermera, auxiliar de enfermería y médico intensivista.

**Busqueda bibliográfica.** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: cuiden, pubmen, scielo, con las palabras claves: protocolo depuración extrarrenal, técnicas continuas depuración extrarrenal, continuous renal replacement therapy

#### **Resultados**

##### **Intervenciones específicas enfermería y resto equipo multidisciplinar**

- Preparar material (Auxiliar de enfermería).
- Encender monitor y pasar test inicial.
- Selección terapia (Intensivista) y tipo de paciente (adulto)
- Montaje bombas, sensores de presión, cámaras, calentador y filtro.
- Conectar línea predilución según terapia.
- Conectar bolsas reposición/diálisis, efluente, suero heparinizado y bolsa antirreflujo.
- Montar jeringa de anticoagulante.
- Purgado del sistema.
- Realizar el test pinza.
- Recircular el sistema.
- Programar tratamiento (Intensivista).
- Comprobar el catéter venoso central de doble luz.
- Insertar peso paciente.
- Conexión simple o doble (Intensivista).
- Iniciar terapia

**Problema más importante.** El montaje no se realice adecuadamente.

**Indicadores de evaluación.** El monitor pase el test pinza y se pueda iniciar terapia sin incidencia, ni alteración para el paciente.

**Registro** de la actividad y cualquier incidencia en la gráfica de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.

#### **Conclusiones**

Es fundamental contar con personal de enfermería entrenado, que conozca el montaje del monitor Aquarius® para TCDE, pues es una técnica empleada en pacientes críticos, con gran inestabilidad hemodinámica.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 2. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 253

### **Prevención y cuidados de UPP en decúbito prono.**

Diego Jiménez López; Aranzazu Picazo Gómez; María Lourdes Fenollosa Ros; Amparo Benavent Benavent; Mercedes Rosario Ballester Ribelles; Juan Adalid Illueca; Rosa Maria Julian Navarro; Cristina Pons Morera; Yolanda Pastor Peris; Elena Ferrero Ferrer  
*Hospital Clínico Universitario Valencia*

#### **Objetivo**

El decúbito prono (DP) es una estrategia terapéutica que puede aportar beneficio al tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA). Uno de los problemas más comunes que los profesionales de enfermería encuentran en el manejo de este tipo de paciente son las úlceras por presión (UPP).

El objetivo de este trabajo trata de establecer unas pautas unificadas de actuación en los cuidados de enfermería que ayuden en la prevención y tratamiento de UPP.

#### **Material y Método**

Para prevenir este riesgo añadido que supone un empeoramiento en la calidad de vida del paciente dificultando su recuperación y prolongando su estancia hospitalaria, se ha elaborado un protocolo de actuación que incorpora los factores de riesgo, las actuaciones de prevención así como los cuidados de enfermería en el paciente en decúbito prono.

#### **Resultados**

Las intervenciones enfermeras van dirigidas tanto a la prevención como al tratamiento de las posibles complicaciones que puedan derivar de las UPP en todos aquellos pacientes que requieren estar, como parte de su tratamiento necesario para su recuperación, en decúbito prono.

Mediante la elaboración e implantación de dicho protocolo en nuestra unidad, se ha conseguido tanto la unificación de criterios como la adquisición de nuevos conocimientos entre los profesionales de enfermería, fundamentales en los cuidados de las UPP.

#### **Conclusiones**

La implantación de este protocolo en nuestra unidad ha ayudado a unificar criterios y actuaciones en los cuidados proporcionados a los pacientes en decúbito prono con riesgo de desarrollar UPP's entre el personal de enfermería.

Por otra parte, la aplicación del mismo ayuda a reducir la aparición de UPP, así como las posibles complicaciones derivadas de las mismas, a la vez que evita una prolongación en la estancia en dichos pacientes.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► **ID 223**

Identificación inequívoca de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos del complejo asistencial de Segovia.

---

► **ID 257**

Protocolarización de los cuidados de enfermería en el paciente sometido a Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) en UCI.

---

► **ID 283**

Manejo de la donación en asistolia Maastrich III en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

---

► **ID 307**

La comunicación enfermera en el cambio de turno: el pilar de los cuidados de enfermería.

---

► **ID 323**

Cuidados de enfermería en la monitorización hemodinámica del paciente crítico: *Pulse Contour Cardiac Output* (sistema PICCO®)

---

► **ID 361**

Uso y manejo de dispositivos de cánulas nasales de alto flujo para enfermería.

---

► **ID 345**

Paciente crítico con óxido nítrico. Cuidados protocolizados.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 223

### **Identificación inequívoca de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos del complejo asistencial de Segovia.**

Elena San José Sánchez; Manuela Heras Martín; Fuencisla Cuerdo Martín; Susana Abad Arribas  
*Complejo Asistencial de Segovia*

#### **Introducción**

La seguridad del paciente, dimensión esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar estrategias para reducir daños innecesarios asociados a la asistencia sanitaria. Es prioridad en la atención sanitaria la identificación inequívoca; su ausencia causa errores en la práctica asistencial. En la UCI somos excesivamente confiados con la identificación; al conocer al paciente asumimos que los demás también le conocen. La utilización del brazalete con identificación fidedigna, demuestra su utilidad en la disminución de efectos adversos.

#### **Objetivos**

1. Mejorar la seguridad del paciente.
2. Minimizar incidentes causados por errores de identificación.
3. Valorar la experiencia del sistema de identificación mediante brazalete.

#### **Material y Método**

Revisión de protocolos de otros hospitales.

Elaboración de protocolo de identificación, concretando fortalezas, déficit y mejoras.

Diseño de procedimientos, diferenciando circuitos de entrada de pacientes en UCI.

Grado de aceptación del personal.

#### **Resultados**

Definición del personal responsable de la identificación.

Pulsera identificativa: nombre, apellidos, número de historia, código de barras y logotipo del Hospital.

Verificación de la identidad antes de procedimientos que impliquen riesgo al paciente.

Pulseras impresas por el personal de Admisión.

Solicitud telefónica de sustitución de nuevo brazalete en caso de deterioro, datos incorrectos o ilegibles y tras retirada para algún procedimiento.

Precaución durante el traslado del paciente para cualquier procedimiento: intervención quirúrgica o exploraciones complementarias.

Al alta, el enfermero responsable, comprueba que todo paciente porte la identificación correspondiente.

#### **Conclusiones**

Implantación exitosa de identificación en pacientes conscientes y de estancias cortas.

Peor aceptación en otros pacientes por:

- Dificultad para accesos vasculares
- Deterioro del brazalete en estancias prolongadas
- Calidad del material: bordes cortantes

El compromiso y colaboración del personal es fundamental. Se proponen actividades formativas en gestión de riesgos, que incluyan estrategias de seguridad del Sistema Nacional de Salud.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 257

### **Protocolarización de los cuidados de enfermería en el paciente sometido a *Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy* (HIPEC) en UCI.**

Patricia Piñas Viñambres; María Luisa Fernández Gutiérrez; María del Pilar Gil Sendino  
*Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

#### **Objetivo**

Dar a conocer la técnica HIPEC, sus principales indicaciones y complicaciones.

Protocolarizar los cuidados de enfermería durante el proceso.

Describir nuestra experiencia durante el 2015 en el uso de esta terapia tras la elaboración de un protocolo de actuación específico.

#### **Material y Método**

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante el 2015 y se procedió a la elaboración de un protocolo de actuación con cuidados de enfermería, teniendo en cuenta las indicaciones por parte del servicio de Cirugía general y Digestivo y en colaboración con el servicio de oncología.

Recogimos la experiencia durante el año 2015 con todos los pacientes tratados con esta técnica en nuestra UCI tras la aplicación del protocolo.

Así mismo se elaboró una plantilla que recogió las principales complicaciones durante el proceso.

#### **Resultados**

Desde el 1 de Enero al 15 de Diciembre de 2015 se trató a 9 pacientes con esta técnica: 5 hombres y 4 mujeres con edades comprendidas entre los 51 y los 75 años.

Tras la observación de estos pacientes concluimos:

- Los principales cuidados de enfermería se basaron en: cuidados respiratorios y fisioterapia respiratoria post extubación, comprobación de la permeabilidad de drenajes y sondas, control de dolor y catéter epidural, seriación de analíticas y sedestación precoz.
- Las principales complicaciones observadas fueron: febrícula, hipoalbumenemia, necesidad de drogas vasoactivas, alteraciones de la coagulación y anemia.

Solo un paciente sufrió fracaso respiratorio tras extubación con posterior parada cardiorespiratoria (PCR).

#### **Conclusiones**

Las principales indicaciones de esta terapia es la carcinomatosis peritoneal como tratamiento para determinados tumores como el cáncer colo-rectal y ovárico, el pseudomixoma peritoneal, así como cáncer gástrico, endometrial y mesotelioma peritoneal.

La complejidad de la técnica y el número de cuidados de enfermería asociados hicieron necesaria la formación del personal y la elaboración de un protocolo que unificara actuaciones con el fin de asegurar la eficacia y la disminución de complicaciones derivadas de la terapia.

Las principales complicaciones fueron derivadas de alteraciones analíticas y metabólicas.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 283

### **Manejo de la donación en asistolia Maastrich III en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).**

Olatz Naiara Eslava Abaurrea; Miren Jaione Villares Echaide; Miriam Paola Zudaire Ganuza  
*UCI-A Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

Describir el manejo del paciente candidato a la donación en asistolia Maastrich III en el CHN-A.

Dar a conocer el procedimiento de la donación en asistolia en el CHN-A.

Herramienta de apoyo al personal de enfermería en el manejo del paciente candidato a donación en el CHN-A.

Exponer los objetivos de la unidad en el avance en la donación en asistolia hacia el explante hepático. Describir el objetivo a corto plazo del programa DAIII en el CHN como mejora a alcanzar.

#### **Material y Método**

La donación en asistolia controlada es la donación que se produce tras la muerte por criterios circulatorios y respiratorios, se lleva a cabo en pacientes en los que se ha decidido con la familia la limitación del soporte vital y en los que esperamos que tras la retirada de estas medidas se produzca asistolia en las horas siguientes.

El procedimiento de la donación en asistolia controlada Maastrich III se desarrolla en siete puntos:

1. Selección de donantes
2. Limitación de las técnicas de soporte vital
3. Canulación de vasos femorales y administración de fármacos premortem.
4. Retirada de la VM, paro y certificación del éxitus.
5. Inicio de maniobras de preservación de órganos
6. Traslado a quirófano.
7. Evaluación de la viabilidad de los órganos.

#### **Resultados**

El número total de donantes en asistolia tipo III en 2014-2015 fueron ocho pacientes, un paciente en 2014 y 7 en 2015.

La extubación se practicó en los 8 pacientes en la UCI, sólo uno con acompañamiento familiar.

Se obtuvieron 16 riñones, 12 córneas (6 donantes) y tejido osteotendinoso.

#### **Conclusiones**

Los expertos del CHN-A se plantean como reto a corto plazo desde la coordinación de trasplantes del CHN el explante hepático en la donación en asistolia controlada con la utilización de la terapia de oxigenación por membrana extracorporea (ECMO).



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 307

### **La comunicación enfermera en el cambio de turno: el pilar de los cuidados de enfermería.**

Amparo Mercado; María Calabuig; Luz Coronado; Dunia Valera  
*UCI Hospital Dr. Peset. Valencia*

#### **Objetivo**

La investigación por lo que respecta a la seguridad del paciente y calidad en la asistencia contribuye al desarrollo de la práctica enfermera y a la especialidad de cuidados críticos en particular.

El objetivo que buscamos en este trabajo es:

Encontrar una herramienta para facilitar la transmisión de información entre los profesionales de enfermería en los cambios de turno.

Este trabajo de investigación está basado en el Modelo de Virginia Henderson adaptado a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Peset y en la guía de pase de turno o Handoff.

#### **Material y Método**

En este estudio de tipo cualitativo han participado 25 enfermeros/as de la UCI del hospital Dr. Peset. No hemos descrito criterios de inclusión/exclusión en el estudio.

Los datos han sido recogidos, inicialmente, a través de la herramienta a estudio (hoja de valoración) elaborada exclusivamente para el mismo. En segundo lugar, se ha elaborado un breve cuestionario para objetivar la percepción del personal en cuanto a la efectividad de la herramienta propuesta.

No se ha requerido autorización del Comité Ético para la realización de este estudio.

#### **Resultados**

Los resultados obtenidos tras 4 meses de utilización de la herramienta a estudio y posterior recogida de datos, nos indican una mejoría en la calidad de la comunicación entre el profesional de enfermería en los cambios de turno. Como consecuencia de ello se ha percibido que la seguridad y calidad en la atención al paciente se ha visto beneficiada.

#### **Conclusiones**

La conclusión de este estudio nos revela que la hoja propuesta es válida para el objetivo que se pretendía alcanzar.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 323

### **Cuidados de enfermería en la monitorización hemodinámica del paciente crítico: *Pulse Contour Cardiac Output* (sistema PICCO®)**

Berta de la Loma Fernández Gómez; Patricia Piñas Viñambres; Virginia Pozo García; Pilar Gil Sendino  
*Fundación Jiménez Díaz*

#### **Objetivo**

- Dar a conocer el manejo del sistema PICCO, sus indicaciones y beneficios.
- Determinar los principales cuidados de enfermería en relación a su colocación y mantenimiento.
- Realizar una tabla con los principales parámetros a vigilar y un análisis para una correcta interpretación.

#### **Material y Método**

Revisamos la búsqueda bibliográfica existente y elaboramos una plantilla con el material necesario para su colocación, establecimos los cuidados de enfermería para un buen mantenimiento del mismo y realizamos una tabla con los principales parámetros.

#### **Resultados**

El uso del sistema PICCO está indicado para la monitorización hemodinámica y volumétrica en función ventricular deprimida, hipertensión pulmonar, pacientes hemodinámicamente inestables, procedimientos con pérdidas sanguíneas importantes o en shock cardiogénico.

Los parámetros hemodinámicos obtenidos por el PICCO pueden ser continuos, obtenidos por análisis de contorno de onda de pulso; y puntuales, que se obtienen por transdilución pulmonar.

En su colocación se precisa un catéter venoso central y un catéter arterial con ubicación final en Aorta.

Se deberán realizar 3 mediciones para la calibración inicial y ésta se realizará al menos una vez por turno.

Los cuidados de enfermería están dirigidos a una asepsia durante el manejo de los catéteres, evitar la retirada de los dispositivos y realizar una adecuada interpretación de los datos.

#### **Conclusiones**

- El sistema PICCO aporta datos fundamentales en la toma de decisiones.
- Los beneficios de este sistema están fundamentalmente relacionados con la menor invasividad y con la disminución de la prolongación del tratamiento, además de proporcionar datos que otros sistemas no aportan.
- Los cuidados de enfermería están encaminados a una asepsia durante el manejo de los catéteres, evitar la retirada de los dispositivos y realizar una adecuada interpretación de los datos.
- Una correcta formación del personal de enfermería permite una mejora en la calidad de los cuidados y una mejor interpretación de los datos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 361

### **Uso y manejo de dispositivos de cánulas nasales de alto flujo para enfermería.**

Montserrat García González<sup>1</sup>; María Eugenia Felix Ramos<sup>2</sup>; Rocío González Blanco<sup>3</sup>; Prado Peinado Peral<sup>4</sup>; Carlos Javier Corchete González<sup>1</sup>; Yolanda Cogolludo Cogolludo<sup>1</sup>; Beatriz García Gómez<sup>1</sup>

1. Complejo Hospitalario de Toledo; 2. Hospital 12 de Octubre; 3. Hospital Ramón y Cajal; 4. Madrid

#### **Objetivo**

Actualizar conocimientos del dispositivo de Cánulas Nasales de Alto Flujo (CNAF) en pacientes críticos.

Conocer las indicaciones y contraindicaciones del dispositivo de CNAF y su manejo en pacientes críticos.

Desarrollar un protocolo de uso del dispositivo de CNAF y establecer parámetros de registro para valorar la eficacia y comodidad de este sistema de oxigenoterapia de alto flujo.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica de publicaciones científicas relacionadas con sistemas de oxigenoterapia de alto flujo, dispositivo de CNAF y manejo de insuficiencia respiratoria aguda en paciente crítico.

#### **Resultados**

El uso de gafas nasales o mascarilla con o sin reservorio permiten administrar oxígeno con flujos inferiores a 15 litros por minuto (l/m). El dispositivo de CNAF permiten flujos de hasta 60 l/m de oxígeno calentado y humidificado.

El equipo de enfermería de cuidados intensivos coloca y maneja el dispositivo de CNAF para garantizar un aporte adecuado de oxígeno en el paciente.

Se establecen diferentes parámetros que evalúan la eficacia e idoneidad del dispositivo, así como su progresiva retirada. Estos parámetros son: escala de confort, escala de Taussing, medición de constantes vitales y controles gasométricos.

#### **Conclusiones**

La insuficiencia respiratoria aguda es un motivo de ingreso y permanencia en las unidades de cuidados intensivos. El dispositivo de CNAF permite flujos de oxígeno de hasta 60 l/m, con las ventajas de que este aporte de gas es calentado y humidificado.

El sistema de CNAF mejora la situación respiratoria del paciente en muchos casos, aumenta su comodidad y permite al paciente hablar, comer y expulsar secreciones cómodamente.

La enfermería de nuestra unidad debe conocer el dispositivo, su montaje y manejo y ser capaz de valorar mediante parámetros objetivos la eficacia e idoneidad del mismo.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 3. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 345

### **Paciente crítico con óxido nítrico. Cuidados protocolizados.**

Ainoa Moro Blázquez; Sergio González Carretero; Amalia Cobo Guerrero  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal*

#### **Objetivo**

El óxido nítrico (NO) desempeña un importante papel fisiológico en la regulación del tono vascular. La administración de NO inhalado (NOi) produce una vasodilatación pulmonar selectiva en los alveolos ventilados mejorando en estos la relación ventilación/perfusión. Este efecto local se contrapone al tratamiento con vasodilatadores intravenosos clásicos que además tienen efecto sistémico produciendo hipotensión. También inhibe la adhesión plaquetaria y la activación de los neutrófilos sobre la célula endotelial, con el consiguiente efecto antiinflamatorio y en la coagulación.

El NOi se ha demostrado especialmente útil en el tratamiento de entidades patológicas como el síndrome de distress respiratorio agudo, la hipertensión pulmonar perioperatoria, la insuficiencia ventricular derecha aguda en pacientes de cirugía cardíaca o el embolismo pulmonar en el paciente adulto.

La exposición al NO y sus formas oxidadas no supone riesgo para las enfermeras que atienden a los pacientes cuando se administra NOi a dosis inferiores a 20ppm.

El objetivo de este trabajo es el de mostrar el montaje, manejo y cuidados de enfermería al paciente con terapia inhalada de óxido Nítrico.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica de bases de datos PubMed, Cinhal, Scielo, Joanna Briggs Institute y biblioteca Cochrane Plus.

#### **Resultados**

Exponer la fisiología del NO y presentar a modo de protocolo el manejo de la administración de NO inhalado con el sistema VasoKINOX a pacientes adultos en una Unidad de Críticos Quirúrgicos.

#### **Conclusiones**

La administración de NOi se ha demostrado útil para el tratamiento de diversas enfermedades pulmonares. Las enfermeras por su papel esencial en el cuidado del paciente crítico debe conocer la fisiología pulmonar y los cuidados derivados de la terapia inhalada.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

### **Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

#### ► ID 108

Resultado de la puesta en marcha de un sistema de mejora de la seguridad en el paciente crítico.

---

#### ► ID 122

Actuación de enfermería en la detección y control de problemas en el sistema de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

---

#### ► ID 146

Realización protocolo y manejo paciente adulto conectado a membrana extracorpórea de oxigenación (ECMO) en Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (UCQ).

---

#### ► ID 162

Tratamiento y evolución en un código ictus.

---

#### ► ID 226

Proyecto Resistencia Zero. Actitud del personal ante las medidas implantadas.

---

#### ► ID 244

Protocolo de transferencia y traslado intrahospitalario de pacientes críticos.

---

#### ► ID 272

El ecógrafo, seguridad en la canalización de catéteres.

---

#### ► ID 278

Experiencia inicial en implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) en el Complejo Hospitalario de Jaén.

