SEEIUC

Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC

Madrid

18/21 Junio 2017

© Eduardo Palencia

www.seeiuc.org

COMUNICACIONES

ORAL y PÓSTER

CÓDIGO ISBN: 978-84-697-3804-7

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Comunicaciones orales

Defensa oral póster en sala

Pósters

Comité Científico del Congreso

Miembros Comité SEEIUC:

- Marta Raurell Torredà (coordinadora)
- Ignacio Zaragoza García
- Miriam del Barrio Linares
- Elena Regaira Martínez
- Jaume Uya Muntaña
- Candelas López López
- Gemma Robleda Font

Miembros Comité Organizador local:

- Mercedes García Arias
- Pablo Fuentes Sánchez
- Berta Ramos González

XLIII

Congreso Nacional de la SEEIUC

Madrid

18/21 Junio 2017

índice comunicaciones orales

Lunes, 19 de Junio de 2017. *Sala Tapices*

Lunes, 19 de Junio de 2017. *Sala El Escorial*

Lunes, 19 de Junio de 2017. *Sala Galería*

Martes, 20 de Junio de 2017. *Sala Tapices*

Martes, 20 de Junio de 2017. *Sala El Escorial*

Martes, 20 de Junio de 2017. *Sala Galería*

Miércoles, 21 de Junio de 2017. *Sala Tapices*

Miércoles, 21 de Junio de 2017. *Sala El Escorial*

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Comunicaciones orales

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 494
DESCANSO NOCTURNO EN EL PACIENTE CRÍTICO: EVALUACIÓN DIRECTA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

ID 511
FORMACIÓN DE EQUIMOSIS Y/O HEMATOMA TRAS LA ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICA DE ENOXAPARINA SUBCUTÁNEA EN ABDOMEN O BRAZO EN PACIENTES CRÍTICOS

ID 671
ESCUCHANDO A LOS PROFESIONALES: 1ª FASE DEL ESTUDIO SOBRE RÉGIMEN DE VISITAS EN LA UCI DE LA OSI BARRUALDE-GALDAKAO

ID 693
VOLUMEN DE SANGRE EXTRAÍDO AL PACIENTE CRÍTICO LAS PRIMERAS 24 HORAS DE INGRESO

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 494

DESCANSO NOCTURNO EN EL PACIENTE CRÍTICO: EVALUACIÓN DIRECTA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

César Rodríguez Nuñez; Marta Martín Martínez; Goretti Dean Gutiérrez; Gemma Ruiz Pérez de Nanclares; Isabel Santamaría Durana; Janire Irigoien Aguirre; Mikel García Corres; Alba Iglesias Rodríguez; Rakel Macias Jorge; Naiara Sanz Díaz
Hospital Universitario Araba

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos(UCI) por su alta complejidad son uno de los lugares con mayores factores externos que alteran el descanso de los pacientes ingresados.

Objetivo

Analizar el cumplimiento de las medidas de fomento del descanso-sueño tras la aplicación de un nuevo protocolo en UCI. Conocer el tratamiento farmacológico inductor del sueño utilizado UCI.

Metodología

Tipo Estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Población: Pacientes que ingresan en la UCI del Hospital Universitario Araba(HUA) Criterio exclusión: ingreso menor a 24 horas. RASS mayor a -3. Periodo estudio: Enero 2017 Variables: Cierre puertas y persianas(CPP), Monitores en silencio(MS), espaciar constantes(CTES), Ajustar tratamiento entre las 00h y 07h(AT), ofrecer tapones(T), apagar luces boxes y controles(LB), Administracion inductores sueño(AM), y cuales. Herramientas: Programa informático Metavision, check list ex profeso, análisis estadístico con SPSS 23.0. Aprobación Comité de Ética HUA.

Resultados

Se realizaron 229 revisiones. En un 60,7% se habían cerrado puertas de boxes y persianas. Los monitores en modo silencio alcanzó un 79%. En un 22,7% se espaciaron constantes(diuresis y presión arterial), 14,8 no fue posible por inestabilidad hemodinamica, 46,7% no se tuvo en cuenta esta medida. Se ajustó tratamiento farmacológico en un 64,2%. No se ofrecieron tapones en un 88,2%. Las luces se apagaron en un 95,6%. Un 54.6% de los pacientes se les administró inductores del sueño. Los fármacos mas usado fueron: lorazepam(21%), zolpidem(14%). Un 92,6% no tuvieron un segundo tratamiento asociado.

Conclusiones

Debemos mejorar la medida de ofrecer tapones y cerrar las puertas-persianas de los boxes, siendo medidas eficaces para disminuir el ruido ambiental. Además debemos concienciarnos en espaciar la medición de constantes en pacientes estables o que no precisen control horario. La mitad de pacientes recibieron medicación, sería beneficioso primero realizar las medidas no farmacológicas, y no ser una medida rutinaria.

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 511

FORMACIÓN DE EQUIMOSIS Y/O HEMATOMA TRAS LA ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICA DE ENOXAPARINA SUBCUTÁNEA EN ABDOMEN O BRAZO EN PACIENTES CRÍTICOS

Raquel Jareño Collado; Mª del Mar Sánchez Sánchez; Mª del Pilar Fraile Gamo; Nereida García Crespo; Susana Barba Aragón; Henar Bermejo García;Raquel Sánchez Izquierdo; Eva Isabel Sánchez Muñoz; Azucena López López; Susana Arias Rivera
Hospital Universitario de Getafe

Introducción

El uso de heparina de bajo peso molecular es habitual en UCI. Su efecto adverso más frecuente es la equimosis y/o hematoma. La zona habitual de punción es abdomen o brazo indistintamente.

Objetivo

Observar tasa de incidencia y tamaño de equimosis/hematoma tras administración de enoxaparina profiláctica en abdomen vs. brazo, con técnica de inyección basada en la mejor evidencia hallada.

Metodología

Ensayo clínico aleatorizado en dos ramas (inyección abdomen vs. brazo), entre julio-2014 y enero-2017, en unidad polivalente de 18 camas. Incluídos pacientes con enoxaparina profiláctica e ingreso 72h. No incluidos pacientes hepatópatas, hematológicos, con índice de Masa Corporal (IMC) 18,5, embarazadas, menores de edad o con lesiones cutáneas que impidan valoración. Excluídos exitus o traslados de hospital antes de finalizar la valoración. Estudio aprobado por CEIC y con consentimiento firmado de pacientes/familiares. Recogidas variables demográficas, clínicas y aparición de equimosis y/o hematoma en lugar de inyección a las 12, 24, 48 y 72 horas. Análisis descriptivo y comparación de grupos mediante chi-cuadrado y U Mann-Whitney

Resultados

Obtuvimos 301 casos (11 excluídos): 149 en abdomen vs. 141 en brazo. Sin diferencias significativas en variables demográficas, clínicas, IMC, dosis de enoxaparina y administración de antiagregantes. Equimosis en 48% de los pacientes y hematoma en 8%, sin diferencias estadísticas abdomen vs. brazo [Equimosis, Abdomen vs brazo, n(%): 66(44) vs. 72(51), p=0,25], [hematoma Abdomen vs brazo, n(%): 9(6) vs. 14(10), p=0,2]. Se halla significación estadística en el tamaño, hematoma a las 72h: [área de hematoma (mm^2) abdomen vs brazo, Mediana (RIC): 2 (1-5.25) vs. 20(5.25-156), p=0,027].

Conclusiones

La tasa de incidencia de equimosis y/o hematoma, en nuestra cohorte, son similares en ambas zonas de inyección, observando más efectos adversos en el brazo. Respecto al área no hemos encontrado diferencias significativas en la equimosis pero si en el hematoma, siendo mayor en el brazo a las 72 horas de la inyección.

Comunicaciones orales

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 671

ESCUCHANDO A LOS PROFESIONALES: 1ª FASE DEL ESTUDIO SOBRE RÉGIMEN DE VISITAS EN LA UCI DE LA OSI BARRUALDE-GALDAKAO

Teresa Esteban Gabete; Virginia Arnaiz Arnaiz; Pedro Mª Olaechea Astigarraga
Hopital Galdakao-Usansolo

Objetivo

Conocer la opinión de los profesionales del servicio de UCI sobre el régimen de visitas actual (13:00 - 14:00 y 20:00 - 21:00) y la política de puertas abiertas. Verificar la posibilidad de ampliación del horario.

Metodología

Estudio descriptivo y trasversal, dirigido al personal asistencial de la UCI de la OSI Barrualde-Galdakao, con 10 boxes polivalentes. Encuesta anónima, categorización de categoría profesional, 41 ítems y 2 preguntas abiertas. Estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para las cualitativas. . Análisis bivariante: test de chi cuadrado para las variables cualitativas. Metodología especifica para preguntas abiertas.

Resultados

En el estudio han participado 58 profesionales: 14 auxiliares, 26 enfermeras y 18 médicos. El 66.5% no están satisfechos con el horario vigente. El 77% opinan que se debería cambiar. La opción preferida (52%) es la ampliación más restrictiva (2 horas mañana y 2 por la tarde). EL 21,7% señala el horario libre. El 53.5% está en desacuerdo con la presencia de familiares durante la noche, pero si el paciente lo necesita o está cercano al fallecimiento el 86,2% y el 94,8%, respectivamente, están de acuerdo con la libre permanencia de familiares. El 74% cree que la presencia de familiares es buena para pacientes. Pero el 39,7% cree que puede aumentar los conflictos. El problema más mencionado es el aumento de las cargas de trabajo. La sugerencia más citada es la flexibilización de horarios con un protocolo general de actuación.

Conclusiones

Los profesionales consideran que el tiempo destinado a la visita familiar es escaso y que la presencia de familiares es buena para el paciente, sin embargo, el horario más votado es la ampliación más restrictiva. Se muestran partidarios de un horario flexible dependiendo de las circunstancias y estado del paciente y sus familiares, con pautas consensuadas de actuación.

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 693

VOLUMEN DE SANGRE EXTRAÍDO AL PACIENTE CRÍTICO LAS PRIMERAS 24 HORAS DE INGRESO

Mònica Maqueda Palau; Eva Pérez Juan
Hospital Universitari Son Espases

Introducción

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se realizan extracciones sanguíneas diarias con fines terapéuticos, especialmente al ingreso. Una de las complicaciones del paciente crítico es la anemia adquirida intrahospitalaria.

Objetivo

Calcular el número de analíticas y el volumen de sangre extraído durante las primeras 24 horas de ingreso en la UCI. Analizar los valores de hemoglobina basal y a las 24 horas, relacionarlas con: pérdidas sanguíneas, balance ponderal e índices de gravedad.

Metodología

Estudio descriptivo observacional prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con estancia 24 horas. Variables a estudio: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, tipo de analítica extraída, cantidad de desecho antes de la extracción de muestras, volumen de sangre total extraída en 24 horas, balance ponderal, APACHE, SAPS, hemoglobina basal y a las 24 horas. Análisis estadístico con SPSS vs 20.0: correlaciones de las variables sexo, balance, número de analíticas y variación de hemoglobina.

Resultados

La muestra estuvo formada por 100 pacientes. El número de extracciones medio por paciente/día fue de 7,2 (±2,6). El volumen de sangre extraída osciló de 19 a 147 ml/24h. La cantidad media de desecho fue de 32,61ml (±15,8). El volumen de sangre utilizado para determinaciones 48,18 ml/24h (±16,74). El valor de la hemoglobina disminuyó las primeras 24h de ingreso, las mujeres con 9 o más extracciones presentaron una disminución de hemoglobina de +1,1 (p=0,5) respecto a los hombres. Los índices de gravedad tuvieron significación estadística en cuanto a niveles de hemoglobina (Hb1 -0,3 p=0,001; Hb2 -0,4 p=0,001).

Conclusiones

Del volumen total de sangre extraída en UCI, el 40% pertenece a volumen de desecho y el 60% a sangre utilizada para analíticas. Existe una disminución de la hemoglobina a las 24h de ingreso del paciente crítico, no se ha podido demostrar estadísticamente su relación con el número de analíticas.

Comunicaciones orales

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 553
ACTUALIZACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN UCI

ID 556
DESNUTRICIÓN ZERO: EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO VOLUMEN TOTAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 564
DEXMEDETOMINA EN CUIDADOS INTENSIVOS: EVOLUCIÓN DE LA AGITACIÓN-SEDACIÓN TRAS SU USO

ID 694
FLEBOTOMÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: VOLUMEN ÚTIL VS VOLUMEN DESECHADO

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 553

ACTUALIZACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN UCI

César Rodriguez Nuñez[1]; Alba Iglesias Rodríguez[1]; Janire Irigoien Aguirre[1]; Mikel Garcia Corres[1]; Marta Martín Martínez[1]; Paula Paz López[2]; Verónica Pérez González[2]; Ana Carrera Caballer[2]; Arantxa Picón Santamaria[1]; Marta Cambón Sande[1]

1. Hospital Universitario Araba (Txagorritxu); 2. Hospital Universitario Canarias

Introducción

Los cuidados de enfermería(CE) informatizados tienen sus aspectos positivos por ser registros mas detallados pero también negativos, en cuanto a que los profesionales con frecuencia no se actualizan lo suficiente.

Objetivo

Analizar si los CE prescritos tienen correspondencia con los CE que se realizan al paciente.

Tipo estudio

Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Población: Todos los pacientes que ingresan en Cuidados Intensivos(UCI) Hospital Universitario Araba. Muestra: todos los pacientes con un ingreso superior a 24h. Periodo estudio: Noviembre 2015- Enero 2016 Material y método: check list de comprobación realizado por los investigadores ex professo, compuesto por 5 items con 4 opciones. Los datos se observaron en la historia clínica digital (Metavision) y posteriormente se verificaba a pie de cama, si los cuidados prescritos se correspondían con la realidad. Variables: Cuidados respiratorios (CER), de eliminación (CEE), de alimentación (CEA), de la piel (CEP) y de accesos vasculares (CEAV). Análisis estadistico: SPSS23. Aprobación por el Comité de Ética del Hospital.

Resultados

Se revisaron 185 pacientes. La media de CE actualizados es de 75,24%. en función de los 5 items valorados. En un 78,9% los CER estaban correctamente prescritos. En un 88,6% los CEA estuvieron correctamente pautados. Los CEE estuvieron bien registrados en un 69,2%. En un 59,5% los CEP analizados correspondían con lo prescrito. Los CEAV alcanzaron un 80% de actualización correcta. No hubo prescripción registrada de CE (7,78%).

Conclusiones

Obtuvimos un bajo porcentaje de no registro en la historia clínica de los CE, debemos mejorar la actualización de los CE para una mayor seguridad del paciente y para unos registros enfermeros fiables. Proponemos la figura de una Enfermera Referente que revise y fomente la actualización de los CE a las enfermeras responsables de los pacientes, ya que con frecuencia, en UCI, son cuidados muy dinámicos y en constante cambio.

Financiación

No.

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 556

DESNUTRICIÓN ZERO: EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO VOLUMEN TOTAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Julián Bejarano; Sergio Domínguez; Vanesa Delgado
Hospital Infanta Elena

Introducción

La nutrición enteral (NE) es un aspecto fundamental en el tratamiento del paciente crítico. Sin embargo, un alto porcentaje de pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos se encuentran desnutridos. Por ello, los protocolos actuales necesitan ser actualizados. Con la implantación de este protocolo (Adjunto 1) se intenta cubrir, al menos, el 80% de las necesidades calóricas del paciente antes de las 72 primeras horas, pautando el volumen total según su peso.

Objetivo

Se realizó un estudio experimental longitudinal en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de 8 camas, durante el periodo de un año (Diciembre 2015-Diciembre 2016). Se adaptó el protocolo PepUp de la Critical Care Nutrition, y se evaluó la consecución del objetivo y su impacto sobre otras variables. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS Estatistics v24, utilizando la T de Student para la comparación de medias y significación estadística. Se recogieron las variables con una tabla diseñada por los autores (Adjunto 2).

Resultados

Con un total de 40 pacientes (57,5% hombres y 42,5% mujeres), un 62,5% recibió NE precoz. En ellos, se logró una media de administración del 87,6% de las necesidades calóricas durante el ingreso (DE 8,65). El grupo de NE precoz disminuyó los días de estancia, ventilación mecánica y sedoanalgesia, aunque sin significación estadística. Sin embargo, también redujo, con significación estadística, los días en los que se precisaron catecolaminas (p=o.ooo) (Adjunto 3).La mortalidad fue inferior en el grupo de NE (12,0%) respecto al de nutrición parenteral (66,6%).

Conclusiones

Tras el análisis de los resultados concluimos que mediante este protocolo conseguimos cubrir las necesidades calóricas de nuestros pacientes durante la mayor parte del ingreso, disminuyendo además los días de estancia, ventilación mecánica, sedoanalgesia y catecolaminas en el grupo de NE precoz, sin apenas presentar complicaciones como intolerancias o diarrea.

Financiación

No se ha necesitado financiación.

sigue →

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Comunicaciones orales

	NE precoz	N	Media (días)	P
Días de estancia	Sí	25	21,4	0,204
	No	15	31,0	
Días VM	Sí	25	15,8	0,141
	No	15	23,6	
Días de catecolaminas	Sí	25	3,6	0,000
	No	15	12,8	
Días de sedación	Sí	25	10,8	0,083
	No	15	18,4	
Días de analgesia	Sí	25	12,4	0,143
	No	15	19,1	

PEPUP

PROTOCOLO NUTRICIÓN ENTERAL

HOJA Nº:

NUTRIC SCORE:_____

FECHA DE INGRESO EN UCI: _____

DIAGNÓSTICO: _____

AP:_____

_____

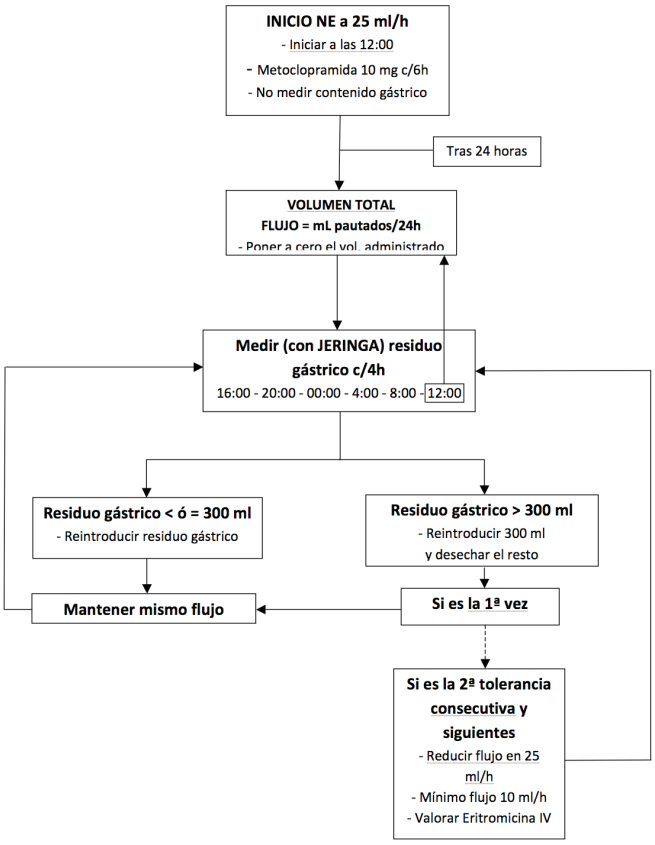
PEGATINA DEL PACIENTE

GRUPO NUTRICIONAL: Nutrición total ☐
Nutrición trófica ☐
NPO/NPT ☐

FECHA		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
NUTRICIÓN SI NE ¿PAUTADO PROCINÉTICO? (V/x)		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VOL. PAUTADO								
VOL. ADMINISTRADO								
RESIDUO < 300 mL (Tolera Sí/No)	12H							
	16H							
	20H							
	24H							
	4H							
	8H							
MEDICACIÓN	DROGAS VASOACTIVAS*							
	FENTANEST							
	MIDAZOLAM							
	PROPOFOL							
	NIMBEX							
	INSULINA							
VÓMITO (Sí/No)								
DIARREA (Sí/No)								
TIPO VENTILACIÓN**								

*Drogas vasoactivas: Noradrenalina, Dobutamina, Dopamina, Nitroglicerina y Adrenalina
**Tipo ventilación: GN, VK, GNAF, VMNI y VM

ALGORITMO NUTRICIÓN ENTERAL



Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 564

DEXMEDETOMINA EN CUIDADOS INTENSIVOS: EVOLUCIÓN DE LA AGITACIÓN-SEDACIÓN TRAS SU USO

Marta Martín Martínez; César Rodríguez Nuñez; Miren Gómez Pablos; Alba Iglesias Rodríguez; Mikel García Corres; Janire Irigoien Aguirre; Arantxa Picon Santamaría; Elena García Gonzalo; Iciar Cenea González de Garibay; María Isabel Acebes Fernández
Hospital Universitario Araba

Introducción

Estamos actualmente en transición entre la sedoanalgesia profunda a la analgo-sedación ligera y consciente de nuestros pacientes de intensivos. Con la aparición de fármacos como la Dexmedetomidina, agonista selectivo de receptores alfa-2-adrenérgicos a nivel periférico como en el cerebro y médula espinal. Produce efecto sedante, ansiolítico y analgésico.

Objetivo

Conocer el uso de dexmedetomidina en paciente con ventilación mecánica (VM). Describir la evolución de sedación y agitación mediante la Richmon Agitation-Sedation Scale (RASS). Analizar los efectos adversos descritos por el uso del fármaco. Describir los fármacos más comunes asociados a dexmedetomidina.

Metodología

Tipo de estudio: Observacional descriptivo retrospectivo longitudinal. Población: Todos los pacientes que ingresan en Cuidados Intensivos (UCI) Hospital Universitario Araba. Muestra: todos los pacientes con perfusión continua de dexmedetomidina. Periodo de estudio: Mayo 2014- Septimebre 2016 Material y método: check list de recogida de datos realizado por los investigadores ex professo, compuesto por 5 variables. Los datos recogidos de historia clínica digital (Metavision). Variables: VM, Reacciones adversas (RA), RASS basal (RASS-B) y RASS a las 24 horas inicio perfusión continua (PC) de dexmetomidina (RASS-D) y fármacos asociados (FA) Tratamiento estadístico: SPSS23.0.

Resultados

Se revisaron 29 pacientes, un 75.9% fueron hombres. En un 75.2% los pacientes estaban con VM (Invasiva o no invasiva). El RASS-B fue 24,1% ansioso, inquieto (+1) y en otro 24,1% agitado(+2). El RASS-D fue de un 55.2% despierto y tranquilo(0), seguido de un 13,8% adormilado (-1). No existieron RA en un 72,4%, y la más frecuente fue hipotensión arterial (17,2%), y bradicardia (6,9%). En un 31% no existieron PC asociadas, remifentanilo (24,1%), midazolam (20,7%).

Conclusiones

Se evidenció una mejoria en cambio de RASS tras 24 de la instauración de la perfusion de dexmedetomidina. Su uso está asociado frecuentemente a pacientes con VM. Detectamos escasas RA por su uso. Debemos mejorar en el manejo del fármaco para proporcionarle mayor seguridad al paciente y disminuir los efectos indeseados del mismo.

Financiación

No.

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 694

FLEBOTOMÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: VOLUMEN ÚTIL VS VOLUMEN DESECHADO

Eva Pérez Juan; Mònica Maqueda Palau
Hospital Universitari Son Espases

Introducción

Analizar las técnicas de extracción de muestras sanguíneas en la unidad de cuidados intensivos.

Objetivo

Determinar el volumen de sangre total extraída: volumen útil y volumen desechado. Relacionarlos con el tipo de catéter, analítica y experiencia del profesional que realiza la extracción.

Metodología

Estudio descriptivo observacional prospectivo. Realizado una unidad de cuidados intensivos. Recogida de datos durante un periodo de tres meses. Se elaboró una planilla que debía ser cumplimentada por la enfermera que realizaba la extracción. Variables estudiadas: tipo de catéter, tipo de analítica, técnica de extracción y experiencia del profesional que realiza la extracción. Análisis estadístico descriptivo, ANOVA y prueba U de Mann-Whitney con SPSS vs.20.0. Se consideró significación estadística $p<0,05$.

Resultados

Se registraron un total de 865 extracciones. El 41,2% se obtuvieron de catéter venoso periférico y un 33,5% de cánula arterial. Se extrajeron 1667 muestras: 44% bioquímica, 28,6% gasometrías, 17,2% hematología y 17% coagulación. La técnica de extracción más utilizada fue el sistema a vacío tipo vacutainer© (88,4%). Solamente el 10,8% utilizaron métodos que no se desechaba sangre. El volumen de sangre total media por extracción fue de 11.03ml (±6,11), la sangre útil 6,68 ml (±5,57) y el desecho 4,34ml (±2,19). Existen diferencias significativas entre la cantidad de desecho y el tipo de catéter, desechándose mayores volúmenes en los catéteres venosos centrales y catéteres centrales de acceso periférico ($p=0,000$). Los profesionales con menor experiencia son los que más desecharon ($p= 0,001$).

Conclusiones

El sistema de vacío es el más utilizado para la obtención de muestras sanguíneas a través de catéter arterial o venoso, desechando previamente un volumen de sangre. Los profesionales con mayor experiencia laboral utilizan técnicas más conservadoras y desechan menor volumen sanguíneo. Se deberían unificar las técnicas de extracción con el objetivo de reducir la cantidad de sangre extraída y prevenir la anemia iatrogénica en el paciente crítico.

Comunicaciones orales

Sala Galería. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 505
POR UNA UCI HUMANIZADA: DECÁLOGO

ID 563
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI: ¿REEVALUAMOS LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CRITICO LO SUFICIENTE?

ID 536
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PACIENTES INGRESADAS POR PREECLAMPSIA EN UNA UCI MATERNO INFANTIL DE 2010-2016

ID 692
EFICACIA DEL SISTEMA MARS® (MOLECULAR ADSORBENT RECIRCULATING SYSTEM) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA

ID 769
AEROSOLTERAPIA EN PACIENTE CRÍTICO CON VENTILACIÓN MECÁNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Sala Galería. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 505

POR UNA UCI HUMANIZADA: DECÁLOGO

Ainara Arana Azula; Teresa Esteban Galbete; Maider Etxeandia Juaristi
UCI Hospital Galdakao

Introducción

Hay cuestiones que la tecnología y el tecnicismo no pueden suplir y no deben compensar.

Objetivo

Establecer unas normas básicas que implementen una UCI humana a la vez que profesional

Metodología

Estudio observacional, método empírico en una UCI polivalente (10 boxes), y revisión bibliográfica de base de datos (PubMed, Cochrane, CUIDEN). Obtenemos las carencias en las UCI´s pudiendo establecer recomendaciones para conseguir una UCI más humana.

Resultados

Listado de normas básicas que desarrollan una UCI humana y profesional, no solo avanzada tecnológicamente.

1. **UCI CERCANA** centrando el foco en las personas atendiendo la parte subjetiva y emocional, dando valor a sus valores.
2. **UCI COMUNICATIVA** recuperando “la silla a pie de cama”, respetando la bibliografía de las personas, esa otra bibliografía paralela a la de la enfermedad.
3. **UCI ÍNTIMA** respetando la intimidad del paciente, su dignidad humana.
4. **UCI FLEXIBLE** adecuando el horario de visitas, dependiendo del estado y las circunstancias de cada paciente y sus familiares.
5. **UCI QUE INFORMA** que da respuesta a las preguntas y a las necesidades del momento y en todos los momentos.
6. **UCI PARTICIPATIVA** incluyendo a los familiares en los cuidados, en la enfermedad, como quieran y hasta donde quieran (sin juicios de valor).
7. **UCI RESPETUOSA** con la muerte, mejorando la calidad de los cuidados al final de la vida.
8. **UCI ATENTA** a las necesidades de los profesionales escuchándoles, motivándoles, y también cuidándoles.
9. **UCI DINÁMICA** dando cabida a todos los profesionales, al trabajo en equipo, capacitados con recursos técnicos y humanos.
10. **UCI SOSEGADA**, descansada, minimizando la contaminación acústica, en ambiente relajado y con infraestructuras adecuadas y cálidas.

Conclusiones

Para poder llevar a cabo una UCI donde se tenga en cuenta a las personas: enfermo, familiares y profesionales, es preciso establecer pautas encaminadas a la búsqueda de consenso en “política humanitaria”.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Sala Galería. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 563

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI: ¿REEVALUAMOS LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CRITICO LO SUFICIENTE?

César Rodríguez Nuñez; Janire Irigoien Aguirre; Marta Martín Martínez; Alba Iglesias Rodríguez; Mikel García Corres; María Rosario Romero Montoya; Zuriñe Gil García; Ester Corredera Baz; Arantxa Picón Santamaría; Estibaliz Cristobal Domínguez
Hospital Universitario Araba

Introducción

La valoración enfermera es un instrumento integrado de trabajo, que recoge toda la información necesaria para asegurar la continuidad de los cuidados, dar seguridad, personalizar individualizando y servir de medio de comunicación escrita. Favorece la aplicación de todas las etapas del proceso de enfermería cualquiera que sea la concepción enfermera.

Objetivo

Describir la actualización de la Valoración Enfermera (VE) según el modelo de Virginia Henderson en la UCI del Hospital Universitario Araba-Txagorritxu (UCI-HUA-Txagorritxu).

Metodología

Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Población: Todos los pacientes que ingresan en UCI-HUA-Txagorritxu. Muestra: pacientes con un ingreso superior a 24h en UCI. Periodo de estudio: Noviembre 2015- Enero 2016 Material y método: Check-list de comprobación realizado por los investigadores ex professo, compuesto por 11 items con 2 opciones. Los datos se recogieron del formulario de VE de la historia clínica digital (Metavision) y posteriormente se revisaba si la VE estaba lo suficientemente actualizada y correspondía con la realidad del paciente. Análisis estadístico: SPSS23.0. Variables: VE de las necesidades de: oxigenación (VEO), circulación (VEC), alimentación (VEA), eliminación (VEE), higiene-piel (VEHP), movilidad (VEM), descanso-sueño (VEDS), evitar peligros-seguridad(VEN), comunicación (VECM), termorregulación (VET), aprendizaje (VEAP). Aprobación por el Comité de Ética del Hospital.

Resultados

Se analizaron 162 VE. De las 11 variables valoradas se obtuvo un 87,13% de actualización, sólo un 27,2% de las VE estuvieron todos los ítems correctamente actualizados. Resultados: VER:82,1%. VEC:80,9%. VEA:75,3%. VEE: 86,4%. VEHP:87,7%. VEM:89,4%, VEDS:83,9%. VECM:93,2. VEN:86,4%. VET:93,8%. VEAP:99,4%

Conclusiones

Hemos obtenido una media de las variables estudiadas bastante elevada pero un porcentaje muy bajo de un registro de VE completo y objetivo. Las necesidades mejor cumplimentadas son aprendizaje, movilidad y termorregulación. Y las menos actualizadas respiratorio, alimentación y circulatorio.Esto puede ser debido a que son los necesidades más cambiantes en un paciente crítico. Proponemos se revise la VE por turno por la enfermera responsable

Financiación

No.

Sala Galería. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 536

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PACIENTES INGRESADAS POR PREECLAMPSIA EN UNA UCI MATERNO INFANTIL DE 2010-2016

Marta Martín Herrero; Laura Pérez Gutiérrez; Aranzazu Hernández Regalado; Rocío Pérez de las Heras; Laura González Blanco; Ana María Ruiz Ruiz; Elsa Ots Ruiz
Hospital Universitario Marques de Valdecilla

Introducción

La preeclampsia es un síndrome sistémico del embarazo y puerperio, se presenta una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste.

Objetivo

Describir las características socio-demográficas de las pacientes ingresadas con preeclampsia. Identificar y describir la clínica más frecuente asociada al proceso hipertensivo en el embarazo. Conocer la mortalidad asociada al proceso.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de todas las pacientes ingresadas por preeclampsia en una UCI materno infantil en un periodo de seis años. Se analizan en términos de antecedentes personales, clínica (neurológica, cardiaca, digestiva, ginecológica, renal), monitorización, medicación utilizada y mortalidad materna.

Resultados

Se analizaron 135 pacientes con una edad media de 34,3±5,9 años con una estancia media en UCI de 2,5±1,4 días y con una edad gestacional de 33+3 semanas. El 57% de las pacientes fueron primigestas y presentaron escasa prevalencia de enfermedades previas (a destacar 5,9% de HTA pre-gestacional). En referencia a la clínica al ingreso presentaron: neurológicas (cefalea 44,4%), cardíacas (disnea 5,9%), digestivas (epigastralgia 30,4%), renales (edemas 63,7%). Monitorización en todos los casos, sondaje vesical 97,8%, CVC 34,8% y ventilación mecánica 13%. Se administró sulfato de magnesio en el 90,4% de las pacientes, siendo necesaria la administración de medicación antihipertensiva en el 78,5%. Con una distribución diagnóstica al alta de 83,7% de pacientes con preeclampsia, 8,9% con eclampsia y 7,4% con síndrome HELLP. La mortalidad materna 0%.

Conclusiones

La preeclampsia se presenta con mayor frecuencia en mujeres primigestas, durante el tercer trimestre de gestación, con escasa prevalencia de enfermedades asociadas previas siendo la clínica más frecuente la presencia de edemas, cefalea, epigastralgia y disnea. En nuestra serie, no hubo ningún caso complicaciones mayores / mortalidad.

Sala Galería. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 692

EFICACIA DEL SISTEMA MARS® (MOLECULAR ADSORBENT RECIRCULATING SYSTEM) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA

Natalia López-Caballero; Óscar Arrogante
Centro Universitarios de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija, Mad

Introducción

La terapia MARS® (Molecular Adsorbent Recirculating System) es de reciente aplicación en las unidades de cuidados intensivos, siendo una de sus indicaciones principales el tratamiento de pacientes con insuficiencia hepática aguda (IHA). En este tipo de pacientes constituye una alternativa a la espera de trasplante hepático.

Objetivo

Los objetivos son: Analizar la eficacia en la práctica clínica de la terapia MARS® en pacientes con IHA según parámetros de aclaramiento de sustancias, supervivencia, efectos clínicos y seguridad. Determinar los cuidados enfermeros que requiere la terapia.

Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, Cochrane Plus, PubMed, Scielo y Science Direct. Se utilizaron los términos MeSH “drug-Induced Liver Injury”; “hepatic Insufficiency”; “liver failure”; “drug overdose”; “poisoning”; “dialysis”; “liver artificial”; “albumins/therapy”; “life support systems”; “treatment efficacy” y “efficacy”. Se obtuvieron además referencias por búsqueda inversa. La lectura crítica de los artículos se realizó a través de la parrilla CASPe correspondiente. Finalmente se seleccionaron un total de 13 artículos.

Resultados

En comparación con otros tipos de soporte hepático artificial en pacientes con IHA, la terapia MARS®: aumenta el aclaramiento de sustancias producidas por la disfunción hepática (principalmente la bilirrubina), aumenta la supervivencia de los pacientes, reduce los síntomas clínicos de la encefalopatía hepática y, en algunos casos, propicia la recuperación de la función hepática. No se ha demostrado que la terapia tenga efectos adversos graves. Los principales cuidados de enfermería están relacionados con el cuidado del acceso venoso, la valoración continua del paciente y del propio sistema MARS®.

Conclusiones

La terapia MARS® resulta eficaz en pacientes con IHA. La adecuada aplicación de los cuidados enfermeros afecta directamente a la eficacia y seguridad de la terapia. Por lo tanto, se requiere de un conocimiento preciso del mismo y de los cuidados enfermeros que requiere por parte de la enfermería de intensivos.

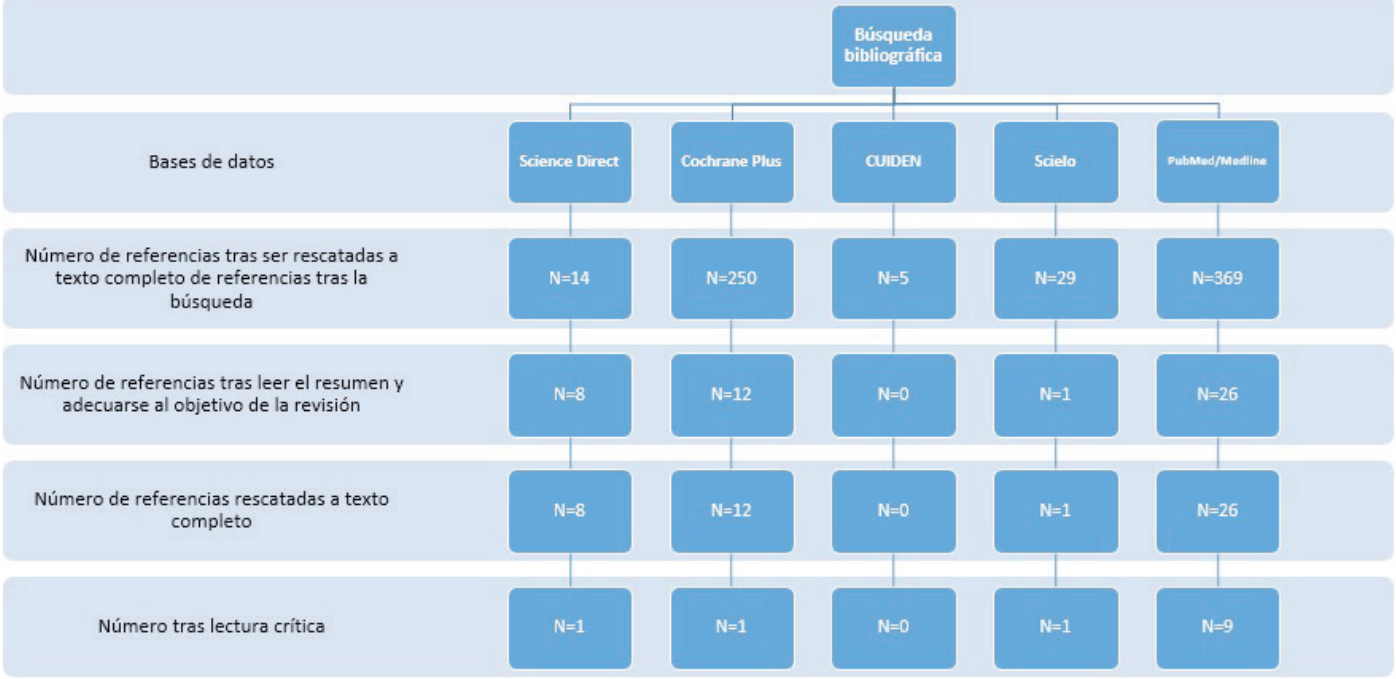
Financiación

Ninguna.

sigue →

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Comunicaciones orales



Total búsqueda bibliográfica **N=12**

Búsqueda inversa → Referencias rescatadas a texto completo **N=1** → Número tras lectura crítica **N=1**

Número de referencias totales para la revisión **N=13**

Sala Galería. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 09.15 a 10.00 h.**

ID 769

AEROSOLTERAPIA EN PACIENTE CRÍTICO CON VENTILACIÓN MECÁNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Juan Manuel Blanco Colange; José Antonio Simarro Blasco; Milagros Noheda Recuenco; Isabel Martínez Toledo; Marta Escamilla Saiz; Marta Abanades Contreras; María Teresa de las Heras Laín; Mónica Bascuñana Blasco; Coral Checa Osma; Valentina Osma Pérez
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción

La aerosolterapia es un pilar fundamental para la administración de fármacos específicos en el tratamiento de patología pulmonar. En pacientes ventilados invasivamente se consigue la máxima eficacia terapéutica del fármaco evitando las dificultades que afectan a la entrega.

Objetivo

Elaborar una revisión bibliográfica para determinar la manera más efectiva de entregar medicación por medio de aerosoles en el paciente con ventilación mecánica invasiva. Conocer la evidencia científica para optimizar la entrega del fármaco aerosolizado. Identificar los factores modificadores de la entrega de fármaco

Metodología

Revisión en bases de datos Pubmed, Lilacs, tripdatabase y Cochrane plus. La escala PEDro para evaluar la validez. En marzo 2016. Datos de estudios in vivo e in vitro con ventilación mecánica. Los factores estudiados han sido: el tipo de dispositivo que genera el aerosol acompañado o no de cámara espaciadora, los parámetros del ventilador, la aplicación de humidificador y la densidad del gas utilizado. Criterios de exclusión: Ventilación mecánica no invasiva y menores de 18 años.

Resultados

18 artículos válidos. El Inhalador de Dosis Media (IDM), con cámara espaciadora, tiene una mejor relación coste-beneficio generando mayores beneficios a la sanidad.La cantidad de fármaco entregada es menor en pacientes intubados vs pacientes no intubados. Primordial tener un volumen corriente > 500 ml. Cuando se nebuliza en un dispositivo neumático con un gas poco denso no se realiza una correcta nebulización reduciendo la salida del fármaco. Se describe la reducción de hasta un 40% de entrega de fármaco en ensayos con humidificador vs ensayos con un circuito seco.

Conclusiones

Los ensayos consultados permitieron conocer y determinar la técnica más efectiva y segura para aplicar aerosoles en pacientes con VM. Además proporcionaron un conocimiento adecuado y una correcta ejecución en la técnica de aerosolterapia.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Comunicaciones orales

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 467
AZÚCAR, LA SOLUCIÓN DEFINITIVA EN DOS U.P.P.

ID 507
ANSIEDAD ANTE EL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

ID 508
ANÁLISIS DEL BURNOUT EN UN COLECTIVO DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS CON MOTIVO DE UN ESTUDIO DE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE

ID 517
IMPACTO DEL DIARIO EN CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS FAMILIARES DESPUÉS DE UNA ENFERMEDAD CRÍTICA: ESTUDIO PILOTO

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 426
SATISFACCIÓN FAMILIAR CON LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA DE SEVILLA

ID 434
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID

ID 435
INTERVENCIÓN DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 473
IMPLANTACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL CAN MISSES

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 16.20 a 17.05 h.**

ID 427
INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO Y COSTO-EFECTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

ID 514
FACTORES DEL ENTORNO QUE MODIFICAN LA PERCEPCIÓN DEL SUEÑO EN PACIENTE CRÍTICO

ID 515
CALIDAD DEL SUEÑO Y SOMNOLENCIA EN PACIENTE CRÍTICO. ESTUDIO PRELIMINAR

ID 614
¿QUÉ DEMANDAN NUESTRAS FAMILIAS?

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 467

AZÚCAR, LA SOLUCIÓN DEFINITIVA EN DOS U.P.P.

Jesus Rubio Cámara; Mº José Navarro Fernández; Antonino Escobar Conde
Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción

Paciente de 57 años, con A.P.: Paraplejia por lesión medular completa por accidente de trafico en 1998. Diabetes Mellitus. HTA. Colostomía terminal el 05/05/2013 tras una sepsis asociada a ulceras sacra polimicrobiana situadas en ambos glúteos (tuberosidad isquiáticas). Llegando a afectar el recto y a producir osteítis sacra por contigüidad con destrucción de la ultima vertebra sacra. El 18/07/2014 ante el fracaso del tratamiento con apósitos de ultima generación se inicia el tratamiento, en la U.C.I. con azúcar.