---

#### ► ID 296

Valoración de un caso clínico con distintas escalas de carga de trabajo de enfermería.

---



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 108

### **Resultado de la puesta en marcha de un sistema de mejora de la seguridad en el paciente crítico.**

Josefa Escobar Lavela; Mónica Juncos Gozalo; Mónica Atienza Ruiz; María del Pilar González Pascual; Laura González Borraz; María del Carmen Martín Gijorro  
*Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey. Madrid*

#### **Objetivo**

- Evaluar el nivel de conocimiento de la existencia de dichos lemas
- Valorar el grado de satisfacción sobre el sistema de seguridad
- Conocer necesidad de planes de mejora

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo evaluando 42 encuestas anónimas, voluntarias, al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey (Madrid), tras la implementación de los lemas mensuales de Seguridad en la Unidad, basados en los incidentes notificados desde abril 2014 a junio 2015.

La encuesta consta de 3 preguntas cerradas y 1 abierta

- ¿Conoces los Lemas de Seguridad mensuales de la UCI SI NO
- ¿Te parecen útiles para tu trabajo diario? SI NO A VECES
- ¿Te han ayudado a evitar algún error o han mejorado tu práctica en alguna situación conflictiva? SI NO SIN/RESP.
- ¿Cómo los mejorarías?

#### **Resultados**

Considerando que el grado de participación de los profesionales fue del 100%, el resultado es:

- SI 41 NO 1
- SI 34 NO 7 A VECES 1
- SI 24 NO 16 SIN RESPUESTA 2
- ¿Cómo los mejorarías?

Colocando el documento con el título e imagen del lema en los lugares habituales y que el lema desarrollado con los ítems a tener en cuenta, se envíe por correo corporativo, intentando ser breves y claros.

#### **Conclusiones**

El estudio ha determinado que el sistema

- Es conocido por el 97,6%
- Solamente el 16,6% considera que no es útil
- Al 57,1% del personal le ha ayudado a evitar algún error o ha mejorado su práctica asistencial diaria

Como plan de mejora se notificará el lema del mes como indica la propuesta.

Podemos concluir que el sistema es considerado eficaz por parte del personal.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 122

### **Actuación de enfermería en la detección y control de problemas en el sistema de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).**

Patricia García Jáñez; Rosa María Lozano Ordax; Gloria Martínez Mateo; Marta María Pérez Martínez; Ana María Santamaría González; Dolores Carrillo López; Irene Muñoz Balasteguis; María Teresa García Hernández  
*Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

#### **Objetivo**

La manipulación de la ECMO tiene que ser cuidadosa por tratarse de un sistema extracorpóreo y de alta presión, donde pueden surgir numerosas complicaciones, el personal de enfermería debe ser entrenado para resolverlas y así aumentar la calidad asistencial y seguridad del paciente. Por ello, se decide elaborar una guía de actuaciones protocolizadas ante cada problema.

#### **Material y Método**

Creación de un plan estandarizado de cuidados enfermeros frente a las posibles complicaciones durante la terapia con ECMO, como consecuencia de trasladar los resultados de la evidencia científica y la consulta bibliográfica al trabajo diario, con la expectativa de unificar criterios.

#### **Resultados**

Se describen los siguientes signos y síntomas de las complicaciones más frecuentes del sistema en la terapia con ECMO:

##### **Disminución saturación arterial.**

- Fallo oxigenador/gas--> Cambio/Revisar.
- Flujo inadecuado circuito-->Aumentar flujo sanguíneo.
- Recirculación aumentada-->Disminuir flujo/optimar volemia.
- Aumento consumo oxígeno-->Sedación/Hipotermia/Transfusión.
- Sangrado-->Sobrecarga volumen/Transfusión.
- Empeoramiento función pulmonar--> Restricción hídrica, tratamiento sepsis.

##### **Disminución saturación venosa.**

- Flujo inadecuado--> Aumentar flujo.
- Aumento consumo oxígeno--> Sedación/Transfusión/Hipotermia.

##### **Aumento saturación venosa.**

- Recirculación aumentada-->Revisar cánulas/Cambiar dirección drenaje/Optimizar volemia.

##### **Hipotensión.**

- Hipovolemia/Sangrado--> Sobrecarga/Transfusión.

sigue →



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

### Aumento Presión succión:

- Línea venosa acodada/trombos-->Cambiar circuito.
- Hipovolemia-->Sobrecarga.
- Neumotórax--> Drenaje torácico.
- Taponamiento cardiaco-->Drenaje pericárdico.

### Aumento Presión pre-oxigenador:

- Fallo oxigenador--> Cambio oxigenador.

### Aumento Presión postoxigenador:

- Línea arterial acodada
- Línea arterial trombos-->Cambiar circuito.
- Movilidad paciente--> Sedacion, analgesia.

### Disminución presiones:

- Fallo bomba-->Cambiar bomba/circuito.

### Entrada de aire:

- Decanulación, rotura circuito/membrana-->Clampar línea arterial, parar bomba, sacar aire o cambiar circuito.

Y se desarrollan sus posibles causas y las intervenciones más adecuadas para subsanarlas.

El personal enfermero es necesario que disponga de los conocimientos necesarios y esté entrenado en el manejo de esta terapia para disminuir o minimizar las posibles complicaciones asociadas a la ECMO; una detección precoz y su rápida corrección pueden evitar que deriven en una emergencia

## Conclusiones

El registro de la Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) estima que el 57% de las ECMO han sufrido alguna complicación mecánica, gracias a la implantación de nuestro protocolo minimiza las posibles complicaciones asociadas a la técnica.

El ratio enfermera paciente debería ser 1/1, precisando cuidados específicos y complejos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 146

### **Realización protocolo y manejo paciente adulto conectado a membrana extracorpórea de oxigenación (ECMO) en Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (UCQ).**

Cristina Gaviero García; Mónica Alonso Valledor; María Jesús Ruiz Pulido; Esther Perez Tris; Cristina Pascual Pascual; María Jimeno Ruiz; Ana Castillo Ayala; Beatriz Martín Rivera; Lorena Iglesias Gallego; Adrián Carrillo Plazuelo

*Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos. Hospital Ramón y Cajal*

#### **Objetivo**

Realización de un protocolo de enfermería para la UCQ del Hospital Ramón y Cajal, las Unidades de Cuidados Intensivos que utilicen este dispositivo dentro de la Comunidad de Madrid y un plan para resolver futuros problemas que puedan surgir en el manejo.

Entrenar al equipo de enfermería para el montaje del equipo, manejo y cuidados posteriores para que no existan incidencias mientras se mantiene la terapia para conseguir la excelencia en los cuidados de enfermería y una disminución de la morbimortalidad en el paciente adulto conectado a la ECMO.

#### **Material y Método**

Revisión sistemática de protocolos de enfermería utilizados para el manejo de la ECMO en los últimos años. Realización de un nuevo protocolo para nuestra Unidad de nueva creación basándonos en la evidencia científica.

Se realizan varias fases: preparación, elaboración y análisis crítico por los participantes del grupo de investigación de la UCQ.

Bases de datos consultadas: CUIDEN, CINHALL, Cochrane Library, PubMed, MEDLINE, TESEO etc.

Palabras clave: protocolo, enfermería, ECMO, Unidad Cuidados Críticos Quirúrgicos.

Criterios de inclusión/exclusión: período de tiempo establecido en los últimos diez años, protocolos de ECMO, protocolos en Unidades de Cuidados Críticos Quirúrgicos/ Estudios anteriores al período 2005, estudios no basados en evidencia científica.

#### **Resultados**

Tras superar las diversas fases, entre ellas las de formación del personal se crea un protocolo estandarizado para el manejo futuro de este dispositivo en el paciente adulto.

#### **Conclusiones**

La creación de una nueva Unidad conlleva cambios no solo a nivel estructural sino también a nivel humano y material como son los protocolos.

La mayor parte de la bibliografía encontrada hace referencia a unidades neonatales, por lo que es de vital importancia hacer referencia al manejo estandarizado de este tipo de terapia en el paciente adulto.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► **ID 162**

### **Tratamiento y evolución en un código ictus.**

Juan Carlos Martín Corral; Ángela Núñez García; Isabel González Pérez; Javier Blanco Rodríguez; Isabel María Reyes García; Lourdes Lorenzo Rodríguez; Teresa de Dios de Dios; Rosa Ana Martín Hernández

*UCI Hospital Virgen de la Vega*

#### **Objetivo**

Valoración de los cambios neurológicos después del tratamiento fibrinolítico.

#### **Material y Método**

Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años, ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), por presentar cuadro brusco de pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, dificultad para articular palabra, disartria leve y paresia facial izquierda, hipertensión de 235/110 mmHg precisando urapidilo para normalizar Tensión Arterial.

Se realiza TAC y se detecto pequeña hipo densidad nodular en los núcleos de la base derecha, que sugiere infarto lacunar.

En la escala del ICTUS del Instituto nacional de la Salud, NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE. (NIHSS), el resultado es de una puntuación de (6-8). Incluyendo en el protocolo de CÓDIGO ICTUS

#### **Resultados**

Permaneció ingresado dos días en nuestra unidad (UCI)

Se le administró tratamiento fibrinolítico (alteplasa)

Sin complicaciones asociadas al tratamiento fibrinolítico el paciente presenta mejoría progresiva de sus síntomas neurológicos con recuperación progresiva de la movilidad en miembro inferior izquierdo y sensibilidad en miembro superior izquierdo, así como del habla.

#### **Conclusiones**

El paciente con Ictus agudo que cumple criterios de inclusión en CÓDIGO ICTUS y se le realiza tratamiento fibrinolítico experimenta una mejoría notable, no obstante existen riesgos hemorrágicos que deben informarse a paciente y familiares.

Se pone de manifiesto la necesidad de creación de unidades de ICTUS, compuestas por neurólogos y personal de enfermería dentro de un equipo integrado y coordinado.

La existencia de protocolos de enfermería en el CÓDIGO ICTUS aumento a la seguridad de actuación del equipo de enfermería y la calidad de cuidados aportados al paciente.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 226

### **Proyecto Resistencia Zero. Actitud del personal ante las medidas implantadas.**

Elena San José Sánchez; Fuencisla Cuerdo Martín; Susana Abad Arribas; Manuela Heras Martín  
*Complejo Asistencial de Segovia*

#### **Introducción**

La aparición de resistencias a los antibióticos es una amenaza para la salud pública que incrementa los costes de la atención sanitaria, los fracasos del tratamiento, y la mortalidad, amplificado por la utilización inadecuada de antibióticos. Los pacientes colonizados y el personal sanitario son el reservorio de bacilos multirresistentes (BMR), siendo el mecanismo de transmisión el contacto directo e indirecto.

Los pacientes críticos son una población especialmente susceptible para ser colonizados o infectados por BMR.

El proyecto Resistencia Zero es continuidad y utiliza la misma estructura organizativa que la Bacteriemia y Neumonía Zero.

#### **Objetivos**

Reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial IntraUCI.

Establecer las medidas de aislamiento y normalizar las actividades de control para erradicar gérmenes.

Concienciar al personal sanitario sobre los beneficios de la aplicación de las medidas

#### **Material y Método**

Aplicación de las recomendaciones guía del proyecto Resistencia Zero.

Revisión bibliográfica sobre protocolos de procedimientos de aislamiento.

#### **Resultados**

Designación de responsable de unidad y de uso adecuado de antibióticos.

Búsqueda activa de pacientes portadores a través de un listado de verificación.

Cultivos de vigilancia semanales.

Revisión del procedimiento de aislamiento de contacto.

Actualización del protocolo de limpieza diaria y terminal.

Seguimiento del procedimiento de higiene del paciente colonizado.

#### **Conclusiones**

El seguimiento de las recomendaciones por parte de enfermería ha hecho posible la mejora de los resultados. La gestión enfermera relativa a las medidas de aislamiento y la concienciación con respecto a evitar la transmisión ha aumentado tras el inicio del proyecto. Destaca el cambio de actitud relacionado con la higiene del entorno.

Continuar con la formación y entrenamiento en seguridad del paciente contribuye a mejorar la calidad en la prestación de cuidados en nuestro servicio.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 244

### **Protocolo de transferencia y traslado intrahospitalario de pacientes críticos.**

Catalina Martín Castaño; María Isabel González Méndez; María del Rosario Urban Carmona; Inmaculada Alonso Araujo; Rosario Ferrete Pérez; Juan José Egea Guerrero  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

#### **Introducción**

Los motivos que originan el traslado y la transferencia de enfermos en estado grave dentro del hospital son variados y todos entrañan un riesgo para la estabilidad del paciente y una responsabilidad para los profesionales que lo acompañan.

El cuidado que supone la debida atención al enfermo y la necesidad de coordinación entre las partes exigen una homogeneización de los criterios de traslado y de las maniobras pre y post intervención necesarias.

#### **Objetivos**

- Elaborar una sistemática de traslado y transferencia de pacientes críticos según recomendaciones de la OMS y del Observatorio para la Seguridad del paciente.
- Disminuir la variabilidad.
- Minimizar los riesgos de seguridad.
- Garantizar la continuidad asistencial

#### **Material y Método**

Se convoca grupo expertos para la elaboración del protocolo.

- Se realiza una revisión bibliográfica sobre el transporte intrahospitalario del paciente grave. La búsqueda se realizó utilizando los términos: enfermo grave, transporte intrahospitalario, traslado de pacientes y transporte intrahospitalario de pacientes críticos, en las bases de datos de Hinari, MEDLINE Full Text, SciELO, PubMed Central, Biomed Central, DOAJ y Free Medical Journals procurando los texto completo. Se incluyen también artículos sobre la incidencia de efectos adversos durante el transporte intrahospitalario.
- Se determina plan de implantación. Difusión de la guía a los profesionales mediante sesiones clínicas y correo electrónico por parte de la dirección de la unidad.
- Se establece evaluación del procedimiento en dos años

#### **Resultados**

- Protocolo de traslado intrahospitalario de paciente crítico que incluye los siguientes puntos:
- Definición
- Objetivo
- Población diana
- Ámbito de aplicación
- Asignación de responsabilidades
- Personal necesario
- Material necesario

sigue →



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

*Valencia*

19/22 junio 2016

- Valoración y registro de la información
- Planificación del traslado
- Comunicación con unidad receptora
- Traslado
- Ingreso en unidad receptora. Transferencia de información
- Consideraciones especiales
- Problemas potenciales
- Puntos a reforzar
- Indicadores de evaluación
- Registros
- Algoritmo de decisiones
- Nivel de evidencia
- Bibliografía
- Anexos

### **Conclusiones**

Establecer criterios de actuación durante el transporte y la transferencia intrahospitalaria del paciente grave minimiza los riesgos garantizando la seguridad del paciente.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 272

### **El ecógrafo, seguridad en la canalización de catéteres.**

María Pilar Rodríguez Contreras; Aranzazu Arnaiz Francos; María Ángeles Burgos Naranjo; Verónica Fuentes Milà  
*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

La colocación de Catéter venoso central (CVC) mediante inserción periférica (PICC: catéter central de inserción periférica) es la primera elección en los pacientes ingresados en cuidados intensivos por diversos factores: fácil acceso, fácil compresión local, realización por el personal de enfermería y menor riesgo de infecciones.

Realizar una guía de actuación para la inserción de PICC de forma ecoguiada para garantizar el éxito de la canalización del PICC, su manejo y cuidados.

Incrementar la seguridad del paciente dentro del contexto de Bacteriemia Zero mediante una técnica correcta y evaluación mediante mediante check list.

#### **Material y Método**

Trabajo descriptivo de la técnica de inserción de PICC guiado por ultrasonido, del material necesario y de la importancia del check list para garantizar una canalización segura para el paciente. y posterior realización de una guía de actuación.

#### **Resultados**

La orientación ecocardiográfica para la inserción del PICC, técnica que empezamos a utilizar en nuestro centro de forma autónoma desde enfermería hace aproximadamente un año, beneficia la seguridad del paciente en tanto que proporciona imágenes en tiempo real de los vasos sanguíneos periféricos de las extremidades superiores y del pasaje de la aguja a su interior.

Esta técnica evita errores y minimiza el dolor por punciones repetidas en especial en los pacientes de larga evolución en los que es más complicado realizar la punción venosa de forma adecuada.

#### **Conclusiones**

La canalización de vías centrales ya sea al ingreso como al cambio de vías del paciente es una técnica cada vez más de enfermería y el ecógrafo es la herramienta con la que contamos para reducir las complicaciones asociadas a su colocación. El uso del ecógrafo por personal formado y el check list de la técnica son dos herramientas que aportan seguridad en la canalización del PICC.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 278

### **Experiencia inicial en implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) en el Complejo Hospitalario de Jaén.**

Leandra Díaz Garrido; Francisco Javier La Rosa Salas; Pilar Expósito Montes; Sonia Cruz Barranco; Juan Ángel Hernández Ortiz; Josefa Perea Ruiz; Francisca Olmo Lara  
*UCI MQ Complejo Hospitalario de Jaen*

#### **Objetivo**

La unidad de hemodinámica en colaboración con la UCI del Complejo Hospitalario de Jaén comienzan a implantar prótesis auto expandible Core Valve por vía femoral en 2015.

Al realizar este estudio nos planteamos los siguientes objetivos:

- Conocer las características de los pacientes atendidos
- Conocer los antecedentes de riesgo:comorbilidades
- Describir las complicaciones surgidas tras el implante

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo. Se han incluido todos los pacientes a los que se les ha implantado la válvula. La recogida de datos se realiza tras la revisión de historias clínicas. Se mantiene en todo momento el anonimato.

Se recogen las siguientes variables: Edad, sexo, patologías previas, complicaciones surgidas post-implante.

#### **Resultados**

Se realizan un total de 7 implantes: 5 mujeres y 2 hombres. Edad media 78,85 años.

Antecedentes de los pacientes:

- Diabetes: 57,1%
- Hipertensión arterial: 71,4%
- Dislipemia: 42,85%
- Epoc severo: 57,1%
- Ictus previo: 28,57%
- Enfermedad coronaria previa: 28,57%
- Fumador: 28,57%

Ninguno de ellos presentaba insuficiencia renal previa.

El 71,42% presentaba 3 o más factores de riesgo a la vez.

Con respecto a las complicaciones surgidas: Un paciente requirió cirugía vascular por disección femoral. Aparecieron 2 casos de insuficiencia renal.

Todos los pacientes portaban marcapasos transitorio previo al implante de valvular. El 57,1%(4 pacientes) presentó bloqueo completo de rama izquierda precisando implante de marcapasos definitivo 3 pacientes.

#### **Conclusiones**

Llevamos muy pocos casos para extraer conclusiones definitivas. Es necesario continuar registrando datos para valorar la evolución del implante de TAVI en nuestro hospital. En general la experiencia es positiva.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 4. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 296

### **Valoración de un caso clínico con distintas escalas de carga de trabajo de enfermería.**

Alba Mor Arbonés; Carme Baraza Esteve; Iolanda Arilla Amores; Marta Escarp Sans; Laia Merino Martorell; Lara M<sup>a</sup> García Solanes; María Miralles Balagué; Núria Cortés Andreu; Núria Miranda Túnica; Jesica Martos Rojas  
HUAV

#### **Objetivo**

Valorar a través de 3 escalas distintas, la carga de trabajo de enfermería de la UCI del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, mediante un caso clínico y identificar cual de ellas refleja mejor la carga real del personal de enfermería y identificar si se necesita una revaloración del ratio enfermera-paciente.

#### **Material y Método**

Descripción de un caso clínico real y realización de las distintas valoraciones a través de las tres escalas de carga de trabajo más conocidas y validadas para enfermería; Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28), la Nine Equivalent of Nursing Manpower Score (MENS) y el Nursing Activities Score (NAS).

#### **Resultados**

Actualmente estamos utilizando la escala NEMS, rápida i clara de rellenar, con la comparación en éste caso clínico se observa que para nuestra uci la herramienta más clara para medir la carga de trabajo de enfermería es el NAS.

#### **Conclusiones**

La comparación de las escalas muestra que la única capaz de medir dicha carga por turnos de trabajo (modelo español) es la escala NAS y resultando un claro indicador del ratio enfermerapaciente según el resultado.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

**Pantalla nº 5. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► **ID 41**

Síndrome Confusional Agudo: importancia del cuidador tras la salida de Cuidados Críticos.