Objetivo

Demostrar los efectos del azúcar en las heridas. Controlar el riesgo de infección, la curación definitiva de las heridas por 2ª intención y mejorar su calidad de vida.

Metodología

Curas cada 12 h. hasta el control de la infección y después cada 24 h. Formar al cuidador principal para continuar el tratamiento en su domicilio. Programar visitas domiciliarias para seguir la evolución de ambas U.P.P.

Resultados

Cuando ingresó en la U.C.I. por Shock Séptico, apreciamos el mal estado de las U.P.P. (colonización por SARM). En 48 h de iniciado el tratamiento con azúcar, la infección se controla (negativo a bacterias habituales). A los cuatro y cinco meses de evolución favorable, se aproximan los bordes de las ambas heridas, fracasando debido a la presión que se ejerce en la zona, cuando el paciente permanece sentado. Se continua el tratamiento con azúcar. A los catorce meses se consigue un cierre cercano al 70%, por lo que se decide cerrar por completo una de las heridas, fracasando de nuevo. Tras lo cual, se decide continuar con el tratamiento con azúcar hasta su cierre fisiológico y definitivo,cosa que se consigue dos años después.

Conclusiones

Se consiguen los objetivos: controlar la infección y cerrar ambas heridas, demostrando un nivel de evidencia III-3 y un grado de recomendación “A” en el uso de azúcar para el tratamiento en todo tipo de heridas.

Financiación

No hubo finanziacion.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Comunicaciones orales

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 507

ANSIEDAD ANTE EL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

Cristina Lázaro Pérez[1]; Juan José Rodríguez Mondéjar[2]; José Gaspar Lasheras Galacho[3]; Ana Pérez Olmos[3]; Marcos Martínez Guerrero[3]; Ángel J. López Amorós[3]; Marcos Alonso Bote Díaz[4]; Lisa Ortín Katnich[3]; Juan Carlos Pardo Talavera[3]; Isabel Cremades Navalón[3]

1. Universidad de Murcia; 2. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia 061. Murcia; 3 UCI HGU Reina Sofia. Murcia. SMS; 4. Universidad de Murcia

Introducción

La enfermería está a pie de cama del paciente crítico y eso implica que la situación de afrontamiento de la muerte que se produce en esos pacientes cree ansiedad ante la muerte o favorezca el *burnout*.

Objetivo

Medir la ansiedad ante la muerte del personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente.

Metodología

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y transversal. Lugar: UCI metropolitana de nivel II con 12 camas. Sujetos: personal de enfermería en activo y estables en el servicio. Temporalidad: enero y junio del 2015. Desarrollo: cuestionario autoadministrado con datos sociodemográficos, una pregunta cerrada sobre su formación en afrontamiento ante la muerte, y el instrumento “Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte” (DACS) de Moya-Faz 2010. Procesamiento: IBM-SPSS con cálculo medias en cuantitativas, y frecuencias y porcentajes en cualitativas. Se guardaron las normas éticas y de protección de datos.

Resultados

Muestra válida 25 personas, Enfermeras 61%, mujeres 65,2%, con más de 50 años el 52%, casados 61%, noveles 39,1%. Dicen estás formados ante el afrontamiento de la muerte 2 personas (12,5%) con una media de experiencia profesional de 26,5 años, 13 dijeron que no y 1 parcialmente, y 13 relataron una situación percibida como estresante. 2 indicaron sí, La media obtenida en el cuestionario DACS según género aporta, mujeres 1,37, hombres 1,16. Hombres casados 1,14, mujeres casadas 1,43. Miedo a tener un ataque al corazón: mujeres 1,65, hombres 1,25. Miedo y preocupación ante la muerte y el morir (II): mujeres 1,88, hombres 1,4.

Conclusiones

Las mujeres estudiadas tienen mayor nivel de ansiedad que los hombres ante el afrontamiento a la muerte, y a temas relacionados como es el hecho de tener un ataque cardiaco. Se detecta la necesidad de formar a los profesionales de críticos para afrontar el proceso del morir y el acompañamiento a los pacientes.

Financiación

No existe ninguna financiación.

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 508

ANÁLISIS DEL BURNOUT EN UN COLECTIVO DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS CON MOTIVO DE UN ESTUDIO DE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE

Cristina Lázaro Pérez[1]; Juan José Rodríguez Mondéjar[2]; Ana Pérez Olmos[3]; José Gaspar Lasheras Galacho[3]; Ángel J. López Amorós[3]; Marcos Martínez Guerrero[3]; Marcos Alonso Bote Díaz[3]; Juan Carlos Pardo Talavera[1]; Isabel Cremades Navalón[3]; Lisa Ortín Katnich[3]

1. Universidad de Murcia; 2. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia 061. Murcia; 3. UCI. HGU Reina Sofía. Murcia. SMS

Introducción

El equipo que forma la enfermería que cuida al paciente en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) desarrolla distintas respuestas ante el afrontamiento de la muerte de sus pacientes. Este hecho puede aumentar los niveles de burnout y pasar desapercibido por interiorizarse y no manifestarse, ni verbalizarse.

Objetivo

evaluar el nivel de burnout del personal de enfermería de una UCI polivalente dentro de un estudio de afrontamiento ante la muerte.

Metodología

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y transversal. Lugar: UCI metropolitana de nivel II en hospital general universitario. Sujetos: personal de enfermería. Temporalidad: Primer semestre del 2015. Desarrollo: cuestionario autoadministrado con datos sociodemográficos, y se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) (1996), versión española. Consta de 22 ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones. Se agrupan en tres subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal). Procesamiento: IBM-SPSS con cálculo de datos descriptivos en cuantitativas, y aplicación de estadística inferencial con Chi2 para cualitativas. Se guardaron las normas éticas y de protección de datos.

Resultados

Respondieron correctamente 25 personas, diplomadas en enfermería 61%, mujeres 65,2%, menos de 50 años el 48%, solteros/as 39%, expertos 60,9%. Puntuación en el MBI según estado civil/sexo: mujer-casada 61,78 puntos, mujer-soltera 64,5, hombres-casados 61, hombres- solteros 56,33. Según edad/estado civil: de 40-49 años/casados 68 puntos, de 30-39 años casados 57,67 (valores extremos). Experto/no casado 64 puntos, y novel/no casado 58. *Puntuación burnout bajo 25puntos. No hubo diferencias significativas entre los casados en la subescala AE. Sí las hay entre los no casados, donde las mujeres tienen más riesgo que los hombres.

Conclusiones

Las mujeres han presentado más riesgo que los hombres en desarrollar burnout, aunque ambos tienen puntuaciones medio-altas. Se detecta la necesidad de mayor formación a los profesionales de críticos para afrontar el proceso del morir y disminuir el nivel de burnout.

Financiación

No ha tenido ninguna financiación.

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 517

IMPACTO DEL DIARIO EN CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS FAMILIARES DESPUÉS DE UNA ENFERMEDAD CRÍTICA: ESTUDIO PILOTO

Olga Vallès Fructuoso; Laura Costa Capella; Verónica Fuentes Milà; Blanca Vàzquez Guillamet
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

Los familiares de pacientes que se recuperan de una enfermedad crítica corren el riesgo de desarrollar Síndrome de Estrés Posttraumático (SEPT).

Objetivo

Explorar las experiencias de los familiares que redactaron un diario que describe la estancia de su familiar en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología

Estudio cualitativo, descriptivo y hermenéutico. Se realizaron entrevistas semi- estructuradas (n=4) a los familiares de un paciente que permaneció más de 72 horas en una UCI de un hospital universitario. Las transcripciones se analizaron mediante el procedimiento de siete pasos de Colaizzi.

Resultados

El análisis identificó 4 temas: el rol de la familia, la expresión de sentimientos, la utilidad del diario y el final de una historia.El tema principal fue que el factor desencadenante de estrés es la dificultad que tienen para expresar y comunicar sus sentimientos y necesidades, y el impacto que genera en sus vidas, mientras que los otros temas fueron una respuesta y/o moduladores de este impacto. Se derivó un modelo explicativo sobre la base de la relación entre todos estos temas emergentes.

Conclusiones

Es esencial entender las experiencias vividas por los familiares de pacientes que ingresan en una UCI para minimizar su impacto. La redacción de un diario puede ayudar a la recuperación psicológica en las familias de los pacientes con una enfermedad crítica.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 426

SATISFACCIÓN FAMILIAR CON LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA DE SEVILLA

Francisco Javier Arroyo Muñoz; María del Carmen González Delgado; Ángela Hurtado Martínez; María Dolores González Caro; José Garnacho Montero
H.U. Virgen Macarena, Sevillla

Introducción

Las UCI son espacios cerrados, altamente tecnificados en los que pacientes y familiares mantienen poco contacto físico, emocional y comunicación; estando sometidos a estrictos horarios de visita.

Objetivo

La familia es clave en el tratamiento y cuidados del paciente. Resulta necesario tener en cuenta su opinión y grado de satisfacción, con el objetivo de conocer las necesidades reales y prioridades del paciente y su familia, poniendo en evidencia las áreas de mejora en nuestra actividad asistencial.

Metodología

Estudio observacional descriptivo transversal. Utilizamos la encuesta validada de Pérez Cárdenas et al. con algunas modificaciones para obtenener información adicional. Del 15 de octubre al 30 noviembre de 2016 se entregaron las encuestas al familiar al alta de los pacientes de estancia superior 24h. Se recogieron variables sociodemográficas, satisfacción relacionada con la información recibida, grado de confort del paciente, sala de espera y adecuación de las normas de visita.

Resultados

De 144 encuestas entregadas obtuvimos rellenas 87 (60,2%). Sexo: mujer 67,4%. Parentesco: 33,7% cónyuge y 37,2% hijos. Sala de espera adecuada 61%. Box aceptable 99%. Confortabilidad < 7: ruidos 39%, iluminación 28%, intimidad, 25% y comodidad cama 23,3%. Claridad información médica 91%, Fluidez relación enfermería 84%. Conocían el nombre de médicos 60% y 38% de enfermería. Es adecuado el número de visitas para 86% y número de familiares 84%, un 42% consideran insuficiente el tiempo de visita y al 65% le parecería adecuado visitar durante toda la tarde. La mayor demanda de visitas es por padres, familiares <60 años y con estancia prolongada. Valoración global media: 8,75. No hay diferencias estadísticamente significativas en relación a variables sociodemográficas.

Conclusiones

Aunque la valoración global es alta se han identificado las siguientes áreas de mejora:

- Flexibilizar horario de visitas.
- Permitir acompañamiento extendido.
- Mejorar identificación del personal.
- Aumentar información.
- Mejorar nivel acústico, iluminación e intimidad. Consideramos adecuado mantener línea de trabajo del Proyecto hUCI e ir incorporando tendencias actuales de humanización.

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 434

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID

Luis Fernando Carrasco Rodríguez-Rey; Ignacio Zaragoza García; Francisco Javier Sánchez Chillón; Elena de la Vera Arias; Gema Molina Pérez
Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción

La terapia utilizada para la insuficiencia cardiaca terminal sin posibilidades de tratamiento médico o quirúrgico convencional, es el trasplante cardíaco. Hay un interés especial en conocer y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, habiéndose demostrado su relación con la utilización de recursos sanitarios, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte. Por todo ello se hace necesario conocer la calidad de vida de nuestros pacientes.

Objetivo

Conocer la calidad de vida de los trasplantados de corazón habiendo pasado al menos un año del injerto. Comparar la calidad de vida los pacientes trasplantados con la población en general. Conocer el nivel de independencia de los pacientes pre y post injerto.

Metodología

Estudio analítico transversal cuya población diana fueron los pacientes trasplantados de corazón durante los años 2008 a 2012. Se elaboró un cuestionario con 3 partes, variables relacionadas con la hospitalización; calidad de vida (SF-36) y escala para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria de Barthel modificado. Se obtuvieron mediante entrevista telefónica. Las puntuaciones obtenidas del SF-36 se compararon de la población española. Los resultados sobre la independencia, se compararon con los previos al trasplante. Se realizó la prueba t-student y test de Wilcoxon.

Resultados

Se incluyeron 47 pacientes, 76,6% fueron hombres y 23,4% mujeres. Edad media fue 46,51(± 13,34) años. Se realizaron de forma electiva (72,3%) y la estancia media hospitalaria fue de 29,02 (±14,47), siendo 9,89 (±9,68) días en UCI. Para las dimensiones de dolor corporal, salud general y vitalidad, fueron superiores a las de la población de referencia, no encontrándose diferencias para el resto. La independencia mejoró de forma significativa después del año del trasplante.

Conclusiones

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud obtenida de los trasplantados de corazón es similar a la población de referencia española. La independencia mejora al año del injerto.

Financiación

No se ha recibido financiación.

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 435

INTERVENCIÓN DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

María Cundín Laguna[1]; Ana Canga Armayor[2]
1. Hospital Universitario Cruces; 2. Departamento Enfermería de la Persona Adulta. Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra

Introducción

Durante el ingreso de un ser querido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la familia puede experimentar altos niveles de ansiedad, lo que conlleva a una reducción de su capacidad de afrontamiento. El papel de los profesionales de enfermería es esencial para que los familiares adquieran un rol participativo, y encuentren su lugar dentro de la UCI.

Objetivo

Explorar qué intervenciones de enfermería dirigidas a la participación familiar en el cuidado del paciente crítico se han realizado, y conocer su efectividad.

Metodología

Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos: PubMed, CINAHL, PsycINFO y Cochrane Library. Se revisaron las revistas: American Journal of Critical Care, Enfermería Intensiva, y Journal Family Nursing. A partir de los estudios de interés, se realizó una búsqueda con la técnica “snowballing”.

Resultados

Se identificaron tres artículos de intervención. De los tres, dos describen intervenciones instrumentales, mientras que el otro estudio, contempla la participación de la familia desde un Enfoque Sistémico Familiar (ESF). Desde esta perspectiva, proponen el “Modelo EPICS”. Un proceso de 5 pasos que tiene como propósito proporcionar una atención centrada en la familia, como soporte a la participación familiar (PF).

Conclusiones

La evidencia sobre intervenciones de enfermería que involucren a la familia en el cuidado del paciente crítico es escasa. Las intervenciones identificadas demuestran ser efectivas en la reducción de los niveles de ansiedad de la familia, en una mejora del afrontamiento de la familia ante la situación de ingreso del ser querido, y en el respeto, la colaboración y el apoyo percibido por la familia hacía los profesionales de enfermería. A raíz de estos resultados se plantea la necesidad de implementar intervenciones de PF, que mediante un ESF, permitan al profesional encontrar, junto a la familia, las estrategias de afrontamiento para hacer frente a la situación de ingreso.

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 473

IMPLANTACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL CAN MISSES

C. Milara Ibáñez; G. Lozano Serneguet; R. Carreño Ponfil; A. Moya Ocaña; M. Vila Rumbo; T González Torres; S. Palau Planells; S. Palau Osuna; G. Membrilla Quereda; A. García Alonso
Hospital Can Misses

Introducción

La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como terapia en hospitales. La UCI del Hospital Can Misses está incluida en la Actividad Plantagrama de la Unidad de Seguridad del Paciente (USP). Esta iniciativa pretende reducir la ansiedad de los pacientes y mejorar el estado anímico de los mismos gracias al efecto positivo de la música. Plantagrama es una de las líneas de humanización de la atención sanitaria que ya emprendió la USP en el año 2015 con las Jornadas de humanización en las que participaron un centenar de profesionales y que continuará durante el año 2017 acercando los efectos positivos de la música a pacientes y familiares.

Objetivo

A través de Plantagrama se ha empezado a realizar sesiones de música en directo en diferentes áreas del Hospital Can Misses. Se ha realizado un cuestionario de satisfacción a los familiares de los pacientes ingresados en UCI en el que se abordan las siguientes cuestiones: relajación del paciente; alivio del estrés; mejoría del estado de ánimo; rehabilitación. Las respuestas fueron analizadas mediante estadística descriptiva con hoja de cálculo Excel para los datos cuantitativos y mediante el programa Atlas.ti para los aspectos cualitativos.

Resultados

Los beneficios mejor valorados han sido el apoyo emocional; la relajación; la percepción de apoyo; mejora del estado de ánimo y percepción diferente del paso del tiempo. Dentro de las diferentes técnicas musicales la más valorada fue tocar o improvisar con instrumentos.

Conclusiones

La musicoterapia recibe una valoración muy positiva por parte de los pacientes y de los cuidadores de los pacientes ingresados en la UCI. La totalidad de los encuestados han manifestado la necesidad de aumentar el número de sesiones de musicoterapia en la UCI.

Financiación

Sin financiación.

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 16.20 a 17.05 h.**

ID 427

INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO Y COSTO-EFECTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

María Isabel González Méndez; Inmaculada Alonso Araujo; Catalina Martín Castaño; Rosario Urbán Carmona; Rosario Ferrete Pérez
Hospital Virgen del Rocío

Introducción

La Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) es una estructura asistencial, conceptualmente dependiente del Servicio de Medicina Intensiva (SMI). Fue concebida para la atención de pacientes que previsiblemente tengan un bajo riesgo de necesitar medidas terapéuticas de soporte vital pero que requieran más monitorización y cuidados de enfermería que los que pueden recibir en planta de hospitalización convencional.

Objetivo

Comparar los indicadores de funcionamiento y realizar un análisis de costo-efectividad de las 10 camas de la UCIN versus 10 camas de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).

Metodología

Estudio descriptivo de diseño longitudinal y retrospectivo realizado en una UCI de tercer nivel con 62 camas y una UCIN con 10 camas. El periodo de análisis fue desde diciembre de 2005 hasta diciembre 2016. Los indicadores de funcionamiento han sido recogidos del cuadro de mandos hospitalario. Para el análisis de costo-efectividad se utilizaron datos proporcionados por el programa de contabilidad analítica hospitalaria.

Resultados

En las 10 camas de UCI: media de pacientes ingresados anualmente fue 641, la media de exitus fue de 48 pacientes anualmente, la estancia media fue de 4,57 días, el índice de rotación fue 5,31 días. En las 10 camas de la UCIN: media de pacientes ingresados anualmente fue 865 de los que 436 fueron dados de alta a domicilio, la media de exitus fue de 17 pacientes anualmente, la estancia media fue de 3,39días, el índice de rotación fue 4,12 días. El gasto anual en capítulo profesionales relativo a 10 camas de UCI fue de 1.377.355 y a 10 camas de UCIN de 825.209.

Conclusiones

La apertura de la UCIN se ha traducido en un aumento de pacientes atendidos por el SMI, y en un incremento cuantitativo y cualitativo de la capacidad y oferta asistenciales. La costo-efectividad de la UCIN es manifiesta tanto en capítulo profesionales como de consumo de fungibles y farmacia.

Financiación

Ninguna.

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 16.20 a 17.05 h.**

ID 514

FACTORES DEL ENTORNO QUE MODIFICAN LA PERCEPCIÓN DEL SUEÑO EN PACIENTE CRÍTICO

Mª Desamparados Bernat Adell[1]; Adela Melgarejo Urendez[2]; Andrea Monfort Lázaro[2]; Mª Ángeles Morán Marmaneu[2]; Laura Galarza Barrachina[2]; Gema Pages Aznar[2]; Silvia Poveda Gutiérrez[2]
1. Unidad Predepartamental de Enfermería. Universitat Jaume I; 2. Servicio Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Castellón

Introducción

La calidad del sueño está influenciada por factores específicos del paciente y factores ambientales, propios de las Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivo

Identificar factores del entorno que interfieren en calidad del sueño mediante cuestionario Freedman. Observar la relación entre factores del entorno, calidad de sueño y somnolencia.

Metodología

Estudio descriptivo y transversal. Realizado entre enero y diciembre de 2016 en una UCI polivalente. El cuestionario se administró el primer y segundo día, y previo al alta. Mediante correlación de Spearman se analizó la influencia de los factores ambientales. Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS v.23, nivel de significación de p 0,05.

Resultados

El ruido con valores medios de 2,65 en los tres tiempos, y la luz con valores de 2,33 fueron los factores ambientales más molestos. Las alarmas con valores medios 2.9 así como escuchar gente hablando (valores medios 2,29) resultaron los que más contribuyeron a generar ruido. Destacó una correlación entre ruido y calidad del sueño Rho -0,35 (p=0,002) y con escuchar gente hablando Rho -0,24 (p=0,03) en la tercera evaluación. Los cuidados de enfermería afectaron en los tres tiempos de evaluación Rho -0,23 (p=0,048), -0,29 (p=0,011), -0,31 (p=0,007). El ruido causado por alarmas se correlacionó negativamente con calidad del sueño el primer y tercer día Rho -0,28 y -0,31 (p=0,015 y p=0,006). La luz interfirió negativamente en somnolencia al alta Rho -0,27 (p=0,019).

Conclusiones

El ruido, la luz y las alarmas fueron los factores del entorno más molestos. Al correlacionar los datos observamos que interfirieron negativamente los cuidados de enfermería y escuchar gente hablando, este último afectó más en la evaluación previa al alta.

Financiación

No financiado.

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 16.20 a 17.05 h.**

ID 515

CALIDAD DEL SUEÑO Y SOMNOLENCIA EN PACIENTE CRÍTICO. ESTUDIO PRELIMINAR

María Desamparados Bernat Adell[1]; Adela Melgarejo Urendez[2]; Elena Bisbal Andrés[2]; Mª Ángeles Moraán Marmaneu[2]; Andrea Monfort Lázaro[2]; Silvia Poveda Gutiérrez

1. Unidad Predepartamental de Enfermería. Universitat Jaume I; 2. Servicio Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Castellón

Introducción

La calidad del sueño en paciente crítico continua siendo motivo de estudio. Un sueño inadecuado condiciona cambios físicos y cognitivos, interfiriendo negativamente en la recuperación.

Objetivo

Evaluar la calidad del sueño y somnolencia en paciente crítico mediante cuestionario Freedman.

Metodología

Estudio observacional y transversal. Realizado entre enero y diciembre de 2016 en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital General Universitario de Castellón. El cuestionario se administró el primero (t1) y segundo día (t2), y el día previo al alta (t3). El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 23.0.

Resultados

Se incluyeron 77 pacientes, la media de edad fue de 62,08, el 62,3% eran varones. La calidad de sueño en casa obtuvo valores medios de 7 puntos y la calidad de sueño durante el ingreso valores medios 6,54 puntos en los tres tiempos. Resultaron diferencias significativas entre calidad de sueño en casa y en UCI para el primer día de evaluación ($p= 0,016$) y para el segundo ($p=0,001$). La somnolencia obtuvo unos valores medios de 5,66 (t1), 6,38 (t2), 7,29(t3). Las diferencias en somnolencia para los tres días de evaluación resultaron con $p<0,001$ siendo mayor la somnolencia en la evaluación del primer con respecto al tercer día ($p<0,001$) y entre el segundo y tercer día ($p=0,003$).

Conclusiones

El paciente crítico percibe una peor calidad del calidad del sueño durante los dos primeros días de ingreso con respecto al sueño habitual en casa. El nivel de somnolencia es mayor los primeros días de estancia.

Financiación

No financiado.

Sala Tapices. **Martes 20 de Junio de 2017 de 16.20 a 17.05 h.**

ID 614

¿QUÉ DEMANDAN NUESTRAS FAMILIAS?

Gema Tenor Salas; Ana Gómez Rodríguez
Complejo Hospitalario Universitario Huelva

Introducción

El ingreso de un paciente en Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) provoca alteración en la estructura familiar. Cubrir sus necesidades, facilitar su estancia y asegurar su bienestar repercute de forma positiva en la recuperación del paciente.

Objetivo

Conocer las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en las UCIs del Complejo Hospitalario Universitario Huelva(CHUH)

Metodología

Estudio descriptivo prospectivo realizado desde junio a diciembre de 2016. Durante el periodo de estudio se entregó una encuesta anónima a los familiares de pacientes ingresados mas de 48 horas. Variables estudiadas: Demográficas(edad, sexo, parentesco, estudios), relacionadas con la información, cuidados, horario de visita y sala de espera.

Resultados

Se recogieron un total de 74 cuestionarios. Demográficos. El 62,9 % fueron mujeres, edad media de los encuestados de 44,2 años. En un 54,8 % el parentesco familiar fue hijo y el 41,9% del total poseían estudios universitarios. Cuidados: El 100% opinan que los cuidados ofrecidos a su familiar fueron buenos (36,5%) o muy buenos (63,5). El 100% están contentos con el trato recibido. Información: cambia en función del médico (23%) y de la enfermera(25,4%). Enfermería lo ha atendido cada vez que lo ha necesitado(87,7%), la información fuera de horario hubiera sido fácil o muy fácil (56,8%), consideran adecuado el número de veces (62,2%) aunque en situaciones de mas gravedad necesitarían que fueran mas frecuentes, el 98,6% no han tenido problemas con el lenguaje utilizado. Visitas: duración adecuada (54,1%),pocas (61,6%),horario adecuado en mañanas (82,4%) y en tardes (94,5%), dos familiares como adecuado (83,8%). Sala de espera: regular de cómoda (39,2%) demandan más sillones, enchufes, microondas, luz regulable, baño independiente y más limpieza.

Conclusiones

Los familiares valoran de forma muy positiva la atención y cuidados prestados a su familiar. Manifiestan la necesidad de recibir más información en situaciones de mayor gravedad y la ampliación de una visita más. Para ellos sería importante dotar la sala de espera de accesorios que faciliten su estancia.

Comunicaciones orales

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 456
ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE FIJACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL CON SUTURA VERSUS DISPOSITIVO DE SEGURIDAD ADHESIVO EN LA UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

ID 506
¿USAR PROTOCOLOS DE DESTETE GUIADOS POR ENFERMERÍA REDUCE EL TIEMPO DE CONEXIÓN A LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA DEL PACIENTE CRITICO ADULTO RESPECTO AL DESTETE CONVENCIONAL?

ID 524
FIABILIDAD Y VALIDEZ DE NAS-CASTELLANO SEGÚN GRUPOS DIAGNÓSTICOS

ID 718
PERCEPCIÓN DEL SUEÑO DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 499
ATENCIÓN DE LAS PARADAS CARDIORESPIRATORIAS INTRAHOSPITALARIAS POR EL EQUIPO ENFERMERO DE UCI: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

ID 521
EFICACIA DEL APORTE CALÓRICO EN PACIENTES CRÍTICOS CON PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

ID 523
LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ES SUPERIOR CUANDO SE REALIZA DE FORMA INTERDISCIPLINAR

ID 761
REGISTRO ESPAÑOL DE PCR EXTRAHOSPITALARIA: COMPARATIVA CON BALEARES

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 16.20 a 17.05 h.**

ID 549
EXPERIENCIA DE LA VALORACIÓN CON LA ESCALA DE SEDACIÓN-AGITACIÓN DE RIKER DE DOS GRUPOS DE PACIENTES CON DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 565
EVALUACION DE LA PRÁCTICA HABITUAL EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGASTRICA EN EL PACIENTE CRÍTICO: ACCION DE MEJORA EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 711
RELACIÓN ENTRE CARGA LABORAL Y ADHESIÓN A LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 456

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE FIJACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL CON SUTURA VERSUS DISPOSITIVO DE SEGURIDAD ADHESIVO EN LA UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Carlos S. Molina Mazón; Xenia Martín Cerezo; Gerard Domene Nieves de la Vega; Susana Asensio Flores
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

La inserción de un catéter venoso central (CVC) es una técnica frecuente en las unidades de críticos no exenta de posibles complicaciones mecánicas e infecciosas. Las guías de práctica clínica con nivel de evidencia categoría II, recomiendan el uso de dispositivos de seguridad sin suturas para reducir el riesgo de infección por CVC.

Objetivo

Objetivo principal: evaluar la aparición de complicaciones asociadas al catéter, definidas por: desplazamiento del CVC, signos locales de infección y bacteriemia relacionada con el catéter (BRC).

Objetivos secundarios: establecer el número de cambios de apósito requeridos y evaluar el grado de satisfacción del personal en base al uso del sistema de fijación adhesivo.

Metodología

Estudio prospectivo, abierto y aleatorizado, realizado en Unidad Coronaria de hospital terciario, entre abril-noviembre de 2016. Se evaluó 2 sistemas de fijación de CVC (sutura Vs sistema adhesivo). Se incluyeron a los pacientes portadores de CVC insertado en la unidad con estancia prevista > 48h. Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

Resultados

Muestra =100 pacientes. Edad 62 ± 13, 66% hombres. Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a variables demográficas, uso de anticoagulación y días de permanencia del CVC. El desplazamiento del CVC fue significativamente menor mediante empleo del sistema adhesivo (p 0.047). El uso de la fijación con sutura se asoció a un mayor requerimiento de cambio de apósito (p 0.013) y aparición de signos locales de infección (p 0.008). La 3 BRC documentadas pertenecían al grupo sutura. En cuanto a la satisfacción del personal, el 97% de los encuestados (N = 30) recomendarían remplazar la sutura por el apósito adhesivo, considerándolo superior en cuanto confortabilidad (86%) y seguridad (67%) para el paciente.

Conclusiones

El sistema de fijación con sutura fue un predictor de desplazamiento e infección local de los catéteres, asociándose una mayor necesidad de cambios de apósito por catéter.

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 506

¿USAR PROTOCOLOS DE DESTETE GUIADOS POR ENFERMERÍA REDUCE EL TIEMPO DE CONEXIÓN A LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA DEL PACIENTE CRITICO ADULTO RESPECTO AL DESTETE CONVENCIONAL?

Francisco José Clemente lópez[1], Yaiza de León Martín[1], Rocío Seijo Bestilleiro[2], Sergio Ladrón Arana[3], Jose Luis Cobo Sánchez[4], Rayco Alvarez Díaz[1], Enrique García Rufián[1], Noemí Clemente López[5]

1. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife; 2. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; 3. Complejo Hospitalario de Navarra; 4. Hospital Universitario de Valdecilla; 5. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

Introducción

Mayor tiempo de conexión al ventilador mecánico (VM), se asocia a una mayor morbimortalidad. La duración depende mucho del tiempo de weaning o destete. En la práctica, éste depende del juicio clínico y experiencia del médico que no siempre es acorde con el de la enfermera, que conoce el estado ventilatorio del paciente, al estar 24 horas a su lado.

Objetivo

Encontrar evidencia científica que avale la efectividad de usar protocolos de weaning guiados por Enfermería respecto al destete convencional.

Metodología

Revisión exhaustiva por pares (no sistemática) de ensayos clínicos, estudios observacionales y/o descriptivos, en bases de datos MEDLINE, CINAHL, EMBASE, Scopus y CUIDEN PLUS con los criterios de búsqueda: términos mesh “Ventilator Weaning”, “Critical Care Nursing” y el texto libre “protocol”. No se aplica restricción de idioma. Se excluyen estudios con pacientes pediátricos y con ventilación mecánica no invasiva. Se atienden las variables: tipo de protocolo, días/ horas de VM, tiempo (horas) de weaning y necesidad de reintubación.

Resultados

De 545 referencias, se incluyen 7 estudios con un total de 2265 pacientes (entre 650 y 122 pacientes/estudio). El protocolo más usado es PS/pieza en “T”. Se redujo tiempo de VM en 82 horas (h) de media (2 estudios; rango 56-108h), se redujo weaning en 10,6h (4 estudios; rango 2,5-22h). Un estudio refleja reducción de estancia en UCI de 40 h. 4 estudios sostienen que no existe diferencia significativa en tasa de reintubación y 1 que se reduce ésta a favor del protocolo enfermero. Retirado el soporte ventilatorio, 4 estudios extuban al paciente tras consentimiento médico. Uno sostiene que se reducen costes entre 15700-21000$.

Conclusiones

Aunque existe heterogeneidad, los estudios indican que usar protocolos de weaning guiados por Enfermería, reduce el tiempo de ventilación mecánica, de weaning y costes, sin que conlleve mayor incidencia de reintubación.

Financiación

Sin financiación.

sigue →

AUTOR	AÑO	N Ptes	RESULTADOS	PAIS	Tipo Unidad	TIPO PROTOCOLO
Esley E.	1996	300	108 h (4,5 días) menos de VM. Sin diferencias tasa reintubación. Ahorro entre 15700-21000$	EEUU	UCI	Cpap 5cmH2O > 2h Extubación previo consentimiento medico.
Kollef M.	1997	357	10 h menos de weaning. Sin diferencias tasa reintubación. Ahorro estimado durante el estudio:42000$	EEUU	UCI postquirurgica	Cpap 5 cmH2O > 1h /PS> 7 / Tubo "T" / extubación
Marelich GP.	2000	335	56 h menos de VM	EEUU	UCI-TRAUMA	Cpap < 5 cmH2O > 1h o PS> 7/tubo en "T" Extubación previo consentimiento medico.
Krisnan JA.	2004	299	8h h menos de weaning.	EEUU	UCI	Usan índice de Yang y Tobin. Cpap 5cmH2O > 1h Extubación previo consentimiento medico.
Dries D.	2004	650	40 h menos de estancia UCI . Redujo la incidencia de reintubación (de 43 pacientes en gr. control a 25)	EEUU	UCI postquirurgica	PS o tubo en "T" (no especifica más)
Roj.J.	2012	122	22h menos de weaning. En tres casos, el weaning fue dificultoso y lo manejó el medico.	Korea	UCI	Controlada / PS / CPAP / tubo en "T" / Extubación No especifican mas.
Danckers M.	2013	202	2,5 h menos weaning. Sin diferencias tasa reintubación o neumonía.	EEUU	UCI	Usan índice de Yang y Tobin. Enfermería maneja sedación según "Sedation Agitation Scale" Cpap < 5 cmH2O o PS> 7/tubo en "T"> 30min. Extubación previo consentimiento medico.

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 524

FIABILIDAD Y VALIDEZ DE NAS-CASTELLANO SEGÚN GRUPOS DIAGNÓSTICOS

María del Pilar Fraile Gamo[1]; Susana Arias Rivera[1]; María del Mar Sánchez Sánchez[1]; Israel John Thuissard Vasallo[2]; Fernando Frutos Vivar1

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

Introducción

Las propiedades psicométricas de NAS-castellano ya han sido evaluadas, pero se desconoce si estas propiedades son las mismas según los diferentes grupos diagnósticos de los pacientes en los que se aplica.

Objetivo

Evaluar la consistencia interna (Fiabilidad) y la validez de constructo y convergente de NAS-castellano, según grupos diagnósticos.

Metodología

Para la Fiabilidad y validez, se analizaron mediciones realizadas a pie de cama, por las enfermeras responsables de los pacientes ingresados, en una UCI polivalente/Grandes Quemados de 24 camas. Análisis: La fiabilidad se ha calculado mediante las correlaciones ítem-test, el ?-Cronbach y el ?-Cronbach corregido al omitir cada uno de los ítems. Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial de componentes principales (Kaiser-Meyer-Olkin) y para la validez convergente se evaluó la correlación entre NAS-NEMS con el coeficiente de correlación de Spearman. Han sido evaluadas los registros correspondientes al NAS diario de los pacientes durante toda su estancia en la UCI.

Resultados

Tanto la fiabilidad y validez de la escala en global, como los análisis derivados del agrupamiento de registros según diagnóstico médico al ingreso, pueden verse en la tabla. (Documento adjunto)

Conclusiones

Hemos observado una fiabilidad moderada tanto en la valoración global de la escala, como en cada grupo diagnóstico. La validez de constructo es buena y similar en todos los grupos y la validez convergente moderada también en todos los grupos, salvo en los pacientes quemados, donde se ha obtenido una fuerte correlación.

	Pacientes, n	Registros NAS, n	Fiabilidad (α Cronbach)	Validez de constructo (Kaiser-Meyer-Olkin)	Validez convergente (Sperman)
Global	**955**	**7063**	**0,509**	**0,738**	**0,565**
Básico	336	982	0,515	0,690	0,539
Neurológico	122	987	0,473	0,712	0,580
Cardiovascular	112	810	0,390	0,655	0,488
Respiratorio	112	1121	0,393	0,626	0,487
Digestivo	77	579	0,459	0,669	0,588
Traumatológico	65	475	0,520	0,706	0,538
Quemados	74	1414	0,495	0,775	0,620
Sepsis	51	664	0,361	0,618	0,539

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 718

PERCEPCIÓN DEL SUEÑO DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Lidia Carrera Hernández; Eva Aizpitarte Pejenaute; Nerea Zugazagoitia Ciarrusta; Rosana Goñi Viguria
Clínica Universidad de Navarra

Introducción

El descanso nocturno de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede sufrir interrupciones debido a los múltiples factores presentes en este tipo de unidades, además de las ligadas al propio proceso de enfermedad. Un sueño de calidad evita la aparición de delirio además de favorecer la recuperación del paciente.

Objetivo

Los objetivos de este estudio son:

1) describir las percepciones de los pacientes en relación al sueño nocturno

2) elaborar un plan de cuidados que favorezca el descanso.

Metodología

Estudio descriptivo prospectivo en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario de nivel terciario. Se estudió el sueño en 120 pacientes. Se utilizó el Cuestionario del Sueño de Richards-Campbell (RCSQ) de cinco ítems para valorar la percepción del sueño. Además, se pasó un cuestionario con 10 preguntas sobre factores descritos en la literatura que pueden influir en el sueño para que el paciente graduase la influencia de los mismos.

Resultados

El 48.3% de los pacientes refiere haber tenido un sueño de profundidad media quedándose dormidos casi de forma inmediata. Si se despertaban, les costaba relativamente poco volver a conciliar el sueño (49,4%). En general, el 43,7% de los pacientes, refiere haber dormido bien. Al analizar la relación entre el sueño y las diferentes variables, no hubo diferencias significativas entre días de estancia en UCI (p=0.443), motivo de ingreso (médico-quirúrgico) (p=0.361), edad (p=0.274), género (p=0.36), uso de medias de compresión neumática (p=0.254) y presencia de oxigenoterapia (p=0.473). Entre los factores que significativamente influyeron en el sueño, destaca la preocupación/nerviosismo (p=0.04) y los ruidos de los monitores/alarmas/aparatos (p=0.017).

Conclusiones

La percepción que los pacientes de este estudio tienen del sueño nocturno en la UCI es satisfactoria. No obstante, un plan de cuidados estandarizado ayudaría a minimizar los factores que alteran el sueño.

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 499

ATENCIÓN DE LAS PARADAS CARDIORESPIRATORIAS INTRAHOSPITALARIAS POR EL EQUIPO ENFERMERO DE UCI: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

César Rodríguez Nuñez; Mikel García Corres; Janire Irigoien Aguirre; Marta Martín Martínez; Alba Iglesias Rodríguez; Ekhiñe Unzalu Lerma; Laura Samaniego Boveda; María Carmen García Ares; Janire Aspuru Pérez; Estibaliz Bezares Arrue
Hospital Universitario Araba

Introducción

Las enfermeras de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Araba(UCI-HUA) acudimos a la asistencia de las Paradas CardioRespiratorias(PCR) intrahospitalarias mediante el aviso a un busca.

Objetivo

Analizar la causa de PCR, turno de trabajo y unidad hospitalaria donde se atendió por las enfermeras de UCI-HUA durante los años 2000-2015. Determinar si se produjo ingreso en UCI tras la asistencia de la PCR

Metodología

Tipo estudio: Observacional descriptivo longitudinal retrospectivo. Población estudio: Pacientes hospitalizados en el HUA. Muestra: pacientes que sufrieron PCR. Periodo: entre los años 2000-2015. Variables: sexo, turno de trabajo, servicio en el que ocurrió PCR, ingreso en UCI, causa PCR. Material y método: se analizaron las variables descritas en el registro enfermero de PCR atendidas por el personal de UCI y posteriormente se procedió al análisis estadístico SPSS 23.0.

Resultados

Muestra: 381 pacientes. El género masculino sufrió PCR en 64,6%. El turno mas frecuente de PCR: mañana (37,5%). Los servicios más frecuentes de PCR fueron Medicina interna con un 18,4%, seguido de Cardiología con un 18,1%. y los menos Maternidad-Ginecología (1%) y pruebas funcionales (1,6%). En un 53,3% fallecieron los pacientes durante la PCR y en un 46,7% ingresaron en UCI. La causa más frecuente de PCR fue Asistolia (35,2%) y la menos fue de origen respiratorio (11%). El año que más PCR fue el 2001 (8,7%) y el que menos 2015 (2,9%).

Conclusiones

Han disminuido las PCR atendidas por el equipo de UCI, posiblemente este descenso se debe al protocolo SECI instaurado en el HUA (servicio extendido UCI) que pretende mejorar la morbimortalidad mediante la detección precoz del paciente grave fuera del ámbito de la UCI. Consideramos importante que el equipo de enfermería de UCI continúe atendiendo las PCR intrahospitalarias, ya que, por sus destrezas adquiridas mejoran la supervivencia del paciente y su posterior ingreso en UCI.

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 521

EFICACIA DEL APORTE CALÓRICO EN PACIENTES CRÍTICOS CON PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

María Orejana Martín; Clara Cornejo Bauer; Carlos García Fuentes; Silvia Ana Torrente Vela; Candelas López López; Juan Carlos Montejo González
Hospital 12 de Octubre

Introducción

La entrega efectiva de la nutrición enteral (NE) en las unidades de cuidados intensivos (UCI), se ve afectada por factores relacionados con el paciente, variabilidad en la práctica clínica, métodos de NE y su correcta prescripción y manejo.

Objetivo

Determinar la eficacia del aporte calórico en paciente crítico con patología traumática y analizar la causa y tiempo de interrupción de la NE.

Metodología

Estudio observacional prospectivo de noviembre de 2015 a agosto de 2016. Criterios de inclusión: paciente con NE 48 horas y edad 18 años. Criterios de exclusión: paciente con dieta oral y/o parenteral. Variables: demográficas, relacionadas con la NE (día de NE, kilocalorías (Kcal) prescritas y administradas, diferencia calórica, objetivo calórico) y relacionadas con las interrupciones de la NE (causa y tiempo de interrupción de NE). El manejo de la NE y las interrupciones se realizan según protocolo interno de la unidad. Las Kcal/paciente se calculan según la ecuación de Harris-Benedict y añadiendo el factor de estrés según situación clínica del paciente. Análisis descriptivo de los datos.

Resultados

Se incluyeron 69 pacientes, el 79,71% eran hombres, con una mediana de edad de 46 (34-58) años. Se monitorizaron un total de 1112 días de NE. El porcentaje de diferencia calórica de NE a partir del día 3, entre lo prescrito y administrado, fue 92,43(72,76 - 97,47). A partir del día 3, se consigue un objetivo calórico optimo (>80%) en el 67,9% de los días. Observamos como causa más frecuente de interrupción de la NE los procedimientos no relacionados con la vía aérea 38,2% de los días con interrupción con un tiempo de parada 3(1-7,25)horas.

Conclusiones

El aporte calórico del paciente crítico con patología traumática, se logra de forma óptima a partir del día 3. Entre las causas de interrupción de NE más frecuentes se encuentran los procedimientos no relacionados con vía aérea.

Interrupciones de la NE (N=394 días 37,8% del total de días monitorizados excluyendo los días de inicio NE)		Técnicas y procedimientos (N=209 días)		Complicaciones gastrointestinales (N=154 días)			Mixtas (N=21)	No justificadas (n=10)
		Vía Aérea	Otros Procedimientos	Vómitos	Débito Alto	Diarrea		
N= días (% respecto a días con complicación)		59 (14,93%)	150 (38,22%)	38 (9,62%)	26 (6,5%)	90 (22,78%)	21 (5,31%)	10(2,53%)
Objetivo calórico	Óptimo (>80%)	13 (22,03%)	60 (40%)	8 (21,1%)	4 (15,4%)	30 (33,3%)	2 (9,5%)	2 (20%)
	En situación de riesgo (60-80%)	23 (38,98%)	49 (32,67%)	13 (34,2%)	4(15,4%)	21 (23,3%)	5 (23,8%)	5 (50%)
	Subóptimo (<60%)	23 (38,98%)	41 (27,33%)	17 (44,7%)	18 (69,2%)	39 (43,3%)	14 (66,7%)	3 (30%)
Porcentaje diferencia calórica (MEDIA)		64,19±20,57	71,86±19,47	65,02±25,73	49,98±22,15	63,25±20,72	50,2% ±20,89	67,44±2,31
Horas NE parada (mediana y rango P25- P75)		5 horas (3-8)	3 horas (1-7,25)	6 horas (3,75-10)	5,50 horas (2-9)	-	5 horas (2,5-6,5)	0 (0-2,75)

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 523

LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ES SUPERIOR CUANDO SE REALIZA DE FORMA INTERDISCIPLINAR

Mireia Llaurado Serra; Encarnación Rodríguez Higueras; Montserrat Virumbrales Cancio; Albert Gallart Fernández-Puebla; Anna Aliberch Raurell; Jordi Castillo García
Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona; Hospital Clínic, Barcelona; Hospital de Bellvitge, Barcelona

Objetivo

Comparar si la adquisición de conocimientos teóricos y habilidades prácticas tras un curso oficial de Soporte Vital Básico (SVB) y desfibrilación semiautomática (DEA) es diferente (inmediatamente al curso y 6 meses después) según que los grupos de alumnos sean exclusivamente de estudiantes de Enfermería o conjuntamente de Enfermería y Medicina.

Metodología

Estudio casi-experimental realizado entre 2013-2015 en la Universitat Internacional de Catalunya con estudiantes de 1er curso de Enfermería que recibieron un curso homologado de SVB-DEA, según que su composición fuera exclusivamente de Enfermería (grupo control, 34 alumnos) o conjunto con estudiantes de Medicina (grupo interdisciplinar, 84 alumnos). Se puntuaron según una escala numérica de 0 a 10 los conocimientos teóricos evaluados con un cuestionario de 11 preguntas, las habilidades prácticas valoradas por los instructores valorando 35 ítems, y los parámetros de la ventilación artificial y compresiones torácicas objetivizados mediante maniquís-monitores (sistema SkillReporter de Laerdal). Todas las puntuaciones se realizaron al finalizar el curso y 6 meses después. Los valores se exponen en media (DS) y se analizan estadísticamente mediante la prueba t de Student.

Resultados

Al finalizar el curso la puntuación de conocimientos teóricos fue significativamente superior en el grupo interdisciplinar: [8,12 (1,26) vs 7,59 (1,07)]. Las habilidades prácticas fueron similares (p>0,05) en la valoración por los instructores [7,60 (1,39) vs 7,57 (1,36)] y en puntuación SimPad [4,54 (2,5) vs 4,48 (2,2)]. A los 6 meses los conocimientos teóricos fueron similares [6,89 (1,2) vs (6,43 (1,7)]. Las habilidades prácticas fueron similares (p=0,06) en la evaluación por los instructores [7,44 (1,6) vs 6,25 (2,9)] y superiores (p=0,049) en el grupo multidisciplinar valoradas por SimPad [4,65 (2,7) vs 3,53 (2,33)].

Conclusiones

La formación teórica y práctica de los estudiantes de Enfermería en SVB y DEA es superior realizada interdisciplinarmente.

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 761

REGISTRO ESPAÑOL DE PCR EXTRAHOSPITALARIA: COMPARATIVA CON BALEARES

Natalia Martínez Cuellar; Isabel Ceniceros Rozalen; Pilar Rubio Roca; Cosme Escoda Francolí; Jesús Santaliestra Grau; Raul Martín Brigidano; Inés Rubí Alzugarai
GAU 061 Baleares

Introducción

El registro nacional de PCR a nivel extrahospitalario OHSCAR contiene datos sobre la actuación de los diferentes sistemas de emergencias, y la evolución de los pacientes que han recuperado la circulación espontánea (RCE) tras ingresar en la unidades de cuidados intensivos.

Objetivo

Analizar la evolución de los pacientes que han sufrido una PCR en nuestra comunidad, respecto a la media nacional

Metodología

Estudio descriptivo progresivo de PCR atendidas de octubre 2013 a octubre de 2014 en las 17 Comunidades Autónomas españolas. Se incluyeron las PCR atendidas por lo EE y las recuperadas por otro interviniente: Se excluyen las reanimaciones fútiles. Variables: clínico epidemiológicas de pacientes incluidos, incluidas en Ohscar, con medidas de tendencia central y desviación para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas

Resultados

Se realiza una comparativa entre los datos a nivel nacional y en nuestra comunidad autónoma Baleares El total de PCR incluidas fueron 9347 de la cuales 404 (3,5%) fueron registradas en Baleares Se realizo soporte vital básico antes de la llegada de los EE en 4980 a nivel nacional (56,7%) bien por testigos, personal sanitario u otros organismos públicos no sanitarios, y en Baleares en el 72%. El ritmo PCR registrado fue desfibrilable en el 22,1% y 26.4% respectivamente. RCE al ingreso en hospital: 30,5 y 42,1% respectivos siendo hasta 50,& y 57,1 si el ritmo inicial era desfibrilable y de estos, al alta con buen nivel neurológico tenemos 86,1 y 86,9% .

Conclusiones

Los datos muestran mayor proporción de SVB por testigos y otros organismos urgentes (policía, socorristas) que en ámbito nacional, lo cual puede justificar mayor proporción de ritmos desfibrilables. La supervivencia es similar entre los datos nacionales y los de Baleares. Necesitamos comparar más datos con otros de otras características para analizar posibles diferencias

Financiación

Sin financiación.

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 16.20 a 17.05 h.**

ID 549

EXPERIENCIA DE LA VALORACIÓN CON LA ESCALA DE SEDACIÓN-AGITACIÓN DE RIKER DE DOS GRUPOS DE PACIENTES CON DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO

Juan José Rodríguez Mondéjar[1,2]; Mª José López Montesinos[2]; Ana Myriam Seva Llor[2]; Juan Antonio Sánchez Pérez[2]; Gloria Muñoz Pérez[2]; José Mª Xandri Graupera[2]; Isabel Mª Pérez Moya[3]; Cristina Alonso Villa[4]; Manuel García Méndez[4]; Rosario Martínez Castillo[5]

1. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia 061, Murcia; 2. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia; 3. UCI. HGU Reina Sofía de Murcia. SMS; 4. Servicio Murciano de Salud; 5. Urgencias. HGU Reina Sofía de Murcia. SMS

Introducción

El delirio se puede asociar con el ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI), y en su detección se debe medir con una escala de sedación-agitación, que generalmente la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), pero hay otras aceptadas.

Objetivo

El objetivo de esta investigación es medir con otra escala validada y comparar sus resultados en dos grupos de pacientes que desarrollaron el delirio en la UCI.

Metodología

Estudio experimental, prospectivo y longitudinal, en una UCI polivalente de un Hospital General Universitario. Temporalidad: 25 meses continuados. Sujetos a estudio: pacientes que desarrollaron SCA en UCI con más de 24h de ingreso, y cumplían criterios de inclusión y no de exclusión. Desarrollo: Se aplicó instrumento validado CAM-ICU, con la escala SAS (Sedation-Agitation Scale) de Riker. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Estadística inferencial con prueba de Chi² aceptando significación estadística si $p<0,05$. El estudio contó con la aprobación del CEIC del área VII de SMS.

Resultados

Muestra 67 pacientes con delirio, 33 pacientes en grupo intervención (GI) y 34 en control (GC). Edad media GI 74,2 DE11,9, en GC 74,5 DE13,4 p=0,942. Índices de gravedad APACHE II: GI 16,4 DE8,5, SAPS II: GI 37,1 DE13,8. SOFA: GI 3,7 DE3,04. Estancia media 6,87 DE 11,13 días. Nivel de sedación-agitación (SAS) 4,53 DE 0,9. Agitado, inquieto, no es consciente de lo que hace: 14 (42,4%) en GI, y 23 (67,6%) en GC. Fluctuación actividad psicomotora y grupo de randomización $p<0,028$*, a favor del GC.

Conclusiones

La escala SAS es válida para aplicar con el CAM-ICU, aunque sigue siendo más conocida y más utilizada la escala RASS. Se ha observado mayor nivel de agitación o actividad psicomotora en el grupo control del estudio.

Financiación

No ha contado con ninguna financiación.

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 16.20 a 17.05 h.**

ID 565

EVALUACION DE LA PRÁCTICA HABITUAL EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGASTRICA EN EL PACIENTE CRÍTICO: ACCION DE MEJORA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Amadeo Puebla Martín; Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; María Teresa Franco Sereno; Raul Pérez Serrano; Miguel Ángel Puebla Martín; María del Mar del Fresno Sánchez; Juan Pablo Trujillo Juárez; María Pilar Rubio Serrano; Manuela Castillo Rodríguez; Gracia Castellanos Soriano
Hospital General de Ciudad Real

Introducción

La administración de medicamentos por sonda nasogástrica (SNG) es una práctica habitual en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Introducir formas farmacéuticas orales a través de una SNG obliga a modificar su presentación pudiéndo alterar sus características, además de poder presentar interacciones con la nutrición enteral (NE).

Objetivo

Conocer la opinión, práctica habitual en preparación/administración de fármacos SNG y grado de conocimiento del personal de enfermería para establecer posibles acciones de mejora.

Metodología

Estudio transversal y descriptivo (Abril 2016) mediante una encuesta escrita distribuida al personal de enfermería de UCI del Hospital General de Ciudad Real. La encuesta fue diseñada desde el Servicio de Farmacia, formada por 16 preguntas agrupadas en 4 bloques: generales, administración, preparación y conocimientos.

Resultados

De los 50 enfermeros que trabajaban en UCI, la encuesta fue completada por 42 (84%). Se elabora un cuadro-resumen con los resultados obtenidos. De entre las respuestas destaca que: El 73,8% trituran todo tipo de comprimidos sin planteárselo y el 71,4% abren las capsulas sin dudarlo. El 71,4% no lava la sonda entre fármacos y el 69% detenían ocasionalmente la NE ante la administración de un fármaco. El 95.2% contestó incorrectamente a una pregunta sobre los fármacos con los que hay que interrumpir la NE. El 28.6% antes de administrar tritura los comprimidos sin tener en cuenta si existen recomendaciones específicas. Ante la necesidad de elaborar una guía de administración por SNG para enfermería: 9.2 puntos sobre 10.

Conclusiones

Encontramos una elevada demanda, por parte del personal de enfermería, en cuanto a la elaboración de una guía local de administración por SNG. Amplia variabilidad en administración/preparación en la práctica habitual de enfermería. En cuanto a conocimientos se observa la necesidad de formación para una correcta administración y aumentar la seguridad de los tratamientos pautados por SNG en UCI. Como acción de mejora se plantea la elaboración de una guía de administración por SNG.

Financiación

Propia.

Sala El Escorial. **Martes 20 de Junio de 2017 de 16.20 a 17.05 h.**

ID 711

RELACIÓN ENTRE CARGA LABORAL Y ADHESIÓN A LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO

Rosa Jam Gatell[1], Jaume Mesquida Febrer[1], Inmaculada Sandalinas Mulero[2], Concepción Turegano Duaso[1], Óscar Hernández Vian[3], Esther Carrillo Santín[1], Roser Pedragosa Muro[1], Josefina Valls Matarin[2], Maria Salamero Amoros[2], Pilar Delgado Hito[4]

1. Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell; 2. Mútua Terrassa; 3. Centro de Atención Primaria, Sabadell; 4. Departamento de Enfermería Medico Quirúrgica Fundamental. Escuela Enfermeria. L'Hospitalet de Llobregat

Introducción

La neumonía asociada ventilación mecánica (NAVM) es la principal infección adquirida en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La carga de trabajo de las enfermeras es considerada como uno de los factores determinantes para el cumplimiento de medidas preventivas no farmacológicas (MPNF) de NAVM.

Objetivo

Analizar el efecto de la carga de trabajo de la enfermera en relación con el cumplimiento de MPNF de NAVM

Metodología

Estudio observacional, transversal, prospectivo de las enfermeras de dos UCI adultos médico-quirúrgica. Población estudio. Las enfermeras que tenían a su cargo pacientes con VM y/o respiración espontánea con vía aérea artificial. 1ªFase. Realización cuestionario conocimientos sobre la NAVM. 2ª Fase. (12 meses). Observación de cómo las enfermeras en su práctica real aplicaban las MPNF. Variables. Datos demográficos enfermeras. MPNF: relacionadas al procedimiento aspiración secreciones endotraqueales (lavado manos pre-post, uso sonda estéril y manipulación aséptica, uso mascara y guantes); cabecera 30-45º; control neumotaponamineto tubo endotraqueal; higiene bucal con solución clorhexidina 0,12-0.2%. Carga trabajo cuantificada mediante Nine Equivalents of Nurse Manpower Use Score (NEMS)

Resultados

De un total 96 enfermeras, se obtuvieron datos de 75 (78%), con un total de 328 observaciones. Aunque, en las enfermeras incluidas en el estudio, las respuestas correctas de los cuestionarios estuvieron entre el 91% y 100%, el cumplimiento observado de MPNF fue del 66%, con gran variabilidad en función de la medida evaluada (desde 12 % para lavado manos pre-aspiración a casi un 100 % para el uso de sonda de aspiración estéril) El análisis multivariado detectó una asociación significativa entre menor cumplimiento de las MPNF con mayor edad y menor carga de trabajo

Conclusiones

Las enfermeras tienen un elevado conocimiento de las MPNF de la NAVM, aunque su aplicación real es muy variable. Tanto la edad como la menor carga de trabajo se asociaron a un menor cumplimiento de las MPNF.

Comunicaciones orales

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 449
¿LA PERTENENCIA A UNA UCI INFLUYE EN LA PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

ID 680
VARIACIÓN DEL TEST DE LAVADO DE ONDA CUADRADA TRAS LOS CUATRO PASOS FUNDAMENTALES EN EL CUIDADO DE UN SISTEMA DE PRESIÓN

ID 681
IMPLANTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS “VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR” EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 752
EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 475
PACIENTE SORDO: NECESIDAD DE ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 495
CREENCIAS DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE LA TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO PLANIFICADO

ID 510
TOLERANCIA DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES CRÍTICOS

ID 751
IMPACTO DE LA SEDACIÓN DIFÍCIL EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POLIVALENTE

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 449

¿LA PERTENENCIA A UNA UCI INFLUYE EN LA PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

Yeray Gabriel Santana Padilla; Luciano Santana Cabrera; Josefa Delia Martín Santana; Benjamín Guedes Santana; Jonathan García García
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), son ambientes altamente tecnificados y que requieren de conocimientos actualizados a la hora de manejar situaciones criticas, que pueden ser objeto de avances científicos con mucha regularidad.En este contexto, el personal que trabaja en estas unidades, debe estar continuamente formándose, por lo cual, las tareas formativas e investigadoras son de gran importancia en este personal.La pertenencia a estos servicios, se debiera constituir en un factor positivo y dinamizador a la hora de realizar estudios de investigación.

Objetivo

Analizar las diferencias en la valoración del actual sistema de investigación por parte de enfermería.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, realizado en el Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular de Gran Canaria. Una muestra de 295 miembros del personal de enfermería con una experiencia en nuestro medio superior a 6 meses. Se utilizó una encuesta anónima, autoadministrada y adaptada al contexto y al colectivo, tomando como base el cuestionario desarrollado por el Grupo de Expertos del III Foro de Ciencia de la Fundación Lilly. La encuesta tenía por objeto recoge la percepción y valoración actual de este colectivo sobre el marco actual en el que se desarrolla la investigación en el seno de los hospitales utilizando una escala de 19 ítems tipo Likert de 10 puntos. Del total de la muestra, el 22% trabaja en una UCI. Ahora bien, del colectivo que trabaja en UCI, el 31.8% tiene experiencia investigadora; mientras que del resto de los servicios el 21.5% cuenta con experiencia.

Resultados

Ver Tabla

Conclusiones

No encontramos diferencias entre el personal de la UCI con el del resto de servicios en cuanto a la percepción y valoración de la investigación de la enfermería, a excepción de los dos últimos ítems. Un aspecto a destacar es la mayor vinculación de la enfermería de UCI con la labor investigadora

sigue →

Ítems	UCI n=66		Resto de Servicios n= 228		*t*	*p*
	MEDIA	D.T.	MEDIA	D.T.		
La participación e implicación del equipo de enfermería y otro personal sanitario en investigación	3,86	1,39	3,78	1,60	0,401	0,689
Algunas iniciativas de investigación: contratos FIS y becas FUNCIS	3,17	1,24	3,21	1,50	0,217	0,828
La participación del personal de enfermería en investigación en su hospital	3,66	1,56	3,26	1,71	1,678	0,094
La necesidad de que, en los hospitales universitarios, investiguen todos los enfermeros y no sólo aquellos que hayan demostrado interés y capacidad para hacerlo	3,03	1,47	3,09	1,66	0,253	0,801
El impacto de la investigación en el hospital en la calidad de la asistencia	4,11	1,47	4,13	1,60	0,099	0,922
El impacto de la investigación en el hospital en la gestión económica del centro	3,20	1,34	3,46	1,65	1,179	0,240
El impacto social y global de la investigación biomédica en España	3,32	1,48	3,62	1,86	1,203	0,230
La consideración de la investigación como una actividad fundamental por parte de los enfermeros	3,79	1,62	3,72	1,51	0,299	0,765
Reconocimiento explícito y apoyo de los compañeros del hospital a la labor investigadora de los enfermeros	3,77	1,66	3,43	1,83	1,346	0,179
Reconocimiento explícito en el hospital de la labor investigadora por parte de la gerencia	2,86	1,62	2,66	1,80	0,811	0,418
La coordinación de la investigación del hospital con otras unidades u organismos investigadores	3,77	1,20	3,81	1,45	0,197	0,844
La colaboración entre el hospital y los centros de salud en el terreno de la investigación biomédica	3,17	1,21	3,13	1,56	0,208	0,835
Los ensayos clínicos patrocinados por la industria farmacéutica en la investigación	3,74	2,06	3,75	1,87	0,060	0,953
La utilidad de la relación con la industria farmacéutica o de tecnología sanitaria por los investigadores	3,89	1,94	4,02	1,96	0,456	0,649
La integración y articulación de la asistencia, la investigación y la docencia en el hospital	3,70	1,37	4,11	1,61	1,877	0,061
La consideración explícita y diferenciada de la investigación en los presupuestos de la cartera de servicios del hospital	3,17	1,45	3,38	1,48	1,046	0,296
La existencia de una estructura organizativa en los hospitales españoles que potencie la labor de investigación clínica de los enfermeros	3,08	1,33	3,00	1,57	0,356	0,722
La utilización de sistemas de información, con la debida protección de datos, en la investigación en el hospital	5,15	2,01	5,78	2,02	2,215	0,028
La traslacionalidad/aplicabilidad de los resultados de investigación biomédica en el hospital	4,65	1,73	5,29	1,97	2,376	0,018

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 680

VARIACIÓN DEL TEST DE LAVADO DE ONDA CUADRADA TRAS LOS CUATRO PASOS FUNDAMENTALES EN EL CUIDADO DE UN SISTEMA DE PRESIÓN

Rayco Alvarez Díaz; Antonia María Leal Pérez; Virginia Padrón Noda; Francisco José Clemente López; Helena Martín Ávila; Zayra Álvarez Díaz
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Introducción

El correcto cuidado de un sistema de presión por parte de enfermería es primordial a la hora de interpretar los datos hemodinámicos. Los cuatro pasos fundamentales son: Nivelación, estado correcto del manguito de presión, cero y test de lavado de onda cuadrada.

Objetivo

Determinar si hay variación entre el test previo y final del lavado de onda cuadrada tras los pasos fundamentales.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal y observacional de 60 pacientes seleccionados aleatoriamente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra señora de La Candelaria. Estudiamos el test de lavado de onda cuadrada que nos encontramos inicialmente y también tras la realización de los cuatro pasos fundamentales, observando si dicho test ha variado. Se realiza test de Chi cuadrado (x^2) y T-Student de medias para muestras seleccionadas. Significación $p<0.05$.

Resultados

Arterias Analizadas Femoral Derecha: 18.3%. Femoral Izquierda: 18.3%. Radial Derecha 36.7%. Radial Izquierda: 25%. Humeral Derrecha: 1.7%. Pasos: Nivel: Ok: 60%. Ajustados: 40%. Suero Fisiológico: Ok: 80%. Cambiados: 20%. Presión Manguito: Ok: 33.3%. Ajustados: 66.7%. Cero: Ok: 98%. No Realizado: 2%. Test Lavado Inicial Óptimo: 46.7%. Resonante: 3.3%. Ligeramente Amortiguado: 38.8%. Amortiguado: 6.7%. Amortiguación Severa: 5%. Test Lavado Final Óptimo: 86.7%. Resonante: 3.3%. Ligeramente Amortiguado: 6.7%. Amortiguado: 1.7%. Amortiguación Severa: 1.7%.

$x^2 = 124.831$

$p = 0.000$ Existe relación significativa entre tensión arterial sistólica (correlación = 0.908 $p = 0.001$) y diastólica (correlación = 0.903 $p = 0.001$) iniciales y finales

Conclusiones

Se observa variación de curvas óptimas del inicio con respecto al final del 40%. Es fundamental el correcto cuidado-manejo de un sistema de presión por parte de enfermería, para que los valores de tensión arterial sean fiables, y así, tomar la mejor decisión.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 681

IMPLANTACIÓN DE RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS "VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR" EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Lucia Tornero Sánchez; Carmen Carrilero López; Mª Dolores Castillo Lag; Verónica Rojano Ibáñez; Juani García Vitoria; Isabel López Sánchez; Ángela Prado Mira; Mª Dolores Saiz Vinuesa; Elena Ruiz-Escribano Taravilla; Pilar Córcoles Jiménez
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción

Existe evidencia sobre efectividad de estandarización de programas para manejo del dolor. El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) está implantando la Guía de Buena Práctica (GBP) "Valoración y manejo del dolor" junto con otros 3 centros en España, dentro del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. En UCI la implantación comenzó en octubre de 2014.

Objetivos

Evaluar el nivel de implantación de las recomendaciones GBP "Valoración y manejo del dolor" en UCI.

Metodología

Observacional longitudinal prospectivo. Ámbito: UCI de un hospital de tercer nivel. Pacientes>14 años ingresados en 2016 Muestra: primeros pacientes ingresados cada mes. Variables: 1) demográficas, estancia UCI. 2) Proceso implantación: detección diaria de dolor, valoración con escala, aplicación plan de cuidados, reevaluación periódica de dolor. 3) Resultado: intensidad dolor (0-10). Instrumentos: escala numérica, visual analógica, ESCID(Escala de conductas indicadoras de dolor). Fuente información: historia clínica. Recogida de datos: elaboración de manual para unificar criterios. Aspectos éticos: datos anonimizados. Análisis estadístico: medidas descriptivas(tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas). Relación entre variables categóricas(Ji-cuadrado) comparación de medias(t-Student); significación $p<0,05$. SPSS v.12.

Resultados

140 pacientes, 60.7% hombres. El 32.9% fueron intervenidos quirúrgicamente. Edad media: 61.62años (d.t.=15.35). Estancia media: 4.75días (d.t=5.31). Se realizó intervención diaria de detección de dolor en 95.7%pacientes; valoración de dolor con escala en 97.1%.Se realizaron reevaluaciones periódicas en 81.3%. No se realizó planificación de cuidados. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los meses. Un 66,4% de los pacientes tuvieron dolor, cuya intensidad máxima en el ingreso fue superior a 5 en un 27.9%.

Conclusiones

El proceso de implantación, la valoración del dolor y la utilización de escalas(aspecto novedoso en el Centro) tienen niveles excelentes. Cuantificar y registrar el dolor de nuestros pacientes sistemeticamente, es el primer paso para controlarlo. La planificación de cuidados es un aspecto a introducir, para asegurar la continuidad y hacer visible la labor de enfermería.

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 752

EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Carmen Carrilero López[1]; Mª Dolores Castillo Lag[1]; Juani García Vitoria[1]; Elena Ruiz-Escribano Taravilla[1]; Mª Dolores Saiz Vinuesa[1]; Verónica Rojano Ibáñez[1]; Isabel López Sánchez[1]; Lucia Tornero Sánchez[1]; Ángela Prado Mira[1]; Beatriz Bonaga Serrano[2]

1. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2.Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

Introducción

Los enfermos críticos están sometidos a múltiples estímulos responsables de dolor y su inadecuado control ocasiona estrés e incrementa la morbilidad, incluso infravalorado en aquellos incapaces de expresarlo. En 2014 se implantó el protocolo de Analgesia, sedación y delirio, con las recomendaciones de la Guía de Buena práctica de "Valoración y manejo del dolor"

Objetivos

Determinar la efectividad del protocolo para el control del dolor en pacientes de UCI. Cuantificar la intensidad de dolor e identificar el perfil de paciente.

Metodología

Observacional longitudinal prospectivo. Ámbito: UCI hospital de tercer nivel. >14 años ingresados en 2016. Variables: Demográficas, estancia,... Resultados: nivel máximo de dolor (24 h tras ingreso o postquirúrgicas) y durante la estancia. Instrumentos: escala numérica y visual analógica, ESCID (Escalas de conductas indicadoras de dolor). APACHEII(Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II) Ventilación Mecánica. Fuente información: historia clínica. Recogida de datos: manual para unificar criterios. Datos anonimizados.Análisis estadístico:medidas descriptivas; medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas. Estudio de relación entre variables (Ji-cuadrado), comparación de medias t-Student; $p<0,05$.SPSS v.12.

Resultados

140 pacientes, 60.7% hombres.66.4% tuvieron dolor, siendo el 32.9%postoperatorio. Edad media 61.62 años(d.t.=15.35), IC95% [59.05-64.18] Con estancia media 4.75días. (d.t.=5.31; IC95%[3.86-5.64]). APACHE II medio 16.40(d.t.=7.13; IC95%[10.25-21]).Ventilación mecánica 33.6% . Valoraciones dolor con escala en el 97.1% ,y reevaluaciones periódicas. Un 21.8 % presentaron dolor intenso primeras 24h del ingreso, un 28.7% dolor intenso durante el ingreso. Los postquirúrgicos presentan mayor intensidad de dolor en las primeras 24horas $p=0.002$ Sin relación entre el máximo dolor y el sexo. Los más graves presentan mayor estancia $p=0,000(r=0.33)$ y tienen menor intensidad de dolor en las primeras 24hs $p=0,004$ ($r = -0,25$) relacionados con mayor necesidad de VM (dt: 3.1)

Conclusiones

Los pacientes con APACHEs elevados están mejor analgesiados. Los menos graves, sin VM y con estancias cortas; más dolor. Prevalencia mayor en postquirúrgicos, necesitan mejor control del dolor.

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 475

PACIENTE SORDO: NECESIDAD DE ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

María Ortiz Polan; Francisco Javier Vega Vázquez; Juan Ramón Jiménez del Valle
Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción

Atender a un paciente con discapacidad auditiva en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) supone todo un reto para el profesional de enfermería, ya que debe ser consciente en todo momento de la importancia de establecer una adecuada comunicación que le permita garantizar una asistencia de calidad.

Objetivo

Valorar la necesidad de impartir una formación sobre estrategias de comunicación del paciente sordo al personal sanitario perteneciente a la UCI del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado entre los meses de septiembre-noviembre del 2016. De las 143 encuestas se recogen un total de 102. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario de elaboración propia enfocado a la comunicación profesional-paciente sordo crítico, donde se redactan 6 items con respuestas cerradas.

Resultados

Participación: 11 Médicos, 57 DUE y 35 TCAE. El 79,41% atendió a un paciente con limitación auditiva en UCI. El 66,67% encontró dificultad a la hora de comunicarse con un paciente sordo. El 92% reconoció no haber recibido formación sobre como comunicarse con el paciente sordo. El 96,80% cree que sería favorable incluir dentro de su servicio una formación sobre estrategias de comunicación sobre el paciente sordo. El 90,20% cree que la falta de conocimiento a la hora de comunicarse con el paciente sordo puede afectar a la calidad de los servicios de esta población.

Conclusiones

Tras el estudio realizado se evidencia la presencia real del paciente sordo en UCI y la dificultad con la que se encuentran los profesionales a la hora de establecer una adecuada comunicación con dicho paciente. Por lo que se concluye la necesidad de adquirir estrategias de comunicación con la finalidad de mejorar las habilidades comunicativa del personal de enfermería ante la presencia de un paciente sordo en UCI.

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 495

CREENCIAS DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE LA TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO PLANIFICADO

Gemma Via Clavero[1]; Marta Sanjuán Naváis[2]; Marta Romero García[1]; Laura de la Cueva Ariza[1]; Carolina Utrilla Antolín[3]; Víctor Gómez Simón[4]; Joan Guàrdia Olmos[5]; Pilar Delgado Hito[1]

1. Escuela Universitaria de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la salud. Universidad de Barcelona-GRIN-IDIBELL; 2. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari de Bellvitge-GRIN-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona; 3. Unidad de Cuidados Intensivos. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona; 4. Unidad de Cuidados Intensivos. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona; 5. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona

Introducción

El uso de contenciones mecánicas (CM) en las unidades de cuidados intensivos (UCI) continua vigente en la práctica pese a las recomendaciones de la evidencia científica. Identificar las creencias hacia su uso ayudaría a conocer cómo estas influyen en la intención y el comportamiento.

Objetivo

Identificar las creencias conductuales, normativas y de control que subyacen a la intención de usar contenciones mecánicas por parte de las enfermeras de cuidados intensivos desde la teoría del comportamiento planificado (TCP).

Metodología

Estudio cualitativo descriptivo de elicitación de creencias llevado a cabo en cinco UCI de tres hospitales. Se realizó un muestreo intencional por propósito (n=26 enfermeras) de acuerdo a los criterios de sexo, turno de trabajo y años de experiencia profesional. Las respuestas se obtuvieron a partir de un cuestionario cualitativo de 9 preguntas abiertas y de un grupo de discusión. El marco teórico de la TCP guió tanto la estructura de las preguntas como el análisis de contenido que fue realizado por dos investigadoras independientes.

Resultados

Las enfermeras priorizan más los aspectos a favor de usar CM fundamentados en la seguridad hacia el paciente y los profesionales que los aspectos negativos. Es una práctica aprobada mayoritariamente tanto por los profesionales como por los familiares. Las creencias de control se relacionan con las características del paciente y su tratamiento, la disponibilidad de alternativas, la organización del trabajo, las políticas de analgo-sedación y visitas familiares y las relaciones que se establecen en el equipo.

Conclusiones

Este estudio identifica las creencias que podrían influir en la intención de las enfermeras de cuidados intensivos de usar CM en la UCI. Los resultados se utilizarán para generar un cuestionario basado en la TCP como segundo paso hacia la implementación de una intervención para reducir el uso de CM en las UCI.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona en el marco de las Ayudas a Proyectos de Investigación (PR2080/2015).

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 510

TOLERANCIA DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES CRÍTICOS

Mª del Mar Sánchez Sánchez; Elena Casado Osa; Francisca Gracia Puerto; Carolina Toledo Cantó; Virginia López López; Mª Carmen Gómez Torrijos; Carmen Rangil del Castillo; Gema Pérez Corrales; Raquel Herrero Hernández; María Teresa Río Ramírez
Hospital Universitario de Getafe

Introducción

El lavado broncoalveolar (BAL) permite estudiar el componente celular y aislar los patógenos del tracto respiratorio inferior, siendo útil para diagnosticar enfermedades pulmonares. La tolerancia clínica y complicaciones, en el paciente crítico, no son del todo conocidas.

Objetivo

El objetivo es determinar la respuesta clínica, eventos adversos (EA) y tiempo de recuperación del paciente grave tras un BAL.

Metodología

Estudio observacional, prospectivo en una UCI polivalente. Incluídos pacientes con insuficiencia respiratoria aguda en ventilación mecánica, a los que se realiza BAL (aprobación por CEIC y consentimiento firmado). El BAL se realiza por fibrobroncoscopia, instilando 150 ml de suero fisiológico con posterior aspiración. La FiO2 es de 100% desde los 15 minutos previos hasta el final del BAL. Recogidas variables demográficas, patología respiratoria previa, volumen de suero instilado y aspirado, parámetros hemodinámicos y gasométricos, fármacos, nivel de analgo-sedación y EA. Estadística descriptiva básica [media (DE), salvo indicación].

Resultados

Realizados 6 BAL. Todos los pacientes recibieron analgesia (Behavioral Pain Scale 3), sedación (RASS -5) y relajación muscular. Edad: 67 (7) años, 50% mujeres, SAPS II: 46 (15). Patología respiratoria: 1 SAOS y 1 patrón restrictivo por cifoescoliosis. Tiempo de realización del BAL desde ingreso: 3 días de mediana (RIC 1-7), duración del BAL: 6 minutos (RIC 5-9). Volumen instilado: 158 (20) ml y aspirado: 49 (21) ml. EA: 2 hipotensiones leves durante el procedimiento, disminución del 18% de la PaO2/FiO2 basal y recuperación a las 24 horas tras realización del BAL.

Conclusiones

La realización del BAL en nuestra cohorte de pacientes, no supuso EA graves para el paciente, observándose una recuperación completa a las 24 horas, en los parámetros valorados, no precisando de cuidados de enfermería adicionales.

Sala Galería. **Martes 20 de Junio de 2017 de 09.20 a 10.05 h.**

ID 751

IMPACTO DE LA SEDACIÓN DIFÍCIL EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POLIVALENTE

Diana Gil Castillejos[1]; Mª de los Ángeles de Gracia Ballarín[1]; Cristina Ferri Riera[1]; Raquel Enríquez Sánchez[1]; Sara Rosich Andreu[1]; Mª Luisa Fortes del Valle[1]; Mª Amparo Bodí Saera[2]; Alberto Sandiumenge Camps[3]
1. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII; 2. Hospital Universitario Joan XXIII / IISPV / URV; 3. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción

La Sedación Difícil (SD) engloba las situaciones en que el paciente, en ventilación mecánica (VM), necesita mayores dosis de sedantes para conseguir la profundidad de la sedación deseada, o cuando aparece privación al descender las dosis de los sedantes administrados(1). La SD aumenta la morbimortalidad, los efectos farmacológicos adversos y prolonga el tiempo de VM, estancia en UCI y hospitalaria.

Objetivo

Nuestro objetivo fue analizar el impacto de la SD sobre la evolución de aquellos que la sufrieron.

Metodología

Análisis descriptivo comparativo y prospectivo de 60 pacientes (50% SD/ 50% no SD) ingresados consecutivamente en una UCI con VM y sedación >24h. Datos expresados en frecuencias y porcentajes, índices de tendencia central y de dispersión según su distribución. SPSSv.20.

Resultados

Ver tablas adjuntas

Conclusiones

La SD alargó el tiempo de VM y la estancia en UCI complicando la evolución de los pacientes que la presentaron. La detección precoz de pacientes con SD y la prevención de su aparición ayudarían a mejorar el pronóstico.

(1) Chamorro C, Romera MA, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Estrategias de control de la sedación difícil. Med Intensiva. 2008;32 Supl 1:31-7.

Comunicaciones orales

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 559
CONOCIMIENTOS SOBRE CAPNOGRAFÍA EN UN GRUPO DE PROFESIONALES DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

ID 647
VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POLIVALENTE

ID 652
EL SENTIDO DE COHERENCIA DE LAS ENFERMERAS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SEMICRÍTICOS

ID 656
EL SENTIDO DE COHERENCIA DE LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE CRÍTICOS/SEMICRÍTICOS VERSUS ENFERMERAS DE HOSPITALIZACIÓN

ID 423
VALIDEZ PREDICTIVA Y FIABILIDAD DE LA ESCALA DE BRADEN PARA VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 429
EVALUACIÓN DEL REGISTRO DEL PROCESO ENFERMERO EN CUIDADOS CRÍTICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES- OSAKIDETZA

ID 738
FATIGA COMPASIONAL Y DISTRÉS MORAL EN ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ID 425
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY

Comunicaciones orales

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 559

CONOCIMIENTOS SOBRE CAPNOGRAFÍA EN UN GRUPO DE PROFESIONALES DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Oscar Segura Alba[1]; Juan José Rodríguez Mondéjar[2]
1. Gerencia de Urgencias y Emergencias 061. SMS. Murcia; 2. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia 061. Murcia. Facultad de enfermería de la UMU

Introducción

La capnografía como monitorización del paciente crítico debe ser tenida en cuenta y utilizada correctamente, y ello empieza por una buena formación de sus aportaciones al cuidado del enfermo que tiene comprometida su ventilación. Esto puede ayudar a mejorar la seguridad del paciente al tener mayor control del paciente.

Objetivo

El objetivo es analizar la formación y conocimientos sobre capnografía en un grupo de profesionales de la salud con actividad en urgencias y cuidados críticos.

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Temporalidad: 2º cuatrimeste 2016. Sujetos a estudio: profesionales sanitarios que se trabajan en el contexto de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Desarrollo: Cuestionario autoadministrado on line, con datos sociodemográficos y laborales, y preguntas test con respuesta múltiple, abiertas y de tipo likert. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. El estudio se realizó cumpliendo las normas éticas y de protección de datos pertinentes.

Resultados

Muestra 34 profesionales,17 (50%) son enfermeras. Edad media 38,44 DE8,6 (22-60), varones 58,8%. Tiempo de profesional 13,2 años DE8,6 (1-34). 91% trabajan en cuidados críticos y urgencias. 14 (41,2%) en la Gerencia de Urgencias y Emergencias. Año final de estudios entre 1982 y 2015. Formación específica del empleo de la monitorización capnográfica 2 (6%). 35,3% desconoce las limitaciones de la capnografía. Un 56% desea recibir formación sobre capnografía. Describen correctamente la causa que puede disminuir el C02 medido por un capnógrafo en un paciente intubado, sedado y ventilado mecánicamente 25 (73,5%). Consideran que tienen conocimientos suficientes o muy buenos sobre el tema 22 (64,7%). No han realizado escenarios de simulación 19 (57%).

Conclusiones

La capnografía como monitorización en cuidados críticos sigue siendo poco conocida y utilizada. Existe un amplio margen de mejora y se debe potenciar la formación con escenarios de simulación con integración de la capnografía.

Financiación

Este trabajo no ha tenido ninguna ayuda económica.

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 647

VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POLIVALENTE

Verònica Moles Martorell; Laura Claramunt Domènech; Bàrbara Coloma-Gómez; Gemma Benach-Sas; Laura Bordonado Pérez; María Luisa Fortes del Valle; Montserrat Olona Cabases
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Introducción

En UCI existe alto riesgo de transmisión cruzada de bacterias multiresistentes (BMR). Una de las medidas recomendadas para su prevención, es la realización de cribaje y aislamiento de contacto preventivo al ingreso en pacientes con alto riesgo de presentar colonización por BMR.

Objetivo

Nuestro objetivo es evaluar el impacto de la implantación del protocolo de cribaje y aislamiento preventivo al ingreso en UCI.

Metodología

Estudio observacional prospectivo en una UCI polivalente con 30 camas. Se incluyeron consecutivamente 121 pacientes que cumplían criterios ingresados entre enero y diciembre de 2016. Diariamente se recogieron las variables: edad, sexo, día de ingreso, unidad de procedencia, motivo de ingreso, día positivo y MBR aislado. Se hizo seguimiento hasta obtener el resultado de los cultivos. Los criterios de inclusión en el programa de cribaje son: paciente procedente de unidad de hospitalización ingresado durante cinco o más días y todos los pacientes institucionalizados (centro de día, centro de diálisis, sociosanitario y residencia). Al ingreso se aplicó el aislamiento de contacto y se obtuvieron muestras de exudado faríngeo y rectal. Análisis resultados: variables categóricas proporciones (%), y continuas, media ± desviación estándar.

Resultados

De los 121 pacientes, en 10(8,3%) se identificó BMR. Un 81,8% procedía de planta, un 9,1% de otro centro y un 9,1% eran institucionalizados. La media de días para la obtención de resultados fue 2,5±1,5. Las BMR aisladas fueron: 4 (40,0%) Pseudomona aeruginosa, 3 (30%) Klebsiella pneumoniae, 2 (20%) Estafilococo aureus meticilin resistente. Entre las enterobacterias, 3 (42,8%) fueron productoras de carbapenemasas.

Conclusiones

Los resultados muestran que 10 de cada 100 pacientes aislados de forma preventiva presentan colonización en el momento del ingreso. El protocolo de cribaje y aislamiento preventivo ayuda su identificación precoz y reducción de situaciones de riesgo de transmisión cruzada.

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 652

EL SENTIDO DE COHERENCIA DE LAS ENFERMERAS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SEMICRÍTICOS

Concepció Fuentes Pumarola[1]; Carme Malagon Aguilera[1]; Aaron Castanera Duro[2]; Laura Bordonado Pérez[3]; Rosa Güell Baró[4]; María Luisa Fortes del Valle[3]; Mireia Llauradó Serra[5]; Imma Sandalinas[6]; Mercedes Pi[3]; Maria Francisca Jiménez Herrera[7]

1. Departament d'nfermeria Universitat de Girona; 2. Servei de Reanimació Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta; 3. Unitat de Cures Intensives. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; 4. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Departament d'Infermeria, Tarragona; 5. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Tarragona; 6. Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, Unitat de Cures Intensives; 7. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Introducción

El Sentido de Coherencia (SOC) es un recurso que capacita a la persona a manejar el estrés e identificar y gestionar los recursos para buscar soluciones. Las personas con un SOC fuerte seleccionan la estrategia de afrontamiento que necesitan.

Objetivo

Determinar el SOC de las enfermeras/os de cuidados intensivos y unidades de semicríticos de Cataluña y establecer posibles relaciones con variables sociodemográficas y laborales.

Metodología

Estudio multicéntrico, descriptivo y transversal. Población de estudio: Enfermeras/os de cuidados intensivos y unidades de semíticos de Cataluña. Instrumento: Cuestionario SOC-13 validado en Castellano en población enfermera por Malagon et al. (2012). Se ha realizado un análisis descriptivo univariante y bivariante (t de Student ANOVA con prueba post-hoc Scheffé).