---

► **ID 49**

Importancia de la movilización precoz en el paciente crítico. Revisión sistemática.

---

► **ID 65**

Cuidados de enfermería en paciente sometido a técnicas continuas de depuración extrarrenal tras intoxicación por metformina por intento autolítico.

---

► **ID 93**

*Check-list* en la inserción de catéter epidural en cuidados críticos neurotraumatológica para control del dolor.

---

► **ID 121**

Colocación de la sonda nasoyeyunal: beneficios de la nutrición enteral frente a la nutrición parenteral total en el paciente crítico con baja tolerancia gástrica.

---

► **ID 155**

Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos: el papel del personal de enfermería.

---

► **ID 199**

Cuidados de Enfermería en la monitorización del sistema *Clearsight* las primeras 24 horas en los Enfermos Post-operados de Colon.

---

► **ID 385**

Protocolo de actuación; decúbito prono (DP) en pacientes con SDRA.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 41

### **Síndrome Confusional Agudo: importancia del cuidador tras la salida de Cuidados Críticos.**

María del Rosario Ramos Girona; Sara Herreros González  
*Hospital Universitario Doctor Peset-Valencia*

#### **Objetivo**

Entre un 70-87% de los pacientes que llegan a las salas de hospitalización procedentes de las Unidades de Críticos desarrollarán un Síndrome Confusional Agudo o delirio.

Son pacientes en su mayoría ancianos, polimedicados, post-quirúrgicos o en fase de enfermedad avanzada.

Este Síndrome Confusional Agudo añadido a la propia enfermedad de los pacientes genera una ansiedad añadida tanto a los enfermos como a los familiares.

Los objetivos de la realización de este folleto son proporcionar a los familiares y cuidadores un soporte en papel donde se explique de una forma sencilla y clara cómo reconocer la aparición de dicho Síndrome Confusional Agudo, las características del cuadro clínico, conseguir un control adecuado de los signos y síntomas, ofrecer seguridad al paciente y al familiar para así evitar daños y lesiones y por último trabajar con el cuidador principal sus miedos, pensamientos y sentimientos demostrándole que no se encuentra solo.

#### **Material y Método**

Para la confección de dicho folleto, durante 10 meses se elaboró un estudio descriptivo trasversal a 68 familiares de pacientes que desarrollaron el Síndrome Confusional Agudo con la escala de Hamilton.

El 100% de los familiares participaron en dicho estudio.

#### **Resultados**

El 89% de los familiares padecían ansiedad tanto psíquica como somática.

El 10% tranquilos.

El 1% ansiedad psíquica.

Tras el análisis de los resultados, se pudo comprobar que el 89% de los familiares desconocían los síntomas y los riesgos, ya que cuando su familiar ha estado en Cuidados intensivos han permanecido muy poco tiempo junto a él. Con sencillas explicaciones se consiguió reducir la ansiedad tanto en los familiares y cuidadores. Afrontan mucho mejor la ansiedad y lo ven bajo otra perspectiva. Son más reactivos y colaboradores.

#### **Conclusiones**

Se realizó un díptico explicativo en el cual se explica en qué consiste dicho síndrome.

Se dan pautas de abordaje ambiental que proporcionan seguridad para el paciente y el cuidador.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 49

### **Importancia de la movilización precoz en el paciente crítico. Revisión sistemática.**

M<sup>a</sup> Luz García Prieto; Esther Martín Álvarez; Manuel Jesús Calvo Flores; Emilia Ruiz Antunez  
*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

#### **Objetivo**

Identificar la mejor evidencia disponible, sobre los problemas de inmovilización en estos pacientes y las actividades para su movilización temprana, y evitación de problemas.

#### **Material y Método**

Se realiza una búsqueda sistemática en los últimos 10 años en inglés, español y portugués en bases de datos indexadas, y a los resultados se le aplica el método de lectura crítica, para la validación del con la mejor evidencia posible.

#### **Resultados**

Los artículos revisados coinciden en los beneficios de una movilización precoz en pacientes críticos, que mejora la capacidad funcional, aumenta la fuerza muscular tanto a nivel tanto esquelético, como respiratorio y disminuye el riesgo potencial de aparición de daño tisular, así como a reducir la morbi-mortalidad.

#### **Conclusiones**

La movilización temprana en las unidades de cuidados intensivos, es segura, flexible, se asocia con disminución de días de estancia en UCI y no aumenta los costos asistenciales.

Enfermería juega un papel fundamental, cómo responsable de cuidados, basándose en la competencia clínica individual profesional, y en la mejor evidencia disponible, para aplicar los mejores cuidados y disminuir las situaciones de riesgo, y perjuicios en los pacientes inmovilizados, en situación crítica.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 65

### **Cuidados de enfermería en paciente sometido a técnicas continuas de depuración extrarrenal tras intoxicación por metformina por intento autolítico.**

Inmaculada Vázquez Rodríguez Barbero; Amadeo Puebla Martín; María Pilar Rubio Serrano; José Miguel Pacheco Salgado; Gema García Fernández; Miguel Ángel Puebla Martín; María del Mar del Fresno Sánchez; María del Carmen García Fernández; Purificación Lucendo López Monteagudo; María del Prado Sánchez Higuera  
*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

#### **Objetivo**

La metformina es un antidiabético oral, utilizado en el tratamiento y prevención de la diabetes mellitus tipo 2. La peor complicación es la acidosis láctica, caracteriza por una elevada concentración de lactato en la sangre (> 45 mg/dl o 5 mmol/l)

#### **Material y Método**

Mujer de 77 años que ingresa en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) con intoxicación por intento autolítico tras sobreingesta con amlodipino, valsartan y metformina. Antecedentes: no alergias medicamentosas, diabetes mellitus tipo II, síndrome ansioso depresivo, ictus previo, parkinson, síndrome osteoporótico, amigdalectomía y caídas frecuentes con fracturas de cadera izquierda y muñeca izquierda. Destacar en la analítica al ingreso pH 7,2 y láctico 58 mg/dl. Tras reposición de volumen y empeoramiento clínico, se inician técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE)

#### **Resultados**

Se abordan los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros en pacientes sometidos a hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) con acidosis láctica e intento autolítico:

00004 Riesgo de infección, 00046 deterioro de la integridad cutánea, 00161 disposición para mejorar conocimientos y 00162 disposición para mejorar la gestión de la propia salud.

#### **Conclusiones**

Las TCDE, son propias de los pacientes críticos, una de las indicaciones es corregir los niveles de láctico en las acidosis metabólicas.

La elección de la HDFVCC permitió corregir la acidosis láctica severa con una sola sesión y la mejoría clínica de la paciente permitió recibir el alta médica a planta.

sigue →



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

HOSPITAL .....

Servicio de Medicina Intensiva

FECHA: 22 / MAY / 2015

ETIQUETA

| Hora                         | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    | 9    | 10   | 11   | 12   | 13   | 14   | 15   | 16   | 17   | 18   | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 8 |  |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|----|----|----|----|----|---|---|--|
| Terapia: HDF/HF              | HDF  |    |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Bomba sangre (ml/min)        | 180  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  | 150  |    |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Perdida neta horaria (ml/h)  | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 120  | 120  | 120  | 120  | 120  | 120  | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | F  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Repos. Postdilucion (ml/h)   | 2000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | I  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Repos. Predilucion (ml/h)    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | L  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Dialisis (ml/h)              | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | T  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Velocidad heparina (ml/h)    | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1,5  | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | R  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Dilucion Heparina (ui/ml/sf) | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | 500  | O  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Bolo heparina (ui/ml/sf)     | 2000 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |    |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Presion entrada (mmHg)       | -104 | -78  | -64  | -50  | -60  | -50  | -54  | -15  | -49  | -50  | -50  | -50  | -52  | -52  | -51  | -52  | C  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Presion de prefiltro (mmHg)  | 165  | 140  | 126  | 119  | 118  | 119  | 111  | 37   | 117  | 120  | 107  | 107  | 102  | 118  | 112  | 308  | O  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Presion de retorno (mmHg)    | 135  | 103  | 88   | 83   | 73   | 70   | 67   | 32   | 70   | 73   | 64   | 70   | 64   | 63   | 66   | 228  | A  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Presion efluente (mmHg)      | 94   | 100  | 86   | 75   | 82   | 65   | 47   | 37   | 57   | 71   | 55   | 55   | 55   | 59   | 55   | 248  | G  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| PTM (mmHg)                   | 42   | 23   | 21   | 25   | 17   | 40   | 30   | -2   | 34   | 31   | 28   | 31   | 32   | 26   | 34   | 21   | U  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Caída de Presión (mmHg)      | 71   | 89   | 69   | 73   | 62   | 81   | 53   | 52   | 62   | 73   | 68   | 82   | 89   | 73   | 79   | 105  | L  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Fraccion de filtración       | 18%  | 11%  | 11%  | 11%  | 11%  | 12%  | 12%  | 12%  | 12%  | 12%  | 12%  | 12%  | 11%  | 11%  | 11%  | 11%  | A  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Balance                      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | D  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Solución de Reposición       | BIC  | O  |    |    |    |    |    |   |   |  |
| Temperatura del HF           | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  | 38°  |    |    |    |    |    |    |   |   |  |





índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 93

### **Check-list en la inserción de catéter epidural en cuidados críticos neurotraumatológica para control del dolor.**

Consuelo Roríguez Goncet<sup>1</sup>; María José Aranda Martínez<sup>1</sup>; María Teresa Barrasa Fernández de Velasco<sup>2</sup>; José Antonio Márquez Rojas<sup>1</sup>; Florencia Sánchez Roldán<sup>1</sup>; María Rosario Mesa Bueno<sup>1</sup>

1. UGC Cuidados Críticos HHUU. Virgen del Rocío; 2. Hospital Universitario Virgen de la Salud de Toledo

#### **Objetivo**

Proporcionar los conocimientos necesarios y establecer la secuencia de las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería, en el ámbito de la unidad cuidados críticos (UCI) y dentro del equipo multidisciplinar de actuación.

Dar a conocer los indicadores de seguridad del paciente en Andalucía y más concretamente, en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de UCI de traumatología HHUU Virgen del Rocío.

#### **Material y Método**

Búsqueda bibliográfica en DECS con palabras claves como: catéter, epidural, complicaciones, etc.

Revisión de los indicadores de seguridad del paciente para Andalucía 2013 y nivel de cumplimiento en la unidad. La información se obtuvo de la práctica asistencial con amplia experiencia de los autores del trabajo.

#### **Resultados**

La colocación del catéter epidural es un procedimiento realizado en el box UCI. La decisión de colocarlo depende del juicio clínico del médico intensivista, la patología y las necesidades analgésicas del paciente, pero hay que tener en cuenta, que conlleva la participación del servicio de anestesia, y es por ello que esta técnica necesita de un equipo formado por un complejo abanico de profesionales que, deben tener claras competencias y el objetivo común de la seguridad clínica del cliente.

Enfermería dentro de su modelo competencial relacionado con el cuidado, colabora ejerciendo su función dentro del equipo multidisciplinar para la mejora en los resultados en salud.

#### **Conclusiones**

El personal de enfermería está capacitado para abordar los cuidados y mejorar la respuesta a cualquier problema de salud, ya sea una técnica y/o intervención llevada a cabo por otros profesionales, dentro del marco competencial de espacios compartidos, para la búsqueda de la excelencia y la mejora continua.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 121

### **Colocación de la sonda nasoyeyunal: beneficios de la nutrición enteral frente a la nutrición parenteral total en el paciente crítico con baja tolerancia gástrica.**

Manuel Ángel Valverde Entenza; Ángela Boubeta Valverde; Antonio Navas Ortega  
*Clínica Juaneda*

#### **Objetivo**

El objetivo principal es definir la sistemática de actuación para realizar un sondaje nasoyeyunal (SNY) por paso espontáneo o a ciegas teniendo en cuenta los beneficios del inicio de nutrición enteral (NE) frente a los de nutrición parenteral total (NPT). Así como también saber cuales son los beneficios de la colocación de la SNY y sus posibles complicaciones en el paciente con baja tolerancia gástrica en el área de cuidados intensivos.

#### **Material y Método**

Para la elaboración se ha realizado una búsqueda en bases de datos de los últimos 10 años que tratasen del paciente adulto y a texto completo, y también una búsqueda inversa obteniendo en total 5 artículos. También se ha consultado el protocolo de sondaje nasoyeyunal de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Juaneda. Las palabras clave empleadas en la búsqueda han sido: "paciente crítico", "nutrición enteral", "nutrición parenteral total" y "sonda nasoyeyunal".

#### **Resultados**

Se describe el procedimiento a seguir para una adecuada colocación de una sonda nasoyeyunal así como el material a emplear. También son desarrolladas los beneficios y las complicaciones derivadas de su colocación. Por otra parte se enuncian los beneficios del inicio precoz de la NE frente a la NPT en pacientes con baja tolerancia gástrica.

#### **Conclusiones**

Dada la importancia de mantener el aporte energético y de nutrientes en el paciente crítico, un inicio precoz de la nutrición contribuye a la buena evolución del paciente, siendo la vía enteral la más segura y fisiológica. En caso de baja tolerancia gástrica el paciente puede beneficiarse de la colocación de una SNY por parte del equipo de enfermería, lo que permite iniciar la alimentación por vía digestiva y no hace necesaria la colocación de una vía central (VC) para su administración como la NPT, por lo que abarataríamos costes sanitarios y reduciríamos el riesgo de infección del paciente.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 155

### **Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos: el papel del personal de enfermería.**

María del Saz Batres; Nicolás Jesús Quesada Pérez  
*Hospital Infanta Cristina*

#### **Objetivo**

El personal de enfermería aumenta su participación en el protocolo de Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) del hospital Infanta Cristina con una mayor implicación en la decisión de limitación y el cuidado del paciente en dichos momentos. El protocolo pretende humanizar el proceso de muerte, mejorando la calidad del cuidado del paciente a través de la implicación familiar y apoyando a los mismos durante el duelo, en un entorno adecuado a sus necesidades.

#### **Material y Método**

Tras evaluación médica y del personal de enfermería (atendiendo las preferencias del paciente, familiares o representantes), se valora el caso en sesión clínica multidisciplinar, con objeto de consensuar la futilidad de las medidas y el tipo de LET. Médico, enfermera y auxiliar de enfermería informarán de la decisión tomada.

Si aceptan la LET, se programa el momento y forma de hacerlo según el tipo de limitación; se valora la ubicación del paciente, si es posible trasladándolo a planta de hospitalización, o en caso de limitación en UCI procurando el traslado al BOX 10, específicamente habilitado para garantizar la intimidad y el apoyo emocional del paciente y familia.

En caso contrario, se reforzará la información y apoyo emocional en todo momento. Si mantienen la negativa, se consultará con el Comité de Ética Asistencial correspondiente, a fin de reevaluar el caso.

#### **Resultados**

En base a estudios previos, donde se detectaba una calidad asistencial deficiente en procesos del LET en UCI (sin acompañamiento familiar, mal control del dolor), los resultados tras implantar el protocolo, aunque preliminares, demuestran un elevado grado de satisfacción de familiares y personal sanitario al finalizar el procedimiento.

#### **Conclusiones**

Estando este proyecto en desarrollo, la experiencia del personal de enfermería es sumamente gratificante, mejorando la calidad de muerte del paciente, acompañado en todo momento por sus familiares en un ambiente tranquilo e íntimo, ayudando a proporcionar una muerte digna.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 199

### **Cuidados de Enfermería en la monitorización del sistema *Clearsight* las primeras 24 horas en los Enfermos Post-operados de Colon.**

Rosa M<sup>a</sup> Iribarren Romera; Sonia Juan Lozano; Susana Vegas Vidal; Encarna Domínguez Carmona; Montse Mallol Oliva

*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Conocer los cuidados de enfermería que precisa dicha monitorización y saber interpretar la información que nos proporciona el sistema para un buen control hemodinámico del paciente.

#### **Material y Método**

El sistema Clear Sight permite acceder a parámetros hemodinámicos automáticamente y de forma no invasiva pudiendo tomar decisiones rápidamente respecto a la necesidad de la administración de volumen. Dichos parámetros son:

- volumen sistólico
- variación del volumen sistólico
- gasto cardíaco
- resistencia vascular sistémica
- presión sanguínea continua

El material necesario para dicha monitorización es:

- un manguito de presión no invasiva en forma de dedal de presión digital.
- monitor EV 1000

#### **Resultados**

Preparación y montaje del sistema Clear Sight.

Introducción de los datos del paciente.

Conexión del sistema al paciente y al monitor.

Vigilancia de los dispositivos (dedal de presión digital y manguito de tensión arterial), control de las ondas y valores obtenidos.

Calibración del sistema al inicio de la monitorización.

Cambio del manguito digital y calibración cada 8 horas

Colocación del manguito digital y el manguito de tensión arterial en brazos opuestos.

#### **Conclusiones**

La información hemodinámica obtenida con el dispositivo Clear Sight es muy útil en pacientes post-operados de colon, ya que, en estos, es fundamental un buen control de la volemia.

Saber interpretar los datos obtenidos por el monitor siguiendo el protocolo, permitirá al personal de enfermería el correcto control hemodinámico del paciente con las mínimas técnicas invasivas.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 5. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 385

### **Protocolo de actuación; decúbito prono (DP) en pacientes con SDRA.**

María Isabel Morales Rodríguez; Carlos Manuel Santiago Rus; Josefa Caballero Serrano; Francisco Miguel Mora Hidalgo

*Hospital Infanta Elena*

#### **Objetivo**

El Decúbito Prono (DP) se está convirtiendo en práctica terapéutica habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos en pacientes con Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA), ya que, además de mejorar la oxigenación, consigue una redistribución de la ventilación, incrementa la capacidad residual funcional pulmonar reclutando alveolos de zonas colapsadas, favoreciendo el drenaje de secreciones y reduce las lesiones inducidas por la ventilación mecánica al posibilitar la disminución de la FiO2 y de la PEEP.

La creación de un protocolo sobre el DP ofrece la oportunidad de unificar la práctica clínica habitual en nuestra unidad con las evidencias científicas existentes, proporcionando una herramienta para el manejo del DP en paciente con SDRA. Realizar el procedimiento siguiendo un esquema protocolizado, permite hacerlo de una manera eficaz, minimizando las potenciales complicaciones y aportando seguridad al personal sanitario que debe ejecutar esta maniobra.

#### **Material y Método**

Búsqueda y revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible sobre el DP en el paciente crítico con SDRA sometido a ventilación mecánica en las bases de datos más importantes, así como reuniones de consenso con el equipo multidisciplinar.

#### **Resultados**

Creación de protocolo y pilotaje de éste en la Unidad de Cuidados Intensivos. Pendiente de resultados para su evaluación

#### **Conclusiones**

El procedimiento de giro a DP es una técnica segura, con bajo índice de complicaciones y que raramente se asocia con un deterioro de la oxigenación arterial, siempre y cuando se realice por un equipo entrenado y con el sustento de unas recomendaciones, ya que la responsabilidad del procedimiento recae enteramente sobre enfermería



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla n° 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► **ID 352**

EV1000 + VOLUMEVIEW + PRESEP®: monitorización hemodinámica avanzada en el paciente crítico.

---

► **ID 376**

Control de diarrea y cuidados de úlceras en el paciente crítico.

---

► **ID 378**

Profilaxis de trombosis venosa profunda en pacientes críticos.

---

► **ID 140**

Interpretación de las curvas de presión en Terapia Continua de Reemplazo Renal (TCRR). Utilidad para enfermería.

---

► **ID 228**

Manejo del drenaje intraventricular. Cuidados de enfermería.

---

► **ID 238**

Medición de la presión intraabdominal en pacientes críticos. ¿Influye la presión máxima del colchón?

---

► **ID 268**

Prevención de la perforación cardíaca por marcapasos transitorio.

---

► **ID 274**

Retirada de cables epicárdicos (CE) tras cirugía cardíaca. Minimizando complicaciones.

---

► **ID 328**

Formación para la prevención: adiestramiento en PCR.

---

► **ID 269**

Nuevos modos de ventilación mecánica: ventilación de soporte adaptable.