Resultados

Participaron 270 enfermeros/as de cuidados intensivos y semicríticos de 4 hospitales de Cataluña. El 88,3% fueron mujeres, 11,7% hombres. Media de edad 36,49 (DE: 10,01) años. Media años de experiencia 8,53 (DE: 8,19). Media de SOC total 69,14 (DE: 10,71), manejabilidad 22,22 (DE: 4,22), significación 19,42 (DE: 3,54), comprensibilidad 26,99 (DE: 4,84) . Se observa un SOC dimensión S más elevado en las enfermeras que viven con padre-madre de sus hijos ($p = 0,018$) en relación a las que no; y un SOC total y en la dimensión manejabilidad y significación más bajo en las que tienen a cargo un familiar enfermo/discapacidad o de edad avanzada de las que no.

Conclusiones

La media de SOC se elevada en relación a otros estudios en enfermeras. Destacamos que la dimensión donde más puntúan es la comprensibilidad. Las enfermeras que conviven con el padre-madre de sus hijos presentan un SOC mayor, en este sentido otros estudios relacionan el SOC con el apoyo familiar. Las participantes con familiares a cargo presentan un SOC más bajo, esta asociación no se ha identificado en otros estudios.

Financiación

Ninguna.

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 656

EL SENTIDO DE COHERENCIA DE LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE CRÍTICOS/ SEMICRÍTICOS VERSUS ENFERMERAS DE HOSPITALIZACIÓN

Concepció Fuentes Pumarola[1]; Carme Malagon Aguilera[1]; Aaron Castanera Duro[1]; Eric Planella Albi[2]; Anna Lobo Civico[3]; Veronica Cruz Díaz[3]; José Andrés Borrallo López[4]; Isabel Martín Giron[4]

1. Departament d'Infermeria Universidad de Girona; 2. Servei de Reanimació Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta; 3. Unitat de Cures Intensives. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta; 4. Unidad de cures de alta Intesidad UPIC Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta

Introducción

El Sentido de Coherencia (SOC), es un recurso para conseguir sobreponerse a los factores estresantes presentes en la vida diaria, existe evidencia para afirmar que el SOC está relacionado con la Salud Mental, el bienestar y es un factor protector frente a factores estresantes como son el ambiente laboral y la conciliación laboral familiar.

Objetivo

Determinar el SOC de las enfermeras/os de unidades de críticos/semicríticos y de hospitalización, analizando posibles diferencias en función de las unidades de trabajo, variables socio-demográficas y laborales.

Metodología

Estudio descriptivo y transversal. Población de estudio: Enfermeras/os de unidades de críticos/semicríticos y hospitalización de un Hospital de nivel 2B. Instrumento: Cuestionario SOC-13 validado en Castellano en población enfermera. Se ha realizado un análisis descriptivo univariante y bivariante.

Resultados

Participaron 146 enfermeras/os, 113 de las unidades de críticos/semicríticos de las cuales 102 (90%) mujeres con una edad media de 36,45 (DE:10,14) años y 33 enfermeras de hospitalización, 31 (93%) mujeres, con una edad media de 41,21 (DE: 12,33) años. Media de SOC total: 69,22 (DE:8,51) para las enfermeras de UCI, 71,18 (DE:10,60) para enfermería de UCO, 68,45 (DE:12,32) para enfermeras de semicríticos, 71,33 (DE:8,99) para enfermería de hospitalización. Se observa en SOC dimensión manejabilidad más alto en mujeres que hombres (p=0,019) y en la dimensión significación una menor puntuación para las enfermeras con cargo de familiares dependientes (p=0,007) en relación a las que no. Así como una puntuación en la dimensión significación más elevado para enfermería del turno de mañanas (p=0,006) que en el resto de turnos.

Conclusiones

La media de SOC de las enfermeras se considera elevada en relación a otros ámbitos estudiados. Los estudios sobre SOC han evidenciado diferencias relacionadas entre hombres y mujeres. Destacamos que las enfermeras con familiares a cargo puntúan significativamente menor en la dimensión del SOC.

Financiación

Ninguna.

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 423

VALIDEZ PREDICTIVA Y FIABILIDAD DE LA ESCALA DE BRADEN PARA VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mª Isabel González Méndez[1]; Catalina Martin Castaño[1]; Inmaculada Alonso Araujo[1]; Mª Rosario Urbán Carmona[1]; Marta Lima Serrano[2]; Joaquín Salvador Lima Rodríguez[2]
1. Hospital Virgen del Rocío; 2. Universidad de Sevilla

Objetivo

Contribuir a la validación de la escala de Braden en el paciente ingresado en UCI mediante un análisis de su fiabilidad y validez predictiva.

Metodología

Diseño: Analítico, observacional, longitudinal y prospectivo. Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital general, universitario y de tercer nivel. Pacientes: Se incluyeron los pacientes de 18 años o más que permanecieron ingresados en la unidad durante más de 24 horas. Fueron excluidos los pacientes que presentaron UPP al ingreso. 335 pacientes fueron incluidos durante dos períodos de estudio de un mes de duración cada uno de ellos. Variables de interés principales: Como variable principal se consideró la aparición de UPP en estadios del I al IV. Para el resto de variables se tomaron tres categorías: demográficas, clínicas y de pronóstico.

Resultados

La incidencia de pacientes que desarrollaron UPP fue de un 8,1%. Un 40,6% han sido de estadio I y un 59,4% de estadio II, destacando el sacro como localización más frecuente. El valor del coeficiente alfa de Cronbach en la valoración de las primeras 24 horas fue de 0,443 indicando una relación moderada entre los items. Las subescalas que presentaron una mayor correlación con el riesgo total obtenido en la escala Braden fueron la percepción sensorial, movilidad y fricción/deslizamiento. Un 64% de la variabilidad de la escala de Braden se explicó por la percepción sensorial, un 60,3% por la movilidad y un 36,9% por la fricción/deslizamiento. En relación a los parámetros de validez y capacidad predictiva un punto de corte de 12 se presentó como óptimo presentando una sensibilidad de 66,7% y una especificidad de 55,8%. El análisis del AUC mostró una moderada capacidad discriminatoria (66,8%).

Conclusiones

La escala de Braden muestra una insuficiente validez predictiva y pobre precisión tanto para un punto de corte de 18 como de 16 que son los aceptados en los distintos escenarios clínicos.

Financiación

Ninguna.

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 429

EVALUACIÓN DEL REGISTRO DEL PROCESO ENFERMERO EN CUIDADOS CRÍTICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES - OSAKIDETZA

Mª José Monaguillo Martitegui; Mª Pilar Sánchez Rubio; Rosa Mª Blanco Zapata; Yolanda Rodríguez Rodríguez; Isabel de los Ríos Felipe;Miren Begoña Bengoetxea Ibarondo; Marta Cid Sánchez; Ondiz Díez Zaballa; Rosa Mª Fernandez Tome; Paz Gallego Sanz
Hospital Universitario Cruces - OSI Eskerraldea Enkarterri Cruces

Introducción

La documentación del cuidado es clave en el proceso asistencial, siendo el registro un componente esencial tanto en la comunicación como en la calidad y seguridad. En 2013 se implementa en las unidades de cuidados críticos (UCC) la historia clínica electrónica Intellivue Clinical Information Portfolio (ICIP), siendo adaptada incluyendo la taxonomía NANDA I, NOC, NIC. Con el fin de observar la calidad del registro se sistematizan evaluaciones para analizar su adecuación a los estándares prefijados por la Subdirección de Enfermería de Osakidetza, el grado de cumplimentación, coherencia y concordancia.

Objetivo

Estudio descriptivo retrospectivo del registro del proceso enfermero. Muestreo aleatorio simple evaluándose 3 historias por unidad, periodo enero-octubre 2016. Criterios inclusión: historias cerradas, estancia 3-7 días. Criterios exclusión: éxitus, pacientes trasladados entre UCC. Variables estudiadas: valoración, plan de cuidados (PC), dispositivos, informe de alta, escalas. Evaluación por pares, garantizando la confidencialidad de los datos de pacientes y profesionales

Resultados

Resultados expresados en porcentaje. Valoración: En el 88% los Dominios están valorados adecuadamente. PC: El 77% cuenta con estructura completa, siendo en un 77% coherente y concordante con el resto de la información de la historia. Dispositivos: La mayoría de dispositivos corresponden a catéteres, sondas, drenajes, respiratorios y heridas agudas. El 76% de los dispositivos esta correctamente registrado, el 74% tiene su PC, en el 86% la evolución es correcta. Informe de alta: El 100% posee informe, estando actualizado en el 69%. Escalas: Ulceras Por Presión, 100% cuentan con escala de valoración del riesgo, el 54% es revalorado según procedimiento, el 92% cuenta con valoración al alta. Dolor: En el 92% esta monitorizado, el 54% tiene valorado el Dominio 12, el 62% cuenta con PC.

Conclusiones

Áreas de mejora: valoración del Dominio 12 y su PC, reevaluación de escalas. Incidir en la estructura del PC, buscando mejorar coherencia y concordancia hasta valores del 85%. Para ello realizaremos sesiones informativas-formativas.

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 738

FATIGA COMPASIONAL Y DISTRéS MORAL EN ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cristina Brañas Oliveras; Anna Coronado Graña; Nira Lauriño Verdugo; Odina Terrades Matías; Elisabet Gallart Vivé; Maria Alba Riera Badia
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción

Últimamente el estudio de las vivencias y las percepciones de las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en relación a la muerte y el sufrimiento de los pacientes ha cobrado relevancia. Han surgido conceptos como la fatiga compasional y el distrés moral.

Objetivo

Determinar la prevalencia de fatiga compasional y de distrés moral entre las enfermeras de la UCI del Hospital Vall d'Hebron.

Metodología

Estudio observacional descriptivo y transversal llevado a cabo en la UCI del Hospital Universitario Vall d\'Hebron en enero de 2017. Los sujetos han sido todas las enfermeras de la UCI que han querido participar en el estudio voluntariamente. Variables principales: edad, sexo, turno de trabajo, experiencia en el lugar de trabajo, tipo de contrato y puntuación en las escalas Moral Distress Scale Revised en Español y Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción ProQOL-VIV (Quality of Life Compassion Satisfaction and Fatigue Subescalas). Se ha realizado un análisis descriptivo con SPSS 21.

Resultados

Se han recogido 75 encuestas (tasa de respuesta de 60%). El 33% (25) tiene edad comprendida entre los 21 y los 40 años. El 40% (30) tienen de media más de 10 años de experiencia en el puesto de trabajo. El nivel de distrés moral es alto en el 7% (5), medio en el 57% (43) y bajo en el 31% (23). Los niveles de fatiga compasional describen: burnout bajo en 55% (41) y medio en 45% (34); satisfacción compasional media en 56% (42) y alta en 44% (33) y trauma secundario bajo en 79% (59) y medio en 21% (16).

Conclusiones

Los profesionales de enfermería de la UCI presentan unos niveles de distrés moral bajos. En general se describen niveles de satisfacción compasional altos, acompañados de niveles de burnout bajos y casi nulos de trauma secundario.

Financiación

El presente estudio no ha recibido financiación de ningún tipo.

Sala Tapices. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 425

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY

María Isabel González Méndez; Isabel Bueno González; Catalina Martín Castaño; Inmaculada Alonso Araujo; Rosario Urbán Carmona
Hospital Virgen del Rocío

Introducción

La úlcera terminal de Kennedy (UTK) se define como una ruptura/fracaso de la piel, que se desarrolla rápidamente, suele ser premonitorio de muerte inminente y su origen está en una hipoperfusión severa junto a insuficiencia multiorgánica.

Objetivo

Evidenciar los cambios de la piel acontecidos en los pacientes al final de la vida, diferenciar las UPP convencionales de las UTK, conocer el abordaje de los cuidados de los pacientes con este tipo de lesiones y determinar el papel de los profesionales de enfermería en el seguimiento y tratamiento de estas úlceras.

Metodología

Búsqueda electrónica de la literatura de estudios primarios llevada a cabo en las bases de datos Cuiden, Pubmed, the Cochrane Library, Scopus, y Web of Science (WOS), usando el descriptor “Úlcera terminal de Kennedy” o “Kennedy terminal ulcer” incluido en el tesauro MESH. Se ha realizado una búsqueda amplia sin limitaciones. Sólo se han excluido los originales publicados en idiomas distintos al inglés, español o portugués.

Resultados

En total se localizaron 27 referencias bibliográficas: 8 en Pubmed, 9 en Scopus y 10 en Web of Science. Tras el proceso de revisión se seleccionaron 11 artículos. El diagnóstico preciso de una UTK se basa en el conocimiento de la historia clínica del paciente y la conciencia de que la muerte está cerca. Se trata de úlceras inevitables, no debidas a la negligencia profesional, con unas características específicas y unas diferencias claras con las UPP en cuanto a su etiología, forma, color, progresión, tratamiento y pronóstico. Su diagnóstico correcto puede ayudar al paciente y a la familia a la toma de decisiones. Aún no se ha validado ni publicado protocolo alguno para abordar los cuidados de las UTK.

Conclusiones

Los profesionales de la salud tienen un importante papel en proporcionar una atención óptima y en establecer objetivos realistas para el paciente y la familia.

Financiación

Ninguna.

Comunicaciones orales

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 582
EL REFUERZO POSITIVO COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LOS REGISTROS ENFERMEROS EN UCI

ID 589
CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 617
¿CUÁNTO NOS QUEMA TRABAJAR EN INTENSIVOS?: EFECTOS NEGATIVOS EN NUESTRA SALUD Y BIENESTAR

ID 635
MONITORIZACIÓN ANUAL DE LA SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 643
ESTUDIO DE LAS MEDIDAS CORRECTORAS IMPLANTADAS TRAS EL ANÁSLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS DECLARADOS

ID 695
CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SEGURIDAD EN LA MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 697
ELECTROCARDIOGRAMA EN CUIDADOS INTENSIVOS ¿CONTAMOS LOS ESPACIOS INTERCOSTALES?

ID 753
MEDICIÓN DE CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UCI NIVEL III: RELACIÓN - COMPARACIÓN DE ESCALAS NAS Y NEMS

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 582

EL REFUERZO POSITIVO COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LOS REGISTROS ENFERMEROS EN UCI

César Rodríguez Nuñez; Mikel García Corres; Janire Irigoien Aguirre; David Muñoz Martín; Marta Martín Martínez; Edurne Pérez Berciano; Nuria Ayllón Garrido; Agueda Ramos Rendo; Manuela Vila Gómez; Sonia Chaparro Toledo
Hospital Universitario Araba

Introducción

La intervención de una Enfermera Referente en Cuidados Intensivos(ER-UCI) mejora la actualización de la valoración, cuidados y registros enfermeros.

Objetivo

Analizar si una intervención de refuerzo positivo por la ER-UCI es beneficiosa en la actualización de la valoración, cuidados y registros enfermeros.

Metodología

Tipo de estudio: cuasi-experimental con grupo control no paralelo. El análisis fue longitudinal. Población: Todos los pacientes que ingresan en UCI del Hospital Universitario Araba (HUA) Muestra: pacientes con ingreso superior a 24h con 2 o más revisiones. Periodo estudio: Noviembre 2016-Enero 2017 Material y método: Entrevistas directas a las enfermeras y check list ex processo, compuesto por 49 variables cualitativas. Grupo control: revisión de registros en historia clínica (Metavision) durante las 24 horas anteriores. Posteriormente se comprobó la correspondencia con la realidad en los pacientes a pie de cama. Grupo intervención: misma metodología y entrevista con intervención de la enfermera responsable, comprobando la veracidad y la actualización de los registros y cuidados enfermeros. Las deficiencias de los registros se corregían con una intervención positiva a los profesionales, en ningún caso punitiva. Variables: Cuidados enfermería (5). Registros técnicas (23). Valoración enfermera (11). Análisis estadístico: SPSS23.0. Aprobación Comité Ética HUA.

Resultados

Los resultados obtenidos con intervención y sin ella se describen en las TABLAS 1, 2 y 3, en imágenes adjuntas. Cuidados enfermería (N= 64), Valoración enfermería(N=65), Registros enfermeros (variable entre N=65 y N=2)

Conclusiones

Hemos observado una mejora en los porcentajes de actualización de las variables estudiadas. Consideramos que la muestra es escasa para encontrar significación estadística, por lo que nos proponemos continuar con el estudio para demostrar nuestra hipótesis de trabajo. Resulta indispensable la figura de la ER-UCI debido al dinamismo de los pacientes críticos entorno a sus necesidades, dificulta tener unos registros enfermeros objetivos y completos.

Financiación

No.

sigue →

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Comunicaciones orales

RESULTADOS		INTERVENCION	
CUIDADOS ENFERMERIA (N=64)		NO	SI
Respiratorios	Bien prescritos	81,1%(n=30)	85,2%(n=23)
	Sin/Mal prescritos	18,9%(n=7)	14,8%(n=4)
Alimentación	Bien prescritos	86,5% (n=32)	88,9% (n=24)
	Sin/Mal prescritos	13,5%(n=5)	11,1%(n=3)
Eliminación	Bien prescritos	81,1%(n=30)	85,2%(n=23)
	Sin/Mal prescritos	18,9%(n=7)	14,8%(n =4)
Piel	Bien prescritos	70,3%(n=26)	81,5%(n=22)
	Sin/Mal prescritos	29,7%(n=11)	18,5%(n=5)
Accesos vasculares	Bien prescritos	91,9%(n=34)	92,6%(n=25)
	Sin/Mal prescritos	8,1%(n=3)	7,4%(n=2)

REGISTROS ENFERMERÍA		INTERVENCION	
		NO	SI
Accesos Vasculares (N=65)	Buen registro	97,3%(n=36)	100%(n=28)
	Sin registro	2,7%(n=1)	-
Drenajes (N=21)	Buen registro	100%(n=9)	100%(n=12)
	Sin registro	-	-
Sonda Vesical (N=63)	Buen registro	100%(n=37)	100%(n=26)
	Sin registro	-	-
Sonda Nasogástrica (N=54)	Buen registro	100%(n=29)	100%(n=25)
	Sin registro	-	-
Diálisis (N=8)	Buen registro	57,1%(n=4)	100%(n=1)
	Sin registro	42,9%(n=3)	-
Sujeción mecánica (N=2)	Buen registro	100%(n=1)	100%(n=1)
	Sin registro	-	-
Ventilación mecánica (N=46)	Buen registro	95,7%(n=22)	95,7%(n=22)
	Sin registro	4,3%(n=1)	4,3%(n=1)
Aspiración subglótica (N=39)	Buen registro	100%(n=18)	100%(n=21)
	Sin registro	-	-
Tubo orotraqueal (N=32)	Buen registro	100%(n=16)	93,8%(n=15)
	Sin registro	-	3,1%(n=1)
Traqueotomía (N=13)	Buen registro	100%(n=6)	100%(n=7)
	Sin registro	-	-
Neumotaponamiento (N=44)	Buen registro	95,5%(n=21)	86,4%(n=19)
	Sin registro	4,5%(n=1)	13,6%(n=3)
Comisura TOT (N=38)	Buen registro	89,5%(n=17)	89,5%(n=17)
	Sin registro	10,5%(n=2)	10,5%(n=2)
Oxigenoterapia (N=27)	Buen registro	84,7%(n=18)	66,7%(n=4)
	Sin registro	14,3%(n=3)	33,3%(n=2)
PICCO/LIDCO/SWAN (N=2)	Buen registro	100%(n=1)	-
	Sin registro	100%(n=1)	-
Marcapasos temporal (N=2)	Buen registro	100%(n=2)	100%(n=2)
	Sin registro	-	-
Dolor (EVA) (N=65)	Buen registro	97,3%(n=36)	100%(n=28)
	Sin registro	2,7%(n=1)	-
Aseo (N=65)	Buen registro	62,2%(n=23)	78,6%(n=22)
	Sin registro	37,8%(n=14)	21,4%(n=6)
Cambios posturales (N=64)	Buen registro	83,8%(n=31)	77,8%(n=21)
	Sin registro	16,2%(n=6)	22,2%(n=6)
RASS (N=65)	Buen registro	67,6%(n=25)	71,4%(n=20)
	Sin registro	32,4%(n=12)	28,6%(n=8)
BISS (N=6)	Buen registro	33,3%(n=1)	100%(n=3)
	Sin registro	66,7%(n=2)	-
TOF (N=2)	Buen registro	-	100%(n=1)
	Sin registro	100%(n=1)	-

		INTERVENCION	
VALORACION ENFERMERIA (N=65)		NO	SI
Respiratoria	Sin actualizar	13,5%(n=5)	17,9%(n=5)
	Actualizada	86,5%(n=32)	82,1%(n=23)
Cardiovascular	Sin actualizar	24,3%(n=9)	28,6%(n=8)
	Actualizada	75,7%(n=28)	71,4%(n=20)
Alimentación	Sin actualizar	16,2%(n=6)	17,9%(n=5)
	Actualizada	83,8%(n=31)	82,1%(n=23)
Eliminación	Sin actualizar	10,8%(n=4)	7,1%(n=2)
	Actualizada	89,2%(n=33)	92,9%(n=26)
Piel-Higiene	Sin actualizar	16,2%(n=6)	10,7%(n=3)
	Actualizada	83,8%(n=31)	89,3%(n=25)
Movilidad	Sin actualizar	18,9%(n=7)	7,1%(n=2)
	Actualizada	81,1%(n=30)	92,9%(n=26)
Sueño-Descanso	Sin actualizar	11,1%(n=4)	10,7%(n=3)
	Actualizada	88,9%(n=32)	89,3%(n=25)
Comunicación	Sin actualizar	2,7%(n=1)	3,6%(n=1)
	Actualizada	97,3%(n=36)	96,4%(n=27)
Evitar peligros (NRL)	Sin actualizar	8,1%(n=3)	25%(n=7)
	Actualizada	91,9%(n=34)	75%(n=21)
Termorregulación	Sin actualizar	8,1%%(n=3)	17,9%(n=5)
	Actualizada	91,9%(n=34)	82,1%(n=23)
Aprendizaje	Sin actualizar	-	-
	Actualizada	100%(n=37)	100%(n=28)
VALORACION COMPLETA	Sin actualizar	73%(n=27)	64,3%(18)
	Actualizada	27%(n=10)	35,7%(10)

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 589

CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Iluminada Palomino Sánchez; Maria Poyo Tirado; Mª del Ara Murillo Pérez; Marta del Barrio Jiménez; Marina Sánchez Pozo; Mario Chico Fernández
Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción

La monitorización de la cultura de seguridad en la unidad de cuidados intensivos (UCI) constituye una intervención dirigida a mejorar la seguridad y la calidad en la atención sanitaria.

Objetivo

Analizar el nivel de cultura de seguridad del equipo multidisciplinar en una UCI.

Metodología

Estudio transversal descriptivo en una UCI de un hospital de tercer nivel (octubre-diciembre 2016). Instrumento: "Versión española del Cuestionario Hospital Survey on Patient Safety sobre seguridad de los pacientes". El cuestionario consta de 61 ítems con 5 opciones de respuestas tipo likert estructurados en 12 dimensiones: notificación de eventos relacionados con seguridad, percepción global de seguridad, expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad, aprendizaje organizacional/mejora continua, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación errores, respuesta no punitiva a errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia/hospital en seguridad del paciente, trabajo en equipo, problemas en cambios de turno. Se autoadministró a todo el equipo de la UCI. Análisis descriptivo de variables.

Resultados

La cumplimentación fue del 87% (60 de 69 profesionales). El 61,7%(37) enfermeras, 23,3%(14) auxiliares enfermería, 10%(6) médicos adjuntos, 5%(3) médicos residentes. La puntuación global media del clima de seguridad fue de 7,32± 1,64. La media de incidentes notificados en el último año/profesional fue de 2,03. Considerando 75% de respuestas positivas/negativas según la formulación de los ítems, destacamos como fortalezas: "buenos procedimientos y medios de trabajo" (80%), "satisfacción de los superiores para evitar riesgos" (75,55%), "superiores tienen en cuenta medias seguridad" (86%), "medidas apropiadas en detección de fallos" (83,33%), "actividades dirigidas a mejorar seguridad" (81,66%), "colaboración de todo el equipo" (75%), "ayuda en sobrecarga de trabajo" (81%). Oportunidades de mejora: "aumento del ritmo de trabajo para sacrificar seguridad" (60%), "no se presta mejor atención por personal sustituto" (50%).

Conclusiones

Los profesionales perciben la seguridad con fortalezas en las dimensiones de: percepción de seguridad, trabajo en equipo, mejora continua y acciones dirección/supervisión unidad.

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 617

¿CUÁNTO NOS QUEMA TRABAJAR EN INTENSIVOS?: EFECTOS NEGATIVOS EN NUESTRA SALUD Y BIENESTAR

Óscar Arrogante[1]; Eva G. Aparicio-Zaldívar[2]
1. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija, Madrid; 2. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid

Introducción

El síndrome de burnout (constituido por las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) puede llegar a tener consecuencias negativas en la salud (física y mental) y en el bienestar (subjetivo y psicológico) de los profesionales que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Objetivo

Los objetivos son:

- Analizar las relaciones entre el burnout, la salud y el bienestar; y
- Determinar las dimensiones del burnout que predicen, tanto la salud como el bienestar, de una muestra de profesionales de intensivos.

Metodología

- **Diseño:** Estudio cuantitativo correlacional de corte transversal.
- **Participantes:** 52 profesionales del Hospital Universitario de Fuenlabrada que trabajaban en la UCI (30 enfermeras/os, 14 auxiliares de enfermería y 8 médicos).
- **Instrumentos y variables:** MBI-HSS (síndrome de burnout), SF-12v1 (salud física y mental), PANAS y SWLS (bienestar subjetivo) y Scales of Psychological Well-Being (bienestar psicológico).
- **Procedimiento:** Distribución de los cuestionarios para su depósito posterior en una urna ubicada en el control de enfermería.
- **Análisis correlacionales** (coeficiente de correlación de Pearson) **y de regresión múltiple** mediante el método de pasos sucesivos (SPSS v.21).

Resultados

- Las tres dimensiones del burnout se relacionaron negativamente, tanto con la salud como con el bienestar subjetivo y psicológico.
- El agotamiento emocional fue la única dimensión del burnout que predijo la salud física y mental, y de forma negativa.
- Las tres dimensiones del burnout predijeron negativamente el bienestar subjetivo y psicológico, siendo la falta de realización personal la dimensión con más peso en las predicciones.

Conclusiones

- El síndrome de burnout principalmente tiene consecuencias negativas en el bienestar subjetivo y psicológico del personal que trabaja en intensivos.
- Es necesario implantar programas específicos en las universidades y en las instituciones sanitarias, donde se dote a los profesionales de intensivos de herramientas y recursos personales para prevenir la aparición y desarrollo del síndrome de burnout.

Financiación

Ninguna.

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.00 a 09.45 h.**

ID 635

MONITORIZACIÓN ANUAL DE LA SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Laia Labad Boix; María de los Ángeles de Gracia Ballarín; Diana Gil Castillejos; Laura Bordonado Pérez; Begoña Gabasa Cano; Verónica Noruego Cámara; Sandra Baena González; María Montserrat Olona Cabases
Hospital Universitari Joan XXIII

Introducción

En un medio altamente tecnificado disponer de datos objetivos sobre aspectos tan subjetivos como la satisfacción familiar, nos permite desarrollar prácticas asistenciales de calidad e implantar medidas de mejora. La satisfacción familiar de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) es un indicador de calidad asistencial. Conocer la calidad percibida anualmente y compararla, posibilita la implantación de intervenciones encaminadas a optimizar nuestra asistencia a las familias dentro del marco de la humanización de los cuidados.

Objetivo

El objetivo es conocer y analizar la evolución de la satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en un SMI, monitorizando el grado de satisfacción de forma seriada anual para evaluar los paquetes de acciones aplicadas.

Metodología

Estudio transversal anual. Periodo de estudio 2014-2015-2016. Muestra (n: 100-100-37). Se utilizó una encuesta validada distribuida a los familiares de pacientes al alta del servicio (incluyendo fallecidos) previo consentimiento informado. La encuesta incluía datos de ingreso, del entorno, la información y la relación con el personal sanitario y sobre la organización de las visitas. Análisis descriptivo y univariable. Grado de significación estadística $p<=0.05$.

Resultados

Se detectan diferencias significativas respecto años anteriores en los cuidados de enfermería: los familiares están más informados sobre los cuidados ($p<0,05$), se aumenta el conocimiento del nombre del personal de enfermería ($p<0,009$) y que los familiares reciban ayuda de la enfermera para facilitar la comunicación con su familiar ha sido valorado más positivamente ($p<0,009$).

Conclusiones

Durante el transcurso de estos años de estudio tras acciones planificadas por los professionales de enfermeria, podemos evidenciar que existe una mejora considerable en la satisfacción de los familiares en el SMI. Hay una implicación mayor por parte de las enfermeras para favorecer unos cuidados de calidad a los familiares de los pacientes ingresados.

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 643

ESTUDIO DE LAS MEDIDAS CORRECTORAS IMPLANTADAS TRAS EL ANÁSLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS DECLARADOS

Edurne Ruiz de Ocenda Sanz; Sergio Castaño Ávila; Margarita Martínez Martinez; Aranzau Rivera Hernando; Begoña San Martín Garaluce; Sara Sarralde Pérez de San Román
HUA-Santiago. OSI Araba. Vitoria-Gasteiz

Objetivo

Recopilar acciones correctoras implantadas en nuestra unidad en 2016, según los incidentes declarados anónimamente en el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP)

Metodología

Estudio descriptivo de incidentes recogidos en el SNASP, agrupados por gravedad y factor contribuyente, en excel. El equipo multidisciplinar de seguridad del servicio trimestralmente, analiza cada incidente y sugiere acciones correctoras registrándolas. Para su difusión utilizamos: boletines trimestrales y pantallas informativas

Resultados

Recogida de eventos declarados (109). 100% se consideran evitables y llegan al paciente 77.98 %. Se codifican según daño o repetición: verdes (leves): 6, amarillos (moderados): 81 y rojos (graves): 22. Por factor contribuyente: Equipos/dispositivos 37.6%, protocolos 21.1%, formación/aprendizaje 9.1%, comunicación interprofesional y trabajo en equipo 8.2%, fármacos 7.3%, recursos humanos 3.6%, relacionados con paciente 3.6%, factores ambientales e individuales de los profesionales 0.9%, situación de emergencia 0.9% y otros 7.3% Acciones correctoras: Participación en la mejora del traslado de pacientes entre el equipo de seguridad de quirófano y cuidados intensivos. Cambio de materiales: palos de gotero, bolsas colectoras, timbres. Elaboración de un informe enviado a la Comisión de Seguridad y gerencia, sobre eventos relacionados con la formación específica en cuidados intensivos. Modificación de protocolos (3 relacionados con cuidados respiratorios, 1 con administración de medicamentos, 1 con nutrición parenteral) Colaboración en la revisión del protocolo de seguridad de transfusión (GRICODE).

Conclusiones

El análisis y estudio de eventos declarados nos dirigen hacia donde pueden ir las medidas correctoras para mejorar la seguridad del paciente. La reducción en los eventos puede indicar que dichas medidas son eficaces. Seguimos en el proceso de mejora con el bloque quirúrgico pendiente de la evaluación conjunta. Algunos informes, remitidos a otros servicios y comisiones están pendientes de respuesta.

Financiación

No se ha recibido ningun tipo de financiación.

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 695

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SEGURIDAD EN LA MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO

Zaida Ramos Rodríguez; Alba Arasa Muñoz; María Teresa Cabas Cuevas; Judith Mariné Vidal; Ana Piquer Sanz; Maria Luisa Fortes del Valle; Alejandro Rojas Camarero; Paula Perelló González; Mònica Magret Iglesias
Hospital Universitario Joan XXIII

Introducción

La movilización precoz puede beneficiar a los pacientes ventilados ingresados en la UCI (Unidad de cuidados intensivos) mediante la prevención o atenuación de la debilidad muscular. La literatura demuestra que la movilización precoz es viable y segura. Las tareas de enfermería consisten en asegurar ciertos cuidados antes, durante y después de la movilización que la hacen segura, con el personal suficiente y los dispositivos adecuados.

Objetivo

Describir los cuidados de enfermería que implican la implementación de un protocolo de movilización precoz y valorar la seguridad de este procedimiento.

Metodología

Estudio descriptivo y prospectivo realizado en una UCI polivalente durante un periodo de 6 meses. Previo a la implementación del protocolo se realizaron sesiones formativas a todo el personal implicado. Los cuidados de enfermería se basan en: control hemodinámico, control respiratorio (aspiración de secreciones, control del neumotaponamiento, modalidad ventilatoria, sujeción de traqueotomía o tubo), control de dispositivos (sujeción de bombas, sondas, drenajes), control de grúa, arnés y calzado, acompañar con silla de ruedas de manera preventiva durante la deambulación, control del dolor y preservar el descanso nocturno del paciente. Se definieron tres etapas de movilización activa: sedestación en silla, bipedestación y deambulación. Los eventos adversos que se pueden contemplar: arritmias, caídas, retirada de dispositivos, hipertensión (sistólica >200mmHg), hipotensión arterial (sistólica <90mmHg), desaturación (<80%) y extubación. Los datos se analizaron mediante frecuencia absoluta y porcentaje.

Resultados

Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 24 pacientes. Se realizaron un total de 82 movilizaciones activas: sedestación en silla (37,8%), bipedestación (40,2%) y deambulación (22%). En un 44,4% de las deambulaciones los pacientes estaban ventilados. Durante el periodo de estudio hubo un evento adverso (desaturación) relacionado con las movilizaciones (1,2%).

Conclusiones

Una vez formado el personal llegamos a la conclusión de que la práctica de este protocolo es segura.

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 697

ELECTROCARDIOGRAMA EN CUIDADOS INTENSIVOS ¿CONTAMOS LOS ESPACIOS INTERCOSTALES?

Amadeo Puebla Martín; Inmaculada Vázquez Rodríguez-Barbero; Miguel Ángel Puebla Martín; María del Mar del Fresno Sánchez; María Pilar Rubio Serrano; Juan Pablo Trujillo Juárez; Francisca Benito Hondarza; Miguel Ángel Ramírez de Orol; Santiago García-Velasco Sánchez-Morago; Elvira Migallón Buitrago
Hospital General de Ciudad Real

Introducción

El electrocardiograma (ECG) es el registro de la actividad eléctrica del corazón, proporcionando una información básica y fundamental que no es posible obtener a través de ninguna otra exploración. Una interpretación correcta del ECG es fundamental pero no menos importante es que el ECG se haya realizado correctamente, una realización cuya competencia es de enfermería.

Objetivo

Conocer la práctica habitual de enfermería en la identificación y realización del ECG, haciendo especial hincapié en el contaje de los espacios intercostales, todo ello para establecer posibles acciones de mejora.

Metodología

Estudio transversal y descriptivo (Enero 2017) mediante una encuesta escrita distribuida al personal de enfermería de UCI del Hospital General de Ciudad Real. Encuesta formada por 12 preguntas agrupadas en 4 bloques: generales (4), identificación del ECG (3), realización del ECG (3), conocimientos (2).

Resultados

De los 50 enfermeros que trabajaban en la UCI, se obtuvieron 44 encuestas. El 77,2% había recibido formación en cuanto a la realización del ECG durante la universidad y el 47,7% formación postgrado. Destaca que el 52,2% no revisaba la hora y fecha del aparato. Solo el 27,2% se aseguraba haber puesto correctamente las derivaciones de los miembros examinando el trazado. Un 47,7% cuenta los espacios intercostales siempre ó la mayoría de las veces. Un 70,4% cree que es necesario contar los espacios intercostales siempre. El 79,5% cree que no contar los espacios intercostales influye en el resultado del ECG.

Conclusiones

El 52,2% de los encuestados cuentan rara vez o nunca los espacios intercostales. Positivo destacar que aproximadamente el 75% cree que es necesario contarlos siempre y que no contarlos influye en el resultado del ECG, estableciendo como acción de mejora la importancia de una correcta realización del ECG según la American Heart Association para una mejor atención de nuestros pacientes.

Financiación

Propia.

Sala El Escorial. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 09.45 a 10.35 h.**

ID 753

MEDICIÓN DE CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UCI NIVEL III: RELACIÓN / COMPARACIÓN DE ESCALAS NAS Y NEMS

Montserrat García González; Carlos Javier Corchete; María Dolores Castro González; Óscar Rina
Complejo Hospitalario de Toledo

Introducción

La valoración de las cargas de enfermería en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es una herramienta útil para la dotación de personal. Medición de cargas de trabajo de enfermería mediante escalas Nas y Nems. UCI de nivel III con ratio enfermera:paciente de 1:2,3, establecido con medición de escala Nems al ingreso o turnos aleatorios. Se considera una medición poco real.

Objetivo

Medición de las cargas de trabajo de enfermería en UCI de nivel III mediante escalas NAS y NEMS. Estudiar la relación y comparación de resultados entre ambas escalas. Conocer las cargas de trabajo de enfermería de nuestra UCI y relacionarlo con la dotación de personal de enfermería.

Metodología

Estudio observacional descriptivo prospectivo, muestra: 400 pacientes ingresados más de 24 horas; periodo de tiempo: 8 meses. Revisión bibliográfica sobre cargas de trabajo en las UCI. Medición escalas NAS y NEMS en días y pacientes aleatorios. Análisis estadístico mediante SPSS17. Visto bueno del comité de ética y unidad de investigación del hospital.

Resultados

Los resultados obtenidos indican una variabilidad superior a lo esperado entre ambas escalas de medición. Se diferencian también las puntuaciones si se trata de un ingreso o de un paciente que lleve días ingresado en la UCI. Se obtiene un $p<0.05$ en medición de cargas entre una escala y otra.

Conclusiones

Se considera que no se alcanzan los estándares de calidad y seguridad en el paciente críticos. La relación entre una escala y otra genera dudas en cuando a la valoración del trabajo integral que realiza la enfermera. La escala NEMS es incompleta en el seguimiento de cuidados, bajo nuestro punto de vista. La escala NAS no refleja la realidad de cada unidad específica. Se plantea la necesidad de seguir investigandoy llegar a conocer o establecer un método de medición de cargas de enfermería objetivo, fiable y que recoja la realidad enfermera.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Índice defensa oral póster en sala

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 478
SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO DURANTE EL TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO: DESDE LA PERSPECTIVA OPUESTA

ID 526
CORAZÓN ARTIFICIAL TOTAL COMO PUENTE AL TRASPLANTE CARDÍACO: UN CASO CLÍNICO

ID 552
ESTRATEGIAS PARA UNA RECOGIDA EFICAZ DE MUESTRAS DE CULTIVO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

ID 673
CASO CLÍNICO: PROCESO DE CUIDADOS A UN PACIENTE CON BOTULISMO EN LA UCI

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 555
¿REALIZAMOS ENFERMERÍA UNOS REGISTROS EXHAUSTIVOS EN UCI?

ID 608
GRUPO FOCAL CON PACIENTES: PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA UCI DEL ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

ID 615
PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA: PLAN ESTANDARIZADO DE CUIDADOS EN FASE AGUDA

ID 741
COMBINACIÓN DE LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA Y LA TÉCNICA DE DEPURACIÓN EXTRARENAL CONTINUA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ID 778
MEJORA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 478

SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO DURANTE EL TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO: DESDE LA PERSPECTIVA OPUESTA

Luis Fernando Carrasco Rodríguez-Rey; Elena de la Vera Arias; Ignacio Zaragoza García; Gema Molina Pérez; María del Carmen Rodríguez Montero; María Delicias Quintana Estellés; María Isabel García Bodas; Sergio Madrid Echave
Hospital Universitario 12 de OCtubre

Introducción

Durante el traslado intrahospitalario la Seguridad del Paciente se ve amenazada El desplazamiento de una enfermera hace que el ratio y las cargas de trabajo se vean aumentadas poniéndose también en riesgo dicha Seguridad.

Objetivo

Determinar la incidencia de traslados en la unidad. Calcular el ratio enfermera/paciente. Determinar los eventos adversos producidos durante el traslado. Determinar la necesidad de adecuar el personal de enfermería en función del análisis.

Metodología

Estudio transversal analítico. Se analizaron los ingresos y altas de la UCI Cardiológica (Intermedios/Críticos), UCI Polivalente, UCI Trauma y su distribución horaria del Hospital 12 de Octubre del 28.06.2016-21.11.2016. Se analizaron todas las historias clínicas (n=905) y los traslados intrahospitalarios de la UCI Cardiológica, cogiendo una muestra aleatoria (n=314). Se analizó cada traslado donde se debía desplazar una enfermera por tiempo y servicio, el ratio, eventos adversos, tipo de urgencia. Las variables cualitativas se describen mediante su distribución de frecuencias. Se comprueba la normalidad de las muestras mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

Resultados

De los 1.085 ingresos 588 fueron en UCI Cardiológica 288 en Polivalente y 209 la Trauma. Se produjeron 905 traslados con un total de 20.097,27 minutos. El tiempo medio en 24 h. fue de 142,23 minutos y 6,16 traslados. Los traslados ocuparon el 15,77% del total de la jornada matutina, 13,79% de la tarde, 3,01% noche y 14,78% en la mañana y la tarde. El ratio se perdió en Intermedios el 54,2% y el 34,4% en Críticos. El 61,3% fueron programados frente al 38,7% urgentes en intermedios y en críticos fueron 55,7% frente al 44,3%. Fueron notificados 38 eventos adversos.

Conclusiones

La seguridad del paciente se ve amenazada en las horas centrales del día. La pérdida de ratio hace que los eventos adversos sean frecuentes. Las tasas de infección están por encima del estándar. Se necesita reforzar el turno de mañana y tarde con una presencia más.

Financiación

No se ha recibido ninguna financiación.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Defensa oral póster en sala

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 526

CORAZÓN ARTIFICIAL TOTAL COMO PUENTE AL TRASPLANTE CARDÍACO: UN CASO CLÍNICO

Leticia Jimeno San Martín; Laura Bengoechea Calpe; Mª Carmen Caparrós Leal; Coral Romero Belmonte; Patricia Basterra Brun; Rosana Goñi Viguria
Clínica Universidad de Navarra

Introducción

La incidencia y prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) está aumentando progresivamente con un incremento de los costes sanitarios y una alta morbimortalidad a nivel mundial. El trasplante cardiaco es el tratamiento de elección en estadios avanzados, pero la escasez de órganos ha impulsado el uso de terapias alternativas como es el corazón artificial total (CAT).

Objetivo

El objetivo es presentar un caso clínico de un paciente con CAT Syncardia® en el que se aborda el plan de cuidados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Metodología

Análisis descriptivo retrospectivo del caso clínico y revisión de la literatura. Se combinaron los términos “total artificial heart” y sus sinónimos, management, care, postoperative. Como límites se establecieron el idioma (inglés y español), el tiempo de publicación (últimos 10 años) y la edad (pacientes mayores de 19 años). Además, se revisaron revistas especializadas en enfermería de cuidados intensivos y cardiología.

Resultados

El análisis del caso se estructuró según las categorías que se identificaron en la revisión de la literatura: manejo del dispositivo, prevención de riesgos y complicaciones, y educación para la salud. El paciente presentó hemorragia y taponamiento en las primeras 24h requiriendo reintervención quirúrgica con buena evolución posterior. No presentó trombosis, infección ni mal funcionamiento del CAT. La educación de los pacientes y familiares en el uso del dispositivo se realizó de forma satisfactoria.