---

► **ID 267**

Procedimiento de administración de fibrinólisis intraventricular.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 352

### **EV1000 + VOLUMEVIEW + PRESEP®: monitorización hemodinámica avanzada en el paciente crítico.**

Jordi Nogueras Haro; Luz María Delgado Pavón; Esteban Martínez Méndez; Susana Navarro Ros; Ángeles Pérez Matas  
*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

En nuestras unidades de críticos se ha generalizado la utilización del sistema de monitorización avanzada EV1000 + Volumenvuew + Presep® Edwards Critical Care System® (Edwards) que permite la monitorización de parámetros hemodinámicos avanzados para filiar y/u optimizar el manejo del paciente crítico en shock. La complejidad del uso del sistema y la dificultad para interpretar sus parámetros nos enfrenta a la necesidad de realizar un procedimiento reglado con la finalidad de estandarizar los cuidados enfermeros y aumentar el conocimiento del sistema por parte del personal de enfermería.

#### **Material y Método**

- Revisión bibliográfica: bases de datos (Medline, Pubmed, Enfispo, Biblioteca Cochrane, Fuden, Elsevier) de artículos relacionados con el sistema Edwards Critical Care System®
- Revisión del manual técnico del fabricante.
- Redacción del procedimiento según guía establecida por la Unidad de calidad.
- Consenso del equipo multidisciplinar adiestrado en el manejo del sistema.

#### **Resultados**

- Inserción del catéter: El sistema consta de un catéter de acceso venoso central y otro de acceso arterial femoral que conectaremos al monitor EV1000. La inserción se realizará siguiendo el procedimiento hospitalario.
- Calibración: se realizará mediante termodilución con suero frío siguiendo las indicaciones del monitor.
- Mantenimiento: seguiremos los cuidados establecidos por el protocolo del centro para un catéter venoso central y arterial.
- Recogida de datos: Mide resistencias vasculares sistémicas, gasto e índice cardíaco, saturación venosa central, índice de agua extravascular en pulmón (ELWI), presión venosa central y presión arterial, volumen telediastólico global indexado(GDI), variación volumen sistólico (VVS)
- Retirada de los catéteres.

#### **Conclusiones**

Un adiestramiento del personal de enfermería en cuanto al uso y conocimiento del sistema de monitorización avanzada Edwards aportará la seguridad necesaria para un manejo correcto del mismo y la aplicación de un tratamiento adecuado para el paciente consensuado con medicina.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 376

### **Control de diarrea y cuidados de úlceras en el paciente crítico.**

Rocío González Blanco<sup>1</sup>; Montserrat García González<sup>2</sup>; M. Prado Peinado Peral<sup>2</sup>; Beatriz García Gómez<sup>3</sup>

1. Hospital Ramon y Cajal; 2. Hospital Virgen de la Salud; 3. Hospital Universitario La Paz

#### **Objetivo**

Difusión de conocimientos del dispositivo Flexi-Seal<sup>®</sup> para el cuidado de pacientes críticos. Identificar las posibles complicaciones relacionadas con la inserción y mantenimiento el dispositivo.

Elaborar un plan de cuidados para aumentar la calidad asistencial y hacerlo extensivo a todo el personal de la unidad.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica de publicaciones relacionados con la incontinencia fecal, diarrea, medidas de control y cuidados aplicados a estos pacientes, y dispositivo Flexi-Seal<sup>®</sup> FMS.

Ficha técnica del dispositivo Flexi-Seal<sup>®</sup> FMS.

#### **Resultados**

Diferentes estudios muestran cómo los métodos tradicionales de contención de la incontinencia fecal acarrear diversas complicaciones, entre ellas lesiones cutáneas y la imposibilidad de cicatrización de las mismas.

El equipo de enfermería valora el uso y funcionamiento del dispositivo así como los beneficios para el paciente.

Se elige la escala Braden para la valoración del riesgo de úlceras para el paciente crítico puesto que incluye el parámetro de humedad, causa de colonización bacteriológica y la no epitelización de una lesión.

#### **Conclusiones**

El control de la diarrea es una prioridad en el cuidado de pacientes críticos tanto para reducir el riesgo de dermatitis y lesiones perineales, como para evitar la transmisión de infecciones nosocomiales y mejorar el confort del paciente.

Del mismo modo, la imposibilidad de movimientos en pacientes muy críticos, requiere la necesidad de una evacuación fecal mediante sondaje permanente.

La Flexi-Seal<sup>®</sup> FMS se ha demostrado eficaz en el cuidado de lesiones cutáneas y en el control de la incontinencia fecal del paciente y un mejor control del balance hídrico.

El personal de enfermería debe poseer los conocimientos y la pericia necesaria para la inserción, mantenimiento, retirada e indicaciones del dispositivo para aumentar la calidad asistencial y seguridad del paciente.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 378

### **Profilaxis de trombosis venosa profunda en pacientes críticos.**

Rocío González Blanco<sup>1</sup>; Beatriz García Gómez<sup>2</sup>; M. Prado Peinado Peral<sup>3</sup>

1. Hospital Ramon y Cajal; 2. Hospital Universitario La Paz; 3. Hospital Virgen de la Salud

#### **Objetivo**

Identificar las posibles complicaciones relacionadas con el estasis venoso que puede sufrir un paciente crítico durante su estancia en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Conocer los factores de riesgo de trombosis venosa profunda.

Difusión de conocimientos del dispositivo de sistema Compresión Neumática Intermitente (CNI).

Elaborar un plan de cuidados relacionados con la profilaxis de trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP).

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica de publicaciones relacionadas con TVP, EP y profilaxis en pacientes críticos.

Ficha técnica del dispositivo Kendall SCD TM.

Ficha técnica del dispositivo DVT-2600.

#### **Resultados**

La enfermería tiene un papel primordial en la prevención y detección de las complicaciones derivadas de la inmovilidad del paciente, entre ellas TVP y EP.

Actualmente existen diferentes dispositivos que actúan en la triada de Virchow y disminuyen el riesgo de la formación de trombos, el uso de esos dispositivos forman parte de los cuidados de enfermería a un paciente crítico.

#### **Conclusiones**

Las medias de CNI son efectivas en la reducción de TVP y EP afectando a dos de los tres factores de la Triada de Virchow: estasis mediante el aumento del flujo sanguíneo y cambios en la coagulación mediante la estimulación de la actividad fibrinolítica.

Muchos de nuestros pacientes críticos son subsidiarios de CNI ya que la profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBP) está contraindicada en algunos casos.

La combinación de CNI con los anticoagulantes ha demostrado ser más efectiva para los pacientes.

La elaboración de un plan de cuidados estandarizado con la taxonomía NANDA, NIC, NOC facilita la difusión de conocimientos en la profilaxis de TVP y EP.

La profilaxis de TVP y EP es de vital importancia para garantizar la seguridad del paciente y la calidad asistencial en UCI.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 140

### **Interpretación de las curvas de presión en Terapia Continua de Reemplazo Renal (TCRR). Utilidad para enfermería.**

Pilar Montejano Clouté; Pilar Guerrero-Strachan Aguilar; Lourdes González Arjona  
*Fundacion Jiménez Díaz*

#### **Objetivo**

Algunos Hemofiltros (HF), nos permiten visualizar de forma continua las curvas de presión.

Los cambios en la continuidad de las mismas, nos indican alteraciones, principalmente del HF.

Una buena interpretación de la información que nos proporciona, no es de gran utilidad para corregir los problemas en el HF y/o paciente.

#### **Material y Método**

Estudio y análisis de las líneas de monitorización continua de las presiones:

- Presión Arterial (PA).
- Presión Venosa (PV).
- Presión Transmembrana (PTM).
- Presión antes del Filtro.
- Presión de Ultrafiltrado.

#### **Resultados**

Incluir la observación y monitorización de las curvas en el manejo normal del HF, en la rutina de Enfermería.

Actuar con la intervención adecuada:

- Modificar postura del paciente.
- Lavado de las luces del acceso vascular.
- Modificación del Flujo.
- Modificación de la extracción etc...

#### **Conclusiones**

Mediante la inclusión del conocimiento e interpretación, que la observación de las curvas de presiones en el manejo del HF proporciona, se obtiene información que nos permite prevenir y solucionar problemas frecuentes, así, se mejora la utilidad de la técnica y por tanto se evitan, pérdidas de sangre al paciente y también se optimizan los recursos disponibles.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 228

### **Manejo del drenaje intraventricular. Cuidados de enfermería.**

Carme Baraza Esteve; Alba Mora Arbonés; María Miralles Balagué; Laia Merino Martorell; Núria Miranda Túnica; Marta Escarp Sans; Núria Cortés Andreu; Jesica Martos Rojas; Lara M<sup>a</sup> García Solanes; Yolanda Arilla Amores  
HUAV

#### **Objetivo**

Descibir el correcto manejo y mantenimiento del catéter y del sistema colector.

#### **Material y Método**

Mediante la búsqueda bibliográfica en bases científica se elaborará un plan cuidados adaptando al pacienteportador de drenaje intraventricular.

Una vez elaborado se incorpora en los planes de cuidados de la unidad para la consulta por parte del personal que tenga dudas sobre la manipulación y cura.

#### **Resultados**

Paciente e decúbito supino con la cabecera de la cama 25-30°.

Mantener cerrado el drenaje ante cualquier manipulación o movimiento del apciente.

Utilización del transductor de presión para medir la presión del drenaje.

Vigilar la permeabilidad del sistema, el líquido cefalorraquideo (LCR) debe oscilar.

Vigilancia y cura diaria del punto de inserción mediante técnica estéril.

Se vaciará la bolsa colectora cuando ocupe 3/4 partes de la misma o si pasan más de 24 horas desde que se haya vaciado.

Cambio rigurose del catéter (maáximo 7 días).

Si se obstruye el sistema, avisa al neurocirujano, no aspirar ni infundir soluciones sin previa consulta.

En caso de rotura del catéter o deterioro, se pinzará el catéter proximalmente y se avisará al neurocirujano.

Se registrará:

- La cura del punto de inserción: fecha y hora.
- Volumen del LCR drenado, avisa >20ml/h.
- Características del LCR: aspecto y color.

#### **Conclusiones**

Que el personal de enfermería este ejor preparado delante de un paciente portador del drenaje intraventricular para su correcto cuidado y manipulación.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 238

### **Medición de la presión intraabdominal en pacientes críticos. ¿Influye la presión máxima del colchón?**

Sara Tejero Bernardo; Aida García Medina; Ester Cervera Rodríguez; Carmen Pavo Galán; David Segura Berzosa; Joan Ramón Ricart Martín; Lorena Tello Trigo  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*

#### **Objetivo**

Identificar las diferencias y valorar los resultados entre calcular la PIA intravesical con el colchón con máximo inflado (presión máxima) o con presión dinámica y optimizar el tratamiento.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica de bases de datos, PUBMED, CUIDATGE, CUIDEN y revista electrónica ELSEVIER.

Además, aplicación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, de la medición de la presión intraabdominal de ambas formas.

#### **Resultados**

Se mide la PIA con el colchón en estado dinámico, después se añade la presión máxima para comparar los dos resultados obtenidos y se registran ambos.

#### **Conclusiones**

Después de la revisión bibliográfica y puesta en práctica de la medición de la PIA con ambos métodos, se observan valores significativamente distintos. Por consiguiente, es necesario seguir estudiando dichos métodos para una revaloración futura que justifique cuál es más preciso y adecuado.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 268

### **Prevención de la perforación cardíaca por marcapasos transitorio.**

María Elvira Migallón Buitrago; Santiago García Velasco Sánchez Morago; Almudena Villafranca Casanoves; Miguel Ángel Ramírez de Orol; Ramón Ortiz Díaz Miguel

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario. Ciudad Real*

#### **Objetivo**

La inserción de marcapasos temporales endovenosos (MPT) es una práctica habitual en los Servicios de Medicina Intensiva no exenta de riesgos. Uno de los más graves es la perforación del endocardio que provoca pérdida de estimulación y taponamiento cardíaco. La determinación del electrocardiograma (ECG) y el ECG endocavitario pueden ayudarnos a prevenirlo antes de que suceda.

#### **Material y Método**

Entre las herramientas que se disponen para valorar la interfase electrodo/endocardio se encuentran la radiología y el ecocardiograma, una herramienta más sencilla y económica es la realización de un ECG endocavitario simultáneo de los electrodos proximal y distal que nos aportan un patrón característico en el caso de perforación por catéter, guiando su recolocación a una posición segura.

#### **Resultados**

La realización del ECG endocavitario se realiza sin activación del MPT. Para ello se disminuye lentamente la frecuencia de salida buscando que reaparezca el ritmo del paciente y evitando una situación de bajo gasto o asistolia. Se realiza un ECG uniendo los dos electrodos a dos derivaciones precordiales y se recomienda modificar el voltaje a la mitad ( $1\text{mV}=5\text{mm}$ ) para poder visualizarlas correctamente. La relación entre ambos registros orienta la situación del electrodo previniendo la perforación y el taponamiento cardíaco, un registro correcto mostrará en el electrodo distal un QRS negativo, elevación del ST y T negativa y el electrodo proximal un QRS negativo, ST isoelectrico y T negativa. Otros patrones pueden ser diagnósticos de empotramiento o perforación. Tras la realización se conecta nuevamente el generador con los parámetros adecuados.

#### **Conclusiones**

La protocolización del registro diario del ECG endocavitario (si la situación del paciente lo permite) puede ayudar a identificar a los pacientes con electrodo empotrado o perforación cardíaca y alto riesgo de taponamiento que obligaría a una terapia más agresiva como es la pericardiocentesis.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 274

### **Retirada de cables epicárdicos (CE) tras cirugía cardíaca. Minimizando complicaciones.**

María Pilar Rodríguez Contreras; Olga Vallés Fructuoso; Verónica Fuentes Milà; María Ángeles Burgos Naranjo; Aranzazu Arnaiz Francos; Beatriz Ruiz de Pablo  
*Hospital Universitario de Bellvitge*

#### **Objetivo**

Proporcionar la unificación de criterios para el cuidado y retirada de los cables epicárdicos.

#### **Material y Método**

Las complicaciones de la retirada de los CE pueden reducirse mediante la atención en la colocación de los cables y las consideraciones a tener en cuenta en el momento de su retirada.

Realizamos búsqueda bibliográfica en Pubmed, CINAHL y ENVASE sobre los cuidados de enfermería durante la colocación, el mantenimiento y la retirada de los CE en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca y consulta con cirujanos cardíacos e intensivistas para elaborar una guía de actuación para el procedimiento.

#### **Resultados**

Se elabora una guía para la retirada de CE en el post operado de cirugía cardíaca que contempla el estado de coagulación del paciente y los fármacos que puedan alterarla, el recuento plaquetario y el método de extracción de los cables. Reposo tras la retirada de los CE y durante las 24 horas post extracción se controlaran signos de taponamiento cardíaco y alteraciones en el ritmo. Realización de radiografía de tórax y electrocardiograma para evaluar tensión y estabilidad del mediastino. Si hubiese complicaciones preparar al paciente para ir a quirófano.

#### **Conclusiones**

Es importante disponer de un set de esternotomía de urgencia en la unidad. La guía permitirá unificar criterios de actuación en la retirada de los CE y mejorar la seguridad del paciente. Es una herramienta de soporte para la realización correcta de esta técnica y para el personal de nueva incorporación.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 328

### **Formación para la prevención: adiestramiento en PCR.**

M.Begoña Bustamante Álvarez; M. Begoña Granados Gutiérrez  
*Hospital Universitario de Basurto (Bilbao). Unidad Anestesiología/Reanimación*

#### **Objetivo**

- Disminuir mortalidad y secuelas que causan las Paradas Cardiorespiratorias (PCR)
- Divulgar conceptos y eslabones cadena de supervivencia.
- Enseñar técnicas, maniobras y protocolos de Reanimación Cardiopulmonar (RPC) y se Soporte Vital (SV) entre los equipos sanitarios,
- Estrategias dirigidas a desfibrilación temprana.
- Normas para la detección de pacientes de riesgo para prevención de PCR.
- Identificar si existe orden de RCP.
- Registro y control de PCR.

#### **Material y Método**

- Revisión Bibliográfica "Plan Hospitalario RCP" Hospital Universitario Basurto (HUB)
- Cuestionario de 16 Items realizados por el Comité de Docencia de HUB.

#### **Resultados**

- Hasta el 84% de las PCR presentan signos y síntomas en las 8 horas previas. La importancia de un mayor énfasis en el uso de sistemas de "rastreo y alarma" para detectar deterioro del paciente y permitir el tratamiento.
- Escalas de riesgo más utilizadas:  
Escala de Riesgo Precoz
- Protocolo del Paciente en Riesgo de PCR
- Incidencia 4-20 casos/1000 enfermos, de los cuales 1 de cada 6 sobreviven.
- Recomendaciones 2015, VIGILANCIA pasa a ser primer eslabón de la Cadena de Supervivencia.
- Cada minuto de retraso en desfibrilación disminuye 10% supervivencia.
- Fibrilación Ventricular (FV) ritmo de mayor supervivencia.
- Impartidos cursos de formación (2011 - 2015) resultados objetivados por encuestas de satisfacción a profesionales sanitarios del 9,58 sobre 10.

#### **Conclusiones**

Existe evidencia: formación y entrenamiento en técnicas de RCP y de SV son esenciales para disminuir morbimortalidad de la PCR hasta 20%. Deben garantizarse cursos anuales de RCP y talleres de actualización.

Conocimiento y uso del DESA: imprescindible para lograr la desfibrilación temprana antes de los 3' (siendo la clave de la cadena de supervivencia).

Luchar por la seguridad de nuestros pacientes y la humanización de la asistencia sanitaria debe ser nuestra meta.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 269

### **Nuevos modos de ventilación mecánica: ventilación de soporte adaptable.**

Almudena Villafranca Casanoves; Santiago García Velasco Sánchez Morago; María Elvira Migallón Buitrago; M<sup>a</sup> Victoria Villafranca Casanoves; Miguel Ángel Ramírez de Orol  
*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario. Ciudad Real*

#### **Objetivo**

La ventilación mecánica es un procedimiento habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos. Los avances tecnológicos han mejorado los rudimentarios ventiladores de hace unos años y en esos cambios se han conformado nuevos modos de ventilar al paciente basados en la utilización de algoritmos de control de asa cerrada. En ellos se incorporan información de la mecánica, la actividad de la musculatura respiratoria y del estímulo respiratorio buscando mejorar la sincronía paciente-ventilador y reducir el trabajo respiratorio. Uno de estos modos es la ventilación de soporte adaptable (ASV).

#### **Material y Método**

La ASV suministra una ventilación minuto establecida con la mínima presión, combinando los beneficios de la ventilación controlada por presión con un volumen garantizado, tanto si el paciente respira de manera espontánea como si se le ventila mecánicamente, gracias al cálculo dinámico de patrones respiratorios óptimos. Mediante el análisis de la dinámica pulmonar del paciente va adaptando la frecuencia respiratoria y el volumen tidal en función del estado pulmonar y es específico de los respiradores de Hamilton Medical.

#### **Resultados**

La programación es sencilla: altura (peso ideal del paciente), porcentaje de ventilación minuto (%minvol, 100% = 100 ml/kg/min), PEEP y concentración de oxígeno (FiO<sub>2</sub>). En los primeros ciclos y de forma dinámica el sistema determina la constante de tiempo espiratoria mediante el análisis de la curva de flujo-volumen espiratoria. La oxigenación se logra mediante la PEEP y la FiO<sub>2</sub> y la ventilación se logra con el %minvol. Los parámetros de protección se fijan mediante la presión máxima inspiratoria.

#### **Conclusiones**

A lo largo de su estancia en UCI el paciente precisa de diferentes modos ventilatorios en función de su estado. ASV es un modo de ventilación que permite ventilar al paciente desde la intubación hasta la extubación, asegurando una ventilación óptima ya sea mediante respiraciones controladas o por presión de soporte, en función de su estado.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 6. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 267

### **Procedimiento de administración de fibrinólisis intraventricular.**

Santiago García Velasco Sánchez Morago; María Elvira Migallón Buitrago; Almudena Villafranca Casanoves; M<sup>a</sup> Victoria Villafranca Casanoves; Miguel Ángel Ramírez de Orol  
*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario. Ciudad Real*

#### **Objetivo**

La hemorragia intraventricular (HIV) sin tratamiento se asocia a alto riesgo de mortalidad una intervención destinada a disminuirlo es la inserción de un drenaje ventricular externo (DVE) en las HIV obstructivas. En determinados pacientes puede indicarse la administración de un fibrinolítico a su través. Se describe el procedimiento de la fibrinólisis intraventricular.

#### **Material y Método**

El DVE permite monitorizar de forma continua la presión intracraneal (PIC), drenar al exterior el líquido cefalorraquídeo (LCR) descomprimiendo el sistema cerebral y en casos seleccionados administrar fibrinolíticos intraventriculares como el activador del plasminógeno tisular recombinante (rTPA) o la uroquinasa: obstrucción del catéter o gran volumen de sangre intraventricular con escaso débito.

#### **Resultados**

La administración del fibrinolítico intraventricular se realiza en condiciones de esterilidad, se retira el mismo volumen de LCR del tratamiento que va a administrar (3ml) y se administra los 2 ml de uroquinasa 5.000 UI/ml (10.000 UI) lavando el drenaje con 1ml de SF0,9% estéril. Se mantiene cerrado el drenaje una hora, durante la cual se vigila aumento de PIC o deterioro neurológico. Pasada esa hora abra el drenaje para eliminar el fármaco, LCR y sangre.

#### **Conclusiones**

La evidencia científica no aclara cual es el fármaco ideal para la fibrinólisis intraventricular en nuestro centro la selección por su aparente menor toxicidad fue la uroquinasa. Por ello la existencia de un protocolo hospitalario permite realizar el procedimiento de forma segura y estandarizada, unificando los criterios entre Servicios implicados.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

### **Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

#### ► ID 259

Necesidad de implantación de un protocolo para mejorar el descanso nocturno de los pacientes conscientes en nuestra UCI.

---

#### ► ID 397

Puesta al día en monitorización hemodinámica del paciente crítico.

---

#### ► ID 275

Protocolo de insulina intravenosa en perfusión continua.

---

#### ► ID 287

Actuación enfermera en pacientes con ventilación asistida ajustada neuronalmente (NAVA).

---

#### ► ID 305

Tríptico para una práctica segura en nutrición enteral en UCI.

---

#### ► ID 391

Cuidados de enfermería en la técnica de plasmaféresis.

---

#### ► ID 9

Medición de la Presión Intraabdominal (PIA) intravesical en el paciente crítico.

---

#### ► ID 71

Retirada de drenajes torácicos en el postoperatorio de cirugía cardíaca.

---

#### ► ID 31

La preparación y administración de fármacos en UCI.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 259

### **Necesidad de implantación de un protocolo para mejorar el descanso nocturno de los pacientes conscientes en nuestra UCI.**

Fuencisla Cuervo Martín; Manuela Heras Martín; Elena San José Sánchez; Susana Abad Arribas  
*UCI del Complejo Asistencial de Segovia. Segovia*

#### **Introducción**

El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud, tienen funciones de restauración y protección y sirven para reajustar y conservar los sistemas biológicos.

Los pacientes de cualquier tipo de hospital, por su propia patología, tienen desajustes en este tipo de necesidad. El horario en las UCIs no tiene horarios, minuto a minuto se han de realizar técnicas, toma de constantes, administración de fármacos, presencia de gran tecnología y todo el ruido que de ellas derivan. Los pacientes conscientes ingresados en UCI tienen un alto grado de estrés y son especialmente vulnerables ya que pueden ser conscientes de su gravedad. Nuestra UCI es polivalente con cuatro box abiertos, cinco cerrados y uno de aislamiento.

#### **Objetivo**

Proporcionar a nuestros pacientes el entorno más adecuado para que puedan tener un sueño restaurador, esencial para la conservación de la energía y la termorregulación.

#### **Material y Método**

##### **Metodología:**

Elaboración de un protocolo basado en el patrón de sueño reparador, identificando los factores ambientales que le dificultan, dirigido a minimizarlos y poder proporcionar a nuestros pacientes conscientes un sueño de calidad.

#### **Resultados**

##### **Intervenciones:**

Acciones dirigidas a minimizar los efectos negativos de la actividad nocturna de la Uci responsables de la alteración de sueño de los pacientes;

- Colocar a pacientes conscientes en box cerrados.
- Disminuir desde las 22 h el volumen de alarmas, monitores y aparataje.
- Reducir iluminación ambiental
- Espaciar toma de constantes durante la noche.
- No extraer analíticas desde las 22 h.
- Pautas de administración de medicación ajustadas al descanso.
- Modular el volumen conversaciones del personal

#### **Conclusiones**

Conclusiones: Forma parte de nuestra responsabilidad como personal sanitario fomentar y crear un ambiente agradable y respetuoso que ayude al paciente a obtener el reposo adecuado que contribuya a su recuperación.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 397

### **Puesta al día en monitorización hemodinámica del paciente crítico.**

Francisco Millán Castilla<sup>1</sup>; Gema María Lozano Carnerero<sup>2</sup>; Alicia Clemente Pérez<sup>1</sup>; José Manuel Velasco Bueno<sup>2</sup>

1. Agencia Sanitaria Costa del Sol; 2. Marbella. Málaga

#### **Objetivo**

Conocimiento e interpretación de los parámetros hemodinámicos más importantes en el paciente crítico.

Conocimiento de los métodos más novedosos de medición de dichos parámetros.

#### **Material y Método**

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la última literatura publicada relacionada con el tema.

#### **Resultados**

Los objetivos de la monitorización hemodinámica son la valoración adecuada de la perfusión y oxigenación tisular, así como el diagnóstico de fallo ventricular derecho e izquierdo, disfunciones pulmonares y cardíacas y controlar los efectos de la sustitución de fluidos y la administración de fármacos vasoactivos.

Desde que en el siglo pasado se diseñara el primer cateter de arteria pulmonar (CAP), para el estudio hemodinámico y medición del gasto cardíaco (GC) mediante el método de termodilución, se han ido desarrollando hasta nuestros días distintos métodos, más o menos invasivos, con el mismo objetivo: Obtener la misma información que con el CAP pero con menor invasividad, disminuyendo los riesgos y complicaciones a los pacientes.

Hasta el momento, ninguna de ellas cumple todas las características necesarias para ser considerada como excelente: no invasiva, continua, fiable, reproducible, cómoda tanto para el paciente como para el profesional, exacta y con los mínimos efectos secundarios.

#### **Conclusiones**

El avance de la tecnología y la introducción de nuevos sistemas de vigilancia y seguimiento en las unidades de cuidados críticos requiere, por parte de los profesionales de la salud, una formación continuada permanente.

En cuanto a la introducción de nuevos sistemas de medida del GC, junto con otros parámetros hemodinámicos avanzados, es imprescindible que las enfermeras conozcan los fundamentos de medida para poder mantener el sistema, obtener cálculos fiables y así interpretar correctamente la situación del paciente.

Toda esta nueva tecnología no debe hacernos olvidar que todos estos datos, son obtenidos de un paciente. Por lo tanto no hay que pasar por alto la observación directa del mismo y tratarlo como tal.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 275

### **Protocolo de insulina intravenosa en perfusión continua.**

Carme Baraza Esteve; Alba Mor Arbonés; María Miralles Balagué; Laia Merino Martorell; Núria Miranda Túnica; Marta Escarp Sans; Núria Cortés Andreu; Jessica Martos Rojas; Lara M<sup>a</sup> García Solanes; Yolanda Arilla Amores  
HUAV

#### **Objetivo**

Establecer un protocolo para mantener la glucosa sérica  $<140\text{mg/dl}$  ( $80\text{-}140\text{mg/dl}$ ) por medio de insulina intravenosa de los paciente de una unidad de cuidados intensivos que presentan hiperglicemia mantenida, con mal control mediante la insulina subcutánea. De esta forma evitaremos todas las complicaciones que conlleva.

Describir el correcto manejo del algoritmo, todos sus pasos y posibles complicaciones.

#### **Material y Método**

Mediante la búsqueda bibliográfica en bases científicas se elaborará un protocolo adaptado que el personal de enfermería podrá seguir con unos algoritmos. Dichos algoritmos serán consensuados por un equipo multidisciplinar, la escala será del 1 al 4 con dosis unidades/hora.

Especificaremos cada cuanto debemos cambiar del algoritmo, el tratamiento en caso de hipoglucemias, cambios en los que debemos avisar al facultativo y cada cuanto realizaremos los controles.

#### **Resultados**

Prepararemos 100ml se suero salino con 100 unidades de insulina regular.

Todos los pacientes con perfusión de insulina debe recibir una infusión continua de glucosa, ya sea endovenosa o mediante nutrición enteral.

Medición de la glucosa mediante sangre venos, arterial o capilar.

Aplicación del algoritmo indicado según órdenes facultativas.

La frecuencia de los controles serán, inicialmente, horarios y si las glucemias son estables (dos controles seguidos dentro de los objetivos) se pueden hacer cada 2-4 horas.

En caso de hipoglucemia ( $<60\text{mg/dl}$ ) se aplicará el tratamiento especificado en el protocolo.

Cuando la glucemia esté por encima o por debajo del objetivo se cambiará de algoritmo.

La perfusión de insulina se debe interrumpir siempre que el paciente salga de la unidad para una prueba diagnóstica o cuando es dado de alta.

#### **Conclusiones**

El personal de enfermería tendrá un protocolo en cada gráfica de trabajo para facilitar su utilización y, así, agilizar y asegurarnos el control de la hiperglucemia.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 287

### **Actuación enfermera en pacientes con ventilación asistida ajustada neuronalmente (NAVA).**

Lorena Iglesias Gallego; Adrián Carrillo Plazuelo; Elena Nieto Fernández; Marina de la Matta Canto; Beatriz Elena Martín Rivera; Cristina Gaviero García; Mónica Alonso Valledor; Esther Pérez Tris; María Jesús Pérez Pulido; Cristina Pascual Pascual

*Hospital Universitario Ramón y Cajal*

#### **Objetivo**

El uso de la ventilación asistida ajustada neuronalmente (NAVA) en pacientes intubados hace necesario el conocimiento por parte de enfermería en el manejo de la misma. La inserción de la sonda Edi y los cuidados requeridos del paciente intubado son competencia del personal de enfermería, por lo que es necesario el conocimiento y la formación del personal de las Unidades de Cuidados Críticos que usen este tipo de modalidad ventilatoria.

La ventilación NAVA aporta beneficios ya que resulta más fisiológica que la que pueda aportar otro tipo de ventilación mecánica. Requiere una sonda nasogástrica (Edi) que incluye unos sensores que miden el impulso nervioso previo a la ventilación, por lo que la sincronía de la respiración es casi fisiológica.

Los objetivos del presente estudio consisten en explicar la modalidad ventilatoria NAVA sólo disponible en respiradores Servo-i MAQUET y elaborar un plan de cuidados enfermeros en los pacientes que requieren la misma.

#### **Material y Método**

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos tales como: Pubmed, Joana Briggs Institute, Cinhal y ScienceDirect.

#### **Resultados**

A través de una explicación sencilla y esquemática se define el concepto de NAVA, la inserción del catéter y se elabora un plan de cuidados de enfermería donde se identifican los diagnósticos propios de pacientes usuarios de NAVA, así como los resultados NOC y las intervenciones NIC adecuadas para la consecución de éstos.

#### **Conclusiones**

Los pacientes con modalidad ventilatoria NAVA presentan beneficios frente a pacientes con otro tipo de ventilación tales como el acortamiento del tiempo de intubación y menos requerimiento de sedación por la semejanza fisiológica a la propia respiración del paciente. Por ello, el personal de enfermería debe conseguir la excelencia en el manejo del dispositivo y en satisfacer las necesidades de cuidado requeridos por los pacientes usuarios.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 305

### **Tríptico para una práctica segura en nutrición enteral en UCI.**

Victoria Polit Martínez; Pilar Ordóñez Rufat; Gemma Martínez Estalella  
*Hospital Universitario Bellvitge*

#### **Objetivo**

Las unidades de cuidados intensivos, son un entorno especialmente vulnerable a la aparición de incidencias adversas (IA).

La nutrición enteral (NE), es una práctica habitual en el paciente crítico y determinante en su recuperación, no libre de riesgos.

La valoración del estado nutricional está incluida como indicador de calidad en el paciente crítico. Es un proceso complejo en el que intervienen múltiples profesionales (médicos intensivistas, enfermeras, farmacéuticos).

El objetivo es elaborar un tríptico que sirva como herramienta de soporte visual sobre las recomendaciones para una práctica clínica segura en NE y prevenir la aparición de IA, asociadas a la mala praxis.

#### **Material y Método**

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los protocolos en nuestro hospital y recomendaciones de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) para una práctica clínica segura en NE.

Las recomendaciones incluyen:

- Valoración adecuada de los dispositivos, sonda nasogástrica (SNG), sonda nasoyeyunal (SNY), yeyunostomía y gastrostomía. Su correcta localización y permeabilidad.
- Suspender la dieta antes, si el paciente a ser sometido a procedimiento que requiere ayuno.
- Cabecera de la cama 35° - 45°.
- Cambio de los equipos c/24 h. Rotularlos.
- La infusión continua, no mantener más de 12h.
- Comprobar retención gástrica.
- Utilizar correctamente las técnicas de administración de fármacos.
- Realizar identificación correcta paciente y de la prescripción antes de proceder a la administración aplicando la regla de "los 5 correctos" (medicamento, paciente, dosis, vía y horario correcto).

#### **Conclusiones**

La estandarización de los procedimientos y el uso de protocolos de actuación pueden facilitar el cumplimiento de las recomendaciones. El uso del Tríptico proporcionará información visual, con el fin de conseguir y garantizar unos cuidados de calidad y seguridad para el paciente.

El personal que interviene debe estar entrenado y formado en todo el proceso para identificar posibles problemas y actuar precozmente, evitando así daño al paciente.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 391

### **Cuidados de enfermería en la técnica de plasmaféresis.**

Amaya Relloso Goñi<sup>1</sup>; Andrea Fadrique Hernández<sup>2</sup>; Izaskun Abadía Ichaso<sup>1</sup>; Bárbara Mailén Moyano Berardo<sup>3</sup>; Elena González Dopico<sup>1</sup>; Lorea Tellechea Lizasoain<sup>2</sup>; Astrid Santamaría Ozcoidi<sup>1</sup>

1. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. UCI A; 3. UCI B

#### **Objetivo**

Capacitar al personal en el manejo y cuidados de la técnica de plasmaféresis.

Reforzar prácticas seguras para minimizar eventos adversos evitables.

#### **Material y Método**

Descripción de la técnica y cuidados de plasmaféresis utilizando el sistema Prismaflex. Taller práctico.

#### **Resultados**

Instruir en los pasos clave del montaje y cebado del circuito:

- Triple cebado.
- Anticoagulación mediante un bolo de Heparina al paciente dos minutos antes de conectar el filtro y anticoagulación a través del puerto toma de muestras prefiltro justo antes de que llegue la sangre al mismo.
- Cambiar la bolsa de sustitución con suero fisiológico por bolsa con plasma o albúmina.
- Realizar el cambio de bolsa de sustitución cada vez que salte la alarma de aviso. Actualizar el volumen del recipiente de sustitución, indicando siempre un volumen 10% menor del señalado en la bolsa de plasma/albúmina (para evitar la entrada de aire al circuito).

#### **Conclusiones**

Al no ser una técnica de uso frecuente pretendemos establecer los pasos clave a tener en cuenta en el montaje del sistema y manejo del paciente. De esta manera podremos evitar posibles errores y consecuencias negativas para el paciente.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

### ► ID 9

#### **Medición de la Presión Intraabdominal (PIA) intravesical en el paciente crítico.**

Myrian Paola Zudaire Ganuza; Miren Jaione Villares Echaide; Olatz Naiara Eslava Abaurrea  
*UCI-A Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

- Conocer e interpretar los parámetros para actuar en consecuencia.
- Describir la técnica de medición y sus cuidados de enfermería a través del sistema AbViser® AutoValve®.

#### **Material y Método**

Se organiza un grupo focal con enfermeras expertas en cuidados críticos con más de cinco años de experiencia y se discute sobre la elaboración de una herramienta de trabajo para ayudar al personal de enfermería en la unidad, llegando a un consenso tras cuatro reuniones.

Descripción del material y la técnica.

#### **Resultados**

Es una guía para la correcta realización de la medición e interpretación de resultados.

Al ser un sistema cerrado, ofrece mayor seguridad, mayor calidad de los cuidados enfermeros, disminuyendo la morbimortalidad.

#### **Conclusiones**

La medición de la PIA es una herramienta de utilidad en pacientes con patología abdominal susceptibles de un aumento de la PIA ya que genera un aumento de la mortalidad por desarrollo de fallo multiorgánico secundario a un síndrome compartimental.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 71

### **Retirada de drenajes torácicos en el postoperatorio de cirugía cardíaca.**

Maialen Etchegoin Ustarroz; Mentxu Zaldúa Echeverría; Itziar Martínez Arangoa; Benjamín Cano Martos; Nuria Barrenechea Pérez; Raquel Núñez  
*Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

Describir la técnica de retirada de los drenajes torácicos en el postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Cuidados de enfermería en la aplicación de la técnica.

#### **Material y Método**

Búsqueda y revisión sistemática de bibliografía, bases de datos Pubmed, Medline, Enfispo, Cuiden, Encuentr@, Cochrane y Google, guía de práctica clínica y experiencia profesional.

#### **Resultados**

Descripción del procedimiento: preparación del paciente y material necesario, desarrollo de la técnica, evaluación del estado hemodinámico y respiratorio del paciente tras retirada, registro de actividad y cuidados de enfermería.

#### **Conclusiones**

La retirada de drenajes torácicos en el postoperatorio de cirugía cardíaca es un procedimiento habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos. Generalmente se realizará en las primeras 24-48 horas o en función del débito del drenaje.

Para el correcto desarrollo de la técnica es fundamental el entrenamiento del personal que la aplica, así como la colaboración del paciente que deberá estar adecuadamente analgesiado, asimismo es importante la identificación de los distintos catéteres de drenaje, tanto pleural como mediastínico/s. La retirada de ambos se realizará siempre con la aspiración conectada y de forma individual teniendo en cuenta que el pleural será el primero en retirar. También es imprescindible identificar adecuadamente la sutura de los catéteres y de la piel para un correcto sellado de la herida en su retirada.

Un adecuado desarrollo de la técnica impedirá la posible aparición de complicaciones derivadas de la retirada de los drenajes torácicos. Además la descripción de dicho procedimiento basado en la evidencia impide la variabilidad en la práctica clínica.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 7. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 31

### **La preparación y administración de fármacos en UCI.**

Amparo Benavent Benavent; Mercedes Rosario Ballester Ribelles; Amparo Ortuño Moreno; Juan Adalid Illueca; M. Lourdes Fenollosa Ros; Aranzazu Picazo Gómez; Diego Jiménez López; Javier Inat  
*UCI Hospital Clinic Universitari de Valencia*

#### **Objetivo**

Los profesionales de enfermería de las Unidades de Medicina Intensiva, preparan y administran a diario los medicamentos que los médicos pautan a los pacientes. Esta tarea supone un control estricto de la dosis y del nombre del paciente y es una gran responsabilidad para los profesionales tanto desde el punto de vista de la atención del paciente como en lo relativa a las propias técnicas de preparación.

El objetivo de la comunicación es la actualización de los conocimientos y actividades relacionadas con esta tarea cotidiana de los profesionales de Enfermería.

#### **Material y Método**

La elaboración de medicación por la enfermería puede desplegarse a través de distintas técnicas.

Aunque pueda resultar algo obvio debido a la cotidianeidad de la tarea se ha constatado que las técnicas utilizadas no siempre responden a las metodologías más adecuadas para cada caso.

#### **Resultados**

Las actuaciones están basadas en la información a los profesionales sobre la ejecución práctica más segura para los usuarios y para los profesionales, sobre la preparación y administración de medicación en UCI.

#### **Conclusiones**

No por ser una tarea cotidiana y habitual, debemos dejar de lado nuestra actualización en esta materia.

Los profesionales de Enfermería tenemos una responsabilidad importante, ya que de nuestra profesionalidad y nuestro buen hacer, depende la salud tanto de nuestros usuarios, pacientes, la de nuestros compañeros y la nuestra propia.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► **ID 50**

Utilización de analgesia combinada en el postoperatorio inmediato.