Conclusiones

Este trabajo evidencia la importancia de instaurar un plan de cuidados protocolizado para los pacientes portadores de CAT en la UCI, lo que reduciría complicaciones en el postoperatorio inmediato, costes y tiempo de hospitalización.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 552

ESTRATEGIAS PARA UNA RECOGIDA EFICAZ DE MUESTRAS DE CULTIVO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

Itsaso Ortiz de Zarate Fernández[1]; María Ángeles Fernández Ferrero[2]; Izaskun Renobales Irusta[3]
1. Reanimación Hospital de San Eloy; 2. C. Plástica Hospital de Cruces; 3. UCI Hospital Galdakao-Usansolo

Introducción

Para evitar la transmisión de bacterias multirresistentes, el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) promueve desde hace más de veinticinco años buenas prácticas en prevención y control de infecciones nosocomiales. (Anexo I)

Objetivo

Revisión de la importancia y necesidad de conocer en qué situaciones se deben llevar a cabo la recogida de muestras para cultivo. Procedimiento a seguir para una óptima recogida de muestras.

Metodología

Búsqueda y revisión bibliográfica, estudio de estrategias y protocolos de Osakidetza en la toma de muestras para cultivo y experiencia profesional basada en evidencia científica en las diferentes Unidades de Críticos de Hospitales de Bizkaia.

Resultados

SITUACIONES:

- Pacientes ingresados con diagnóstico de sospecha de infección.
- Pacientes trasladados de manera intrahospitalaria o extrahospitalaria.
- Control cada 7 días de nueva toma de muestras.

PROCEDIMIENTO:

- Correcta identificación del paciente y tipo de muestra.
- Preparación del material.
- Higiene de manos antes y después de realizar la técnica.
- Verificar qué la cantidad de muestra recogida sea correcta.
- Cotejar volante y muestra recogida.
- Condiciones de transporte y conservación adecuadas. (Anexo II)

Conclusiones

Las buenas prácticas para optimizar la recogida de muestras son fundamentales en la prevención y el control de infecciones nosocomiales y previas a todo análisis de mejora.

sigue →

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Defensa oral póster en sala

Anexo I

Órganos competentes que proponen mejoras en la vigilancia y control de las IN	Motivo	Objetivos	Intervenciones
A principios de los años 70 los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC).	Según este estudio, alrededor del 32% de las infecciones nosocomiales podrían evitarse si se adoptasen programas eficaces de control de la infección.	Valorar la efectividad de los programas de vigilancia y control de la infección nosocomial (IN).	Proyecto SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control).
En 2004 La Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados.	Fomentar la higiene de manos en la atención sanitaria como una medida fundamental para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y mejorar la seguridad del paciente en todos los ámbitos.	Campaña "Una atención limpia es una atención más segura".
En 2005 el Sistema Nacional de Salud (SNS) en colaboración con las CCAA.	Importancia de realizar Estrategias para la Seguridad del Paciente.	Uno de los objetivos específicos de esta estrategia es la implantación de prácticas seguras. Dentro de ellas, una de las líneas priorizadas ha sido la prevención de las IRAS.	Entre las buenas prácticas desarrolladas destacan el programa de Higiene de Manos, el proyecto Bacteriemia Zero y el proyecto Neumonía Zero.
En 1988 Osakidetza	La prevención y el control de la infección nosocomial constituyen objetivos prioritarios para el conjunto del sistema sanitario de nuestra Comunidad desde hace más de dos décadas.	Desde entonces, la disminución de las infecciones nosocomiales ha sido uno de los objetivos de los diferentes planes de salud desarrollados en la Comunidad Autónoma Vasca.	-Política de Salud para Euskadi 2000 -Plan INOZ (Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales). -Proyecto Bacteriemia ZERO. -Proyecto Neumonía ZERO.
En 2014 el MSSSI y todas las CCAA	Programa orientado a disminuir las bacteriemias relacionados con catéteres venosos centrales.	Reducir en un 20% la tasa de los pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial IntraUCI.	-Proyecto Resistencia Zero: misma estructura que NZ y BZ.

Anexo II

NOMBRE	MATERIAL	PROCEDIMIENTO	TRANSPORTE Y CONSERVACIÓN
NASOFARINGE	Torundas flexibles de alginato cálcico o de Calgiswab con medio de transporte de Stuart-Amies.	Pasar la torunda a través de la nariz suavemente hasta llegar a la nasofaringe, manteniendo la torunda cerca del Septum y suelo de la fosa. Rotar la torunda durante 5 sg y extraerla.	<24h conservadas a temperatura ambiente.
EXUDADO NASAL	Torunda de alginato cálcico con medio de transporte de Stuart-Amies. Solución salina estéril.	Empapar el hisopo con solución salina estéril, introducir aproximadamente 2 cm dentro de la nariz, rotar la torunda contra la mucosa nasal, extraer e introducir dicha torunda en la otra fosa y repetir el proceso anterior.	<24h conservadas a temperatura ambiente.
ASPIRADO OROTRAQUEAL O TRAQUEAL	Sonda de aspiración. Contenedor estéril de cierre hermético.	No emplear anestésicos en su obtención por el poder bactericida de los mismos. Volumen >2 ml.	A temperatura ambiente <2h Refrigerado a 4ºC <24h.
RECTAL, PERIRRECTAL O PERIANAL	Escobillón o hisopo de algodón. Tubo estéril con tapa rosca o tapón de caucho. Torunda de alginato cálcico con medio de transporte de Stuart-Amies.	Cuidadosamente introducir el escobillón una pulgada en el esfínter anal, y rotar suavemente. Perirrectal o perianal: Rotando la torunda sobre sí misma se deslizará por el área a recoger, de manera estéril y cualitativa para obtener colonias aisladas.	A temperatura ambiente o en nevera entre 2-8º.
AXILAR	Torunda de alginato cálcico con medio de transporte de Stuart-Amies.	Pasar la torunda por la axila girando suavemente durante unos segundos y repitiendo el proceso en la otra axila.	<24h conservadas a temperatura ambiente.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Defensa oral póster en sala

Sala Tapices. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 673

CASO CLÍNICO: PROCESO DE CUIDADOS A UN PACIENTE CON BOTULISMO EN LA UCI

Gustau Zariquiey Esteva[1]; Davínia Galeote Cózar[1]; Patricia Santa Candela[2]; Aaron Castanera-Duro[3]
1. UCI Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; 2. Hospital de Figueres; 3. Departamento de Enfermería Universidad de Girona. Servicio de Reanimación del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona

Introducción

Se presenta el proceso de cuidados de un varón de 49 años con diagnóstico de intoxicación bacteriana por Clostridium botulinum por la ingesta de alubias en mal estado. El Botulismo es una enfermedad poco frecuente en Europa, aunque en EEUU tiene unos 110 casos al año, y es potencialmente mortal si no se diagnostica y se trata rápidamente. La mortalidad descrita oscila entre un 5 y un 10%.

Objetivo

El objetivo es elaborar un plan de cuidados para el manejo de enfermería de un paciente intoxicado por Clostridium botulinum.

Metodología

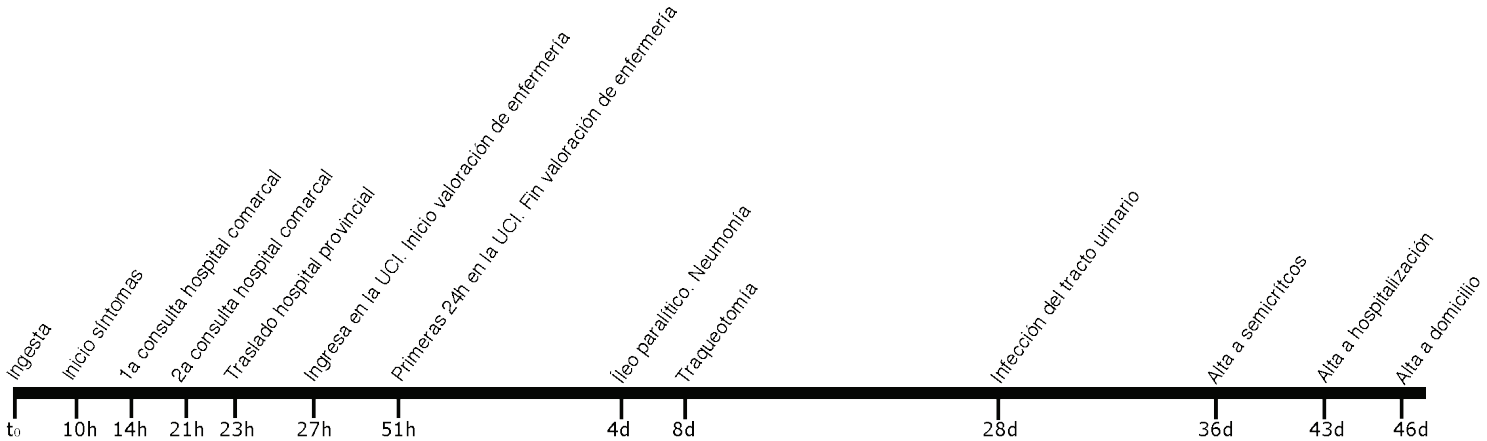
Valoración de enfermería focalizada en los sistemas neurológico y respiratorio, ante la previsible parálisis descendiente debida al bloqueo neuromuscular provocado por la toxina botulínica. Además se tuvieron en cuenta el resto de necesidades que presentaron alteraciones asociadas a la intoxicación y a los 35 días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica y los investigadores se comprometieron a mantener la confidencialidad según la Ley de Protección de Datos Personales. De acuerdo con las necesidades destacadas, se priorizaron seis diagnósticos según la taxonomía NANDA: Deterioro de la ventilación espontánea, Patrón respiratorio ineficaz, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de síndrome de desuso, Riesgo de infección y Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.

Resultados

Los criterios de resultado NOC evidenciaron una evolución favorable pasados los 35 días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones

El desarrollo del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el caso clínico presentado permitió organizar metodológicamente el trabajo enfermero, y normalizar la práctica clínica para futuros estudios. Como limitación no se encontraron publicaciones de procesos de cuidados de enfermería de botulismo con los que discutir este trabajo.



Leyenda:
t0 = tiempo "cero" . "h" = horas. "d" = días

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 555

¿REALIZAMOS ENFERMERÍA UNOS REGISTROS EXHAUSTIVOS EN UCI?

César Rodríguez Nuñez[1]; Mikel García Corres[1]; Janire Irigoien Aguirre[1]; Marta Martín Martínez[1]; David Muñoz Martín[2]; Manuel Fernández Martínez[3]; Sara Fernández Fernández[4]; Javier Pertiñez Moreno[5]; Naiara Fernández Alonso-Cortes; Blanca García Flores[1]
Hospital Universitario Araba (Txagorritxu); 2. Hospital 12 Octubre; 3. Hospital Marqués de Valdecilla; 4. Hospital Universitario León; 5. Hospital Universitario Santa Cristina

Introducción

Desde el comienzo de la profesión la enfermería ha tenido una difícil relación con las anotaciones de los cuidados realizados. Con los años la cantidad de registros de enfermería han aumentado pero no así la calidad de la información registrada.

Objetivo

Describir los registros de enfermería de técnicas, y escalas de valoración en Cuidados Intensivos (UCI) en la historia clínica informatizada (Metavision).

Metodología

Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Población: Todos los pacientes que ingresaron en Cuidados Intensivos(UCI) Hospital Universitario Araba. Muestra: todos los pacientes con un ingreso superior a 24h. Periodo de estudio: Noviembre 2015 - Enero 2016. Material y método: check list de comprobación realizado por los investigadores ex professo, compuesto por 23 items con 3 opciones. Los datos se observaron en la historia clínica digital (Metavision) y posteriormente se comprobó si las técnicas y registros correspondían en el paciente. Variables: accesos vasculares(AV), drenajes, sondaje vesica (SV), sondaje nasogástrico(SNG), técnicas diálisis (TD, sujeción mecánica (SM), ventilación mecánica (VM), aspiración subglótica (ASG), tubo endotraqueal (TET), neumotaponamiento (NT), comisura TET (CTET), traqueotomía (TO), oxigenoterapia (OT), marcapasos temporal (MCPT), angioplastia primaria (ACTP), balón contrapulsación (BCPIO), PICCO-LIDCO (GC), Escala sedación-agitación (RASS), Indice Biespectral (BISS), valoración relajación muscular (TOF) valoración dolor, aseo y cambios posturales (CP). Análisis estadístico: SPSS23.0. Aprobación por el Comité de Ética del Hospital.

Resultados

Se realizaron 162 revisiones. El porcentaje total de registros correctos de los 23 items es del 86,85%. Debido a que resultados analizados son numerosos hemos decidido adjuntarlo como tabla en formato jpg para una mejor comprensión.

Conclusiones

Hemos obtenido un elevado porcentaje de registros de técnicas y escalas de valoración correctamente declaradas. Es importante insistir en la mejora de los registros de aseo, RASS, BISS, TOF y CP. Proponemos realizar cambios en Metavision para facilitar los registros de enfermería, tales como, validación obligatoria de determinados items valorados por turno.

sigue →

Defensa oral póster en sala

Tipo Registro	Buen registro	Sin Registro/erróneo
AV	94,4%	5,6%
Drenajes	97,3%	2,7%
SV	100%	0%
SNG	98,8%	1,2%
TD	75%	25%
SM	83,3%	16,7%
VM	86,7%	13,3%
ASG	90%	10%
TET	100%	0%
NT	86,6%	13,4%
CTET	81%	19%
TO	100%	0%
OT	83,8%	16,2%
MCPT	100%	0%
ACTP	100%	0%
BCPIO	100%	0%
GC	87,5%	12,5%
RASS	53,1%	46,9%
BISS	62,5%	37,5%
TOF	75%	25%
DOLOR	98,8%	1,2%
ASEO	67,3%	32,7%
CP	76,6%	23,4%

Defensa oral póster en sala

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 608

GRUPO FOCAL CON PACIENTES: PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA UCI DEL ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

María Jesús Aranda Ruiz; Antonio Jesús Núñez Montenegro; Rosa María Moreno Rama; Manuel Isaias Medina Pérez
Area Sanitaria Norte de Málaga

Introducción

Los grupos focales son técnicas cualitativas para la obtención de información que nos permiten una abordaje profundo sobre los temas a trabajar

Objetivo

Principal: Explorar y analizar la asistencia/atención sanitaria prestada en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Secundarios: Estudiar la satisfacción en los usuarios tras un ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Establecer áreas de mejora en las Unidades de Cuidados Intensivos. Impulsar nuevas tendencias en la asistencia en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Metodología

Se reunió un grupo de personas con una vivencia superior a 48 horas en la Unidad y se debatió en torno a unos temas previamente consensuados por un grupo de expertos Se exploraron las siguientes dimensiones Acto Sanitario: satisfacción, dolor, información Estructura de la Unidad:comodidad,descanso,horario de visitas Trato de profesionales

Resultados

Todos los pacientes refieren estar plenamente satisfechos con la atención sanitaria prestada. En cuanto al dolor, fue resuelto rápida y eficazmente. Los pacientes no manifiestan el dolor como un problema. Se sienten bien informados o están tranquilos de que sus familiares están informados y piensan que se les ha informado de forma precisa y puntual. Los familiares piensan que a veces la información es muy fuerte. Piden información veraz pero a la vez con tacto, que transmitan esperanza y tranquilidad La mayoría de los pacientes reconocen no haber podido descansar lo suficiente Todos los pacientes opinan no querer más visitas, pero sí un horario fexible. Están de acuerdo con el horario actual Los familiares NO QUIEREN RÉGIMEN DE PUERTAS ABIERTAS.

Conclusiones

La valoración fue muy positiva en todos los aspectos. En cuanto a la comodidad y al descanso lo ven difícil aunque consideran necesarios los disposoitivos a los que están conectados En cuanto al horario de visitas , tanto pacientes como familiares no quieren que sea un servicio de puertas abiertas y prefieren que mantengamos nuestro actual hoarario y que seamos flexibles en los casos necesarios

Financiación

No existen fuentes de financiación.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Defensa oral póster en sala

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 615

PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA: PLAN ESTANDARIZADO DE CUIDADOS EN FASE AGUDA

Diego Ruiz García
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción

La lesión medular traumática (LMT) supone en España con una incidencia de 24 casos por millón/año, afectando principalmente a varones de edad media y siendo los accidentes de tráfico y las caídas las principales causas, dando lugar principalmente a una lesión cervical alta que va a suponer una alteración en el paciente que requerirá de una atención correcta y temprana para así disminuir las complicaciones. Este proceso de atención se puede ver beneficiado de la protocolización de la atención a través de un plan estandarizado ya que conseguiremos una atención integral del paciente y estableceremos los problemas y sus cuidados en función de su importancia.

Objetivo

El objetivo principal es desarrollar un plan de cuidados estandarizado en pacientes con LMT que afecte a la zona cervical alta (desde C1 a C3), de manera que permita un cuidado integral de todas las necesidades del paciente y su familia desde el primer momento de atención en la unidad de cuidados críticos y que sirva de referente a otros profesionales.

Metodología

En la valoración del paciente se va a seguir el esquema de valoración según los patrones funcionales de Marjorie Gordon que permitirá determinar qué patrón se encuentra alterado y así poder realizar un correcto diagnóstico.

Resultados

Establecer el Modelo AREA permitirá una correcta planificación de los cuidados, de manera que observamos que el diagnóstico principal es el patrón respiratorio ineficaz, siendo de gran importancia también el riesgo de shock y el deterioro de la movilidad. Para llevar a cabo este proceso nos vamos a apoyar además en el uso de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC.

Conclusiones

Estableciendo la planificación según el modelo AREA concluimos que el diagnóstico principal es el patrón respiratorio ineficaz, de manera que resolviendo éste se resuelven diagnósticos asociados y la atención se simplifica.

Financiación

Esta comunicación no ha recibido ningún tipo de financiamiento.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Defensa oral póster en sala

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 741

COMBINACIÓN DE LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA Y LA TÉCNICA DE DEPURACIÓN EXTRARENAL CONTINUA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Teresa Aquerreta Larraya; Esther Yoldi Arzoz; Elena Guzmán Unamuno; Lucía Casajús Sola; Mailén Moyano Berardo; Paula Fernández Sangil
Clínica Universidad de Navarra

Introducción

En las unidades de cuidados intensivos cada vez es más frecuente el uso de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en pacientes con insuficiencia respiratoria grave, shock cardiogénico o ambos. Una de las principales complicaciones en estos pacientes es la insuficiencia renal aguda que hace necesario el uso de la técnica de depuración extrarrenal continua. Una alternativa emergente, avalada por la evidencia, es la asociación de la técnica continua de reemplazo renal (TCRR) al propio circuito ECMO en lugar de emplear un acceso venoso convencional. La combinación de ambas terapias, se ha incorporado recientemente en nuestra unidad, generando la necesidad de establecer un plan de cuidados.

Objetivo

El objetivo de este estudio es la realización de un plan de cuidados de enfermería en pacientes que requieren TCRR asociada al ECMO.

Metodología

En nuestra unidad de cuidados intensivos polivalente, con experiencia en el manejo de pacientes portadores de ECMO, se incorporó la terapia combinada en tres casos. De estos, se lleva a cabo un análisis descriptivo retrospectivo y una revisión de la literatura para analizar los cuidados de enfermería instaurados en estos pacientes.

Resultados

Las intervenciones de enfermería se van a centrar en el manejo técnico de la combinación de los dos circuitos extracorpóreos antes de la conexión, en el mantenimiento y en la desconexión. Entre los cuidados previos a la conexión, se describen las diferentes formas de conectar el circuito de TCRR al ECMO y cual de ellas es la más segura y eficaz según la literatura revisada. Además se exponen las consideraciones especiales a tener en cuenta en la fase de mantenimiento y desconexión.

Conclusiones

La complejidad propia de este tipo de pacientes así como el elevado riesgo de complicaciones, hacen necesaria una vigilancia exhaustiva y formación por parte de enfermería. Con este artículo se pretende dar soporte a los profesionales.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Defensa oral póster en sala

Sala El Escorial. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 08.30 a 09.15 h.**

ID 778

MEJORA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Tamara Raquel Velasco Sanz
Hospital Clínico San Carlos

Introducción

A pesar del gran desarrollo normativo que existe actualmente sobre los documentos de voluntades anticipadas (DVA) o instrucciones previas (DIP), (numerosas guías, cada Comunidad Autónoma ha regulado y legislado el documento), su implementación real es muy poca (tasa menor al 4 por 1.000 habitantes), sin apenas tenerlos en cuenta, especialmente en unidades de cuidados intensivos.

Objetivo

Identificar estrategias de mejora para poder integrar los documentos de Voluntades Anticipadas en la las unidades de cuidados intensivos.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica desde que se legislaron los DVA hasta la actualidad, 2000-16 sobre los aspectos relacionados con el conocimiento, habilidades y actitudes de los DVA tanto en pacientes, familiares/representantes legales, como profesionales sanitarios, y sobre la planificación anticipada de las decisiones. Se consultaron distintas bases: Pub Med, Medline, CINAHL, British Nursing, Index, Cochrane Database of Sistematic Reviews, Enfispo, Scielo, Cuiden. Las palabras clave utilizadas fueron: Instrucciones Previas; Voluntades Anticipadas; Planificación Anticipada Decisiones; Advance Directives; Living Wills; Advance Care planning; Spain

Resultados

A partir de los artículos seleccionados se obtuvo que a pesar del gran desarrollo legislativo de los DVA, continúa un gran desconocimiento tanto de los profesionales, como de los pacientes y sus familiares. No obstante, cada vez se muestra un mayor interés en este campo. Cabe destacar que haber estado ingresado en UCI, mejora los conocimientos del paciente sobre su enfermedad, aumenta la participación en la toma de decisiones y la predisposición a redactar un DVA.

Conclusiones

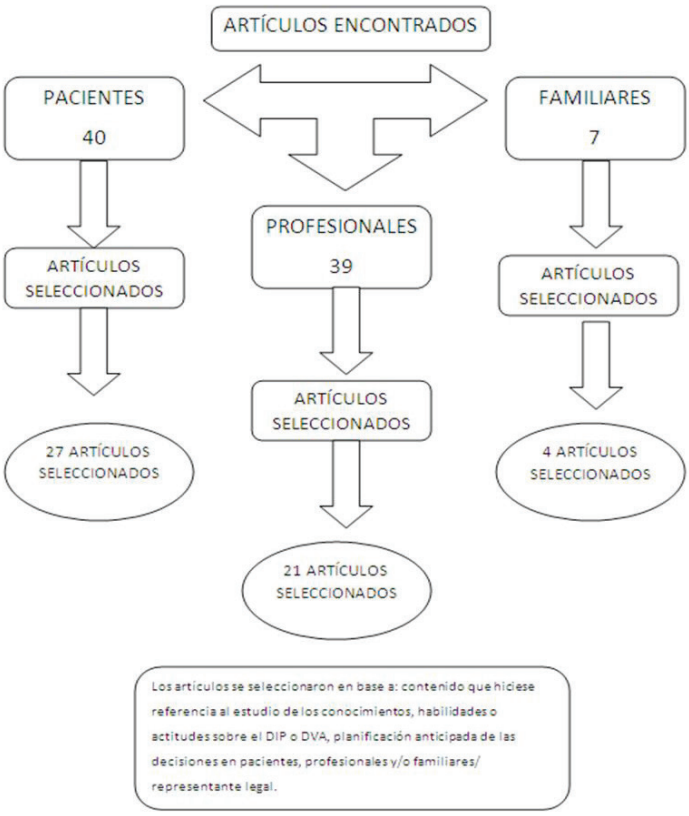
La implantación de la Planificación Anticipada de Decisiones en la UCI, será un medio eficaz, completo y necesario para aprender cómo volver aceptar el proceso de morir, e incluir los DVA como una herramienta útil para que el enfermo pueda dejar constancia de sus deseos, siendo fundamental un sistema eficaz de registro y consulta de los documentos,junto con su incorporación en la historia clínica.

Financiación

Sin financiación.

sigue →

Criterios de selección



Los artículos se seleccionaron en base a: contenido que hiciese referencia al estudio de los conocimientos, habilidades o actitudes sobre el DIP o DVA, planificación anticipada de las decisiones en pacientes, profesionales y/o familiares/ representante legal.

SUJETOS	RESULTADOS
PACIENTES	- Flordelís, 2000: el documento ayudará en la comunicación sobre los cuidados al final de la vida, entre médicos y pacientes. - Solsona, 2007: los pacientes diana para la formulación de un DVA serán aquellos con enfermedades crónicas y evolutivas, para impedir situaciones fútiles, que atenten contra la dignidad de la persona, al conocer lo que el paciente desea. - Antolín et al., 2010: estudio multicéntrico a pacientes con insuficiencia cardiaca en el que 79% se consideraba bien informado, aunque tan sólo el 51,5% lo estaba realmente. El 39,8% desearía más información y el 54,7% participaría en la toma de decisiones. Tan sólo el 13,3% conocían los DVA y sabían en qué consistía. Al 4,9% se lo había explicado el médico, el 28,8% se mostraban partidarios de hacerlo en un futuro, y el 81,9% designaría a un familiar como representante legal. Estar objetivamente bien informado se relacionó con haber estado ingresado en UCI, haber participado en la toma de decisiones y estar dispuesto a redactar un DVA.
FAMILIARES/ REPRESENTANTE LEGAL	- Solsona 2003: primer estudio que explora el conocimiento de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos, sobre el deseo de limitar el tratamiento en caso de mal pronóstico, donar órganos, nombramiento de representante legal, tener redactado un DVA y disponer de un testamento legal. La mayoría de los familiares opinaban que a la hora de tomar decisiones, si su familiar no hubiera expresado ningún deseo, las decisiones se deberían de tomar de forma consensuada entre ellos. - Grupo de trabajo del Hospital de Sant Pau: más del 40% de los familiares entrevistados, desconocían las voluntades del paciente. - Arauzo et al., 2010: el 42,4% de los familiares encuestados habían oído hablar de la ley de Autonomía, conociendo el contenido el 16,2%; tan sólo un 5% había redactado un DVA. El 85% de los familiares estaban interesados en recibir información, señalando el 51%, que el tener un familiar o amigo ingresado en UCI invitaba a reflexionar sobre este tema.
PROFESIONALES	- Franco Tovar et al., 2007-08: valoración de la existencia y características de protocolos sobre instrucciones previas y la frecuencia con la que los profesionales sanitarios indagaban las preferencias de los pacientes terminales. Tan sólo en 1 hospital de los 8 había un protocolo válido de instrucciones previas. Tan sólo el 12% de los profesionales señalaba que en su servicio se exploraban las preferencias de los pacientes terminales, especialmente en UCI. - Sepúlveda Sánchez et al., 2013: barreras que encontraban los profesionales sanitarios en el proceso de la muerte, señalando que dependía de las propias características del paciente y la familia, del propio profesional, de la organización de la atención y los factores culturales. Destacaba la necesidad de una mayor formación en este ámbito Velasco et al., 2010: 64,4% de los profesionales no conocen los documentos que existen para expresar últimas voluntades, El 90,6% no conoce si los pacientes que llevan a su cargo poseen un DVA. El 82,8% considera que es un instrumento útil en la toma de decisiones. El 70,1% de los profesionales de intensivos respetaría un DVA en caso de urgencia vital, sin embargo el 50,2% señala que los DVA no se respetan cuando la situación lo requiere, como en el caso de aplicar maniobras de reanimación o un tratamiento que el paciente había dejado constancia de su rechazo. - Carrero et al., modelo conceptual para la toma de decisiones a pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa. Necesidad de la planificación anticipada de las decisiones.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC

Madrid

18/21 Junio 2017

índice pósters

Sala foyer y sala jardín

Lunes, 19 de Junio de 2017

Martes, 20 de Junio de 2017

Miércoles, 21 de Junio de 2017

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Sala foyer y sala jardín. **Lunes 19 de Junio de 2017.**

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

De 17.05 a 17.20 h.

- Pantalla nº 1
- Pantalla nº 2
- Pantalla nº 3
- Pantalla nº 4
- Pantalla nº 5
- Pantalla nº 6
- Pantalla nº 7

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 417
¿CÚANTO DUELE UNA GASOMETRÍA ARTERIAL?

ID 430
SATISFACCIÓN LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

ID 447
INFLUENCIA DEL PERFIL INVESTIGADOR EN LA PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ID 455
PROYECTO: “CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS 2.0”. ANÁLISIS Y ESTRATEGIAS DE MEJORA

ID 458
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA UCI EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: CARACTERÍSTICAS Y MORTALIDAD ASOCIADA PARA DESARROLLAR PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN

ID 471
MANEJO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ÓXIDO NÍTRICO EN UNA UCI DE ADULTOS

ID 629
CATÉTER ACCESO CENTRAL VS PICC

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 417

¿CÚANTO DUELE UNA GASOMETRÍA ARTERIAL?

Leire Berasaluze Sanz[1]; Gorka Vallejo de la Hoz[1]; Sendoa Ballesteros Peña[2]; Irrintzi Fernández Aedo[3]; Itziar Jimeno Báez[1]; Ainara García Barcenilla[1]; Oiane Bidaguren López de Larruzea[2]; Lohitzune Andrés Letamendia[2]; Miren Nekane Juaristi Iparraguirre[2]; Tamara Sonia López Chamorro[2]

1. Hospital Galdakao-Usansolo. Universidad del País Vasco; 2. Hospital de Basurto. Universidad del País Vasco; 3. Universidad del País Vasco

Introducción

La punción arterial para la determinación de una gasometría es un procedimiento doloroso que se realiza con frecuencia en pacientes críticos y en el que se aconseja el uso de anestesia local. Objtivo: Cuantificar el dolor experimentado por los pacientes sometidos a punción arterial para la determinación de una gasometría y evaluar su asociación a distintas variables.

Objetivo

Estudio observacional prospectivo multicéntrico actualmente en desarrollo en los servicios de urgencias generales de los hospitales de Galdakao-Usansolo y Basurto (Informe favorable del C.E.I.C Euskadi: PI2016048). Se incluyen pacientes de entre 18-85 años con nivel de triaje III, que requieren punción arterial para determinación de gasometría. Las punciones son realizadas por enfermeras experimentadas. Tras la aplicación del procedimiento y previo consentimiento informado, los pacientes autoevalúan el dolor experimentado mediante la escala NRS-11.

Resultados

N=120 pacientes. La edad media 67,3 años y el 34,2% eran mujeres. El 86,7% de las punciones se realizó sobre la arteria radial. Se aplicó anestesia local con mepivacaína en el 5% de los pacientes y con cloruro de etilo en el 45,8%. El 50% de las punciones arteriales fue considerada como ”fácil”, el 44,2% ”moderadamente difícil” y el 5,8% ”difícil”. El dolor medio evaluado fue de 3,2 (±2,3) puntos sobre 10. No se objetivaron diferencias en la percepción del dolor en función del sexo (p=0,7) o la edad (p=1) ni entre las extracciones realizadas sin y con anestesia (bien con mepivacaína o cloruro de etilo, p=0,58), pero sí se observó asociación significativa (p<0,001) entre dolor autopercibido y dificultad de la técnica; siendo más dolorosa en las extracciones de mayor dificultad.

Conclusiones

La punción arterial para la determinación de gasometrías es una técnica calificada como moderadamente dolorosa, por lo que debe crearse una conciencia profesional que facilite la implementación de estrategias encaminadas a la reducción del dolor.

Financiación

Este estudio forma parte del Proyecto DIASURE, financiado por BiONorte-Asociación Vasca de Ciencias de la Salud.

sigue →

Pósters

Gasometria arterial

Control enfermería

Hospital Galdakao-Usansolo

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 430

SATISFACCIÓN LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; Jose Mª Martínez Oliva[2]; Ramona Bermejo Jiménez[2]; Tania Herrera Romero[2]; Adoración Pedreño Vera[2]; Francisco Javier Paredes Pérez[2]; Francisco José López Alacid[2]; Jesús Rodríguez Soler[2]; Raul Navarro Lozano[2]; Mª Carmen Armero Sánchez
1. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia 061, Murcia; 2. UCI. HGU Reina Sofía de Murcia. SMS

Introducción

La satisfacción y el clima laboral son dos aspectos de gran interés para conocer el ambiente laboral donde desarrollamos nuestra actividad profesional.

Objetivo

Determinar el nivel de satisfacción laboral del equipo de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en una UCI polivalente en un Hospital General Universitario de nivel II. Temporalidad: octubre y noviembre 2016. Sujetos a estudio: enfermeras y auxiliares de enfermería de la UCI. Desarrollo: Implementación del cuestionario autoadministrado que mide satisfacción laboral (Font-Roja). Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con cálculo de medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para cualitativas. Se han aplicado las normas éticas y de protección de datos personales.

Resultados

24 enfermeras, y 17 auxiliares de enfermería. Índice de respuesta 100% y 81% respectivamente. Edad 48,4 años DE7,5 (36-64). Mujer 75%. Casados 75%. Nº de hijos1,6 DE1,5 (0-5). Experiencia media en UCI de este centro: 103 meses DE82 (1-346). Contrato fijo 75%. El 90% ha realizado formación en los últimos 5 años. Satisfecho en su trabajo 88%. Obtengo reconocimiento por mi trabajo 55%. La relación con mis jefes es muy cordial 78%. Se lo que se espera de mí en el trabajo 85%. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo 7,5%. Al final de la jornada me suelo encontrar muy cansado 50%. Tengo poca independencia para organizar mi trabajo 15%. Tengo pocas oportunidades de aprender a hacer cosas nuevas 5%. Las relaciones con mis compañeros son muy cordiales 85%. Creo que mi trabajo es excesivo 20%. Con frecuencia no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo 15%. El sueldo que percibo es adecuado 31%.

Conclusiones

La satisfacción del equipo de enfermería actualmente presenta un nivel medio-alto. Se detectan algunos aspectos de mejora que se pueden implementar para elevar el nivel de satisfacción del grupo.

Financiación

No tiene ningún tipo de financiación.

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 447

INFLUENCIA DEL PERFIL INVESTIGADOR EN LA PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Yeray Gabriel Santana Padilla[1]; Luciano Santana Cabrera[1]; Josefa Delia Martín Santana[2]; Jonathan García García[1]; Benjamín Guedes Santana[1]

1. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria; 2. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Introducción

La tarea investigadora forma parte de las atribuciones que la enfermería como ciencia presenta. Es por tanto, que pueden surgir diferentes actitudes y valoraciones entre las enfermeras según su experiencia investigadora, a la hora de evaluar la importancia y el estado de la investigación.

Objetivo

Analizar la diferencia de cómo perciben y valoran las enfermeras el actual sistema de investigación en el conjunto de su hospital, en función de su perfil investigador.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, realizado en el Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular de Gran Canaria, con el personal de enfermería del complejo hospitalario, que habían trabajado en nuestro medio un período superior a 6 meses. Se realizó una encuesta anónima, adaptada al contexto y autoadministrada, a partir de un cuestionario propuesto por el Grupo de Expertos del III Foro de Ciencia de la Fundación Lilly, cuyos miembros son científicos, gestores o expertos en política científica. La encuesta tenía por objeto recoger la opinión y valoración sobre el marco actual en el que se desarrolla la investigación en el seno de los hospitales, adaptándose a el personal de enfermería. Se constituyeron dos grupos, uno con experiencia investigadora (Comunicaciones a congresos, artículos de investigación, doctorado, grupo de investigación) y otro sin ella.

Resultados

Ver tabla.

Conclusiones

Se observa como las enfermeras con perfil investigador, puntúan el estado de la investigación por encima de las que no lo tienen. Por otro lado, son especialmente significativos los valores que reconocen que se debe hacer mayor investigación por parte de la enfermería, impacto y reconocimiento por la gerencia y la sinergia con la industria farmacéutica.

sigue →

Ítems	(n=225)		(n=70)		*t*	*p*
	MEDIA	D.T.	MEDIA	D.T		
La participación e implicación del equipo de enfermería y otro personal sanitario en investigación	3,71	1,46	4,07	1,81	1,700	0,090
Algunas iniciativas de investigación: contratos FIS y becas FUNCIS	3,16	1,34	3,37	1,73	1,057	0,291
La participación del personal de enfermería en investigación en su hospital	3,17	1,57	3,94	1,92	3,341	0,001
La necesidad de que, en los hospitales universitarios, investiguen todos los enfermeros y no sólo aquellos que hayan demostrado interés y capacidad para hacerlo	3,01	1,62	3,29	1,61	1,263	0,208
El impacto de la investigación en el hospital en la calidad de la asistencia	4,00	1,50	4,53	1,75	2,454	0,015
El impacto de la investigación en el hospital en la gestión económica del centro	3,32	1,46	3,65	1,92	1,518	0,130
El impacto social y global de la investigación biomédica en España	3,42	1,62	3,99	2,20	2,316	0,021
La consideración de la investigación como una actividad fundamental por parte de los enfermeros	3,67	1,40	4,01	1,90	1,649	0,100
Reconocimiento explícito y apoyo de los compañeros del hospital a la labor investigadora de los enfermeros	3,42	1,72	3,86	2,04	1,780	0,076
Reconocimiento explícito en el hospital de la labor investigadora por parte de la gerencia	2,59	1,71	3,16	1,92	2,360	0,019
La coordinación de la investigación del hospital con otras unidades u organismos investigadores	3,74	1,29	4,00	1,67	1,333	0,184
La colaboración entre el hospital y los centros de salud en el terreno de la investigación biomédica	3,12	1,41	3,24	1,74	0,568	0,570
Los ensayos clínicos patrocinados por la industria farmacéutica en la investigación	3,57	1,77	4,36	2,21	2,998	0,003
La utilidad de la relación con la industria farmacéutica o de tecnología sanitaria por los investigadores	3,81	1,84	4,63	2,20	3,038	0,003
La integración y articulación de la asistencia, la investigación y la docencia en el hospital	3,96	1,49	4,19	1,76	1,035	0,301
La consideración explícita y diferenciada de la investigación en los presupuestos de la cartera de servicios del hospital	3,30	1,38	3,43	1,74	0,640	0,522
La existencia de una estructura organizativa en los hospitales españoles que potencie la labor de investigación clínica de los enfermeros	3,00	1,49	3,14	1,65	0,701	0,484
La utilización de sistemas de información, con la debida protección de datos, en la investigación en el hospital	5,60	2,03	5,75	2,03	0,561	0,575
La traslacionalidad/aplicabilidad de los resultados de investigación biomédica en el hospital	5,26	1,95	4,79	1,85	1,789	0,075

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 455

PROYECTO: "CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS 2.0". ANÁLISIS Y ESTRATEGIAS DE MEJORA

Juan Manuel Ramos Rodríguez; María Eugenia Silva Vera; Juan Manuel Clavijo Rodríguez; Elena Rico Gallego; Francisco Pérez Domínguez; María Dolores Mendoza Delgado; Laura Fernández Ruiz; Rafael Bohollo de Austria
Hospital del SAS de Jerez de la Frontera

Introducción

En el año 2013, se desarrolló en el área de Cuidados Críticos y Urgencias Norte de Cádiz, un proyecto para la mejora de la formación y la comunicación interprofesional denominado: "Proyecto Cuidados Críticos y Urgencias 2.0". Para ello se diseñó un entorno virtual donde los profesionales pudieran realizar formación contextualizada, comunicarse así como alojar y compartir documentos de interés. Tras tres años de desarrollo, ha sido detectada una escasa participación de los profesionales.

Objetivo

El estudio tratará de encontrar aquellos factores que provocan la escasa participación de los profesionales intentando detectar aquellas áreas de mejora sobre las que poder actuar, perfeccionando el proyecto. Un segundo objetivo es el de apoyar un nuevo modelo que actualice y complemente el enfoque actual metodológico, empleado en la formación continuada de los profesionales sanitarios. Como tercer objetivo se persigue el analizar y rediseñar las estrategias para la mejora de la comunicación interprofesional.

Metodología

Análisis descriptivo basado en una metodología mixta, en el que se suceden 3 fases:

1. Fase cualitativa: estrevistas semiestructuradas a profesionales del área.
2. Fase cuantitativa: diseño y validación de cuestionario. Administración a los profesionales telemáticamente.
3. Análisis DAFO.

Resultados

Entre los hallazgos encontrados destacan: La falta de tiempo fue considera la principal causa para la baja participación. Equipamiento tecnológico escaso y con escaso mantenimiento. La plataforma virtual presenta un diseño intuitivo y agradable. Un 21% de los profesionales presenta bajo nivel de competencia tecnológica. Una adecuada comunicación mejora la seguridad. Los problemas laborales favorecen la desmotivación para la formación.

Conclusiones

Se ha de seguir trabajando en la evolución a modelos de formación continuada más flexibles, centrados en la realidada de los profesionales desde una visión constructivista. Los profesionales son conscientes de que la mejora de la comunicación interprofesional, mejora la seguridad del paciente. Se ha visto un gran potencial en la simulación clínica y el uso de la tecnología móvil como nuevas líneas de desarrollo.

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 458

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA UCI EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: CARACTERÍSTICAS Y MORTALIDAD ASOCIADA PARA DESARROLLAR PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN

Joan Roselló; Alicia San José; Miquel Ferrer; Antoni Torres
Hospital Clínic de Barcelona

Introducción

Existen pocos estudios dedicados al estudio y prevención de la Neumonía Adquirida en la UCI en pacientes con Ventilación Mecánica No Invasiva (NIV-ICUAP). Este estudio investiga las características y factores de riesgo de mortalidad de pacientes que desarrollaron NIV-ICUAP, y así poder crear estrategias preventivas específicas.

Metodología

Estudio observacional prospectivo de 9 años de duración. Se recogieron las características, etiología, tratamiento empírico y fallo de tratamiento de pacientes que recibieron ventilación mecánica y de manera más específica de aquellos pacientes que desarrollaron NV-ICUAP. Así mismo, se llevó a cabo un estudio de la mortalidad para detectar predictores específicos.

Resultados

De 446 pacientes que presentaron neumonía en la UCI, 185 desarrollaron NIV-ICUAP. Las características de esta población incluyeron edad >65 años, la causa más común de ingreso fue insuficiencia respiratoria hipoxémica, y un 40% había recibido antibióticos en los 30 días previos. En relación a la mortalidad, la enfermedad pulmonar crónica, el tratamiento inadecuado, el SOFA y el sodio bajo (ambos en el momento del diagnóstico) fueron los factores que se relacionaron con la mortalidad, así como el tratamiento antibiótico inicial, un descubrimiento que refuerza la importancia de administrar de manera inmediata un tratamiento antibiótico empírico correcto.

Conclusiones

La NIV-ICUAP fue relativamente frecuente (41.5% de los casos de neumonía). Hasta la fecha, toda la prevención de la neumonía en pacientes ventilados está dirigida a la ventilación invasiva. Es necesario realizar estudios y desarrollar protocolos de prevención de NIV ICUAP de manera específica.