---

► **ID 392**

Sistema de humidificación activa en pacientes adultos y pediátricos con *HME booster*.

---

► **ID 406**

Caídas. Flujos del sistema de notificación HH.UU. Virgen del Rocío.

---

► **ID 388**

Aplicación para móvil iGasometría.

---

► **ID 408**

Cuidados y manejo de enfermería del paciente crítico en Terapia Continúa de Reemplazo Renal (TCRR) anticoagulada con citrato.

---

► **ID 294**

Colocación del capnógrafo en pacientes con ventilación mecánica.

---

► **ID 123**

Cuidados de enfermería en pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos incluidos en protocolo Maastricht III.

---

► **ID 167**

Aspectos Emocionales y de Comunicación en la Limitación del Tratamiento de Sople Vital.

---

► **ID 73**

Hipotermia inducida mediante el sistema *Artic Sun 2000* desde el punto de vista de la NANDA, NOC, NIC.

---



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 50

### **Utilización de analgesia combinada en el postoperatorio inmediato.**

M<sup>a</sup> del Carmen Oviedo Gómez; Francisco Javier Fernández Antón; Cristina Valseca Vián; Lorena Cabrero Sánchez; Juan Luis López Montes; Alba López Santamaría; María Martín Martín

*Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Recoletas Campo Grande de Valladolid*

### **Objetivo**

Con este trabajo se pretende demostrar la efectividad de la perfusión continua de analgesia combinada (0,6 mg de fentanilo + 4 gr metamizol + 20 mg diazepam diluidos en 250 cc de suero glucosado al 5%).

### **Material y Método**

A lo largo de 8 meses se realizó un estudio analítico observacional prospectivo sobre una población de 114 pacientes, durante el postoperatorio inmediato. El 83% de los pacientes fue tratado con analgesia combinada, valorándose los resultados con tres escalas diferentes de analgesia y sedación.

### **Resultados**

Como resultado, se obtiene que con este tratamiento el dolor se anula en un período máximo de tres horas en un porcentaje superior al 40% de los casos, y que la aparición de efectos adversos es escasa

### **Conclusiones**

A partir de lo anteriormente expuesto, se puede concluir que la efectividad de la perfusión continua de analgesia combinada es óptima para el correcto manejo del dolor del postoperatorio inmediato.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 392

### **Sistema de humidificación activa en pacientes adultos y pediátricos con HME booster.**

Lorea Tellechea Lizasoain<sup>1</sup>; Izaskun Abadía Ichaso<sup>2</sup>; Andrea Fadrique Hernández<sup>1</sup>; Ruth Plaza Unzué<sup>3</sup>; Amaia Amatriain<sup>1</sup>; Bárbara Mailén Moyano Berardo<sup>2</sup>

1. Complejo Hospitalario de Navarra; 2. UCI B; 3. UCI A

#### **Objetivo**

Simplificar el montaje de un sistema de humidificación activa.

Aportar mayor seguridad y calidad al paciente.

Capacitar al personal en el uso de este sistema.

#### **Material y Método**

Sistema HME BOOSTER, es un filtro intercambiador de humedad y temperatura con la eficiencia de un sistema de humidificación activa que nos permite un aporte adicional de calor y humedad al paciente. Sin complicados circuitos ni problemas de condensación en las tubuladuras.

Equipo de infusión con una conexión con cierre luer y cámara de goteo a la bolsa de agua destilada y a la pieza en "Y".

#### **Resultados**

Gracias a un sistema autorregulado que proporciona una corriente de aire a 37°C y 100% de humedad relativa aumenta la seguridad del paciente disminuyendo la incidencia de quemaduras.

#### **Conclusiones**

El filtro HME retiene el exceso de humedad evitando que pase a las tubuladuras del paciente eliminando las condensaciones y el uso de trampas de agua o hilos calefactores.

Es un sistema de fácil acceso por lo que reduce la carga de trabajo en la unidad de cuidados intensivos (UCI).



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 406

### **Caídas. Flujos del sistema de notificación HH.UU. Virgen del Rocío.**

Consuelo Rodríguez Goncet<sup>1</sup>; María Teresa Barrasa Fernández de Velasco<sup>2</sup>; María José Aranda Martínez<sup>1</sup>; María Rosario Mesa Bueno<sup>1</sup>; Florencia Sánchez Roldán<sup>1</sup>; José Antonio Márquez Rojas<sup>1</sup>

1. UGC Cuidados Críticos HHUU Virgen del Rocío. Sevilla; 2. Hospital Universitario Virgen de la Salud. Toledo

#### **Objetivo**

En el año 2006 se diseñó e implantó un sistema de notificación de eventos adversos propio siguiendo los principios de confidencialidad, anonimato, voluntario y no punitivo. Se elaboraron el diagrama de flujos del circuito, los formularios de notificación de caídas, entre otros incidentes, y se difundió por todas las Unidades de Gestión. En principio fue con formato papel, para desde el 2012 incorporar la notificación on-line a través de la intranet del HUVR.

Conocer los circuitos de notificación interno existente será el objetivo de este trabajo.

#### **Material y Método**

Se revisó flujos existentes en la actualidad en HUVR para la notificación de caídas, tanto on-line como formato papel. Revisión del informe anual correspondiente al año 2015 de notificación y análisis de incidentes HHUU Virgen del Rocío, por parte de la Comisión de Calidad de Seguridad Clínica del HUVR.

#### **Resultados**

Las notificaciones se organizan en bloques, dentro de éstos está las caídas con su correspondiente formulario y circuito de recepción, análisis y difusión de las respuestas en forma de recomendaciones y/o medidas de mejora. La información se envía a los responsables de calidad y directores de las distintas UGC implicadas. A través de la intranet los profesionales sanitarios pueden notificar los incidentes y/o cuasi-incidentes rellenando el formulario pertinente. Además, las UGC tienen una comisión de Calidad y Seguridad clínica que analiza los cuasi-incidentes de forma local, que junto con los revertidos por la Comisión de Seguridad Clínica les sirve para su gestión de los sucesos.

#### **Conclusiones**

La Comisión de Seguridad Clínica del HUVR está enmarcada dentro del área de bioseguridad para análisis y asesoramiento a centros y servicios.

Los profesionales deben conocer estos circuitos para la seguridad clínica del paciente y su entorno, y así garantizar una calidad asistencial óptima, con la existencia de herramientas de mejora y el feedback entre UGC y centros.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 388

### **Aplicación para móvil iGasometría.**

Enrique García Rufián; Francisco Clemente López; Nuria Peña Álvarez; Sergio García Rufián  
*Hospital Nuestra Señora de Candelaria*

#### **Objetivo**

Dar a conocer la experiencia a la hora de crear una aplicación móvil para el sector sanitario.  
Facilitar el cálculo ácido-base de una gasometría arterial en el servicio de UCI  
Tener una guía rápida de consulta de conceptos en ventilación en enfermería

#### **Material y Método**

Descripción de la experiencia en la que surge, progresa y nace esta aplicación móvil.

#### **Resultados**

Creación de dicha aplicación, testada y de momento sin errores.

Experiencia satisfactoria durante el desarrollo de la misma de donde nace el deseo de compartirla con la comunidad científica.

#### **Conclusiones**

Gran importancia de tener herramientas útiles y fáciles que ayuden en el trabajo diario

Es necesario compartir este tipo de experiencias ya que incentivan a nuevos desarrollos y por tanto a mejorar nuestra labor.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 408

### **Cuidados y manejo de enfermería del paciente crítico en Terapia Continúa de Reemplazo Renal (TCRR) anticoagulada con citrato.**

Andrea Fadrique Hernández; Izaskun Abadía Ichaso; Amaya Relloso Goñi; Elena González Dopico; Bárbara Mailén Moyano Berardo; Lorea Tellechea Lizasoain; Astrid Santamaria Ozcoidi  
*Complejo Hospitalario Navarra*

#### **Objetivo**

Capacitar al personal de nuestra unidad en el manejo de la TCRR anticoagulada con citrato.

Mantener el filtro, las líneas extracorpóreas y los catéteres sin coágulos, evitando una anticoagulación sistémica que favorezca las complicaciones hemorrágicas.

Mantener inerte la superficie de la membrana para no impedir sus funciones de difusión, convección y adsorción consiguiendo una mayor vida del filtro.

#### **Material y Método**

Descripción de la técnica TCRR anticoagulada con citrato usando el sistema Prismaflex.

#### **Resultados**

Instauración de la anticoagulación con citrato en todos los pacientes de nuestro servicio, salvo contraindicación.

Aplicación de la técnica de forma segura minimizando iatrogenia.

Monitorización de los niveles de electrolitos sistémicos (Calcio, Bicarbonato, Sodio y Magnesio)

#### **Conclusiones**

La introducción de esta nueva modalidad de anticoagulación requiere la formación del personal de enfermería.

La coagulación del filtro es la complicación más frecuente, siendo a su vez la causa más habitual del cambio de circuito, e incluso de la imposibilidad de retorno de sangre al paciente.

Minimización de riesgos sobre el paciente al inhibir la coagulación del circuito en lugar de actuar sobre la circulación sistémica.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 294

### **Colocación del capnógrafo en pacientes con ventilación mecánica.**

Alba Mor Arbonés; Carme Baraza Esteve; Iolanda Arilla Amores; Marta Escarp Sans; Laia Merino Martorell; Lara M<sup>a</sup> García Solanes; María Miralles Balagué; Núria Cortés Andreu; Núria Miranda Túnica; Jesica Martos Rojas  
HUAV

#### **Objetivo**

Conocer las indicaciones de colocación del capnógrafo en el paciente con ventilación mecánica.

Conocer los valores de la capnografía.

Conocer las complicaciones de la capnografía.

#### **Material y Método**

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre las indicaciones y uso de la capnografía en el enfermo con ventilación mecánica.

Realizar un poster explicativo.

#### **Resultados**

El personal de la unidad disponía de una herramienta de consulta para la correcta colocación del capnógrafo i interpretación de sus valores.

#### **Conclusiones**

Realizar un mejor uso del capnógrafo.

Conocer mejor la oxigenación del paciente con ventilación mecánica con la monitorización del capnógrafo.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 123

### **Cuidados de enfermería en pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos incluidos en protocolo Maastricht III.**

Lourdes González Arjona; Pilar Montejano Cloute; Pilar Guerrero-Strachan Aguilar  
*Fundación Jiménez Díaz*

#### **Objetivo**

Poner en conocimiento del personal de enfermería de nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI), las necesidades y cuidados precisos a pacientes incluidos en el protocolo de MaastrichtIII.

#### **Material y Método**

España esta a la cabeza en cuanto al número (nº) de donantes por millón de población (pmp).

Tras el estancamiento de los últimos años, se deriva la necesidad de desarrollar fuentes alternativas a la donación de órganos en personas en muerte encefálica. La donación en asistolia(DA) se vislumbra como estrategia imprescindible a la hora de asegurar la disponibilidad de órganos para trasplante. La clasificación de Maastricht sigue siendo utilizada en el ámbito internacional. Nuestros cuidados irán encaminados a pacientes que entren en la clasificación de Maastricht modificada y dentro de ella a la establecida en la DA controlada tipo III. Esta incluye pacientes a los que se aplica limitación del tratamiento de soporte vital(LTSV), tras el acuerdo entre el equipo sanitario y éste con familiares.

#### **Resultados**

Con el establecimiento de este protocolo intentaremos la mejor actuación posible:

- Favorecer el bienestar y confort, proporcionar los cuidados básicos, asegurar la ausencia del dolor físico y psíquico al final de la vida.
- Facilitar el acompañamiento de las familias, ampliando el horario de visitas, una vez explicado y entendido por los familiares las fases del procedimiento.
- Conocer los tiempos transcurridos entre la extubación y la parada cardiocirculatoria de cara a la evolución del órgano transplantado.
- Control adecuado de la oxigenación, situación hemodinámica, balance hídrico, valores hematológicos.

#### **Conclusiones**

El cumplimiento y conocimiento del protocolo de cuidados de enfermería, proporciona al paciente una muerte digna junto a sus familiares y la posibilidad de lograr mayor viabilidad en los órganos transplantados.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 167

### **Aspectos Emocionales y de Comunicación en la Limitación del Tratamiento de Soporte Vital.**

M<sup>a</sup> Josefa Salmerón Gascón; Anna Lafuerza Torres; Pilar García Casado  
*Hospital Universitari Sant Joan de Reus*

#### **Objetivo**

Pol Eitman nos recuerda que somos seres emocionales y que sin las emociones no se puede vivir. Las emociones influyen en la memoria, el razonamiento y la atención. Necesitamos de la emoción para transmitir y comunicarnos con otras personas.

En el marco de la Comisión de Ética Asistencial del Hospital Universitari Sant Joan de Reus, surge la necesidad de actualizar el protocolo de Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV) dando la visión multidisciplinar que ofrece la comisión. En la composición del protocolo adquiere rango propio el análisis de la influencia de los sentimientos y las características de la comunicación. Nuestro objetivo será cercarnos al conocimiento de los aspectos emocionales y de comunicación que mejoran la calidad de la información de la LTSV a pacientes y familiares.

#### **Material y Método**

Para conseguir la elaboración de este trabajo, hemos realizado una revisión bibliográfica de fuentes manuscritas y electrónicas, junto a un análisis reflexivo, dirigido a la elaboración de un conjunto de recomendaciones que garanticen que la información transmitida de contenido sensible, no tenga una respuesta de confusión, niveles altos de angustia y un aumento del estrés.

#### **Resultados**

Que desde el entorno de la Bioética nos acerquemos a tener presentes la influencia de los sentimientos en la capacidad de comprensión de la información, no deja de ser un gesto positivo, todavía con un camino por recorrer en el mundo asistencial sanitario. Las características del proceso de información tienen en cambio más presencia y arraigo, destacando sobre todo en el entorno de la información relativa a la LTSV

#### **Conclusiones**

La presencia de los aspectos emocionales y de comunicación en la elaboración de un protocolo de recomendaciones en la LTSV tiene como resultado el refuerzo de los valores éticos y un aumento del humanismo en las prácticas asistenciales diarias.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 8. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 73

### **Hipotermia inducida mediante el sistema *Artic Sun 2000* desde el punto de vista de la NANDA, NOC, NIC.**

Nuria Barrenechea; Raquel Núñez; Benjamín Cano Martos; Laura Azparren; Amaia Saralegui; Maialen Etchegoin Ustarroz

*Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **Objetivo**

Elaborar un listado de los diagnósticos de Enfermería (DE) comunes en el paciente sometido a hipotermia inducida (HI) mediante el sistema *Artic Sun 2000*.

Posibilidad de realizar guía de práctica clínica en el paciente sometido a HI.

#### **Material y Método**

Análisis de los pacientes sometidos a HI desde la introducción del dispositivo *Artic Sun 2000* en nuestra unidad, contrastado con revisión bibliográfica.

#### **Resultados**

Elaboración del conjunto de DE que nos encontramos en el paciente sometido a HI siguiendo la última clasificación (2012-2014) de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), siempre teniendo en cuenta los diagnósticos derivados de las necesidades individuales de cada paciente.

#### **Conclusiones**

Los avances tecnológicos de los últimos años, como es el caso del sistema *Artic Sun 2000*, han puesto de manifiesto que la aplicación de la HI tras parada cardiorrespiratoria mejora el pronóstico de estos pacientes. Esta técnica produce una serie de efectos terapéuticos: disminuye la tasa metabólica, la respuesta inflamatoria que se desencadena tras la isquemia y el edema cerebral, buscando así minimizar el daño neurológico.

Dado que la aplicación de la HI supone un aumento de la carga del trabajo de enfermería, la identificación de estos DE proporciona unos cuidados óptimos, garantizando el confort y el bienestar del paciente, facilitando los cuidados y disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, permitiendo además una rápida actuación por parte de enfermería ante posibles necesidades y/o complicaciones.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► **ID 271**

Detección precoz de posibles complicaciones en las técnicas de depuración extrarrenal continua.

---

► **ID 279**

Perfil de los pacientes seguidos por la unidad de sepsis. Actividad de enfermería.

---

► **ID 293**

Actualización del protocolo de algoritmo de nutrición enteral (NE) en el Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.

---

► **ID 313**

Últimas recomendaciones en aspiración de secreciones.

---

► **ID 321**

Estudio comparativo de los cuidados de enfermería en pacientes traqueostomizados en una UCI protocolizada y sin protocolizar.

---

► **ID 405**

¿Asepsia ante una urgencia?

---

► **ID 129**

Estudio de medidas de higiene corporal diaria con toallitas de gluconato de clorhexidina Clinell® para prevenir las infecciones adquiridas en el paciente crítico "Proyecto Resistencia Zero".

---

► **ID 239**

Medición de la PPC con el transductor arterial ¿en el CAE o en aurícula?

---

► **ID 343**

AnaConDa®, el cuidado seguro en la sedación inhalatoria.

---



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 271

### **Detección precoz de posibles complicaciones en las técnicas de depuración extrarrenal continua.**

Carmae Baraza Esteve; Alba Mor Arbonés; María Miralles Balagué; Laia Merino Martorell; Núria Miranda Túnica; Marta Escarp Sans; Núria Cortés Andreu; Jesica Martos Rojas; Lara M<sup>a</sup> García Solanes; Yolanda Arilla Amores  
*HUAV*

#### **Objetivo**

Dar a conocer al personal de enfermería las diferentes variables de presión que nos proporciona la técnica de depuración extrarrenal continua (TDEC) y proporcionar información y conocimientos necesarios para resolver correctamente las posibles complicaciones durante la TDEC

#### **Material y Método**

A través de la búsqueda bibliográfica en los manuales específicos de técnicas de depuración extrarrenal, nuestra experiencia profesional y varias sesiones clínicas realizadas se ha creado una guía de acceso rápido y visual. En esta guía se describen las posibles alteraciones de las variables, sus posibles causas y las opciones de intervención.

#### **Resultados**

Anticipación de los problemas mediante la monitorización y control de las presiones del sistema TDEC.  
Optimización de las técnicas de depuración extrarrenal continua.

#### **Conclusiones**

Aunque los modelos de monitores de TDEC existentes están equipados con alarmas, tanto visuales como acústicas, para advertir las alteraciones que se presentan durante el tratamiento es de vital importancia conocer las variables, sus valores normales y las posibles causas y anomalías para poder anticiparnos a las alarmas y, así, optimizar la técnica disminuyendo la incidencia de complicaciones y consiguiendo una mejora en la calidad asistencial.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 279

### **Perfil de los pacientes seguidos por la unidad de sepsis. Actividad de enfermería.**

Alicia Robas Gómez; M<sup>a</sup> Prado Peinado Peral; Montserrat García González; Estrella Checa Parrilla; M<sup>a</sup> Eugenia Félix Ramos; M<sup>a</sup> José Pérez-Pedrero Sánchez-Belmonte; Marcelino Sánchez Casado; Carmen Morales García; Miguel Ángel Gallego Montañés

*Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud*

### **Material y Método**

Estudio observacional descriptivo de 12 meses de duración, en el que se incluyó a todos los pacientes en los que se activó el Código Sepsis y a los que se les realizó un seguimiento de enfermería. Se describen variables de seguimiento y descripción de la evaluación de la actividad.

### **Resultados**

- 170 pacientes seguidos.
- 9,9 +7,1 días de seguimiento medio.
- Foco: urinario 28,8%; abdominal 26,5%; respiratorio 24,1%.
- Nivel de gravedad: 30% sepsis; 32,9% sepsis grave; 31,8% shock séptico y 1,2% síndrome de disfunción multiorgánica.
- Servicio responsable: 32,4% UCI y 31,8% Medicina Interna.
- 62,4% pacientes portadores de sonda vesical (106 sondas seguidas durante 4,8+ 6,8 días.)
- 100% pacientes portadores de catéter venoso, siendo el 25,1% de ellos centrales (169 catéteres venosos centrales seguidos durante 9,9 + 7,8 días).
- 36,9% pacientes portadores de catéter arterial (62 catéteres arteriales seguidos durante 2,3+ 4,3).
- 74,7 % pacientes sin UPPs; 15% nosocomiales; 65,9% grado II; 13,8 puntos Escala Braden.
- 26,5% pacientes con herida quirúrgica (n =45).
- 28,8% pacientes portadores de drenaje (n=49).
- 11,3% pacientes con traqueotomía /ventilación mecánica invasiva a los que se le siguió durante 8,7 +5,2 días.

### **Conclusiones**

- El análisis nos permite conocer cuál es el perfil del paciente seguido.
- También permitirá poder realizar comparaciones en un futuro.
- La cateterización venosa y el sondaje vesical, son las instrumentalizaciones más frecuentes.
- La realización de un trabajo sistematizado, permite el seguimiento, el apoyo a la formación continuada del personal de enfermería y la coordinación de cuidados en pacientes con un especial grado de vulnerabilidad.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 293

### **Actualización del protocolo de algoritmo de nutrición enteral (NE) en el Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.**

Alba Mor Arbonés; Carme Baraza Esteve; Iolanda Arilla Amores; Marta Escarp Sans; Laia Merino Martorell; Lara M<sup>a</sup> García Solanes; María Miralles Balagué; Núria Cortés Andreu; Núria Miranda Túnica; Jesica Martos Rojas  
HUAU

#### **Objetivo**

Realizar una revisión y actualización del protocolo de NE vigente para una mejora y personalización de para cada paciente.

Hacer difusión entre todo el personal del nuevo algoritmo para la NE y así un correcto desarrollo de la técnica.

#### **Material y Método**

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la revisión del anterior protocolo.

Búsqueda bibliográfica en bases científicas.

Una vez creado el nuevo algoritmo para la NE se realizaron sesiones informativas para formar al personal de la unidad.

En cada unidad se dejó una copia en formato papel del nuevo algoritmo para su consulta.

#### **Resultados**

Todo el personal de enfermería dispone de un algoritmo para la administración de la NE, para evitar discrepancias y dar una continuidad estanca.

Mejora de la tolerancia de la dieta enteral.

Evitar complicaciones tipo restreñimiento, diarreas y mala tolerancia.

Individualización de la dieta enteral según la patología del enfermo.

#### **Conclusiones**

La revisión y actualización del algoritmo para la NE ha proporcionado una mejora en la técnica para la administración de la dieta enteral.

La posibilidad de personalizar el ritmo de infusión y el tipo de NE según las características del paciente ha contribuido en la mejora de la tolerancia y disminución de las complicaciones derivadas.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 313

### **Últimas recomendaciones en aspiración de secreciones.**

Beatriz García Gómez<sup>1</sup>; Rocío González Blanco<sup>2</sup>; M. Prado Peinado Peral<sup>3</sup>; Francisco Javier Revuelta Castedo<sup>2</sup>

1. Hospital Universitario La Paz; 2. Hospital Ramon y Cajal; 3. Hospital Virgen de la Salud

#### **Objetivo**

Siguiendo las recomendaciones del programa de Neumonía Zero (NZ), elaborar un protocolo de aspiración de secreciones bronquiales que cuente con un plan de cuidados estandarizado lo que contribuye a aumentar la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Difusión de dicho protocolo entre todo el personal de la unidad para disminuir los efectos no deseados derivados de la técnica y estancia en una unidad de cuidados intensivos (UCI) del paciente.

Identificar las posibles complicaciones relacionadas con la aspiración de secreciones, práctica más que habitual en un paciente crítico.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica de meta-análisis y ensayos en bases de datos Biblioteca MEDLINE, CINAHL y Cochrane.

#### **Resultados**

Una de las prácticas más habituales en UCI es la aspiración de secreciones bronquiales a través de tubo oro-traqueal o cánula traqueal.

El personal de enfermería debe conocer las distintas técnicas y dispositivos disponibles (sistema de aspiración abierta o cerrada), valorar cuándo y cómo realizar la aspiración de secreciones en función de clínica del paciente, así como identificar las posibles complicaciones derivadas de la técnica.

#### **Conclusiones**

El personal de enfermería debe respetar las recomendaciones de NZ así como las indicaciones basadas en la evidencia científica para garantizar en todo momento la calidad de la técnica, disminuir las complicaciones iatrogénicas y disminuir la estancia en UCI del paciente.

La elaboración de un plan de cuidados estandarizado con la taxonomía NANDA, NIC, NOC facilita la difusión de conocimientos en una técnica tan habitual como la aspiración de secreciones siendo de vital importancia para garantizar la seguridad del paciente y la calidad asistencial en las unidades de cuidados intensivos.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 321

### **Estudio comparativo de los cuidados de enfermería en pacientes traqueostomizados en una UCI protocolizada y sin protocolizar.**

Patricia Ferrero Sereno; Emilia Raquel Martínez Martínez; Covadonga Medrano Martínez; María Elena Pérez Santamaría; Beatriz Cordero Fraile; Juana Delegma Pérez Díaz  
*Hospital Virgen del Mar*

#### **Objetivo**

- Garantizar la calidad de la atención y de los servicios ligados a satisfacción del paciente.
- Garantizar la eficacia de los recursos asignados a producción.
- Unificar criterios.
- Demostrar el beneficio de los cuidados protocolizado.
- Disminuir las complicaciones.
- Aumentar la eficiencia en los resultados, proporcionar garantía y seguridad a los cuidados prestados a los pacientes

#### **Material y Método**

Estudio descriptivo, retrospectivo y comparativo. Hemos realizado una revisión sistemática de historia clínica desde el 1 de diciembre de 2013 al 1 de diciembre del 2014 periodo en el que no habíamos implantado en el Hospital ningún protocolo y del 1 de diciembre del 2014 al 1 de enero del 2016 en el que sí estábamos trabajando de manera protocolizada.

#### **Resultados**

- La elaboración de un protocolo multidisciplinario y multiservicio permite saber qué tareas realiza cada profesional de enfermería y en qué departamentos con el fin de optimizar los cuidados de enfermería.
- El empleo en UCI de protocolos de cuidados en los pacientes protocolizados es importante para prevenir complicaciones

#### **Conclusiones**

- La elaboración de un protocolo multidisciplinario y multiservicio permite saber qué tareas realiza cada profesional de enfermería y en qué departamentos con el fin de optimizar los cuidados de enfermería.

El empleo en UCI de protocolos de cuidados en los pacientes protocolizados es importante para prevenir complicaciones



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 405

### ¿Asepsia ante una urgencia?

María Teresa Barrasa Fernández de Velasco<sup>1</sup>; Consuelo Rodríguez Goncet<sup>2</sup>; María Teresa Huertas Murillo<sup>3</sup>; Florencia Sánchez Roldán<sup>4</sup>

1. Hospital Universitario Virgen de la Salud. Toledo; 2. UGC Cuidados Críticos HHUU Virgen del Rocío. Sevilla; 3. HHUU. Virgen Macarena. Sevilla; 4. UGC Cuidados Críticos HHUU Virgen del Rocío. Sevilla

#### Objetivo

Entendemos por asepsia la ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye la preparación del equipo, la instrumentación y el campo de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección.

Objetivos: tomar conciencia que en un medio hostil cómo es una urgencia, es posible mantener la asepsia.

#### Material y Método

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo un consenso de ideas, a través de un grupo de discusión formado de enfermeras de urgencias y UCI.

#### Resultados

Dentro de la asepsia que debemos mantener y nos encontramos en estos escenarios, es importante hacer hincapié en el lavado de manos, la limpieza y desinfección de material, la correcta realización de técnicas como canalización de vía central, periférica, intraosea, umbilical o arterial, sondaje vesical, colocación de drenajes, IOT (así como el mantenimiento de sus circuitos de ventilación), tratamiento de heridas. En innumerables ocasiones nos encontramos en situaciones emergentes en las que es necesario la realización rápida de algunas de estas técnicas, no por ello es justificable romper la barrera aséptica necesaria. Un buen entrenamiento en cuanto a la sistemática y trabajo en equipo son imprescindibles para poder evitar infecciones nosocomiales asociadas.

#### Conclusiones

Los procedimientos de asepsia y antisepsia revisten especial importancia en las urgencias, donde el medio es especialmente apto para el desarrollo de infecciones cruzadas. Tanto el personal médico como el de enfermería debe estar familiarizado con los principios y normas de asepsia y antisepsia.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

► Pósters

**XLII**

Congreso Nacional de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 129

**Estudio de medidas de higiene corporal diaria con toallitas de gluconato de clorhexidina Clinell® para prevenir las infecciones adquiridas en el paciente crítico “Proyecto Resistencia Zero”.**

María Teresa García Hernández; Marta María Pérez Martínez; Patricia García Jáñez  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**Objetivo**

Con este estudio se determina si el aseo diario con clorhexidina disminuye la incidencia de infecciones asociadas a los cuidados de salud, y se valora el estado de la piel con respecto al aseo tradicional con agua, jabón y esponja.

El paciente crítico es objeto de diferentes procedimientos invasivos, con el consiguiente riesgo de infección, ya que el foco inmediato de microorganismos es la piel; por lo que su limpieza cuidadosa y la disminución de la colonización cutánea pueden disminuir la infección nosocomial, la diseminación de microorganismos multirresistentes (MMR) y reducir los costes hospitalarios.

**Material y Método**

Se ha realizado un estudio retrospectivo comparativo de ambos tipos de aseo durante el primer semestre de 2015, con el fin de evaluar la incidencia de bacteriemia nosocomial, la adquisición de MMR, y el estado de la piel.

**Resultados**

Realización de la técnica de aseo con toallitas Clinell® según imagen adjunta.  
Uno de los resultados obtenidos tras la realización del estudio, es que la zona genital debe continuar lavándose con esponja jabonosa, y posterior aclarado con abundante agua.  
Se lleva a cabo la comparativa del aseo tradicional y el aseo con toallitas Clinell® mediante tablas de contingencia sobre el análisis microbiológico de muestras semanales de frotis faríngeo, nasal y rectal, de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante el primer semestre del 2015.  
Obteniéndose como resultados la aparición de diferentes microorganismos, destacando la eficacia de las toallitas frente a Stafilococcus aureus, Enterococcus, Pseudomonas aeruginosa y Escherichia coli.

**Conclusiones**

La descolonización universal de los pacientes críticos mediante la higiene diaria con toallitas con clorhexidina ha demostrado ser una de las medidas más eficaces en la disminución de adquirir infecciones nosocomiales.  
Este es un método simple y eficaz en la reducción de la tasa de colonización de los pacientes, principalmente en los pacientes de larga estancia, por microorganismos multirresistentes.

Modo de uso



La primera toallita en la cara (especialmente alrededor de la nariz y las orejas), y el cuello. Evitar el contacto con los ojos.



La segunda todo el área del pecho y abdomen.



La tercera para la espalda.



La cuarta para el brazo derecho, por delante y detrás, dejando la axila para el final.



La quinta para el brazo izquierdo, por delante y detrás, dejando la axila para el final.



La sexta para ingles y zona anal.



La séptima para la pierna y pie derecho, por delante y detrás.



La octava para la pierna y pie izquierdo, por delante y detrás.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 239

### **Medición de la PPC con el transductor arterial ¿en el CAE o en aurícula?**

Ester Cervera Rodríguez; Aida García Medina; Carmen Pavo Galán; Joan Ramón Ricart Martín; David Segura Berzosa; Sara Tejero Bernardo; Lorena Tello Trigo  
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*

#### **Objetivo**

Identificar las diferencias y comparar los resultados entre calcular la PPC con el transductor de la presión arterial a nivel del Conducto Auditivo Externo (CAE) y a nivel de aurícula derecha (AD) para así optimizar el tratamiento.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica de bases de datos, PUBMED, CUIDATGE, CUIDEN y revista electrónica ELSEVIER.

#### **Resultados**

Se compara la técnica de medición de la PPC en ambas alturas para observar cual de las dos puede ser más real y aportar mejores decisiones en el tratamiento.

#### **Conclusiones**

Después de la revisión bibliográfica, en la mayoría de los artículos se observa que la medición de la PPC con el transductor arterial a nivel del CAE es más fiable, ya que el resultado es inferior respecto al medido con el transductor situado en AD. Con lo cual, permite optimizar el tratamiento ante las posibilidades de aumentar el daño cerebral.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 9. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 343

### **AnaConDa<sup>®</sup>, el cuidado seguro en la sedación inhalatoria.**

Sergio González Carretero; Ainoa Moro Blázquez; Amalia Cobo Guerrero; Lorena López Aguilera  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal*

#### **Objetivo**

La sedación es esencial en el manejo de los pacientes en las Unidades de Cuidados Críticos. La mayoría la recibirán en algún momento de su estancia debido a su estado físico, los procedimientos invasivos, los cuidados de enfermería, etc. Los fármacos más utilizados para sedar son los hipnóticos intravenosos, éstos pueden dar lugar a inestabilidad hemodinámica, depresión miocárdica, y/o bradicardia.

Una alternativa a la sedación intravenosa es la vía inhalatoria. Estos fármacos presentan como ventaja un mínimo metabolismo, una rápida y predecible recuperación; así como precisión en el manejo y profundidad de la sedación mediante monitorización continua de la concentración. La seguridad de estos fármacos inhalados está demostrada frente a los intravenosos ya que algunos poseen efecto cardioprotector y broncodilatador.

El sistema AnaConDa<sup>®</sup> (Anaesthetic Conserving Device), es un sistema para la administración de isoflurano y sevoflurano. Consta de un filtro antibacteriano y un humidificador que conectado a una bomba de infusión permiten administrar estos fármacos a través del sistema de ventilación mecánica. AnaConDa<sup>®</sup> es eficaz, seguro y permite un despertar relativamente corto permitiendo ampliar las indicaciones de agentes inhalados fuera del quirófano.

El objetivo de este póster es el de mostrar la preparación, manejo y cuidados de enfermería al paciente con sistema AnaConDa en una Unidad de Críticos Quirúrgicos.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica de bases de datos PubMed, Cinhal, Scielo, Joanna Briggs y biblioteca Cochrane Plus.

#### **Resultados**

Exponer los distintos componentes del dispositivo AnaConDa, su funcionamiento y los cuidados de enfermería derivados del uso.

#### **Conclusiones**

En pacientes con dificultades de sedación, este método puede disminuir significativamente el coste y mejorar la eficacia de la sedación, además de ser un sistema fácilmente manejado por el personal de enfermería. Según los trabajos revisados el sistema AnaConDa es considerado un método seguro tanto para el paciente como para los trabajadores que deben manipularlo.



índice  
general

índice  
oral

índice  
oral  
póster

índice  
póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► **ID 251**

¿Psicología en una Unidad de Cuidados Intensivos?

---

► **ID 375**

Diferentes cánulas traqueales para diferentes necesidades.

---

► **ID 255**

Actuación enfermera ante las alarmas en ventilación mecánica.

---

► **ID 377**

Alimentación oral segura en pacientes con traqueostomía.

---

► **ID 373**

Papel de la Enfermería en diferentes Equipos Interdisciplinarios de Sepsis.

---

► **ID 399**

Análisis de la monitorización ventilatoria en la exacerbación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

---

► **ID 403**

El catéter *Midline*, un nuevo eslabón en la terapia intravenosa en las Unidades de Intensivos.

---

► **ID 95**

Tengo una mala noticia.

---

► **ID 229**

Mejora de la comunicación con un paciente traqueotomizado.

---



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 251

### ¿Psicología en una Unidad de Cuidados Intensivos?

Alba Mor Arbonés; Carme Baraza Esteve; Iolanda Arilla Amores; Marta Escarp Sans; Laia Merino Martorell; Maria Miralles Balagué; Núria Cortés Andreu; Núria Miranda Túnica; Lara García Solanes; Jessica Martos Rojas  
*HUAV*

#### Objetivo

Disminuir la ansiedad y el estrés que presenta tanto el paciente como sus familiares durante su estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos

#### Material y Método

Mediante la búsqueda bibliográfica de estudios de psicología.

#### Resultados

El ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece, provocando un alto nivel de estrés, ansiedad y depresión, lo cual podría incrementar el riesgo de que no atiendan sus propias necesidades manifestando comportamientos no saludables. La presencia de un psicólogo durante esta etapa puede ayudar: primero al paciente, ya que hablar de su estado puede ayudarle a conducir sus emociones, las cuales son esenciales para el desarrollo de su enfermedad; segundo a sus familiares, quienes podrán entender como conducir la situación y como ayudarle, dentro de lo posible, durante las visitas; y por último, al personal sanitario, de esta forma, podremos entendernos fácilmente con la familia, saber cuales son sus necesidades y las del paciente.

#### Conclusiones

El entendimiento entre el personal sanitario, el psicólogo y los familiares tiene como objetivo la ayuda biopsicosocial para que el paciente supere esta etapa lo mejor posible y que la estancia en una unidad de cuidados intensivos sea lo más corta posible.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 375

### Diferentes cánulas traqueales para diferentes necesidades.

Patricia María Rolle Fernández; Joana Pirez Díaz; Mónica Espinel Esteban; Julia Castro Rodríguez  
*Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

#### Objetivo

Conocer los diferentes tipos de cánulas, sus elementos y usos es primordial para asegurar las correctas necesidades de cada paciente (alimentación, respiración y comunicación). El uso adecuado de cada una de ellas mejorará la calidad asistencial y prevendrá o minimizará complicaciones derivadas de su manipulación.

#### Material y Método

El interés principal de nuestro protocolo es mostrar al personal responsable de cuidar a los pacientes traqueostomizados los diferentes tipos de cánulas según su uso y finalidad en el tratamiento de las patologías y así favorecer la evolución de los mismos con el menor riesgo de complicaciones, siempre enfocando la seguridad del paciente como primer objetivo.

#### Resultados

Basándonos en nuestra experiencia en una unidad de cuidados intensivos y con el apoyo de otros profesionales (intensivistas, neumólogos y otorrinolaringólogos) elaboramos un protocolo que se adecuara a este tipo de enfermos. Para ello realizamos una tabla informativa describiendo los tipos de cánulas para diferentes situaciones.

#### Conclusiones

Llevando a cabo este protocolo mejoraremos la calidad de nuestro trabajo y disminuirá el riesgo potencial para la seguridad del paciente.

| SITUACIONES  | TIPO DE CÁNULA TRAQUEAL  |
|--|--|
| Aislar la vía aérea, ventilación mecánica              | No fenestrada con balón inflado, o fenestrada con camisa interna no fenestrada con balón   |
| Desconexión del respirador con conexión de O2 en T     | No fenestrada con balón inflado o fenestrada con camisa interna no fenestrada con balón  |
| Respirar y expulsar secreciones por vía aérea superior | Fenestrada con balón desinflado y tapón  |
| Comunicación oral                                      | Fenestrada con balón desinflado y tapón o con válvula fonadora   |
| Sin ventilación y para facilitar la inspiración        | Fenestrada con balón desinflado y no taponada  |
| Ingesta oral de alimentos                              | Fenestrada con balón inflado y camisa interna no fenestrada<br>Si es fenestrada sin balón: asegurarse de que deglute sin problemas |
| Aspiración de secreciones                              | Cualquier cánula<br>Si presenta fenestra ancha: colocar camisa interna no fenestrada   |



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 255

### **Actuación enfermera ante las alarmas en ventilación mecánica.**

Diego Jiménez López; Aranzazu Picazo Gómez; María Lourdes Fenollosa Ros; Amparo Benavent Benavent; Mercedes Rosario Ballester; Juan Adalid Illueca; Rosa María Julián Navarro; Cristina Pons Morera; Yolanda Pastor Peris; María Consuelo Español Cañete  
*Hospital Clínico Universitario Valencia*

#### **Objetivo**

La ventilación mecánica es una estrategia terapéutica muy usada en las unidades de cuidados críticos. Las alarmas de las que dispone todo ventilador mecánico tratan de garantizar la seguridad del paciente, a la vez que ayudan al profesional que le asiste.

La función principal de estas alarmas es avisar de las alteraciones en los parámetros fijados y, una vez identificada e interpretada, se restablezca el correcto funcionamiento del sistema.

El objetivo del trabajo trata de resolver las cuestiones que se plantean en relación al manejo de alarmas que con mayor frecuencia nos encontramos en las unidades de críticos (presión, volumen y frecuencia), así como las causas de activación y las correspondientes actuaciones enfermeras apropiadas en cada situación.

#### **Material y Método**

Se trata de dar a conocer e interpretar el funcionamiento de las alarmas del respirador y todos aquellos problemas relacionados que con frecuencia se enfrentan los profesionales de enfermería a diario en las unidades de cuidados críticos, además de sistematizar unas pautas generales de comportamiento ante la activación de las mismas.