NV-ICUAP Variable	Univariate			Multivariate		
	OR	95% CI	P value	Adj. OR	95% CI	P value
Liver cirrhosis	4.05	1.67-9.86	0.001	-	-	-
Diabetes mellitus	1.84	0.90-3.75	0.090	-	-	-
Chronic lung disease	2.59	1.37-4.86	0.003	7.47	1.60-34.82	0.010
Use of corticosteroids at onset of pneumonia	1.9	1.02-3.55	0.042	-	-	-
Previous surgery	0.49	0.27-0.91	0.023	-	-	-
Initial non-response to treatment	3.35	1.78-6.34	<0.001	-	-	-
Inadequate treatment	5.28	1.74-16.0	0.002	15.11	2.50-91.46	0.003
Shock at onset of pneumonia	1.74	0.94-3.23	0.078	-	-	-
APACHE II on admission	1.081	1.019-1.146	0.010	-	-	-
Sodium at onset of pneumonia	0.934	0.890-0.980	0.005	0.83	0.73-0.95	0.008
Prothrombin time at onset of pneumonia	0.976	0.966-0.986	<0.001	-	-	-
SOFA score at onset of pneumonia	1.166	1.055-1.289	0.003	1.340	1.042-1.721	0.022
MRSA	2.55	2.12-3.08	0.006	-	-	-

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 471

MANEJO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ÓXIDO NÍTRICO EN UNA UCI DE ADULTOS

José Antonio Clemente Concepción[1], Cristina Rojas Linares[1], Luis Miguel Cairos Ventura[2], Elena María Ortega Barreda[2], Ithaisa Montelongo Guerra[1], Ana María Pérez González[1]
1. Hospital General de La Palma; 2. Área de salud de La Palma

Introducción

El Óxido Nítrico (ON) inhalado es un vasodilatador selectivo de los vasos pulmonares, mejora la ventilación y perfusión pulmonar y disminuye la Presión Capilar Pulmonar. Para la utilización del ON en UCI, se requiere de la colaboración de un equipo multidisciplinar. Enfermería ha de conocer el material necesario para la puesta en marcha equipo, mantenimiento y retirada de éste, además de llevar a cabo una rigurosa monitorización y estrecha vigilancia del paciente.

Objetivo

- Actualizar los conocimientos sobre la utilización del uso óxido Nítrico en pacientes con SDRA.
- Conocer el funcionamiento y montaje del sistema de administración de óxido nítrico inhalado.
- Manejo estandarizado de los cuidados al paciente con óxido nítrico.
- Garantizar la administración segura y continua del ON inhalado para evitar o limitar los efectos secundarios por sobredosificación o por deficiencia en la instalación del equipo de dispensación.

Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, red bibliotecas médicas nacionales, tales como medline y cuiden, de la utilización del ON y de los cuidados de enfermería.

Resultados

Tras la revisión bibliográfica y estudio del sistema administración ON (VasoKINOX 450 ppm), se realiza un protocolo estandarizado para la puesta en marcha del sistema, calibración, montaje y conexión al circuito ventilatorio del paciente.

Conclusiones

La misión de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos es prestar la mejor atención sanitaria posible a todos los pacientes críticos y potencialmente críticos mediante unos cuidados de enfermería especializados, seguros y de calidad, con el fin de satisfacer sus necesidades. Por ello enfermería es pieza clave en la administración inhalada del Oxido Nítrico, ya que requiere un correcto montaje del equipo, una monitorización y vigilancia continua, además de unos cuidados específicos para evitar complicaciones secundarias a la administración de esta terapia.

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 629

CATÉTER ACCESO CENTRAL VS PICC

Ana Maria Pujol Juárez; Laura Moreno Salido; Tania Alonso Lougedo; Carolina García Robles; Ana Leal Agüera
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

El uso del catéter PICC se encuentra claramente definido en pacientes oncológicos y hematológicos.Queremos verificar si éste dispositivo se utiliza en unidades de cuidados intensivos y los estudios que se han llevado a cabo hasta el momento

Objetivo

Determinar qué dispositivo supone menor riesgo de complicaciones en pacientes críticos según la evidencia científica,la utilización EBE,recomendaciones-guías de bacteriemia zero y CLABSI.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios comparativos entre la utilización del catéter PICC y vías centrales; duración,complicaciones,cuidados de enfermería,ventajas e inconvenientes. Se utilizó fondos de búsqueda y base de datos: Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden Evidencia, NICE Evidence Search PubMed.

Resultados

Incidencia de CLABSI y flebitis: El artículo retrospectivo de Chopra V et al revela que los PICC tienen alto riesgo de bacteriemia,similar al resto de CVC.Del total de 966 catéteres implantados,58 desarrollaron dicha afección, con una proporción de 2,16/1000dc En lo referente a la **flebitis**, solamente una RS revela su incidencia, la cual es de 4,7-6,9% para los PICC,requiriendo su retirada. **Factores de riesgo:** Garnacho J et al determinan que los factores de riesgo estadísticamente más significativos son la duración de la cateterización. **Incidencias de TVP, EP y tromboflebitis**: Los estudios de Chopra V et al y Bonizzoli M et al indican que la probabilidad de TVP es mayor en los PICC que en los CVC. En este último ninguno presentó síntomas ni oclusión total de la luz de la vena,y el 80% ocurrió durante la segunda semana.Pikwer A et al señalan que el riesgo es 10 veces superior en los PICC.

Conclusiones

Esta revisión bibliográfica evidencia que ambos dispositivos intravenosos poseen alto riesgo de complicaciones en pacientes críticos. Se concluye que los PICC son más propensos a causar trombosis que los CVCS, pero que éstos últimos poseen una incidencia superior de complicaciones mecánicas como neumotórax o punción arterial.En cuanto a la infección, muestran una tasa similar.

Pósters

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 486
ANÁLISIS DEL SUEÑO EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 487
LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL EN LA UCI DEL HOSPITAL TXAGORRITXU DURANTE EL AÑO 2016

ID 496
ESCALAS DE DETECCIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ¿CUÁL ES LA MEJOR?

ID 497
ANÁLISIS DE LOS REGISTROS SOBRE EL DESCANSO NOCTURNO TRAS INSTAURAR UN NUEVO PROTOCOLO EN UCI

ID 504
SEGURIDAD DEL PACIENTE: REVISIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE CUIDADOS MÉDICOS EN UCI

ID 522
VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO EN UCI: LA ESCALA DE BRADEN COMO HERRAMIENTA PARA IDENTIFICAR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ID 659
ANÁLISIS PARA LA ELECCIÓN DE UN MÉTODO EN LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

ID 700
PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 486

ANÁLISIS DEL SUEÑO EN EL PACIENTE CRÍTICO

Luisa Fernanda Hernández Palanco; María del Carmen Martínez Iglesias; Pastora Mercedes Pérez García; Manuela García Sánchez; María Dolores González Caro; José Garnacho Montero
Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción

El descanso nocturno de los pacientes ingresados en UCI es un aspecto de gran importancia dentro del proceso de salud/enfermedad, ya que tiene una repercusión directa en su adecuada recuperación.

Objetivo

Describir los factores que influyen sobre el sueño del paciente crítico. Conocer cómo perciben los pacientes su sueño nocturno en UCI.

Metodología

La encuesta se realizó entre el 29/09/16 y el 16/01/17, a pacientes dados de alta de UCI,que estuvieron al menos las 48h previas en respiración espontánea y sin necesidad de sedantes.Se les pidió que valorasen si habían dormido bien y los factores que les pudieran haber molestado. El análisis estadístico se realizó aplicando Chi-cuadrado para comparación de variables cuantitativas.

Resultados

Se incluyeron 150 pacientes con una edad media de 60+/-16,2 años,de los cuales el 62% fueron hombres y el 38% mujeres.El motivo de ingreso más frecuente fue el quirúrgico (62,7%) seguido del médico (34,7%). El 32,7% tomaba inductores del sueño previamente. El 79,3%no tenia alteraciones previas del sueño. El 91,3%no tenian antecedentes psiquiátricos.El 59,3%refiere no haber dormido adecuadamente. Al 73,3%no le ha molestado el ruido. La luz no le ha molestado al 71,3%. El 54%no ha necesitado inductores del sueño durante su estancia.El dolor es un factor importante, pero en los pacientes que ***no duermen*** el factor más significativo es la toma de constantes y la monitorizacion nocturna.

Conclusiones

El sueño en en nuestra unidad, es un problema que afecta a una parte importante de los pacientes. En relación a los factores perturbadores del sueño, el ruido no fue el factor ambiental que más interfirió en el sueño de los pacientes, a pesar de que desde el punto de vista del personal la impresión era la contraria. El factor que más dificulta el sueño es la toma de constantes y la monitorizacion nocturna,ocupando el dolor el segundo lugar en importancia.

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 487

LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL EN LA UCI DEL HOSPITAL TXAGORRITXU DURANTE EL AÑO 2016

Mª josé Rodríguez Borrajo; Mercedes Arana Monte; Ane Ibáñez Montón; Rosario Romero Montoya; Iciar Jiménez Martínez; Blanca García Flores; Sara Rodríguez Borrajo; Sarai Blanco Rodríguez; Aitor Díez de Ulzurrun Benito
HUA Hospital Txagorritxu

Introducción

La limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) es un proceso deliberativo que concluye en la decisión clínica de no instaurar o retirar medidas del tratamiento, porque no serán beneficiosas para el paciente.

Objetivo

El objetivo es conocer que tipo de limitaciones se realizan en nuestra unidad, si se respetan las decisiones tomadas y como se ejecutan.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo. Revisamos las historias de los pacientes con LTSV durante 2016: quien lo decidió, tipo de limitaciones, tiempo que se tarda en limitar, mortalidad y tratamientos en el momento del fallecimiento.

Resultados

Se limitó a 76 pacientes. La edad media es 72,15 años, 47% mujeres y 53% hombres. Apache medio: 21,39. Diagnostico de ingreso: quirurgicos (16), respiratorio (16), cardiológico (14), parada cardiorespiratoria (12), sepsis (11), otros (9). La limitación se decidió el 55,3% de las veces en sesión clínica, en el resto fue el médico responsable. En el 64,5% se consiguió el acuerdo con el representante del paciente. En 2 casos existían voluntades anticipadas. Las limitaciones especificadas fueron: reanimación cardiopulmonar (100% de los pacientes), aumentar tratamientos (54%), intubación (36,8%), diálisis (71%), transfusiones (26,3%), nutrición (25%), cirugía (47,4%), tratamiento vasoactivo (26,3%) En 32 pacientes se retiraron tratamientos: en 22 el tratamiento vasoactivo, en 13 la ventilación mecánica, en 6 la diálisis. Se tardó 7,16 días de media en limitar (el 25,75% en las primeras 24 horas). Murieron 52 pacientes en la unidad. Según los evolutivos todos los pacientes fallecieron bien sedoanalgesiados (el 82,7% con un nivel de sedación según la escala de Richmond de -3 a -5) Las decisiones anotadas se cumplieron siempre excepto en 3 pacientes que no se retiró la VM (se puso el oxígeno a 21%).

Conclusiones

Las decisiones de LTSV que se toman son respetadas prácticamente en todos los pacientes. Cuando se produce el fallecimiento el paciente está correctamente sedoanalgesiado.

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 496

ESCALAS DE DETECCIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS ¿CUÁL ES LA MEJOR?

Sara Lospitao Gómez; Tomás Sebastián Viana; José Miguel González Ruíz; Joaquín Álvarez Rodríguez; María Jesús Luengo Alarcia
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción

El paciente crítico presenta más factores de riesgos que el resto de pacientes hospitalizados. Para poder adaptar los cuidados preventivos al riesgo del paciente, es preciso contar con herramientas válidas y fiables que nos indiquen qué pacientes y qué nivel de riesgo tienen. Para ello, se han aplicado escalas de valoración del riesgo tanto genéricas como específicas para pacientes críticos.

Objetivo

Estudiar la validez de dos escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP), una específica EVARUCI (Escala de Valoración Actual del Riesgo de desarrollar Úlceras por presión en Cuidados Intensivos) y una genérica Norton Modificado por INSALUD (Norton-MI) en adultos críticos.

Metodología

Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos (UCI) del Hospital Universitario de Fuenlabrada, desde 2008 hasta 2014. Los datos estaban registrados en el sistema informático clínico asistencial PICIS Critical Care Manager. Las evaluaciones se realizaron diariamente por las enfermeras de la unidad. Los estadísticos empleados son: medias, desviación típica, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VP+) valor predictivo negativo (VP-) y Área Bajo la Curva Operador Receptor (ABC-COR).

Resultados

Se estudió un total de 2534 pacientes. La edad media fue 58,7 años (DE 16,1). 292 pacientes (11,5%) desarrollaron upp. El total de upp registradas fue de 652. El ABC-COR fue de 0,774 con un 95% CI de 0,766 a 0,781 para la escala de Norton-MI y de 0.756 con un 95% CI de 0,749 a 0,764 para EVARUCI.

Conclusiones

Ambas escalas han demostrado ser suficientemente válidas para ayudar a predecir el riesgo de desarrollar UPP en pacientes críticos. La sensibilidad y el ABC-COR son muy parecidas en las dos escalas. Pueden considerarse igual de válidas que el resto de escalas validadas en UCI. Cumplen criterios de calidad metodológica y son útiles para detectar a aquellos pacientes que están en riesgo de desarrollar upp.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 497

ANÁLISIS DE LOS REGISTROS SOBRE EL DESCANSO NOCTURNO TRAS INSTAURAR UN NUEVO PROTOCOLO EN UCI

César Rodríguez Nuñez; Janire Irigoien Aguirre; Mikel García Corres; Alba Iglesias Rodríguez; Marta Martín Martínez; María José Rodríguez Borrajo; Erika Bejarano Gómez; Ane Ibañez Montón; María Ortiz de Mendibil Rodríguez; Maite Albaladejo Perea
Hospital Universitario Araba (Txagorritxu)

Introducción

Tras la puesta en marcha de un nuevo protocolo de Cuidados Enfermeros enfocados al fomento del descanso nocturno basado en la evidencia actual nos planteamos verificar el cumplimiento de las medidas instauradas.

Objetivo

Describir los cuidados enfermeros prescritos tras la puesta en marcha de un nuevo protocolo de fomento del descanso nocturno en UCI.

Metodología

Tipo Estudio: Observacional descriptivo retrospectivo longitudinal. Población: Pacientes que ingresan en el Cuidados Críticos del Hospital Universitario Araba (UCI-HUA) Muestra: pacientes que pernoctan al menos una noche en UCI. Periodo estudio: Abril-Noviembre 2016 Herramientas: Programa informático Metavision Análisis estadístico: SPSS 23.0. Aprobación comité ética.

Resultados

Pacientes analizados: 422. Se realizaron 7134 cuidados enfermeros para fomentar el descanso nocturno durante las 219 noches analizadas. El cumplimiento TOTAL de las medidas alcanzó un 58%. Desglose: Se pusieron los monitores en modo silencio 12,13%. Se pudo espaciar toma de constantes en un 9,14%. Se ajustó el tratamiento farmacológico entre las 00 horas y las 7 horas en un 11,3%. Se ofrecieron tapones en un 4,4%. Se disminuyo la luz ambiental en un 12,53% y se administró medicación inductora al sueño en un 8,5%.

Conclusiones

Tras la puesta en marcha del nuevo protocolo, obtenemos un bajo porcentaje de cumplimiento de los cuidados enfermeros sobre la disminución de luz ambiental, disminución del ruido y sobre el ajuste del horario de administración del tratamiento farmacológico entre las 00 horas y las 7 horas. Debemos concienciarnos más en espaciar las constantes vitales de presión arterial y diuresis cuando sea posible y ofrecer tapones a nuestros pacientes, siempre y cuando sea posible. Tras los datos obtenidos, nos proponemos realizar estudio observacional prospectivo.

Financiación

No.

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 504

SEGURIDAD DEL PACIENTE: REVISIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE CUIDADOS MÉDICOS EN UCI

César Rodríguez Nuñez; Alba Iglesias Rodríguez; Mikel García Corres; Janire Irigoien Aguirre; Marta Martín Martínez; Pilar María Estévez Pérez; Eva Gutiérrez Fernández; Eider Zugazua Fernández de Zuazo; Miren Gómez Pablos; Sonia Fernández Garmilla
Hospital Universitario Araba (Txagorritxu)

Introducción

La seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes en las Unidades de Críticos(UCI) debido a la alta complejidad de cuidados realizados y a la fragilidad de este tipo de pacientes. La correcta y actualizada prescripción médica de cuidados es un eslabón clave en la continuidad y seguridad clínica ofrecida a los pacientes de intensivos.

Objetivo

Analizar la actualización de las prescripciones de cuidados médicos en historia clínica digital (Metavisión) en la UCI del Hospital Universitario Araba (UCI-HUA).

Metodología

Tipo estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Periodo estudio: Noviembre 2016-Enero 2017. Población: todos los pacientes ingresados en la UCI. Muestra: pacientes con estancia mayor de 24 horas. Variables estudio: Cuidados respiratorios, de monitorización, de movilidad y otros cuidados (nutrición, renales, etc...) Materiales y método: check-list realizado ex profeso por los investigadores para el estudio y analizados con el programa estadístico SPSS 23.0.Se revisaron las prescripciones médicas en Metavisión y se contrastaba posteriormente con las enfermeras responsables de los pacientes si las prescripciones medicas estaban actualizadas o no. Análisis estadistico SPSS23.0. Aprobación Comité ética.

Resultados

Se realizaron 191 revisiones. El 78,54% de los prescripciones médicas sobre cuidados respiratorios estaban actualizadas y eran pertinentes. Prescripciones de monitorización: el 76,44% estaban correctamente actualizadas. El 91,1% de los cuidados de movilización de pacientes estaban correctamente prescritos. Y el 81,7% del apartado de otros cuidados médicos, tales como nutrición, renales, etc..tenían una concordancia adecuada.

Conclusiones

Las prescripciones de cuidados de movilización y “otros cuidados” son las prescripciones más actualizados. Debemos mejorar en la actualización de las prescripciones de cuidados respiratorios y de monitorización. Puede ser debido a que son los cuidados más dinámicos en UCI. Proponemos en cada turno la revisión conjunta del equipo de enfermería y médicos de los cuidados prescritos con el fin de una mayor seguridad del paciente.

Financiación

No.

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 522

VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO EN UCI: LA ESCALA DE BRADEN COMO HERRAMIENTA PARA IDENTIFICAR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Mario Cubedo Rey; Carmen Vives Casino; Patricia Sánchez Morales; Teresa Segarra Adrián; Laura Febrer Puchol; Marina Domínguez Docon
Hospital La Plana

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un indicador de mala calidad asistencial, suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes. La valoración del riesgo que tiene un paciente de desarrollar UPP es un aspecto clave en la prevención. La escala de valoración del riesgo de desarrollar UPP (EVRUPP), es un instrumento que establece una probabilidad de riesgo de desarrollar UPP en un paciente en función de una serie de parametros considerados como factores de riesgo. En nuestra UCI y desde el año 2011, se consensuó y se protocolizó la utilización de la escala de Braden al ingreso y durante los dias de estancia del paciente, y la aplicación de las medidas de prevención establecidas.

Objetivo

El objetivo es identificar de forma precoz al ingreso los pacientes que pueden presentar UPP en la unidad con la EVRUPP Braden, y establecer los cuidados protocolizados para minimizar el riesgo.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Muestra: 555 pacientes de UCI polivalente de 9 camas, a los que se valoró con la escala Braden al ingreso durante el año 2016. Se recogen datos en archivo de ingreso en UCI y plataforma informativa de escala Braden. Se obtienen medias, medianas y porcentajes. Variables: Braden ingreso, sexo, edad, UPP al ingreso y patología médica. Se realiza petición de elaboración de proyecto de investigación al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital. Palabras clave: escala Braden, riesgo UPP, UCI, prevención.

Resultados

El 73.5% de los pacientes presentaron un riesgop bajo. Pacientes ingresados: 42.8% pacientes coronarios. 33.8% pacientes postquirúrgicos 9.7% pacientes respiratorios. 13.7% otros La edad media oscila entre 61-80 años. El 0.9% de los pacientes presentan UPP en sacro al ingreso

Conclusiones

Los pacientes que ingresan en nuestra unidad presentan un bajo riesgo de desarrollar UPP.

Financiación

No.

sigue →

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
  Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o Igual de 75 años.

CUIDADOS ESPECIFICOS. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE LA PIEL			
	RIESGO BAJO 15-18	RIESGO MODERADO 13-14	RIESGO ALTO <12
VALORACIÓN DE LA PIEL			
INSPECCIÓN DE LA PIEL	DIARIA	DIARIA	DIARIA
HIGIENE DE LA PIEL			
HIGIENE DE LA PIEL	DIARIA	DIARIA	DIARIA
JABÓN	pH NEUTRO	pH NEUTRO	pH NEUTRO
ACLARADO	SI	SI	SI
SECADO	SI	SI	SI
HIDRATACIÓN	LOCIÓN HIDRATANTE	LOCIÓN HIDRATANTE	LOCIÓN HIDRATANTE
CREMAS BARRERA	NO	SI	SI
CAMBIO DE PAÑAL	2 VECES / TURNO y SI PRECISA	2 VECES / TURNO y SI PRECISA HOMBRES: COLECTOR	2 VECES / TURNO y SI PRECISA HOMBRES: COLECTOR
TRATAMIENTO DE LA LESIÓN			
ZONAS DE RIESGO	INSPECCIÓN DIARIA	ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS (AGHO)	ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS (AGHO)
PIEL PERILESIONAL	NO	AGHO / CREMAS BARRERA	AGHO / CREMAS BARRERA
BORDES DE LA LESIÓN	NO	AGHO	AGHO / DESBRIDAMIENTO
LECHO DE LA LESIÓN	NO	APÓSITO FASE CATABÓLICA /ANABÓLICA	APÓSITO FASE CATABÓLICA /ANABÓLICA
ALIVIO DE LA PRESIÓN			
CAMBIOS POSTURALES	NO	PLAN INDIVIDUALIZADO CADA 4 HORAS	PLAN INDIVIDUALIZADO CADA 4 HORAS
SEMP	COLCHÓN ESTÁTICO (NORMAL)	SOBRECOLCHON / COLCHÓN ESTÁTICO (NORMAL)	COLCHÓN DINÁMICO (PRESIONES)
PROTECCIÓN TALÓN / CODO	NO	Apósito anatómico de espuma TALONERAS CON O SIN CALCETIN	Apósito anatómico de espuma TALONERAS CON O SIN CALCETIN

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 659

ANÁLISIS PARA LA ELECCIÓN DE UN MÉTODO EN LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

Milagros Noheda Recuenco; Valentina Osma Pérez; Isabel Martínez Toledo; Coral Checa Osma; Marta Abanades Contreras; Juan Manuel Blanco Colange; María Teresa Martínez Murcia; María Pilar Soriano Moya; Raquel Franco Córdoba; José Antonio Simarro Blasco
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción

La transferencia estandarizada y ordenada del paciente, en un mismo servicio o entre distintas unidades, asegura el cumplimiento de los objetivos terapéuticos para mantener y continuar una atención segura sin interrumpir la continuidad asistencial. La calidad y eficacia de la comunicación incide sobre la seguridad del paciente. La O.M.S. enmarca este aspecto en el apartado “Comunicación durante el traspaso de pacientes”, dentro de las Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente (2007) y recomienda “Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implemente un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente”.

Objetivo

Dar a conocer un método para que las transferencias de los pacientes sean sistematizadas y ordenadas. Ofrecer una herramienta para garantizar la seguridad del paciente durante la transferencia del mismo.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en Medline, Scielor, Elservier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Análisis por el grupo de expertos investigadores, de los principales métodos de transmisión, elección de un método y transmisión al equipo.

Resultados

Se registran distintos modelos para realizar una transmisión de datos: IDEAS y SBAR. Se elige el método IDEAS: Identificación/Diagnóstico/Estado/Actuaciones/Signos y Síntomas de alarma El método IDEAS reúne muchas de las características necesarias para ser un modelo estandarizado en las transferencias de pacientes de UCI.

Conclusiones

La literatura científica revisada demuestra que los modelos de transferencia estandarizados permiten transmitir mensajes claros, precisos y concretos sobre la situación del paciente entre los profesionales de la salud. Además se crea un modelo mental eficiente y conciso para realizar una correcta transferencia de la información. Dicha bibliografía demuestra una disminución en la aparición de eventos adversos y eventos centinela, aumentado la seguridad del paciente y calidad en sus cuidados.

Financiación

No.

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 700

PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Virginia Larios Reyes; M. Ángeles Navarro Nicuesa; Rubén Olegario Ruiz Tarragona; María Paloma Rivas Valenzuela; Beatriz Viejo Hernando
Hopsital General Universitario de Guadalajara

Introducción

La humanización hace referencia al abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y conductuales. La deshumanización de la persona en los ámbitos sanitarios y sobre todo en las unidades de cuidados intensivos, es un problema en continuo debate en la actualidad.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es definir la humanización de la asistencia sanitaria en la UCI y las actualizaciones dirigidas a conseguirla y mantenerla, identificando problemas y situaciones de mejora potencial en nuestra unidad.

Metodología

Se diseña un estudio de revisión de artículos publicados en revistas científicas españolas en formato digital hasta enero de 2017, obteniendo distintos planes de actuación que se llevan a cabo para hacer las unidades de cuidados intensivos más humanas. La búsqueda bibliográfica se realizó en Medline, Cuiden Plus, BDENF, utilizando las palabras claves “enfermería”, “unidad de cuidados intensivos”, “críticos”, “cuidados críticos”, “humanización”, “HUCI” y el operador “AND” como enlace ampliándose la búsqueda cruzada de artículos reseñados en la bibliografía.

Resultados

Tras una revisión exhaustiva hemos detectado que por parte del personal sanitario hay un creciente interés en humanizar los cuidados para ello son necesarias diferentes líneas de actuación:

- Flexibilización de horarios de visita.
- Mejora de la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares.
- Mejora del confort del paciente.
- Integrar a las familias de los pacientes de la UCI.
- Evaluar y reducir el síndrome de desgaste emocional.
- Síndrome post cuidados intensivos.
- Infraestructura humanizada.
- Cuidados al final de la vida.

Conclusiones

Actualmente la humanización de los cuidados va mucho más allá de garantizar la intimidad y autonomía del paciente así como identificarlo. Si bien hay líneas de actuación recogidas en la bibliografía que requieren un mayor compromiso por parte de las instituciones hospitalarias existen otras muchas que sólo requieren participación activa y motivadora del personal.

Pósters

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 525
OPINIÓN DE PACIENTES SOBRE LA POSIBILIDAD DE AMPLIACIÓN DEL HORARIO DE VISITA EN CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 527
ESTUDIO DE LA GLUCEMIA ARTERIAL CON TRES MÉTODOS DISTINTOS EN PACIENTES CRÍTICOS

ID 529
ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INFECCIÓN RELACIONADA CON LA INSERCIÓN DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

ID 540
ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE PORTADOR DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

ID 568
PREVALENCIA Y PERFIL DE LOS PACIENTES CON DEBILIDAD NEUROMUSCULAR ADQUIRIDA DESPUÉS DE UNA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI)

ID 577
DISPOSITIVOS DE HEMOSTASIA RADIAL EN EL POST CATETERISMO INMEDIATO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CARDIOLOGÍA

ID 578
CIRUGÍA CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

ID 610
EFECTOS POSITIVOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 525

OPINIÓN DE PACIENTES SOBRE LA POSIBILIDAD DE AMPLIACIÓN DEL HORARIO DE VISITA EN CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Blanca García Flores; Mª José Rodríguez Borrajo; Mercedes Arana Monte; Arantxa Picón Santamaría; Raquel Macías Jorge; Maider Ruíz de Eguino Berasategui; Gemma Ruiz Pérez de Nanclares; Mª Goretti Dean Gutiérrez; Mª José Mancebo Mallo; Mª Teresa Ruíz Armentia
H.U.A. Hospital Txagorritxu

Introducción

En nuestra UCI tenemos un régimen de visitas de 2 personas, 1hora a la mañana y 1hora a la tarde. Dependiendo de las circunstancias, muchas veces se ofrece ampliar el horario de la tarde. Nos planteamos la opinión de los pacientes sobre una liberalización de las visitas.

Metodología

Estudio descriptivo. Pasamos una encuesta de elaboración propia con 16 preguntas cerradas, 6 preguntas tipo likert y 1 abierta. Se preguntaba sobre la opinión en cuanto a ampliar el tiempo, numero de visitas, participación en cuidados de sus familiares.

Resultados

Respondieron 43 pacientes. Los encuestados tenían una edad media 65,7 años, habían estado ingresados 3,8 días, y la mayoría tenían estudios primarios (46,5%) o secundarios (34,9%). El diagnóstico de ingreso fue: cardiológico (51,2%), post operados (24,4%), sepsis (12,2%), respiratorio (7,3%), digestivo (2,4%), otros (2,4%) El 32,6% había tenido contacto previo con la uci. El 48,8 % habían tenido horario ampliado. Al 66,6% les gustaría más tiempo de visita, el 72,1% estaría menos preocupado, el 60,5% tendrían menos estrés, el 58,1% opinan que mejoraría su estado anímico. Al 46,5% les gustaría que la familia pudiera estar a la noche y al 55,8% que sus familiares pudieran participar en algunos cuidados En la pregunta abierta se habla de más tiempo (11), que 1 persona pudiera estar a cualquier hora respetando los pases de visita (8), como está ahora (8), mismo tiempo pero mas flexibilidad en las horas (4), más visitas (2). No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la actitud/opinión de los pacientes sobre las visitas abiertas según las variables estudiadas (edad, sexo, nivel de estudios, contacto previo)

Conclusiones

En general se pide más tiempo ya que eso disminuiría la preocupación del paciente y parece que una opción puede ser que una persona pueda estar en cualquier momento respetando las visitas médicas.

Financiación

No tiene financiación.

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 527

ESTUDIO DE LA GLUCEMIA ARTERIAL CON TRES MÉTODOS DISTINTOS EN PACIENTES CRÍTICOS

Inmaculada Vázquez Rodríguez Barbero; José Miguel Pacheco Salgado; Amadeo Puebla Martín; Miguel Ángel Puebla Martín; María Pilar Rubio Serrano; Gema García Fernández; Lucía Navarro Serrano; María del Mar del Fresno Sánchez; María del Carmen García Fernández; Ana Espinar Ochoa
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Introducción

El control de la glucemia es fundamental en los pacientes críticos, sólo la tercera parte de los enfermos que presentan hiperglucemia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) padecían diabetes mellitus previamente al ingreso.

Objetivo

Los objetivos planteados son:

- Comprobar la diferencia de los valores de glucemia arterial con los distintos métodos.
- Establecer la correlación de los datos obtenidos.
- Determinar el rango de variabilidad de los resultados de glucemias con los distintos métodos.

Metodología

Estudio descriptivo prospectivo realizado en una UCI con 21 camas, durante 11meses. Pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio, con catéter arterial. Con una muestra de sangre arterial, se determinó la glucemia:

- Bioquímica de laboratorio de urgencias, con sistema SynchronR. Gold standard.
- Gasómetro «Gem Premier 300»
- Glucometro FreeStyle con tiras reactivas FreeStyle Optium H. Estadística descriptiva: variables cualitativas y continúas.

Estadística inferencial: pruebas de correlación y test «t» para muestras pareadas, $p< 0,05$. Programa estadístico SPSS 18,1.

Resultados

222 muestras de glucemias arteriales, en pacientes con 64.15 ± 13,49 años. El 58.1% hombres y 41.9% mujeres.

Conclusiones

Los valores de glucemia arterial bioquímica son más intermedios. La mayor correlación existente entre bioquímica y gasómetro. La glucemia arterial con Optium H va a marcar unos valores de entre 6.3 y 11.5 superiores al de la Bioquímica en el 95% de los casos y la glucemia con el Gasómetro es entre 6.8 y 9.9 puntos inferiores que la Bioquímica, en el 95%.

Financiación

Propia.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 529

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INFECCIÓN RELACIONADA CON LA INSERCIÓN DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Ana Martínez Pasqual; Cristina Lerma Briansó; Verónica Fuentes Milà; Mariel Rojas Lora; Iluminada Romera Peregrina; Mireia González Romero; Judith Pérez Sánchez; Ricardo Abellán Lencina; Jesús Miguel Rodríguez Tovar; Renzo Steve Ávila Espinoza
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

La implantación del drenaje ventricular externo (DVE) es una herramienta diagnóstica y terapéutica frecuente en pacientes neurológicos. Este método permite la monitorización de la presión intracraneal (PIC) y el drenaje del liquido cefalorraquídeo (LCR) en el tratamiento de la hipertensión intracraneal, hidrocefalia y hemorragia cerebral.

Objetivo

- Identificar la presencia de infección en pacientes portadores de DVE.
- Comparar la aparición de infección relacionada con drenaje ventricular externo (IRDVE) según su lugar de implantación.
- Elaboración de un Checklist.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo transversal llevado a cabo de marzo de 2015 a diciembre de 2016 en un hospital universitario de tercer nivel de pacientes a los que se les implantó un DVE. Los datos clínicos se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas.

Resultados

Se incluyeron un total de 72 pacientes con DVE, el 65% fueron mujeres y la edad media fue de 54±14 años, se implantaron 103 dispositivos, con indicaciones de hidrocefalia 57%, hidrocefalia por sangre intraventricular 28% y otras causas 15%. Fueron colocados en unidad de críticos un 51%, en quirófano un 40%, en semicríticos un 6% y en Box de emergencias un 3%; 11 pacientes (15%) presentaron IRDVE. Se observó que la mayor incidencia de IRDVE fueron los colocados en críticos, con una duración de 6 días (Rango Intercuartil (RI) 3-10), siendo en los no infectados de 8 días (RI 4-14).

Conclusiones

El DVE es un factor importante para el desarrollo de IRDVE. El conocimiento de la incidencia de la IRDVE ayudará a tomar medidas para evitarla. Tras realizar el estudio retrospectivo creemos que es necesario la elaboración e implantación de un Checklist para garantizar una técnica segura durante su implantación.

Financiación

N/A.

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 540

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE PORTADOR DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Cristina Páez Roque[1]; Marta Castrillo Castellano[1]; Nadia El Farrad Martínez[1]; Manuel Florenza Abadia[1]; Rubén Pérez Parra[1]; Manuel Corral Garrido[1]; Gemma Vericat Miguel[1]; Natalia Lorena Techera[1]; Carolina Álvarez Castillo[2]; Elena Ballestín Santos[2]

1. Hospital Universitario Vall d'Hebron; 2. Hospital de Viladecans

Introducción

La comunicación se basa en la utilización de herramientas que involucra la interacción recíproca entre dos interlocutores. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la ventilación mecánica invasiva (VMI) genera problemas de comunicación; éstos producen efectos negativos que afectan a la recuperación y el bienestar del paciente. Si dicho efecto es desconocido por el equipo de enfermería (EE), la comunicación no estará integrada en la práctica diaria, provocando que el personal sanitario continue acercándose para realizar actividades funcionales.

Objetivo

Exponer las diferentes estratategias de comunicación que pueden utilizarse entre el EE y el paciente con VMI.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de los sistemas de comunicación utilizados en la UCI, en las siguientes bases de datos: MEDLINE, CINAHL y CUIDEN. Los descriptores (inglés/español) utilizados son comunicación, paciente intubado, cuidados intensivos. Se lleva a cabo por método indirecto y vaciado manual de índices, entre los años 2000-2016, de publicaciones con acceso al abstract o al texto completo, para posteriormente hacer una lectura crítica, independiente y contrastada, mediante la plantilla CASPe.

Resultados

De las 81 publicaciones obtenidas de la búsqueda inicial, 17 fueron incluidas y 10 fueron añadidas también tras una búsqueda manual para la presente revisión dada su relevancia. Podemos clasificar las estrategias de comunicación en:

- Generales: pausa/espera.
- Captar la atención y aumentar la compresión del paciente: contacto visual, frases cortas, sistemas de comunicación aumentativa.
- Mejorar la capacidad expresiva del paciente: dispositivos low-tech y high-tech.

Conclusiones

La necesidad de expresarse y ser comprendido es tanto o más importante que cualquier otra, dado que le permite trasmitir su experiencia. A partir de la presente revisión se espera contribuir a la ampliación de conocimientos de la disciplina de enfermería y fortalecer la gestión del cuidado que se realiza en las UCI.

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 568

PREVALENCIA Y PERFIL DE LOS PACIENTES CON DEBILIDAD NEUROMUSCULAR ADQUIRIDA DESPUÉS DE UNA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI)

M. Coll; M. Juanola; M. Melcion; V. García-Mota; A. Catalán; RM. Catalán; E. Chirveches; E. Costa; M. Franch; A. Custodi
HU Vic

Introducción

La debilidad neuromuscular adquirida en Unidad Cuidados Intensivos (UCI) se asocia con empeoramiento de la calidad de vida y secuelas físicas. Se ha calculado la prevalencia de pacientes, bajo VMI que presentan debilidad adquirida en nuestra UCI y descrito su perfil.

Metodología

Estudio retrospectivo longitudinal de pacientes bajo VMI ingresados en UCI (enero/2013-diciembre/2015). Se incluyeron pacientes diagnosticados al alta de UCI de debilidad neuromuscular adquirida en UCI y/o diagnosticados de miopatía adquirida por el Servicio de Rehabilitación. Se excluyeron pacientes con enfermedades neurodegenerativas o polineuropatias previas, y aquellos cuya gravedad clínica impedía seguir rehabilitación. Se estudiaron variables administrativas, socio-demográficas, clínicas, relacionadas con el tratamiento y la rehabilitación. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas.

Resultados

Se incluyeron 249 pacientes con VMI con APACHE II de 20.8±8.3, una estancia media en UCI de 15.4±16.5 y de días de VMI 9.9±13. Presentaron debilidad neuromuscular adquirida 91 pacientes [36.5%(30.6; 42.5)] con APACHE II de 21±6, ingresados una media 26.9±18.5 días en UCI y de VMI 17.7±15 días, siendo la estancia en UCI y los días de VMI superiores a los de los pacientes que no presentaron debilidad neuromuscular adquirida ($p<0.001$). Se analizaron factores de riesgo relacionados con debilidad adquirida en UCI que presentaban este subgrupo de pacientes. Al alta hospitalaria, de los 71(78%) pacientes supervivientes, 16(22.5%) pacientes continuaron con secuelas por debilidad adquirida en UCI (60.8% paresia ciático poplíteo externo/interno, 14.7% espasticidad, 9.8% dolores articulares, 9.8% rigidez articular y 4.9% hemiplegia/hemiparesia).

Conclusiones

Según este estudio, existe una prevalencia de debilidad neuromuscular adquirida en UCI y tratada con fisioterapia similar a la descrita en literatura. Se identifica un subgrupo de pacientes que, al alta hospitalaria continúan con secuelas graves. Se plantea la necesidad de revisar y actualizar los protocolos de actuación para mejorar su eficiencia.

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 577

DISPOSITIVOS DE HEMOSTASIA RADIAL EN EL POST CATETERISMO INMEDIATO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CARDIOLOGÍA

M. Rosario Romero Montoya; César Rodríguez Nuñez; M. Josefa Rodríguez Borrajo; M. Luisa Beltrán de Heredia Pérez de Villarreal; M. Luisa Marañón Díaz de Cerio; M. Emma Muro Ruiz de Osma; Raquel Nuñez Martínez; Vita Pankiv
Hospital Universitario Araba (HUA). Sede Txagorritxu

Introducción

Cada vez es más frecuente la vía radial para realizar los cateterismos. Utilizamos dos tipos de dispositivos de hemostasia: TR-BAND y HELIX (de reciente instauración). Es necesario conocer bien el manejo para trabajar con criterios de calidad y seguridad asistencial.

Objetivo

Analizar el uso de dos diferentes tipo de hemostasia en el post cateterismo radial inmediato en la UCI y Cardiología del Hospital Universitario Araba(HUA) Describir las complicaciones inmediatas.

Metodología

Tipo de estudio: Observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Población: Todos los pacientes cardiológicos del HUA sometidos a cateterismo. Muestra: pacientes sometidos a cateterismo radial. Periodo de estudio: Junio-Diciembre 2016 Material y método: check list de comprobación realizado por los investigadores ex professo, compuesto por 2 variables. Se revisó el punto de punción a las 24h de la realización de la prueba para recoger las complicaciones y el tipo de dispositivo. Los datos se analizaron estadisticamente con SPSS 23.0 Variables: tipo de dispositivo hemostasico, complicaciones.

Resultados

Se realizó cateterismo radial a 401 pacientes del total de 496 cateterismos cardiacos.Se utilizó en un 64.6% el TR-BAND, un 18.7% Helix y en un 16.7% no consta cierre hemostático. TR-BAND: en el 70,65% no hubo ninguna complicación, en el 12,7% presentaron ligero hematoma y el 4.6% gran hematoma; en el 12,05% no consta ninguna revisión HELIX: un 65.37% sin complicaciones, un 21,3% con ligero hematoma, 4% complicaciones graves (1 con gran hematoma, 1 con gran hematoma+edema de mano y 1 con sindrome compartimental); en. 9.33% no consta revisión.

Conclusiones

Ha presentado menos complicaciones el dispositivo TR-BAND frente al dispositivo Helix. El dispositivo Helix es de nueva implantación y se hace necesario una mayor difusión del protocolo. Debemos de insistir en una mejor recogida de datos ya que existe un porcentaje importante (16.7%) que no se recoge el dispositivo utilizado así como una sistemática protocolizada de revisión a las 24h.

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 578

CIRUGÍA CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Judit Pérez Sánchez; Mireia González Romero; Iluminada Romera Peregrina; Verónica Fuentes Mila; Ana Martínez Pascual; Ricardo Abellán Lencina; Cristina Lerma Briansó
Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

En las últimas décadas, y debido al envejecimiento de la población, las características del paciente intervenido de cirugía cardíaca (CCA) han cambiado; son más complejos, edad avanzada y mayor comorbilidades.

Objetivo

Analizar las características de los pacientes intervenidos de CCA.

Metodología

Estudio descriptivo observacional y prospectivo, realizado en UCIs polivalentes de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes intervenidos desde octubre 2015 a octubre 2016. La muestra total fue 242 pacientes y se recogieron 17 variables.

- **Demográficas:** Edad, sexo, IMC.
- **Antecedentes:** Tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipemia, infarto previo y reciente (< 90 días), valvulopatias periféricas, ictus/AIT previo, enfermedad pulmonar, arritmias, cirugías cardíacas previas.
- **Quirúrgicas:** Grado de urgencia, tipo de intervención (cirugía valvular, coronaria, combinada, cirugía aorta y miscelánea), cirugía extracorpórea (CEC). El análisis estadístico se realizó mediante Excel.

Resultados

Se recogieron datos de 242 pacientes. Las características demográficas y antecedentes se detallan en la tabla 1. Con respecto a las características quirúrgicas:

- El 76% fueron intervenidos de forma programada; el 23,1% fueron pacientes ingresados < 2 semanas y el 0,9% fueron emergencias (< 24h)
- La cirugía valvular (51,2%) fue la más realizada, seguida de la coronaria (29,8%) y la combinada (10,3%). Las menos realizadas fueron la cirugía aórtica (5%) y miscelánea (3,7%)
- De los pacientes coronarios, el 72,2% fue mediante CCA con CEC.

Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio, respecto a estudios previos, demuestran que tanto la edad media de los pacientes intervenidos de CCA como sus comorbilidades van en aumento. Esto significa que cada vez son individuos más mayores y con mayor número de patología previa, destacando sobrepeso, hipertensión y dislipemia. El correcto seguimiento de éstas conlleva que únicamente una cuarta parte de las CCA se realicen de manera urgente. Por otro lado, las cirugías valvulares siguen encabezando el ranquin de CCA, aunque la cirugía coronaria sin CEC continua aumentando progresivamente.

sigue →

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

TABLA 1. Variables demográficas y antecedentes

VARIABLES	
Variables demográficas	
Edad media ± DE, años	67 ± 11,2
Edad > 75 años, n (%)	65 (26,9)
Hombres, n (%)	168 (69,4)
IMC medio ± DE	28,7 ± 4,7
Antecedentes	
Tabaquismo, n (%)	38 (15,7)
HTA, n (%)	177 (73,1)
DM, n (%)	82 (33,9)
DLP, n (%)	148 (61,2)
IAM previo, n (%)	66 (27,3)
IAM reciente (<90d), n (%)	23 (9,5)
Valvulopatia periférica, n (%)	43 (17,8)
Ictus/AIT previo, n (%)	27 (11,2)
EPOC, n (%)	38 (16,7)
FA previa, n (%)	47 (19,4)
CCA previa, n (%)	11 (4,6)

IMC: Indice de masa corporal; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; DLP: dislipemia; IAM; infarto agudo de miocardio; AIT; accidente isquémico transitorio; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular; CCA: cirugía cardíaca

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 610

EFECTOS POSITIVOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO

Jesús Sánchez Martín[1]; Lorena Ramos García[1]; María de los Reyes Milena Hernández Barroso[1]; Azahara Sánchez Gómez[2]; Fidel Muñiz Brenes[1]

1. Hospital General de La Palma; 2. Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena

Introducción

El paciente ingresado en cuidados intensivos, es un paciente que está sometido a un alto nivel de estrés. El uso de medidas farmacológicas conlleva una gran cantidad de efectos colaterales debido a las altas dosis que en muchas ocasiones debemos de utilizar.

Objetivo

Revisión de los beneficios que nos proporciona la música incluida dentro de los cuidados de enfermería en el paciente critico.

Metodología

Hemos llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica a traves de las bases de datos tales como, Medline, Cuiden y Cochrane, sobre la musicoterapia y sus beneficios para los pacientes de cuidados intensivos. Seleccionando los artículos con mayor relevancia. Ha habido varios estudios interesantes en los últimos años al respecto

Resultados

Datos relevantes acerca de la mejoría de la ansiedad en el paciente crítico, no tanto sobre el dolor. Aunque hay que tener en cuenta que están relacionados.

Conclusiones

Estamos ante una medida no farmacológica ni invasiva de bajo coste, que se puede incluir dentro del cuidado por parte de enfermería. Hay datos a seguir estudiando sobre tipos o clases de música, cantidad de horas y formas de aplicar este añadido a los cuidados.

Pósters

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 598
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE BALANCE HÍDRICO EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 605
ANÁLISIS DE LISTADOS DE VERIFICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD, COMO GARANTÍA DE UNOS CUIDADOS DE CALIDAD

ID 633
BACTERIEMIA ZERO EN UCI: LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA EN EL MANTENIMIENTO DE LOS ACCESOS VASCULARES

ID 636
NORMALIZACIÓN DEL PROCESO DE INFORMACIÓN ENFERMERO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 637
CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS EL ALTA DE NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS A OTRA UNIDAD: COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO. LA IMPORTANCIA DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD

ID 639
EFICACIA DE LA MODALIDAD NAVA (NEURALLY ADJUSTED VENTILATORY ASSIST) FRENTE A OTRAS MODALIDADES DE VENTILACIÓN MECÁNICA

ID 655
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 598

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE BALANCE HÍDRICO EN EL PACIENTE CRÍTICO

María de los Reyes Milena Hernández Barroso; Lorena Ramos García; Jesús Sánchez Martín
Hospital General de La Palma

Introducción

Dadas las características del paciente crítico y su situación, se hace necesario un control exhaustivo de los ingresos y pérdidas de fluidos a lo largo de las horas y turnos. Este trabajo que realizamos a diario precisa de una revisión periódica para actualizarla y mejorarla.

Objetivo

Revisión de los aspectos mas importantes llevados a cabo al realizar el balance electrolítico diario. Utilizar esta revisión para actualizar los protocolos existentes en el servicio

Metodología

Revisión de los aspectos mas importantes llevados a cabo al realizar el balance electrolítico diario. Utilizar esta revisión para actualizar los protocolos existentes en el servicio

Resultados

Cierta similitud en distintos artículos, aunque con diferencias relativas a forma de medir y objetos de medida.

Conclusiones

El balance lo podemos hacer tanto horario, como turno, diario y acumulativo. Ciertas técnicas como cirugías se asocian a perdidas importantes. Importancia de una medición lo más exacta posible.

Financiación

No existen intereses económicos.

Servicio Canario de Salud
Servicio de Medicina Intensiva
Hospital General de La Palma
Breña Alta. La Palma

Nombre
Apellidos
Nº Historia

HEMOFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA

CAMA..... FECHA ___/___/___ PESO..... DIAGNOSTICO..... INDICACION.....
TECNICA DE HEMOFILTRACION: CVVSCU ☐ CVVH ☐ CVVHD ☐ CVVHDF ☐ PLASMAFILTRACION ☐
LIQUIDO REINFUSION..... LIQUIDO DIALISIS..... ANTICOAGULACION..... CONCENTRACIÓN.....
ACCESO VASCULAR..... FECHA CATETER ___/___/___ FECHA HEMOFILTRO ___/___/___ HORA HEMOFILTRO___:___

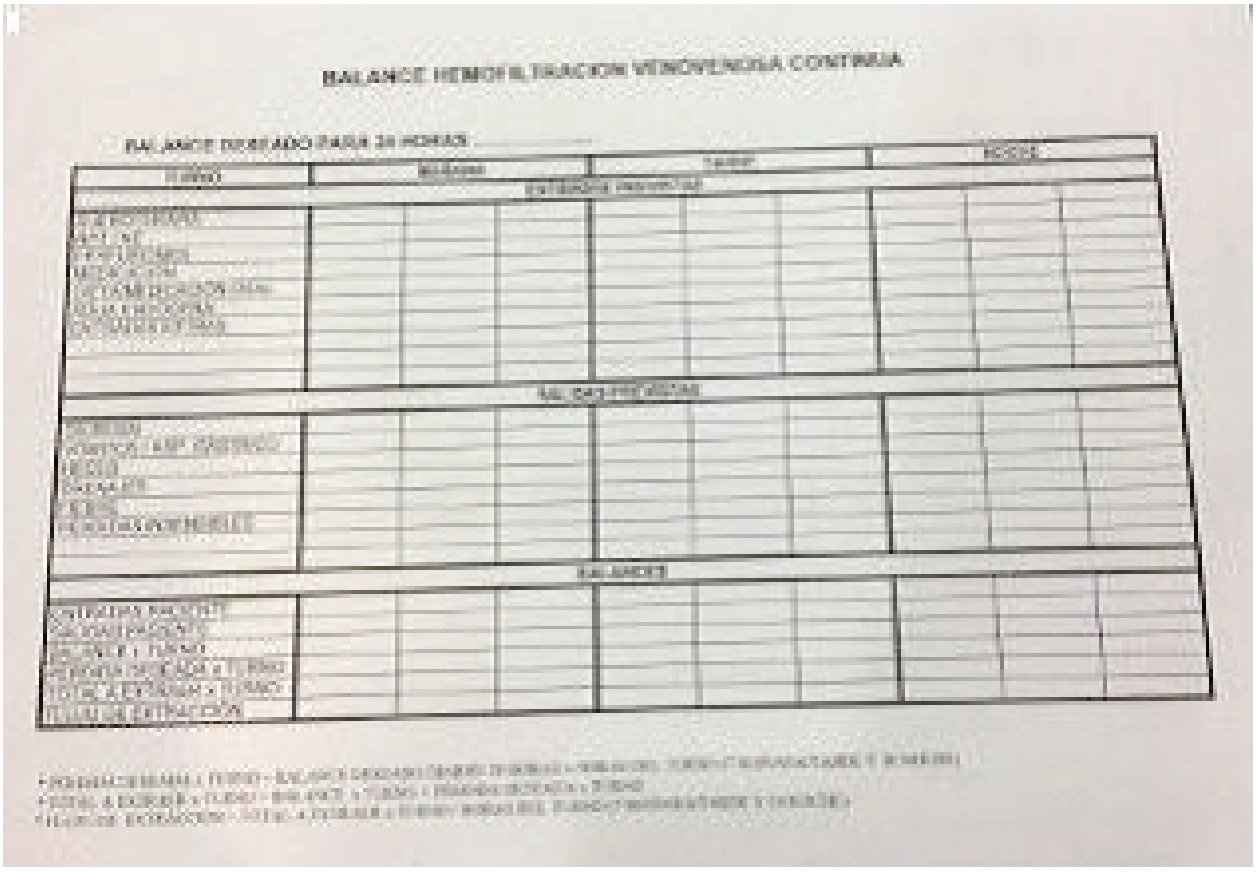
HORA	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
FLUJOS																								
FLUJO SANGRE																								
FLUJO LIQUIDO DIALISIS																								
FLUJO REINFUSION																								
FLUJO EXTRACCIÓN																								
FRACCIÓN ULTRAFILTRADO																								
ANTICOAGULANTE																								
PROTAMINA (mg/h)																								
PRESIONES																								
PRESION ENTRADA																								
PRESION FILTRO																								
PRESION EFLUENTE																								
PRESION RETORNO																								
BALANCES																								
ENTRADAS PACIENTE																								
SALIDAS PACIENTE																								
EXTRACCION REAL																								
BALANCE NETO																								
BALANCE DEL TURNO																								
BALANCE ACUMULADO																								
BALANCE 24 HORAS																								

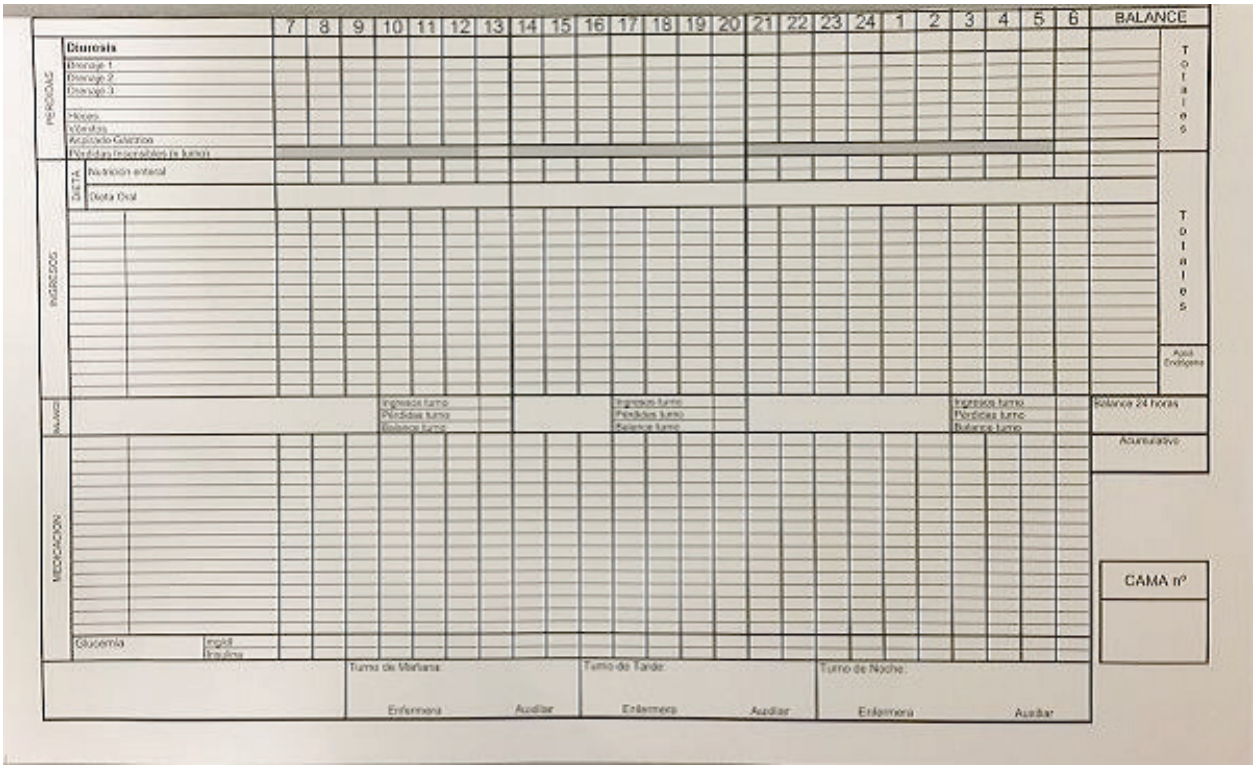
Anotar los resultados del balance en la gráfica diaria de enfermería

sigue →

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters





Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 605

ANÁLISIS DE LISTADOS DE VERIFICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD, COMO GARANTÍA DE UNOS CUIDADOS DE CALIDAD

Inmaculada Alonso Araujo; Mª Isabel González Mendez; Rosario Ferrete Pérez; Catalina Martín Castaño; Rosario Urbán Carmona
Hospital Virgen del Rocío

Objetivo

Analizar el grado de cumplimentación de los ítems que componen un listado de verificación de medidas de seguridad, elaborado en una unidad de cuidados intensivos

Metodología

Realización de auditorias por parte de la supervisión de enfermería de la unidad. La recogida de datos se realiza de forma puntual mensualmente al 100% de los pacientes ingresados, durante un periodo de seguimiento de un año. Se auditan 17 ítems relacionados con la distintas medidas de seguridad que se han establecido, a partir de un grupo de trabajo multidisciplinar y basado en las medidas propuestas por los proyectos Zero de la SEMICYUC.

Resultados

Los resultados del análisis realizado desde enero a diciembre de 2016 son los siguientes: Se han realizado 369 auditorias en las cuales:

- 94,85 % de los pacientes están bien identificados
- 94,57 % tiene registrado las alergias en la HªCª y el 89,43 % tiene registrado las alergias en la Hª de enfermería.
- 171 están conectados a VM, de los cuales 93,56% cumple los 3 ítems relacionados con las medidas de prevención de NAVM.
- De los 171 pacientes conectados a VM el 99,41% tiene fijado de forma correcta las alarmas de volumen minuto inferior y presión máxima en vía aérea.
- 100 % tiene monitorizada de forma correcta el ritmo cardíaco y el 99;45 % tiene monitorizada correctamente la Sat O2.
- 99,72 % de pacientes con sueroterapia se les ha realizado el cambio de sistemas c/96h.
- 93,49 % tiene cumpilmentado el check list de seguridad, elaborado por la unidad.
- 99,45% dispone de dispensadores de solución de base alcohólica en sus boxes.

Conclusiones

La seguridad clínica debe ser un indicador de calidad en las unidades de cuidados intensivos. El uso de rondas de seguridad de forma periódica, ayuda a conocer las deficiencias de la unidad y a proponer áreas de mejora.

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 633

BACTERIEMIA ZERO EN UCI: LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA EN EL MANTENIMIENTO DE LOS ACCESOS VASCULARES

César Rodríguez Núñez; Alba Iglesias Rodríguez; Mikel García Corres; Janire Irigoien Aguirre; Marta Martín Martínez; Lucia Trapote Eguren; Olga Vega Gómez; María Mercedes Arana Monte; Ney Hernández Ramírez; David Lopez Castro
Hospital Universitario Araba

Introducción

Desde que compenzó el proyecto Bacteriemia Zero(BZ), numerosos hospitales españoles nos adherimos por la importancia que tiene para la seguridad del paciente, un protocolo basado en la evidencia para prevenir infecciones relacionadas con los catéteres.

Objetivo

Determinar las Tasas de Incidencia de bacteriemias declaradas. Analizar el germen más frecuente y las resistencias asociadas.

Metodología

Tipo de estudio: Observacional descriptivo retrospectivo. Periodo de estudio: Enero 2016 -Septiembre 2016. Población de estudio: pacientes ingresados en UCI mayores de 18 años. Muestra: pacientes con infecciones relacionadas con los cateteres. Material y método: Los datos sobre bacteriemias se registraron en la base de datos del programa informático denominado Metavision. Variables: germen, localización, origen, y resistencias de la bacteriemia. Análisis estadístico: SPSS 23.0.

Resultados

Hemos obtenido una incidencia de 0,91 bacteriemias por cada 100 pacientes, 1,32 bacteriemias por cada 100 pacientes con accesos vasculares centrales, 1,61bacteriemias por cada 1000 días de estancia en UCI, 1,82 bacteriemias por cada 1000 días de cateter vascular central. El microorganismo más aislado correspondió al Staphylococcus epidermis en un 40%, seguido de la Candida parapsilopsis, E.coli y Pseudomona aeruginosa en un 20% cada una. Gérmenes Gram + y Gram- tuvieron un % del 40% cada uno, y el 20% restante correspondió a Hongos. No existieron resitencias.

Conclusiones

El mantenimiento de los accesos vasculares centrales es uno de los cuidados enfermeros fundamentales en UCI para evitar las bacteriemias. Comparándonos con el último estudio ENVIN 2015, hemos obtenido cifras notablemente inferiores a las Estatales. Por ello debemos continuar reforzando al personal de enfermería de la vital importancia de la cultura de seguridad del paciente con Protocolos como el de Bacteriemia Zero.

Financiación

No.

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 636

NORMALIZACIÓN DEL PROCESO DE INFORMACIÓN ENFERMERO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Silvia Ana Torrente Vela; Clara Cornejo Bauer; Mª del Ara Murillo Pérez; Candelas López López; Mónica García Iglesias; María Orejana Martín; Mario Chico Fernández
Hospital Doce de Octubre, Madrid

Introducción

En el año 2013 realizamos un estudio en nuestro hospital analizando la percepción de las enfermeras sobre el proceso de comunicación con los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Como conclusión se ratificó la necesidad de sistematizar este proceso entre los miembros del equipo. En el año 2015, se flexibiliza el horario de visitas (puertas abiertas) en el servicio de medicina intensiva, por lo tanto, era necesario incluir en la práctica clínica herramientas para consensuar y coordinar el proceso de información con la familia.

Objetivo

Normalizar el proceso de información enfermero en una unidad de cuidados intensivos.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cochrane, utilizando la siguiente estrategia: critical care, needs family, communication, family patients care, family-centred care, visiting hours, combinados con AND y OR. Los límites fueron el idioma (inglés o español), y la evidencia de los últimos 5 años (2011-2016).

Resultados

Tras el análisis de la búsqueda bibliográfica, teniendo en cuenta las recomendaciones de información estructurada, clara y empática, coordinación entre la información médico/enfermera y entrega de guías informativas, se iniciaron una serie de intervenciones: Instauración del proceso de información conjunta médico-enfermera; documento consenso para normalizar la información enfermera y un documento de acogida para la familia al ingreso en la unidad.

Conclusiones

Las intervenciones propuestas se ajustan a las recomendaciones en los diferentes artículos. La monitorización mediante indicadores de calidad sobre la información de enfermería a la familia, aplicados a las medidas iniciadas en nuestra unidad, permitirá conocer su impacto en la práctica clínica habitual.

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 637

CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS EL ALTA DE NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS A OTRA UNIDAD: COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO. LA IMPORTANCIA DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD

Patricia García Jáñez; Marta María Pérez Martínez; Rosa María Lozano Ordax; Gloria Martínez Mateo; Irene Muñoz Balasteguis; Beatriz Fernández Pantigoso; Dolores Carrillo López; María Teresa García Hernández
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivo

Es un objetivo de seguridad prioritario aumentar la efectividad de la comunicación entre profesionales implicados en la atención del paciente, durante el traspaso de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a una unidad de hospitalización convencional u otra unidad.

Metodología

Consulta de bases de datos Cuiden, Medline y Scielo; con los descriptores: intensive care, calidad de los cuidados, traspaso del paciente, comunicación enfermería. Fuentes secundarias: artículos de revistas científicas de enfermería y guías de práctica clínica. Se adaptaron las intervenciones enfermeras características basándonos en la evidencia encontrada en dichas fuentes.

Resultados

Formalizamos un sistema estructurado de traspaso de nuestra UCI a una unidad de hospitalización o traslado de hospital:

1. Estandarizar la comunicación entre profesionales en el momento del traspaso: Técnica SBAR104: Empleando lenguaje común para comunicar la información crucial y estructurarla en 4 apartados: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación.
2. Asignar tiempo suficiente para comunicar la información.
3. Formular y responder preguntas sin interrupciones.
4. Estandarizar el alta mediante el uso de listas de comprobación para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave, tanto al paciente como al siguiente prestador de asistencia sanitaria.
5. Informe de alta de enfermería: breve resumen del plan de cuidados aplicado al paciente durante su estancia en la UCI y la situación del paciente en el momento del alta: diagnóstico al alta, plan de tratamiento, cuidados de enfermería, y resultados de las pruebas.

Conclusiones

La comunicación entre unidades y equipos de cuidados en el momento del traspaso, está relacionada con el proceso de pasar información específica del paciente, donde debemos incluir toda la información esencial, y evitar la interpretación incorrecta de la misma. El empleo de este protocolo supone aumentar la seguridad para el paciente, ya que, este es particularmente complejo y frágil, y por ello tiene mayor vulnerabilidad a las brechas de comunicación durante el traspaso.

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 639

EFICACIA DE LA MODALIDAD NAVA (NEURALLY ADJUSTED VENTILATORY ASSIST) FRENTE A OTRAS MODALIDADES DE VENTILACIÓN MECÁNICA

Paloma Maraver Sanz; Óscar Arrogante
Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. Madrid

Introducción

En la modalidad NAVA el control del respirador se realiza a través de la actividad eléctrica diafragmática (Edi). El registro de la Edi se lleva a cabo por medio de un catéter esofágico que contiene unos electrodos que captan de forma directa el impulso central respiratorio.

Objetivo

Los objetivos son:

- Analizar la eficacia de la modalidad NAVA frente a otras modalidades de ventilación mecánica convencionales en las principales patologías en las que está indicada.
- Determinar los cuidados enfermeros que requiere la modalidad.

Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane, Cuiden y Scielo. Se utilizaron los términos MeSH "artifical respiration", "motor activity", "diaphragm", "interactive ventilatory support", "mechanical ventilation", "noninvasive" y "electricity". La lectura crítica de los artículos se realizó a través de la parrilla CASPe. Se seleccionaron un total 12 artículos.

Resultados

- En pacientes con enfermedad obstructiva crónica e insuficiencia respiratoria aguda, disminuye el grado de interacción entre paciente y ventilador, proporciona mejores resultados con PEEP menor, reduce el número de esfuerzos inútiles, proporciona una mayor cantidad de volumen tidal, permite una mejor monitorización respiratoria, y reduce mortalidad.
- En pacientes con insuficiencia cardíaca, además de resultados anteriores, mejora la función del ventrículo derecho.
- Ha demostrado reducir la aparición de apneas centrales.
- En pacientes con el síndrome de Guillain-Barré no ha obtenido ningún resultado específico.
- Además de los cuidados al paciente intubado, los principales cuidados de enfermería están incluyen la verificación de la correcta colocación del catéter esofágico y de los electrodos.

Conclusiones

La modalidad NAVA presenta ventajas con respecto a otras modalidades de ventilación mecánica convencionales y ante diferentes patologías. La adecuada aplicación de los cuidados enfermeros afecta directamente a la eficacia de la modalidad. Por lo tanto, se requiere de un conocimiento preciso de la misma y de los cuidados enfermeros que requiere por parte de la enfermería de intensivos.

Financiación

Ninguna.

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 655

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

Borja Violant Gómez[1]; Joan Ramon Ricart Martín[1]; Consuelo Villanueva Fuentes[1]; Sara Santamaría López[2]
1. Hospital Universitari Germans Trías i Pujol; 2. Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

El uso de oxigenación mediante membrana extracorpórea (ECMO) para soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se ha transformado en una práctica habitual en muchos centros especializados. Nuestro hospital dispone desde 2016 de su propio programa de ECMO para soporte vital del fallo cardiaco o pulmonar grave y refractario a otras líneas de tratamiento.

Objetivo

Los objetivos del presente trabajo son:

- Entender el funcionamiento de la terapia ECMO, su efecto sobre el paciente y los diferentes componentes del sistema.
- Conocer y identificar las potenciales complicaciones de esta técnica.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de guías de actuación y artículos de consenso de diversas sociedades científicas. Se diseñó un plan de cuidados que asegurara una adecuada respuesta asistencial por parte del personal de enfermería en el paciente crítico portador de ECMO a lo largo de las diversas fases del tratamiento.

Resultados

El análisis de las consideraciones anteriores deja entrever la necesidad de estandarizar los cuidados de enfermería en función de las diversas fases del tratamiento:

- Cuidados pre-implantación: Comprobación del paciente y del aparataje, preparación de la medicación necesaria, toma de muestras.
- Cuidados durante la implantación: Control hemodinámico y de la sedación, cura de las heridas quirúrgicas, sujeción de cánulas, cuidados miembro canulado, control de sangrado, procedimientos de emergencia visibles.
- Cuidados diarios: Control neurológico, cuidados de la piel, valoración nutricional, control anticoagulación, vigilancia del sistema, apoyo psicológico a familias.

Conclusiones

La correcta aplicación de los cuidados de enfermería es crucial para el éxito de la terapia. Consideramos que un plan de cuidados estandarizado del paciente portador de ECMO es una herramienta fundamental para allanar la curva de aprendizaje y facilitar una respuesta apropiada por parte del personal de enfermería ante la escalada asistencial.

Financiación

Hospital Universitari Germans Trías i Pujol.

Pósters

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 662
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE MEDICINA INTENSIVA DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

ID 665
EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN FAMILIARES Y PROFESIONALES DE UNA POLÍTICA DE VISITAS ABIERTA EN UCI

ID 667
PROTOCOLO DE NUTRICION ENTERAL: PUESTA EN MARCHA Y RESULTADOS

ID 668
VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN EN EL PACIENTE INGRESADO EN UCI

ID 676
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCI CON HORARIO AMPLIADO

ID 677
(CVC) CATÉTERES VENOSOS CENTRALES: SUTURA Y/O BUCLE COMO MÉTODO DE SUJECIÓN

ID 703
EVALUACIÓN EN EL REGISTRO DEL DOLOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 662

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE MEDICINA INTENSIVA DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA

Ana Isabel Asarta Castellanos; Garazi Díaz Romaratezabala; Maria Montserrat Ojeda Martínez; Laura Ruilope Álvaro; Vanessa Sanz Porras; Ana Tejero Mogena
UCI de Sede Santiago OSI ARABA

Objetivo

Evaluar el conocimiento previo, aceptación e implicación del personal de Medicina Intensiva ante la puesta en marcha de un programa de intervención con musicoterapia.

Metodología

Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado en Junio 2016 dirigido al personal de la UMI. Se entregaron un total de 85 encuestas antes y después de la intervención (de carácter voluntario y anónimo) con preguntas abiertas y cerradas, empleando escalas de valoración tipo likert de 1 a 5 (siendo 1 nada y 5 mucho) . Fueron contestadas 77 encuestas pre intervención y 33 post intervención.

Resultados

Previo a la intervención, el 55,6% creía conocer la musicoterapia y solo el 6.6% había participado en alguna sesión . Después de la intervención , el 93.3% contesto que conocía la musicoterapia y un 48,4% participó en alguna sesión. El 59,4% consideraba que la musicoterapia podría influir positivamente (bastante y mucho) en el profesional de UMI, tras la intervención el porcentaje descendió a un 51,6%. Antes de la intervención , un 93,3% indicó que participaría de forma activa en alguna sesión de musicoterapia, tras las intervención un 96,8% contestó afirmativamente a esta cuestión. En la encuesta pre intervención, un 66% consideraba que la presencia del musicoterapeuta entorpecería poco o nada la tarea en el servicio, tras la intervención el porcentaje fue del 77,4%. Se solicitó una valoración de la intervención musicoterapéutica , medida en una escala de 0-10 (0 la peor nota y 10 la mejor), siendo una puntuación mayor o igual a 7 en el 87,5% de los encuestados.

Conclusiones

La actitud positiva del Servicio de Medicina Intensiva hace que el futuro de esta intervención sea esperanzador. Son necesarios estudios más extensos y con mayor periodo de intervención para demostrar el beneficio de la MUSICOTERAPIA en determinados grupos de pacientes críticos, así como su repercusión en el personal.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 665

EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN FAMILIARES Y PROFESIONALES DE UNA POLÍTICA DE VISITAS ABIERTA EN UCI

Laura García Guillen; Fernando Barra Quilez; Pedro Bernad Pérez; Ana Álvarez Hernández; Cristina Ruiz Belloso Ortiz de Urbina; Natalia Bona Fernádez; Pilar Trullen García
Hospital Maz, Zaragoza

Introducción

En el año 2015 se decide implementar un horario de visitas abierto y flexible, de 11-21 horas, permitiendo la presencia de hasta dos familiares de forma continuada.

Objetivo

Evaluar la repercusión de una nueva política de visitas abierta.

Metodología

Estudio analítico observacional retrospectivo, realizado en la UCI del Hospital MAZ, Zaragoza, en 2015 y 2016. Selección de la muestra: técnica de muestreo consecutivo no probabilístico. Se realizó una encuesta basada en publicaciones anteriores, tanto a familiares como a los profesionales. Se garantizó el anonimato codificando las respuestas. Los datos se trataron con SPSS 21.

Resultados

Obtuvimos 30 encuestas de profesionales (100%) y 212 de familiares (84%). Tanto familiares como profesionales mantendrían el horario actual. Ambos consideran que ayuda a la recuperación del paciente, disminuye la ansiedad y estrés de paciente y familiares, aumenta la confianza en el equipo de la UCI, mejora la satisfacción y ayuda a obtener más información acerca del estado del paciente. Ambos colectivos opinan que en ocasiones podría alterar la organización de los cuidados (familiares 27,3%, profesionales 76,6% p=0,02) o interferir en el descanso (familias 49,7%, profesionales 90% p=0,003) y en la privacidad del paciente (familias 32,2%, profesionales 83,3% p=0,001). Aunque los profesionales están de acuerdo en que la familia participe en los cuidados (90%), 55,6% de las familias prefieren que lo haga el equipo de salud, siendo la pareja el familiar que más deseaba participar (48,6%).

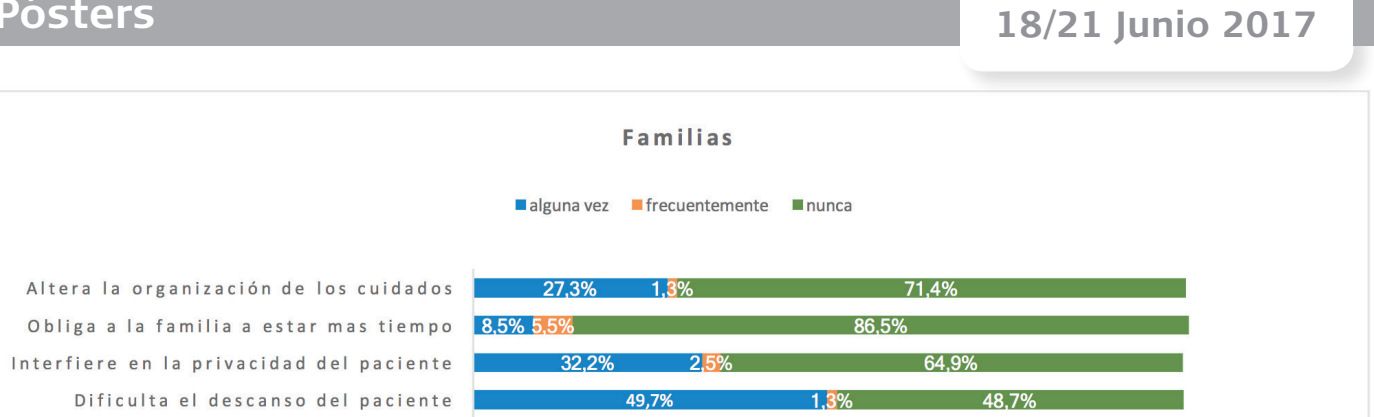
Conclusiones

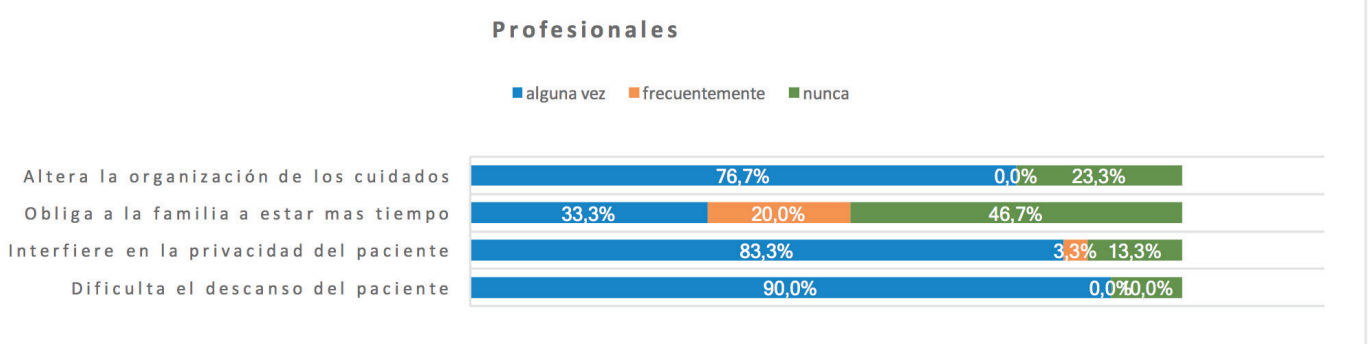
Ambos colectivos desean mantener esta política y valoran con puntuaciones muy positivas su influencia en el estrés, tanto de pacientes como de familiares, satisfacción, información y confianza. A pesar de que los profesionales consideran que, en ocasiones, podría interferir en la privacidad y descanso del paciente, las familias no creen que su presencia influya de forma negativa en estos aspectos.

Financiación

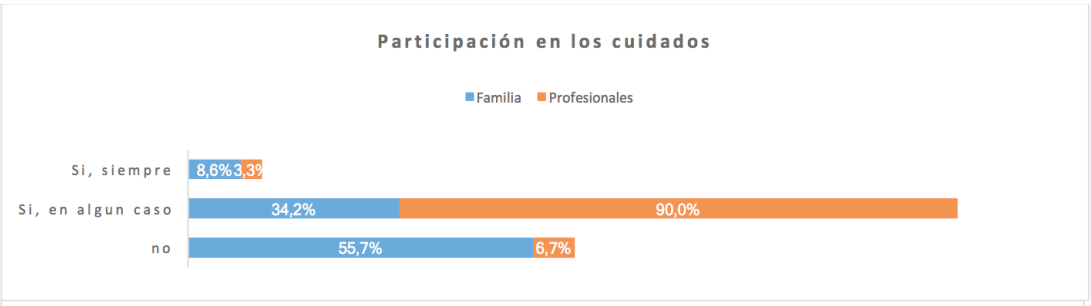
No procede.

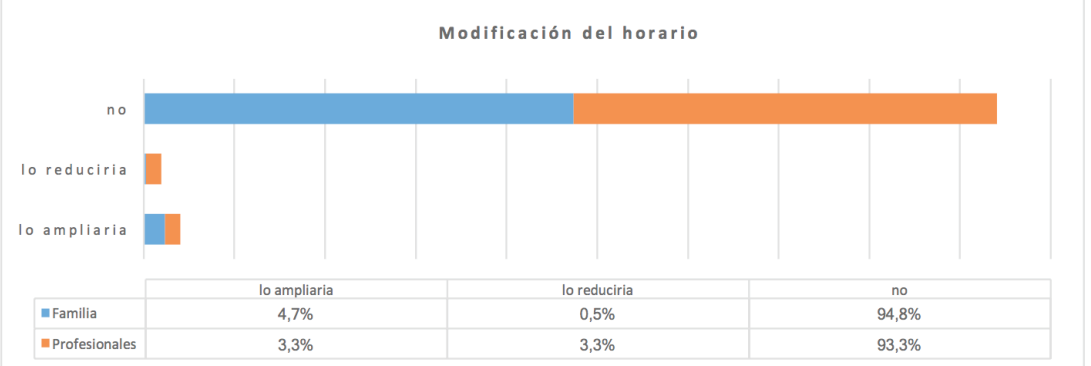
sigue →





	Familia (n=212)		Profesionales (n=30)	
	Media /DS	Min-Max.	Media (DS)	Min-Max.
¿Considera que ayuda a la recuperación del paciente?	9,1 (1,3)	3-10	8,3 (1,3)	5-10
¿Considera que contribuye a disminuir la ansiedad y el estrés del paciente?	9,3 (1,1)	5-10	9,1 (0,8)	8-10
¿Considera que contribuye a disminuir la ansiedad y el estrés de la familia?	9,4 (1,1)	5-10	9,1 (1,2)	5-10
¿Considera que aumenta la confianza de la familia en el equipo de la Uci?	9,2 (1,2)	4-10	8,9 (1,1)	7-10
¿Considera que aumenta la satisfacción de la familia respecto al cuidado del paciente?	9,2 (1,1)	5-10	8,9 (1,1)	7-10
¿Cree que permite a la familia obtener más información acerca del estado del paciente?	9,1 (1,2)	4-10	9,1 (0,9)	7-10





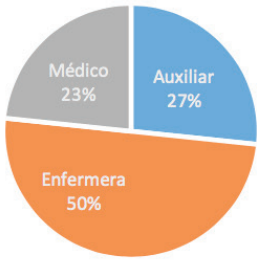
	lo ampliaria	lo reduciria	no
Familia	4,7%	0,5%	94,8%
Profesionales	3,3%	3,3%	93,3%

sigue →

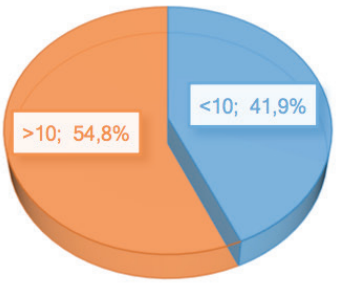
XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

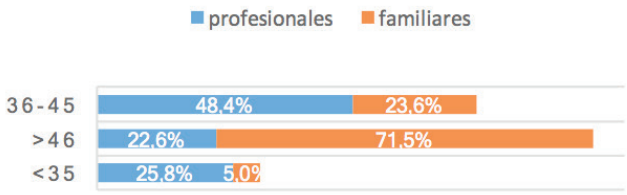
Categoría profesional



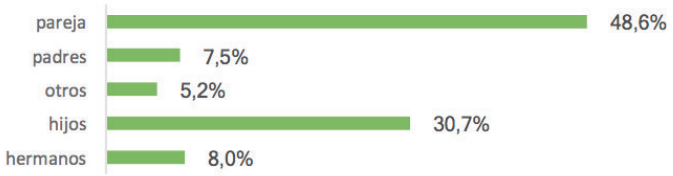
Años de experiencia



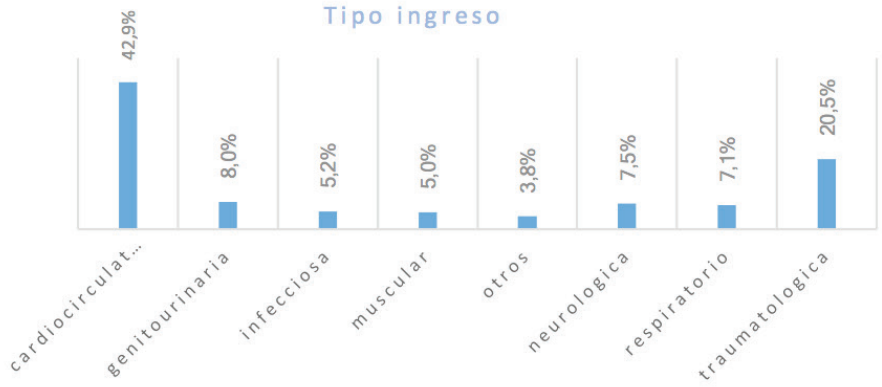
Porcentajes de edad



Parentesco



Tipo ingreso



Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 667

PROTOCOLO DE NUTRICION ENTERAL: PUESTA EN MARCHA Y RESULTADOS

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

Introducción

La nutrición enteral (NE) en el paciente crítico, tiene un valor fundamental ya que su déficit provoca un aumento de la estancia en cuidados críticos y los días de ventilación mecánica, las complicaciones infecciosas ascienden y contribuye a una mayor morbimortalidad. Por ello, se elaboró un protocolo consensuado por un equipo multidisciplinar para regular la correcta nutrición de nuestros pacientes.

Objetivo

Valorar si el paciente está recibiendo los aportes pautados de NE y si estos aportes cumplen los requerimientos calóricos estándar.

Metodología

- Estudio retrospectivo observacional (derecho a la privacidad).
- Muestreo intencional: 15 pacientes de UCI que recibieron NE como único aporte nutricional, durante un período de inclusión de 20 días, con una variabilidad de peso entre 60 y 180 Kg, los cuales no presentaron complicación alguna relacionada con la NE.
- Recogida de información: observación directa, recogiendo datos de la historia clínica de cada paciente (Enero 2017).
- Consulta de manuales: REGANE, ESPEN Guideline on enteral nutrition, Aspen clinical guidelines y Canadian clinical practice guidelines.
- Debate en nuestro grupo de trabajo.

Resultados

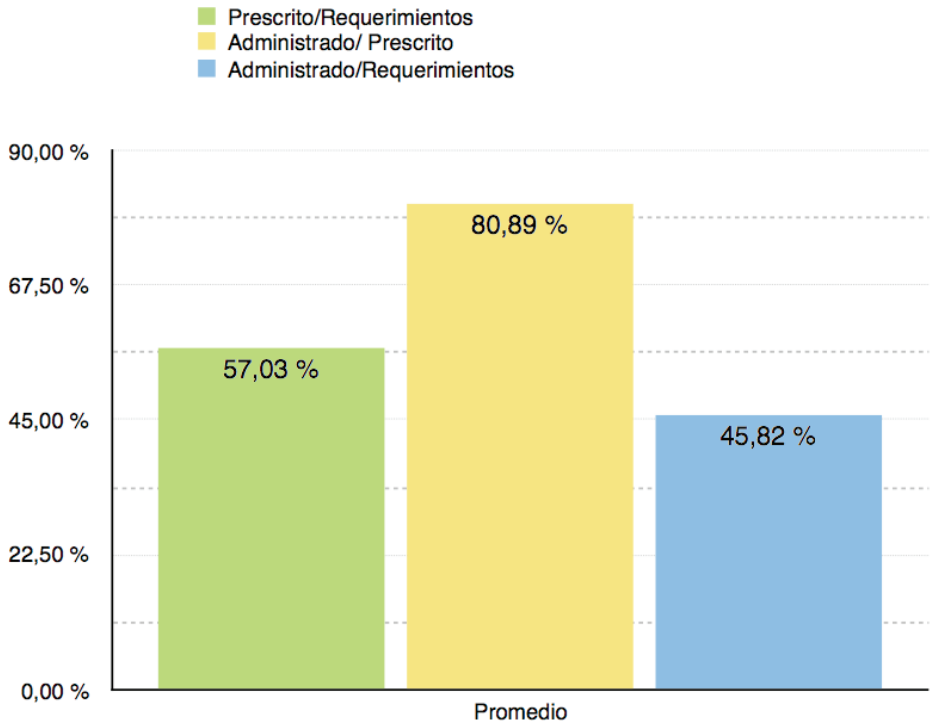
La NE prescrita alcanza valores medios respecto a los requerimientos necesarios, según los estándares establecidos en cuanto a aporte calórico y protéico. La administración de NE respecto a la dosis prescrita no llega a alcanzar su totalidad. Como consecuencia, se muestra que administramos NE por debajo de los requerimientos necesarios.