#### **Resultados**

Mediante una correcta interpretación de las alarmas monitorizadas y una actuación enfermera apropiada tras la confirmación de la causa que motivó dicha alarma, se consigue el restablecimiento y el correcto funcionamiento del sistema.

Para llevar a cabo dichas actuaciones es fundamental poseer unos conocimientos básicos y poner en práctica determinados protocolos de actuación entre los profesionales de enfermería que imparten sus cuidados a diario en unidades de cuidados críticos.

#### **Conclusiones**

El apoyo de una guía de actuaciones a seguir ante determinadas situaciones se considera una herramienta de consulta eficaz y sencilla que facilita la labor enfermera, lo que permite una mayor rapidez en sus actuaciones y seguridad en la asistencia al paciente, pudiendo adelantarse a los posibles problemas que puedan aparecer y/o evitarlos a tiempo.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

## ► Pósters

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 377

### **Alimentación oral segura en pacientes con traqueostomía.**

Joana Pirez Díaz; Patricia María Rolle Fernández; Mónica Espinel Esteban; Julia Castro Rodríguez  
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

#### **Objetivo**

Realizar una alimentación oral segura para prevenir y evitar complicaciones derivadas de una intervención incorrecta por parte del personal sanitario. Proponer recomendaciones específicas enfocadas a pacientes estables en unidad de cuidados intensivos con indicaciones de alimentación oral.

#### **Material y Método**

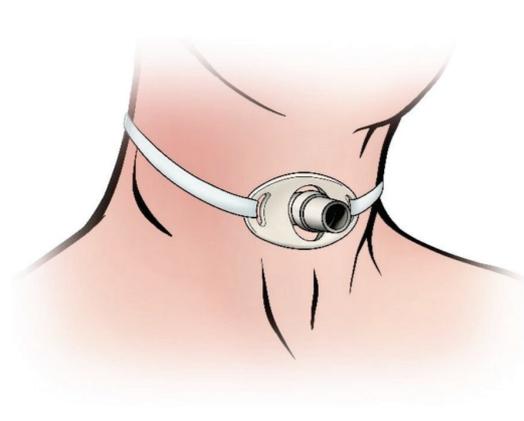
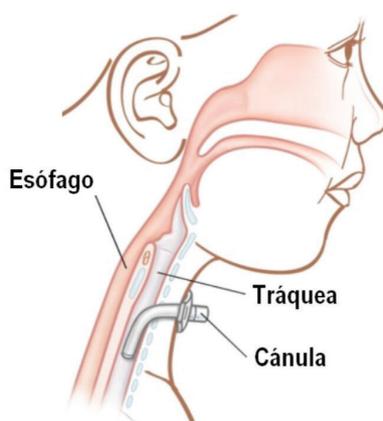
Explicaremos como realizar una alimentación oral segura en pacientes traqueostomizados y con diferentes cánulas basándonos en las búsquelas de artículos relacionados con el tema (Manual de cuidados intensivos para enfermería Ed. Masson 2003, Ucisegura.es...) y entrevistas a médicos neumólogos e intensivistas.

#### **Resultados**

Realizamos un protocolo describiendo recomendaciones específicas en pacientes subsidiarios a una alimentación vía oral y que pasos debemos seguir para realizar una alimentación segura reduciendo el riesgo de complicaciones en la vía aérea. Describimos intervenciones a realizar en caso de suceder alguna complicación como atragantamiento, broncoaspiración...

#### **Conclusiones**

Los pacientes sometidos a este protocolo tienen mayor protección frente a las complicaciones relacionadas de la alimentación oral y la recuperación en caso de complicaciones se resuelve de manera eficaz mejorando la seguridad del paciente y consiguiendo mejorar la calidad asistencial ofrecida por el personal sanitario.





índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 373

### **Papel de la Enfermería en diferentes Equipos Interdisciplinarios de Sepsis.**

Clara Hurtado Navarro<sup>1</sup>; Yolanda Lladó Maura<sup>2</sup>; Francisco Javier Domínguez<sup>1</sup>; Adrián Domínguez Romero

1. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia; 2. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca

#### **Objetivo**

Describir la labor desarrollada por la enfermera de de las Unidades interdisciplinarias de Sepsis (US) en dos hospitales españoles con similares características según el modelo asistencial y la fase de implantación de las US en el ámbito hospitalario.

#### **Material y Método**

Desde la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr.Peset, se creó en octubre del 2012 una US. Implantó un protocolo de detección y tratamiento precoz. Las actividades de la enfermera fueron: difusión de conocimientos y protocolo, identificación de barreras para la implantación y recursos para disminuirlas, recogida y registro de datos y análisis y elaboración de informes de resultados. Las funciones docentes, gestoras e investigadoras ocuparon el 80% de su carga de trabajo.

El año 2013 impartió formación al personal del hospital. Se diseñó una página web con un checklist que guiaba la atención y una base de datos clínicos y microbiológicos. Se creó un perfil analítico de sepsis, un kit para extracciones de muestras y una bolsa con medicamentos para la 1ª hora.

En el Hospital Son Llàtzer, la US se implantó en 2005. Actualmente, está consolidada como unidad independiente y supervisa diariamente a todos los pacientes con sepsis grave/shock séptico hasta la resolución, alta o éxitus. La enfermera, además del registro de datos y elaboración de informes, colabora con otros servicios en investigación, realiza actividad docente continua y tiene una gran carga asistencial, visita diariamente a los pacientes sépticos con el facultativo, realizando técnicas y cuidados: inserción de catéteres venosos, extracción de analíticas o muestras microbiológicas, etc.

#### **Resultados**

A medida que la US se consolida en el hospital, la figura de la enfermera de sepsis aumenta el desarrollo de sus funciones (asistencial, docente, investigadora y administrativa) y la colaboración con otros servicios.

#### **Conclusiones**

Se crea una figura en el hospital que podría servir de modelo, adaptándola a otros hospitales según sus características.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 399

### **Análisis de la monitorización ventilatoria en la exacerbación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.**

David Peña Otero<sup>1</sup>; Manuel Jesús Ruiz-Henestrosa Campos<sup>2</sup>; María Eguillor Mutiloa<sup>3</sup>; Almudena Santano Magariño<sup>4</sup>; Francisca Rodríguez Estébanez<sup>5</sup>; David Vázquez Domínguez<sup>5</sup>; José Antonio Nuevo González<sup>6</sup>; Juan Antonio Andueza Lillo<sup>7</sup>; Guiomar Sánchez Fernández<sup>8</sup>

1. Enfermero. Hospital General Univ. Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón -Grupo de Enfermería-. Profesor Centro Universitario San Rafael-Nebrija; 2. Enfermero. Hospital General Univ. Gregorio Marañón. Supervisor de Urgencias; 3. Enfermera. Hospital Universitario de Getafe; 4. Centro de Trabajo: Enfermera. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Directora de Enfermería; 5. Enfermer@. Hospital General Univ. Gregorio Marañón; 6. Médico. Hospital General Univ. Gregorio Marañón; 7. Médico. Hospital General Univ. Gregorio Marañón. Jefe de Servicio de Urgencias; 8. Enfermera. Hospital General Univ. Gregorio Marañón. Jefa de Departamento de Urgencias

#### **Objetivo**

El estudio de Rotger estableció que los cambios terapéuticos condicionados por la obtención de la gasometría arterial, bien punción, bien catéter, se cifraba alrededor del 55% de las determinaciones.

El GRD 088 -Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)- es uno de los diagnósticos con más casuística hospitalaria y considerables costes sanitarios. Los cuidados de enfermería representan uno de los subproductos que se cuantifican, como cuidados administrados, para imputar el coste de enfermería en el GRD088-EPOC.

¿Se conoce qué, cómo se hace, cuántos recursos se consumen y cuáles son los estándares?

#### **Material y Método**

Revisión narrativa de la literatura

CEIC código V01\_ASMENF

Diseño y convocatoria de Panel de Expertos

Cálculo de tiempos y consumo de material

Estudio descriptivo transversal en el Departamento de Urgencias y Cuidados Críticos en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Población de estudio: tod@s los profesionales de enfermería que acepten participar (firma consentimiento informado)

No se predetermina tamaño muestral, ya que se puede acceder y saturar toda la población

(N=189); mínimo 60%=113

Tasa de respuesta 64.55%; 122 cuestionarios con 113 variables

Análisis de n/2 tras su procesamiento en una base de datos creada ad hoc, será descriptivo con media y desviación estándar para las variables cuantitativas normales y mediana y rango intercuartílico si asimétricas

#### **Resultados**

El EPOC en España: prevalencia 9.1%; 5º Causa de muerte varones y 7ª mujeres-

A nivel mundial 4ª causa mortalidad y pronóstico relacionado con múltiples factores asociados a la gravedad de la enfermedad

sigue →

## ► Pósters

### Conclusiones

TIEMPOS MEDIOS (minutos): Punción arterial 9.12; Canalización arterial 16.33; Extracción de muestra de vía arterial canalizada 4.91

CAMBIO PROFESIONAL SI NO LOGRA OBJETIVO DE (intentos): Punción arterial 2.16; Canalización arterial 2.10

#### FUNGIBLE Y PRAXIS:

Punción arterial: no anestésico, ni paños, ni guantes estériles

Canalización arterial: antiséptico principalmente empleado solución yodada; no se emplea anestésico; uso de paños, guantes estériles, sistemas abiertos (Seldinger) y heparina; fijación con puntos adhesivos

Extracción muestra de vía arterial canalizada: no paños, ni guantes estériles

### ANÁLISIS DE LA MONITORIZACIÓN VENTILATORIA EN LA EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Peña Otero, D.; Ruiz-Henestrosa Campos, M.J.; Egullor Múltica, M.; Santano Meariño, A.; Andueza Lillo, J.A.; Sánchez Fernández, M.G.; Nuevo González, J.A.; Rodríguez Estibanez, F.; Vázquez Domínguez, D.

**Chronic Bronchitis**  
Healthy vs Inflammation & excess mucus

**Emphysema**  
Healthy vs Alveolar membranes break down

**EPOC en España**  
Prevalencia 9,1% (40 y los 70 a.)  
5ª Causa de muerte varones (60/100.000 hab.)  
7ª Causa de muerte mujeres (17/100.000 hab.)

**EPOC en Europa**  
España rango intermedio dentro de la UE  
Encabezada Europa del Este y Anglosajones

A nivel mundial la 4ª causa de mortalidad y con un pronóstico relacionado con múltiples factores asociados a la gravedad de la enfermedad.

El AEPOC requiere:

- Alto nivel de cuidados
- Soporte ventilatorio
- Prevenir las complicaciones
- Acortar la estancia hospitalaria

Para la valoración clínica y evaluar la evolución se precisa de la extracción por parte de Enfermería de múltiples gasometrías

PUNCIÓN GASOMÉTRICA

MUESTRA DE DISPOSITIVO CANALIZADO

CANALIZACIÓN ARTERIAL

RIESGO DE INFECCIÓN

DIFICULTAD TÉCNICA

DOLOR

PROCESAMIENTO ADECUADO MUESTRA

COSTES

**POSIBILIDAD ¿ = ?**

**SOBREUTILIZACIÓN**

El estudio de Rotger y cols. estableció que los cambios terapéuticos condicionados por la obtención de GA, bien punción, bien catéter, se cifraba alrededor del 55% de las determinaciones. En los últimos años, se ha obviado el uso de pulsioxímetros y de la determinación de la PtoCO2. Esta última técnica, utilizada habitualmente en unidades pediátricas, no está bien definida su utilidad, exactitud y correlación, en unidades de adultos con enfermedades respiratorias descompensadas.

GRD 088 -enfermedad pulmonar obstructiva crónica- es uno de los diagnósticos con más casuística hospitalaria y considerables costes sanitarios. Los cuidados de enfermería representan uno de los subproductos, que se cuantifican, como cuidados administrados, para imputar el coste de enfermería en el GRD 088 EPOC.

¿Se conoce qué/cómo se hace, cuantos recursos se consumen y cuáles son los estándares?

| TIEMPOS MEDIOS   | METODOLOGÍA   | FUNGIBLE Y PRAXIS   |
|--|---|---|
| <p>➢ <b>Punción arterial</b><br/>9.12 Minutos</p> <p>➢ <b>Canalización arterial</b><br/>16.33 Minutos</p> <p>➢ <b>Extracción de muestra de vía arterial canalizada</b><br/>4.91 Minutos</p>  | <p>1.Revisión narrativa de la literatura.<br/>2.Diseño y convocatoria de panel de expertos.<br/>3.Cálculo de tiempos y consumo de material.<br/>A. Estudio descriptivo transversal en Departamento de Urgencias y Cuidados Críticos en el HUGUM<br/>B. Población de estudio: todos los profesionales de enfermería que aceptan participar (CI).<br/>C. No se predetermina tamaño muestral ya que se puede acceder y saturar toda la población (N=189; Mínimo 60% =113)<br/>D. CEIC código V01_ASMENF<br/>E. Tasa de respuesta 64.55%; 122 cuestionarios con 113 variables<br/>F. Análisis de n/2, tras su procesamiento en una base de datos creada ad hoc, será descriptivo mediante frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas y medias y desviación estándar en las variables cuantitativas normales y mediana y rango intercuantílico si fueran asimétricas.</p> | <p>❖ <b>Punción arterial</b><br/>No se utiliza anestésico, ni paños y guantes estériles</p> <p>❖ <b>Canalización arterial</b><br/>Antiséptico principalmente empleado: solución yodada<br/>No se emplea anestésico<br/>Uso de paños y guantes estériles<br/>Se utilizan preferentemente sistemas abiertos (Seldinger)<br/>Permeabilización con heparina<br/>Fijación con puntos adhesivos</p> <p>❖ <b>Extracción de muestra de vía arterial canalizada</b><br/>No se usa paños ni guantes estériles</p> |
| <p><b>CAMBIO PROFESIONAL SI NO LOGRA OBJETIVO DE:</b></p> <p>✓ <b>Punción arterial</b><br/>2.16 Intentos D.T=0.49642</p> <p>✓ <b>Canalización arterial</b><br/>2.10 Intentos D.T=0.65981</p> |   |   |



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 403

### **El catéter *Midline*, un nuevo eslabón en la terapia intravenosa en las Unidades de Intensivos.**

Santiago García Velasco Sánchez Morago; María Elvira Migallón Buitrago; Almudena Villafranca Casanoves; María José Espadas Maeso

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario. Ciudad Real*

#### **Objetivo**

La terapia intravenosa se utiliza en todos los pacientes de las unidades de cuidados intensivos (UCI). La selección de dispositivos balanceaba entre los catéteres periféricos y los centrales. En la actualidad existe en los mercados un catéter periférico largo o midline que cubre las necesidades de algunos de los pacientes de UCI.

#### **Material y Método**

Los catéteres de línea media o midline presentan diferentes calibres y una longitud de unos 20cm. Han adaptado un diseño de inserción similar a los catéteres centrales de inserción periférica (PICC), pero a diferencia de ellos no debe verificarse la localización de su extremo distal. Considerando el capital venoso del paciente un valioso activo finito, a su ingreso en la UCI debe realizarse una adecuada selección del dispositivo endovenoso que cubra las necesidades asistenciales del paciente.

#### **Resultados**

Existen numerosos algoritmos para la selección del dispositivo venoso necesario en el ingreso de un paciente. La gran mayoría valora el tiempo estimado de duración de la terapia intravenosa y la posibilidad o no de infundir por vía periférica las medicaciones prescritas (valorando su pH y su osmolaridad), aunque no suelen tener en cuenta la necesidad de catéteres con múltiples luces ni la necesidad de monitorizar la presión venosa central. En estos algoritmos son un eslabón importante los catéteres midline por su posibilidad de rápida inserción, no precisar de métodos avanzados de localización de su extremo distal y por la alta seguridad que implementan en la administración de medicamentos en la vía periférica.

#### **Conclusiones**

El uso de un nutrido arsenal de catéteres intravenosos a los que se suma el catéter midline unido a disponer de algoritmos de selección de estos dispositivos adecuados al tratamiento que necesite el paciente, permite mejorar la seguridad en la misma y preservar el capital venoso de los enfermos.



índice general índice oral índice oral póster índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 95

### **Tengo una mala noticia.**

Consuelo Rodríguez Goncet; María Teresa Barrasa Fernández de Velasco; José Antonio Márquez Rojas; María Rosario Mesa Bueno; Florencia Sánchez Roldán; María José Aranda Martínez  
*UGC Cuidados Críticos HHUU. Virgen del Rocío. Sevilla*

#### **Objetivo**

La comunicación es algo dinámico, inevitable, irreversible y bidireccional. El mensaje debe ser directo, claro, sencillo, es decir, justo lo que se quiere explicar. Debe ser respetuoso, dando la posibilidad de preguntar.

Pero ¿por qué tenemos que aprender a comunicar?, porque estamos obligados a informar, a decir la verdad, a que sea comprensible, porque el paciente, familia y/o cuidador tiene derecho a conocer su situación, y la persona que recibe una mala noticia nunca olvida ni quién, cómo y dónde se la dan.

#### **Material y Método**

Revisión bibliográfica en DeCS, Dialnet, Web 2.0, se utilizan como descriptores y palabras claves: comunicación, gestos, lenguaje, malas noticias.

Protocolos de comunicación en el Hospital de referencia, UGC Cuidados Críticos traumatología Virgen del Rocío.

Se realiza entrevista informal, por parte de los autores del trabajo, al turno de trabajo de 11 enfermer@s, sobre el tema del trabajo.

#### **Resultados**

Existen recomendaciones para la comunicación de malas noticias, pero no hay evidencias empíricas sobre protocolos de actuación, se basa sobre todo en opinión de experto.

En salud existe un protocolo creado por el oncólogo Robert Buckman que responde a las siglas SKIPES que aconseja seguir 6 pasos para comunicar malas noticias.

Existe en nuestro Hospital un protocolo de Coordinación de trasplante de órganos, no hay nada en UCI.

Entrevista a compañer@s : 80% manifiestan Dolor empático. 75% Dudas ante fallo terapéutico. 50% Dificultad a expresar emociones. 100% Miedo legal.

#### **Conclusiones**

Las habilidades sociales necesarias para afrontar situaciones especiales, no debe de depender de la calidad humana del profesional sino de la capacitación técnica. Pueden ser aprendidas, y por lo tanto susceptible de aprendizaje, ya que el 60% de la información que damos es no verbal, y la mayoría se emite y capta de forma involuntaria.



índice general

índice oral

índice oral póster

índice póster

salir

## ► Pósters

# XLII

Congreso Nacional  
de la **SEEIUC**

Valencia

19/22 junio 2016

**Pantalla nº 10. Miércoles 22 de Junio de 2016 de 10.40 a 11.10 h.**

► ID 229

### **Mejora de la comunicación con un paciente traqueotomizado.**

Carme Baraza Esteve; Alba Mor Arbonés; Maria Miralles Balagué; Laia Merino Martorell; Núria Miranda Túnica; Marta Escarp Sans; Núria Cortés Andreu; Jesica Martos Rojas; Lara M<sup>a</sup> García Solanes; Yolanda Arilla Amores  
HUAV

#### **Objetivo**

Conseguir una herramienta que mejore la comunicación con el paciente traqueotomizado.

Reducir la ansiedad del paciente.

Mejora la atención enfermería.

#### **Material y Método**

A través de la revisión de artículos publicados en bases de datos y la búsqueda en redes sociales, se ha conocido una herramienta que no se utiliza y se desconoce actualmente en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI). Es la llamada PICTORRINO, es una herramienta de comunicación gracias a la cual los usuarios que carezcan de la capacidad de hablar puedan expresar sus necesidades; siendo también útil para aquellas personas/paciente que desconozcan nuestro idioma o presenten algún tipo de limitación a la hora de expresar verbalmente sus necesidades.

#### **Resultados**

Con el grupo de trabajo se decide presentar esta herramienta al servicio para utilizarla, ya que no supone ningún cambio importante pero sí un beneficio para el paciente.

#### **Conclusiones**

Es una herramienta útil y práctica para el trabajo diario. Facilita la comunicación con el paciente y disminuye su ansiedad, pudiendo reflejar qué necesita.