Conclusiones

El paciente no está recibiendo toda la NE prescrita y ésta a su vez es inferior a los requerimientos necesarios para conseguir un estado óptimo nutricional de nuestros pacientes. Por ello vemos necesario incidir en la formación de los profesionales implicados, prestando especial atención en la instauración precoz de la NE, los requerimientos necesarios de cada paciente y la importancia de minimizar las interrupciones innecesarias y la demora en su administración.

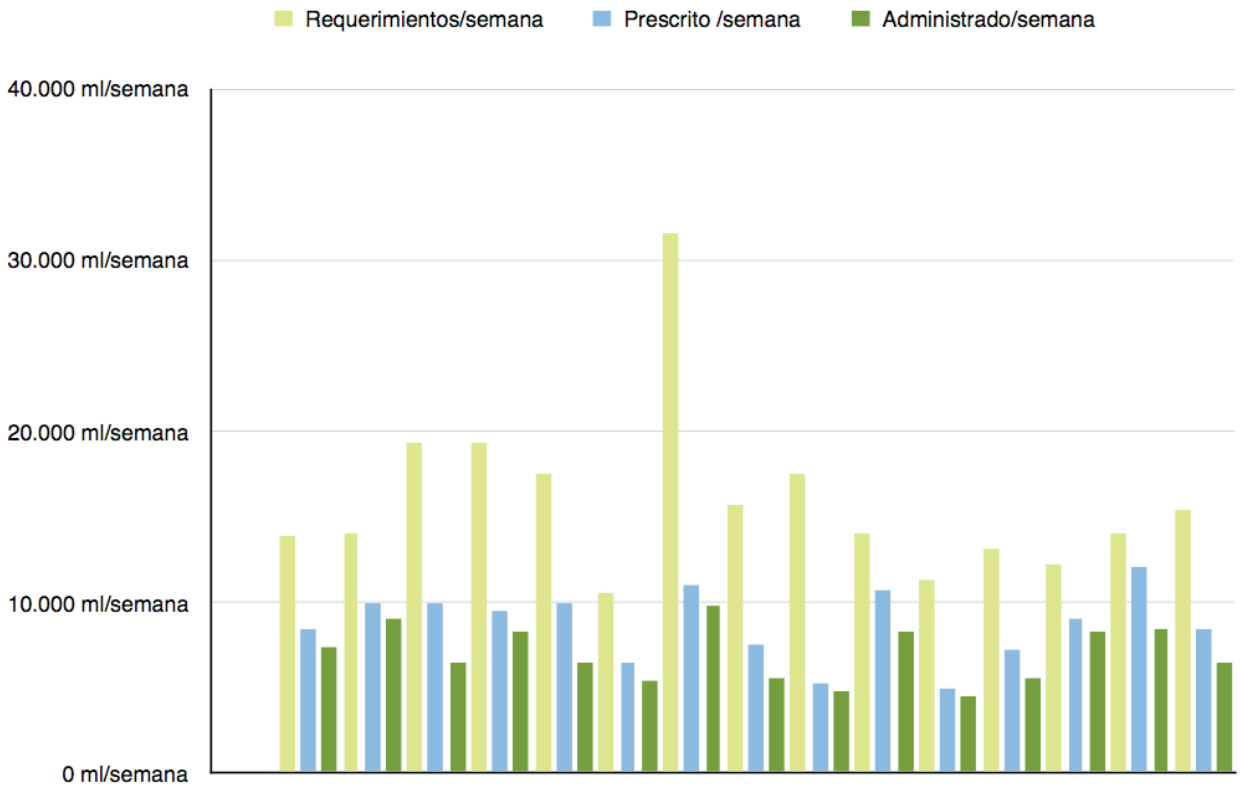
sigue →

Paciente	Prescrito/ Requerimientos	Administrado/ Prescrito	Administrado/ Requerimientos
1	60,76 %	88,63 %	53,85 %
2	71,43 %	89,91 %	64,22 %
3	51,95 %	63,95 %	33,22 %
4	49,35 %	87,44 %	43,15 %
5	57,14 %	64,46 %	36,83 %
6	61,90 %	83,65 %	51,78 %
7	34,92 %	89,14 %	31,13 %
8	47,62 %	73,47 %	34,98 %
9	30,00 %	91,24 %	27,37 %
10	76,79 %	77,43 %	59,46 %
11	43,96 %	88,78 %	39,02 %
12	55,24 %	76,66 %	42,35 %
13	73,47 %	91,67 %	67,35 %
14	85,71 %	70,26 %	60,22 %
15	55,19 %	76,67 %	42,32 %
Promedio	57,03 %	80,89 %	45,82 %



sigue →

Paciente	Requerimientos/día	Requerimientos/semana	Prescrito /semana	Administrado/semana
79 kg	1.975 ml/día	13.825 ml/sem	8.400 ml/sem	7.445 ml/sem
80 kg	2.000 ml/día	14.000 ml/sem	10.000 ml/sem	8.991 ml/sem
110 kg	2.750 ml/día	19.250 ml/sem	10.000 ml/sem	6.395 ml/sem
110 kg	2.750 ml/día	19.250 ml/sem	9.500 ml/sem	8.307 ml/sem
100 kg	2.500 ml/día	17.500 ml/sem	10.000 ml/sem	6.446 ml/sem
60 kg	1.500 ml/día	10.500 ml/sem	6.500 ml/sem	5.437 ml/sem
180 kg	4.500 ml/día	31.500 ml/sem	11.000 ml/sem	9.805 ml/sem
90 kg	2.250 ml/día	15.750 ml/sem	7.500 ml/sem	5.510 ml/sem
100 kg	2.500 ml/día	17.500 ml/sem	5.250 ml/sem	4.790 ml/sem
80 kg	2.000 ml/día	14.000 ml/sem	10.750 ml/sem	8.324 ml/sem
65 kg	1.625 ml/día	11.375 ml/sem	5.000 ml/sem	4.439 ml/sem
75 kg	1.875 ml/día	13.125 ml/sem	7.250 ml/sem	5.558 ml/sem
70 kg	1.750 ml/día	12.250 ml/sem	9.000 ml/sem	8.250 ml/sem
80 kg	2.000 ml/día	14.000 ml/sem	12.000 ml/sem	8.431 ml/sem
88 kg	2.200 ml/día	15.400 ml/sem	8.500 ml/sem	6.517 ml/sem



Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 668

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN EN EL PACIENTE INGRESADO EN UCI

Javier Tobar Suso; Ana Cristina Diago García; María José González Díez
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo

Introducción

Hoy en día, la satisfacción del paciente crítico ingresado en la UCI, está adquiriendo una enorme importancia en la valoración de la calidad de los cuidados prestados por enfermería, ya que para ellos el ingreso es percibido como una vivencia estresante. Además, la satisfacción del usuario se incluye dentro de los indicadores de calidad del enfermo crítico de la SEMICYUC y se considera un requisito imprescindible en la atención al paciente critico.

Objetivo

Conocer y analizar las diferentes variables que influyen en la satisfacción del paciente critico.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de PubMed, Cochrane Library, LILACS, IBECS, SCIELO y CUIDEN, y en tres revistas especializadas en Cuidados Intensivos: Enfermería Intensiva, REMI y Medicina Intensiva. Los descriptores fueron “satisfacción” y “paciente crítico” y el intervalo de tiempo entre 2006-2016.

Resultados

Incluyendo los artículos que cumplían los criterios de selección, se han seleccionado 38 artículos: 6 revisiones de la literatura, 29 estudios cualitativos y 3 artículos de opinión. Tras analizar estos artículos se han identificado 6 variables que afectan a la satisfacción del paciente crítico, siendo los más citados: comunicación e información, cuidados psicoemocionales: humanización, seguridad-profesionalidad y cuidados físicos.

Conclusiones

A través de este estudio conocemos las principales variables que afectan a la satisfacción del paciente crítico. Su conocimiento y su modificación conlleva a una mejora en la atención de las necesidades de éste y, por consiguiente, a un aumento de la satisfacción de la atención. La mayoría de los estudios, van dirigidos a valorar las necesidades desde el punto de vista profesional y la satisfacción de los familiares, quedando el paciente en un segundo plano.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 676

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCI CON HORARIO AMPLIADO

Miriam Morales Cifuentes; María Luz Montero González; Silvia Chacón Alves; Milagros Ruiz Hernández; Patricia Sanz Cruz; Iris Bautista Redondo; Noelia I. Lázaro Martín; José Ángel Sánchez-Izquierdo Riera; Juan Carlos Montejo González; Maribel Lamas Rubiano
UCI Polivalente hospital 12 de Octubre

Introducción

Tras la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de humanización y la ampliación del horario de visitas, se valora la satisfacción familiar.

Objetivo

El objetivo es analizar la atención prestada diariamente y detectar procesos susceptibles de mejora.

Metodología

Estudio prospectivo, descriptivo en la Unidad Polivalente del Servicio de Medicina Intensiva de un hospital de alta complejidad. Mediante entrega de encuestas a familiares, donde se valoran 44 ítems, divididos en: condiciones ambientales, visitas, relación con el personal médico, con Enfermería y AE. La entrega es voluntaria y anónima, en cualquier momento del ingreso. Periodo del estudio: de Febrero a Agosto de 2016 .

Resultados

Recogimos 75 encuestas (152 entregadas). El 69,3% se encontraban en la primera semana del ingreso. La mayoría consideraron la limpieza del box muy buena, con orden aceptable para el 92%, aunque con exceso de ruido y poca intimidad. El 73,3% conocían el nombre del médico al ingreso, el 62,7% el de la enfermera responsable y sólo el 48% el de la auxiliar de enfermería. La relación con el personal es fluida en el 93,3%. Destaca gran satisfacción con el horario de visitas ampliado: el 97,3% lo considera adecuado y flexible. La mayoría no lo cambiarían siendo suficiente para el 93,3%. Estos datos contrastan con los obtenidos en 2004, en una encuesta similar cuando el horario de visitas era restringido, donde sólo el 57,4%lo consideraba adecuado. El 88% consideran que las facilidades ofrecidas son adecuadas y el número de familiares apropiado.

Conclusiones

Los familiares valoran de forma positiva la atención y los cambios realizados en la Unidad, especialmente en relación al horario de visitas. Todavía quedan aspectos de mejora, sobre los que llevar acabo medidas de actuación.

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 677

(CVC) CATÉTERES VENOSOS CENTRALES: SUTURA Y/O BUCLE COMO MÉTODO DE SUJECIÓN

Montserrat Almansa Gómez; Eva Amat Llop; Laura Gómez Lanao; Mireia Martínez Albertín; Pilar Latre Romero
HUAV Lleida

Introducción

Es competencia exclusiva enfermera mantener en condiciones óptimas los dispositivos requeridos para el tratamiento del paciente. En el caso de los CVC, los apósitos que los protegen deben cumplir unos requisitos que garanticen su función de forma segura y, por este motivo, se nos plantea la siguiente hipótesis: ¿es correcto el uso del bucle en la sujección de los CVC con apósitos convencionales aún con puntos de sutura para mayor seguridad?

Objetivo

Unificación de criterios de enfermería para la aplicación y cambio de apósitos en los CVC mediante el protocolo establecido, de manera que se garantice el manejo seguro y eficaç, permita visualizar de forma permanente el punto de inserción para su contínua valoración, evite el despegue del apósito y la retirada accidental de la vía.

Metodología

Revisión bibliográfica (bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden y Teseo). Palabras clave: vía central, apósito, bucle, enfermería. Revisión del protocolo del manejo de CVC de distintos hospitales. Observación y práctica diaria en el lugar de trabajo.

Resultados

Los CVC colocados por personal médico se sujetan con puntos de sutura, mientras que los CVC de acceso periférico colocados por enfermería con tiras adhesivas tipo Steri-Strip®, algo incoherente en el paciente que moviliza EESS, ya que la eficiencia del punto de sutura es claramente muy superior en seguridad al de las tiras adhesivas. Además, se recomienda hacer un bucle cuando el CVC tiene riesgo de migración. Posteriormente, se coloca el apósito tipo Tegaderm® o Covaderm®.

Conclusiones

Hay mayor peligro de tirones accidentales en el caso de vías centrales de acceso periférico mal sujetadas. La eficacia de la función correcta del apósito está en el lugar de colocación de la vía, existencia de pelo, higiene, humedad y, la técnica de pegado del apósito.

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 703

EVALUACIÓN EN EL REGISTRO DEL DOLOR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Noemí Alonso León; Lluisa Banco Tura; Sonia Fernández Rozas; Jojo Alivarvar Ocreto; David Roldan Rubio; Xenia Sist Viaplana
Hospital General de Granollers

Introducción

El control del dolor en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es un objetivo primordial, pese a ello el dolor en las UCI es un evento frecuente con una incidencia entre el 50-90% . El registro de lo dolor es primordial para poder detectar la correcta analgesia y con ello favorecer el confort y la calidad asistencial. Disponer de escalas de valoración adecuadas a la tipología de nuestros pacientes resulta imprescindible. Actualmente en nuestra unidad la escala utilizada es la escala de Valoración analógica (EVA).

Objetivo

Principal: Evaluar el registro del dolor de la UCI del Hospital General de Granollers (HGG)

Secundario: Conocer la pauta analgésica de los pacientes.

Metodología

Estudio observacional descriptivo prospectivo. Muestra: pacientes ingresados en la UCI del HGG. Criterios de exclusión: Pacientes con dificultades idiomáticas, pacientes cuya situación psicológica suponga una barrera insuperable para responder a las preguntas. Variables del estudio: Edad, tipología de ingreso, antecedentes de dolor crónico, antecedentes de ingresos previos, estado de consciencia, registro de dolor en gráfica y en el registro de enfermería. Recogida de datos: tres meses. Fuentes de información: gráfica y el registro de enfermería.

Resultados

Descripción de la muestra: Media de edad 63.8 años (59% hombres). 58% patologías médicas, 34% quirúrgicas y 7% traumatológicas. Pauta de analgesia: Bomba de perfusión continua: 67%, fija: 1%, condicional: 26% y sin analgesia: 5% Registro de dolor: Pacientes conscientes: 60% se realizó un registro correcto. Pacientes sedados : se registró en un 1%

Conclusiones

Los pacientes (95%) disponen de una pauta de analgesia correcta, pero existe un déficit en el registro del dolor , sobretodo en los pacientes sedados. Esto es debido a que la escala no cubre al 100% de los pacientes. Se requiere la implantación de un protocolo de detección y monitorización del dolor, donde se estudie la implantación de nuevas escalas así como reforzar la importancia del registro.

Pósters

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 624
EL CUIDADO DE LOS SISTEMAS DE PRESIÓN ¿INFLUYE EN LA INFUSIÓN DE AMINAS?

ID 717
MECANISMOS DE ACCIÓN Y EFECTOS DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

ID 727
VALORACIÓN DEL DOLOR EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 739
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 740
ACTIVACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA (EAPC). ESTUDIO DE CASOS FÚTILES

ID 742
EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE ANALGOSEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 624

EL CUIDADO DE LOS SISTEMAS DE PRESIÓN ¿INFLUYE EN LA INFUSIÓN DE AMINAS?

Rayco Álvarez Díaz; Antonia María Leal Pérez; Virginia Padrón Noda; Francisco José Clemente López; Helena Martín Ávila; Zayra Álvarez Díaz
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Introducción

Enfermería tiene un papel fundamental en el manejo de Aminas y el cuidado de los sistemas de presión. No tenerlo en cuenta podría llevar a una dosificación inadecuada.

Objetivo

Determinar si la correcta realización de los pasos del cuidado de un sistema de presión tiene relación con el ajuste de Aminas.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional y transversal, en una muestra aleatoria de 60 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La candelaria, de los cuales hay un 28.33% de casos con Aminas, verificando ajuste de dosis y cotejándolos con los pasos correctos de un sistema de presión. Se realiza test de Chi² de Pearson (x^2), significación (p) <0.05

Resultados

CON AMINAS	PORCENTAJE
Sin modificar	53%
Modificada	47%
Aminas Modificadas con Infusor Correcto:	25%
Aminas Modificadas con ajuste de Infusor:	75%
Aminas No Modificadas con Infusor correcto:	33,3%
Aminas No Modificadas con Ajuste de Infusor:	66,7%

$x^2 = 61.63$ p = 0.000

Conclusiones

Se relaciona el ajuste de la presión del manguito con la modificación de Aminas. El estado óptimo de la presión del manguito conlleva a una dosificación menor de Aminas y a un cambio en la toma de decisiones clínicas.

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 717

MECANISMOS DE ACCIÓN Y EFECTOS DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Sara López Ronsano; Joaquín Fernández Álvarez; Marta Briones Roc; Yaiza Gómez Ros
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

La Insuficiencia Respiratoria Aguda es una de las patologías más frecuentes en Unidades de Cuidados Intensivos. Una de las terapias de soporte de mayor extensión en los últimos años es la oxigenoterapia de alto flujo. Este dispositivo nos permite suministrar una mezcla de aire y oxígeno, calentado y humidificado a través de un circuito de flujo unidireccional y una cánula nasal.

Objetivo

Describir los fundamentos fisiológicos de la oxigenoterapia de alto flujo Describir los efectos sobre la mecánica respiratoria y la oxigenación del paciente.

Metodología

Revisión de la literatura en Pubmed utilizando los términos: high flow, physiological effects, humidified, nasal oxygen y nasal canula con el término booleado AND. Se incluyen artículos en inglés y Castellano publicados en los últimos 5 años. PALABRAS CLAVE Oxígeno, algo flujo, humedad, efectos fisiológicos, gafas nasales

Resultados

Suministro de alto flujo entre 20- 60 litros minuto:

- Genera un lavado del espacio muerto faríngeo
- Reducción de la resistencia nasofaríngea al flujo de aire debido al aumento del flujo inspiratorio
- Generación de Presión Positiva Espiratoria (PEEP) facilitando la expansión pulmonar y promoviendo el reclutamiento alveolar. Suministro de Aire con una humedad cercana al 100 y Tº entre 34 y 37 º:
- Mejora la función mucociliar facilitado el aclaramiento de secreciones
- Disminuye el gasto metabólico
- Disminuye las atelectasias, reduciendo de ese modo el trabajo respiratorio, mejorando la oxigenación y la relación ventilación/perfusión. Suministro de una Fio2 21-100% constante mediante la disminución de la diferencia entre el flujo inspiratorio demandado y suministrado.

Conclusiones

El uso de la oxigenoterapia de alto flujo como alternativa a otros dispositivos tradicionales genera beneficios en la ventilación/oxigenación del paciente con un alto grado de confort.

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 727

VALORACIÓN DEL DOLOR EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ricardo Abellán Lencina; Ana Martínez Pasqual; Verónica Fuentes Mila; Mireia González Romero; Iluminada Romera Peregrina; Judit Pérez Sánchez
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

Frecuentemente, en las unidades de cuidados intensivos, el dolor es infravalorado, y por consiguiente, insuficientemente tratado. El inadecuado control del dolor se asocia a complicaciones que afectan la función ventilatoria, la circulación local, pero también se han asociado con insuficiencia cardiaca, infarto y alteraciones metabólicas. En ocasiones, al estar el paciente sedado y/o intubado, podemos pensar que no siente dolor y, por tanto, no medirlo. Para evitar que ocurra, debemos conocer todas las escalas de valoración de dolor que disponemos.

Objetivo

Conocer las escalas de valoración de dolor tanto para pacientes despiertos como a pacientes sedados. Saber aplicar el tipo de escala adecuado a cada situación.

Metodología

Búsqueda sistemática de la bibliografía científica del periodo 2010 a 2016. Bases de datos consultadas: PubMed, Medline, CUIDEN, SciELO, Elsevier. Criterios:

1) Estudios y revisiones que hablen de escalas de valoración del dolor.

2) Deben aportar datos empíricos sobre el tema a tratar.

Resultados

De los 86 estudios encontrados entre 2010-2016, se excluyeron 19 por no cumplir con los criterios de inclusión definidos. Las razones de las exclusiones fueron: estar repetidos en las diferentes bases de datos, estar redactados en otro idioma a los establecidos o tratarse de trabajos duplicados.

Conclusiones

Actualmente buscamos disminuir las secuelas al momento del alta de la UCI a través de disminución de la incidencia de delirio, mejorar los medios de comunicación con el paciente, promover la movilización precoz, etc. Para llegar a lograr estos objetivos necesitamos implementar un protocolo de evaluación y tratamiento del dolor, ya que, el paciente sin dolor precisará menos sedación y será menos propenso a desarrollar delirio. La escala EVA es la más útil en el paciente consciente y debe ser utilizada al menos cada 4 horas, respetando el sueño. La escala de Campbell y ESCID se recomienda para la evaluación del dolor de los pacientes intubados.

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 739

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Nadia El Farrad Martínez; Marta Castrillo Castellanos; Cristina Páez Roque; Manuel Florenza Abadia; Rubén Pérez Parra; Manuel Corral Garrido; Gemma Vericat Miguel; Natalia Lorena Techera; Carolina Álvarez Castillo; Elena Ballestín Santos
Hospital Universitario Vall d'Hebrón

Introducción

La expresión de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se refiere a la adecuación y/o proporcionalidad del tratamiento que tratan de evitar la obstinación y futilidad. La frecuencia de aplicación de LET en las unidades de cuidados intensivos (UCI) muestra una tendencia creciente, situándose en un 10% del total de pacientes según el tipo de hospital y especialista que lo trata. En referencia a la mortalidad asociada a la LET es importante resaltar que, mientras en las UCI pediátricas (UCIP) se aproxima a un 30%, en las UCI de adultos oscila entre un 40 y 90%, según tipo de hospital y país analizado.

Objetivo

Determinar las áreas de intervención de enfermería en los pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico en la UCI.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PUBMED, CINAHL Y CUIDEN utilizándose como palabras clave: limitación esfuerzo terapéutico, cuidados intensivos (tanto en inglés como en español). Lo anterior se complementó con procedimientos de búsqueda inversa..

Resultados

La búsqueda arrojó 25 artículos posibles, de los cuales se utilizaron 10, que fueron los más relevantes. La mayoría corresponde a revisiones, artículos de opinión y trabajos originales, que en gran parte son cualitativos. La retirada o no instauración de determinadas medidas de soporte vital y la ausencia de reanimación cardiopulmonar son los tipos de limitación más utilizados. Las áreas de intervención son: sedación, analgesia y apoyo psicológico.

Conclusiones

Cuando se toma dicha decisión, no quiere decir que el esfuerzo finaliza, sino que se traspasa a otras áreas. La enfermera de cuidados intensivos tiene un papel de gran responsabilidad como mediadora y comunicadora entre el médico y la familia del paciente. Por ello, creemos que es fundamental que el personal este lo más informado y preparado con respecto a este tipo de situaciones.

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 740

ACTIVACIÓN DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA (EAPC). ESTUDIO DE CASOS FÚTILES

María de la O Casamayor Lerena[1]; Irene Suberviola Fernández[2]; Ana María Ezquerra García[1]; María Pilar Espinosa Mendaza[1]

1. Centro de Salud de Haro; 2. Hospital San Pedro Logroño

Introducción

Fútil es el acto médico que de instaurarse, no reporta beneficios. La reanimación cardiopulmonar (RCP) no se iniciará o se detendrá cuando: existan signos de muerte evidente, orden de no intentar reanimación (ONIR), enfermedad terminal irreversible y/o RCP inefectiva.

Objetivo

Objetivo principal: Conocer la frecuencia de casos fútiles atendidos por el EAPC. Secundarios: Conocer: causa de futilidad, inicio o no de maniobras y duración de la RCP.

Metodología

Estudio retrospectivo-descriptivo de casos fútiles atendidos por el EAPC. Periodo: 1 enero 2010/31 diciembre 2015. Lugar: Hospital San Pedro. Logroño. Recogida de datos: Registro de parada cardiaca (PC) estilo Utstein e historias clínicas. Sujetos: Pacientes atendidos por el EAPC por PC excepto la Unidad de Medicina Intensiva y Servicio de Urgencias. Tratamiento de datos: SPSS v15 Análisis estadístico: Chi-cuadrado, Kruskal-Wallis y Mann-Whitney. Variables: sociodemográficas, origen de la PC, ritmo inicial, PC presenciada, causa de futilidad, inicio de maniobras, duración de la RCP.

Resultados

El EAPC atendió 217 llamadas, el 24,4% no fueron PC. Se iniciaron maniobras en 155 pacientes (93,9%). Fútiles 18,9% Causa de futilidad: ONIR: 5 (16,1%), Terminal 10 (32,3%), No recuperable 16 (51,6%) Sexo: 48,4% varones. Edad: 74,45±12,9 años Presenciada: 76,9%. Lugar de la PC: Hospitalización 82,1%. Origen: cardiaco 27,6%. Ritmo inicial: Desfibrilable: 21.1%. Tiempo de RCP 6,30±5,41 min. No hay asociación significativa entre: Causa de futilidad-edad (P ,299), causa de futilidad-duración de RCP (P ,138) ni RCP previa y futilidad (P ,577)

Conclusiones

Observamos que el 18,9% de las llamadas respondieron a situaciones en las que no se debió activar el sistema por tratarse de procesos irreversibles que no se beneficiarían con la RCP. Sólo el 16,1% de los PC fútiles, tenían registrada ONIR. Concluyendo, debieran unificarse los criterios relacionados con la ONIR, fomentar su registro visible en la historia clínica de manera que fuera accesible para evitar actuaciones infructuosas del EAPC.

CAUSA	Nº CASOS	EDAD	INICIO DE MANIOBRAS	DURACIÓN DE LA RCP	LUGAR	ORIGEN	RITMO INICIAL	PRESENCIADA
ONIR	5 (16,1%)	79,6±6,5	1 (20%)	1min	Hospitalización 100%	No consta 20%	Desfibrilable 20%	SI 50%
					Periféricos	No cardiaco 80%	No consta 80%	No consta 50%
TERMINAL	10 (32,3%)	68,4±16,3	8 (80%)	10±6,9	Hospitalización 100%	Cardiaco 20%	Desfibrilable 10%	SI 90%
					Periféricos	No cardiaco 80%	No desfibrilable 90%	NO 10%
NO RECUPERABLE	16 (51,6%)	76,6±11,3	11 (68,7%)	5±2,8	Hospitalización 75%	Cardiaco 40%	Desfibrilable 14,3	SI 60%
					Periféricos 25%	No cardiaco 60%	No desfibrilable 85,7%	NO 40%

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 742

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE ANALGOSEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Maria Alba Riera; Gemma Marín; Montserrat Guillén; Mariví García; Elisabet Gallart
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducción

Una sedación adecuada y un nivel suficiente de analgesia son esenciales para el cuidado óptimo de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos. La valoración y manejo de la sedoanalgesia se consideran indicadores de calidad relevantes en relación al paciente crítico.

Objetivo

Evaluar los indicadores de calidad relacionados con la sedación y la analgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Metodología

Estudio prospectivo descriptivo consistente en auditorias cuatrimestrales llevadas a término en la UCI de un hospital de tercer nivel, por parte de un observador externo a la unidad. Variables principales: en cuanto al dolor: prescripción de analgesia y monitorización (escala adecuada y frecuencia de valoración), administración de analgesia y respuesta al tratamiento. En cuanto a la sedación: prescripción del objetivo de sedación, monitorización de la sedación (nivel y frecuencia). Se ha llevado a término una estadística descriptiva para todas las variables.

Resultados

Se han realizado 95 observaciones de prescripciones médicas y registros de enfermería al azar. Prescripción de analgesia: si en el 94% (89) de los tratamientos. Monitorización del dolor: sí en el 98% (93) de los registros con El 100% de escala adecuada para cada paciente (EVN o ESCID). Prescripción de objetivo de sedación en pacientes con sedación: si en el 95% (48), no en el 5% (2). Monitorización de la sedación en pacientes con sedación: si en el 100% (50) de pacientes. Frecuencia de monitorización: cada 2 horas el 100% (50) de pacientes.

Conclusiones

Los resultados de los indicadores evaluados muestran un elevado cumplimiento del protocolo de analgosedación de la unidad, aunque siguen existiendo áreas de mejora.

Pósters

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 760
MÉTODOS FÍSICOS DE REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ID 763
IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA CONTINUA EN LA REDUCCIÓN DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL

ID 765
DIFERENCIAS DE INTERPRETACIÓN DE PRESIONES EN DIFERENTES DISPOSITIVOS DE TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL (TCDE)

ID 767
ANÁLISIS DE LAS CONSTANTES VITALES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS (UME)

ID 773
REVISIÓN SISTEMÁTICA: ANEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 774
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS CAUSAS PRINCIPALES DEL INCUMPLIMIENTO EN EL LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 775
PROTOCOLO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRRC

ID 780
EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UCI

ID 696
NECESIDAD DEL ABORDAJE DEL PATRÓN SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 760

MÉTODOS FÍSICOS DE REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

María Luisa Bravo Arcas; Irene Porres Revuelta; Sara Amabel Ruiz Ruiz; María José Bueno Muñoz
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción

La fiebre, definida como una temperatura corporal igual o superior a 38,3°C, es una anormalidad común e importante en la Unidad de Cuidados intensivos (UCI). Su incidencia oscila del 28% al 70% en UCI. La temperatura puede medirse utilizando diferentes técnicas. Un episodio de fiebre debe ser evaluada pero no necesariamente tratado. Existe controversia en el tratamiento de la misma por considerarla un mecanismo adaptativo, sin embargo su abordaje no ha demostrado disminuir la mortalidad en UCI. El tratamiento antipirético debe ser reservado para los sujetos con inestabilidad hemodinámica o individuos de alto riesgo a fin de evitar complicaciones derivadas de la hipertermia.

Objetivo

Determinar si la evidencia disponible apoya los tipos y momentos de las diferentes intervenciones de enfermería comúnmente utilizadas para reducir la fiebre de los pacientes ingresados en UCI y sus tiempos.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en términos de resultados en recursos como: MEDLINE, GUÍA SALUD, COCHRANE LIBRARY y TESEO (inglés y español - últimos 10 años).

Resultados

Se localizan 148 artículos, 21 de ellos cumplen criterios de inclusión. Al aplicar medios físicos antitérmicos hay que monitorizar parámetros cardiorrespiratorios y velocidad de enfriamiento. Ésta debe ser lenta, pues, si se ejecuta demasiado rápida puede causar temblores aumentando la tasa metabólica y, posteriormente, la temperatura corporal central. Sobre los métodos físicos antipiréticos convencionales en UCI de conducción, convección y evaporación, los estudios recogen que no hay evidencia suficiente que respalde una técnica u otra, ya que los estudios son de validez limitada por muestra pequeñas, diferentes tiempos y modos de aplicación, etc.

Conclusiones

No hay evidencia suficiente que apoye el uso rutinario ni exclusivo de medidas físicas aunque si se usan de forma conjunta potencia el efecto antipirético de los fármacos. Se precisan estudios rigurosos y de mayor potencia que comparen efectividad entre las distintas técnicas aunando modos de aplicación y tiempos.

Financiación

No precisa.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 763

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA CONTINUA EN LA REDUCCIÓN DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL

Rafael Justel García; Beatriz Ruiz de Pablo; Santiago Gallego Cabezas; MªJesús Urdániz Fraguas; Emilio Jiménez Martínez; Ana Hornero López; Jordi Adamuz Tomás
Hospital de Bellvitge

Introducción

Las complicaciones asociadas a la atención del paciente en unidades de cuidados críticos (UCIs) generan morbimortalidad e impactan directamente sobre el gasto sanitario. La bacteriemia relacionada con catéter venoso central (BRCVC) representa un problema grave que afecta la seguridad del paciente. Diferentes estudios han demostrado la eficacia de la aplicación de medidas de prevención basadas en la evidencia en la reducción de la BRCVC.

Objetivo

Evaluar el impacto de un programa de intervención multimodal para la prevención de la bacteriemia relacionada con catéter venoso central en unidades de cuidados críticos de un hospital de tercer nivel.

Metodología

Intervención multimodal (enero 2013) para la prevención de BRCVC. Se recogieron datos de forma prospectiva de enero de 2012 a diciembre de 2016, siendo la variable principal del estudio la incidencia/tasa de BRCVC. Ámbito: UCIs de hospital de tercer nivel con 34 camas polivalentes para adultos. Población: todos los pacientes ingresados en UCIs portadores de CVC Método: bundle de medidas del estudio de Pronovost, vigilancia de BRCVC, medidas de control para el mantenimiento de CVC, estrategias de sensibilización y sesiones de formación continuada a los profesionales, utilización de medidas de barrera, higiene y desinfección, estandarizaciones de cuidados enfermeros y seguimiento para la detección de prácticas inadecuadas.

Resultados

Durante el periodo de estudio la incidencia de BRCVC ha disminuido de 3,8 episodios por 1000 días de catéter en el año 2012 a ser del 0,6 en el 2016.

Conclusiones

La puesta en marcha de un programa de vigilancia y la instauración de intervenciones para mejorar los cuidados de mantenimiento del CVC y prevenir el riesgo de infección han contribuido a disminuir significativamente la incidencia de BRCVC y promover cultura de seguridad en las UCIs. La implicación enfermera y el trabajo en equipo multidisciplinar han hecho posible mejorar los resultados y lograr disminuir la incidencia/tasa de BRCVC a <1% en las UCIs.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 765

DIFERENCIAS DE INTERPRETACIÓN DE PRESIONES EN DIFERENTES DISPOSITIVOS DE TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL (TCDE)

Joaquín Fernández Álvarez; Marta Fernández Buján; Alexandre Chacón Osuna; Yaiza Gómez Ros; Sara Lopez Ronsano; Marta Briones Roc; Luz María Delgado Pavón; Jordi Nogueras Haro
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

Las TCDE se han convertido en un procedimiento de depuración sanguínea rutinario en el cuidado del paciente crítico, en las que la sangre es extraída hasta un circuito extracorpóreo en el que es sometida a fuerzas de convección y difusión. Según varios organismos internacionales que velan por la calidad en la aplicación de TCDE, indicadores de buen funcionamiento de las terapias son: presiones de entrada, prefiltro, transmembrana, de efluente, y de retorno; así como caídas de presión. Dado que Enfermería ha adquirido un rol cada vez más autónomo en el montaje, mantenimiento y supervisión del correcto funcionamiento de las TCDE, es necesario que estos profesionales adquieran las habilidades necesarias para monitorizar e interpretar las presiones existentes durante la realización de las TCDE.

Objetivo

Describir los rangos de normalidad de las presiones de los diferentes dispositivos disponibles en el mercado español. Describir los factores que influyen en las presiones del circuito extracorpóreo.

Metodología

Se analizaron los rangos especificados en los manuales de operador de tres de los dispositivos más empleados en el Estado español: Baxter (Prismaflex), Nikkiso (Aquarius) y Bellco (Amplya). Posteriormente, se realizó una búsqueda en la base de datos pubmed con las palabras “Continuous Renal Replacement Therapy”, “nurse”, y “critical care” con el término booleanos AND; así como en la revista especializada Enfermería Intensiva, seleccionando artículos de revisión para interpretar las diferentes presiones del circuito.

Resultados

Se observaron diferencias en los valores de presión según se refleja en la tabla 1 La interpretación de las presiones se puede ver en la tabla 2.

Conclusiones

Los rangos de presión tienen tendencias similares, aunque, existen algunas diferencias que requieren formación especifica para cada dispositivo. Los factores moduladores de las presiones son, el correcto funcionamiento del catéter, el flujo de sangre, el estado de coagulación del filtro, así como el tipo de terapia utilizada (convección o difusión).

sigue →

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Tabla 1. Resultados de presiones entre dispositivos			
Presiones*	**Prismaflex**	**Aquarius**	**Amplya**
Entrada	-100/-250	-50/-250	-10/-300
Prefiltro	+10/+450	-100/+400	+30/+600
Transmembrana	+70/+350	+30/+400	0/+400
Caída de presión	+10/100	+5/+250	NA
Efluente	-350/+400	-400/+400	-150/+150
Retorno	+15/+350	+20/+300	+10/+300
*Todas las cifras de presión de proporcionar en mmHg.			

Tabla 2. Interpretación de resultados de presiones entre dispositivos			
Presión	**Significado**	**Causas de presión anormal**	**Observaciones**
Entrada	Monitoriza el estado del circuito en su lado aferente, es decir, desde el catéter hacia la bomba de sangre.	Línea de acceso ocluida o pinzada Elevado flujo de sangre	Es siempre negativa debido a la succión de la bomba
Prefiltro	Monitoriza el empuje de sangre de la bomba y la dificultad de esta de penetrar en el filtro	Coagulación del filtro	Es siempre positiva por empuje de la bomba
Transmembrana	Monitoriza diferencia de presión entre el compartimento sanguíneo y el del ultrafiltrado/diálisis	Coagulación de la membrana del filtro Coagulación de la cámara venosa Línea de retorno ocluida Incremento del ultrafiltrado	Es siempre positiva por el gradiente de presión generado entre los dos compartimentos. Sobre todo en terapia convectiva
Caída de presión	Diferencia de presión a la entrada y salida del filtro	Coagulación del filtro	
Efluente	Monitoriza la evacuación del ultrafiltrado o líquido de diálisis a la bolsa del efluente	Coagulación de la membrana Elevado ultrafiltrado	Se hace negativa por coagulación o elevación del ultrafiltrado
Retorno	Monitoriza el estado del circuito en su lado eferente, y refleja la resistencia del catéter al flujo de sangre de retorno.	Acceso vascular cluido o pinzado Elevado flujo de sangre	Es siempre positivo por el flujo de sangre hacia el paciente

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 767

ANÁLISIS DE LAS CONSTANTES VITALES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS (UME)

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; Antonio Soriano Román[2]; Rogelio Guillamón Candel[1]; Jeronimo Luis Tornel Miñarro[1]
1. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia 061. Murcia; 2. Facultad de enfermería de la UMU

Introducción

Los cuidados críticos se extienden a la atención extrahospitalaria a través de los servicios de urgencias o Unidades Móviles de Emergencias (UMEs).

Objetivo

El objetivo de este estudio es analizar las constantes vitales básicas de una muestra amplia de los pacientes atendidos por una UME metropolitana.

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal, en una UME de la gerencia de urgencias y emergencias 061. Temporalidad: 9 meses (continuados). Sujetos a estudio: pacientes que fueron atendidos por un equipo de la UME-2. Desarrollo: Base de datos ad hoc con variables sociodemográficas y clínicas, así como datos de constantes vitales y otras mediciones extraídas del registro en papel normalizado en la Gerencia de Urgencias y Emergencias del 061 en una región española. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Se ha tenido en cuenta las normas de protección de datos personales

Resultados

Muestra 432 pacientes. Edad media 49 años DE 27,8 (0-95). Varones 52%. Mes con más pacientes registrados en noviembre 2016. Frecuencia cardiaca (FC) 85,6 DE27,2 (0-192), frecuencia respiratoria (FR) 15,3 DE6,3 (0-39), presión arterial sistólica (PAS) 124 DE35,6 (0-216), presión arterial diastólica (PAD) 73,7 DE20,6 (0-142), temperatura 36,3 DE 0,8 (34,7-39), saturación de oxígeno distal con pulsioximetría 93,1 DE19,3(0-100), escala de Glasgow 13,4 DE4,3 (3-15), glucemia capilar (GC) 130,95 DE54,8 (0-350).

Conclusiones

Los pacientes atendidos en este equipo de la UME presentan valores medios de constantes vitales dentro de los considerados no patológicos, con gran dispersión donde se encuadran los pacientes críticos. Este análisis ha sido útil para conocer parte de los resultados de nuestra actividad al no tener informatizados estos parámetros y por tanto no obtener retroalimentación de la organización.

Financiación

No ha existido ninguna financiación para este estudio.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 773

REVISIÓN SISTEMÁTICA: ANEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Ivan Sabaté Cordero; Marta Castellanos Vidal; Mercedes de La Llana Chavarria
UCI-UCO Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Introducción

La anemia se define como un déficit de hemoglobina en sangre, teniendo en cuenta que los valores normales de este compuesto es entre 13,8-17,2mg/cl. En hombres y 12,1-15,1mg/cl. en mujeres. También se puede valorar con el hematocrito, siendo los valores normales entre 40,7-50,3% en hombres y 36,1- 44,3% en mujeres. Es importante tener en cuenta las posibles consecuencias de la anemia en el paciente crítico, ya que pueden complicar su estado general hasta aumentar la mortalidad de éstos.

Objetivo

Conocer la incidencia de anemia en pacientes hospitalizados en unidades de críticos. Describir las diferentes causas de anemia en el paciente crítico.

Metodología

Busqueda bibliogràfica a través de Pubmed i Scielo de las palabras clave: ”Anemia” and ”Intensive cares units”.

Resultados

La anemia es una patología bastante común en el paciente crítico, de elevada prevalencia, y la alteración analítica más frecuente. Las causas a las que hace referencia la bibliografia son: -Extracción de AS: Se realizan de forma seriada en este tipo de pacientes, hasta un total de 20cc por AS en ocasiones. -Procedimientos invasivos: En un estudio en una UCI médico-quirúrgica se observó que el 90% de la muestra sufrió algún proceso de sangrado. Se describió que el 20% de estos pacientes sufrió un proceso de sangrado alrededor de 4 días de duración, el 15% fue a causa de una intervención quirúrgica, el 38% surgió a causa de la inserción de un catéter vascular y el 16% a causa de una IOT.

Conclusiones

El paciente crítico es un tipo de paciente con alta incidencia en anemia, en ocasiones iatrogénica. Es importante recordar que la anemia està asociada a un incremento en los días de ingreso en UCI, un aumento de las transfusiones sanguineas y de la mortalidad, como se describe en la bibliografia.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 774

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS CAUSAS PRINCIPALES DEL INCUMPLIMIENTO EN EL LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Castellanos Vidal; Ivan Sabaté Cordero; Mercedes de La Llana Chavarria
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Introducción

El lavado de manos (LM), es la estrategia principal para prevenir infecciones nosocomiales. A pesar de los esfuerzos de los equipos de prevención y comités de infecciones, sigue habiendo un alto porcentaje de incumplimiento. La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un lugar clave para controlar al máximo la higiene de las manos de los profesionales.

Objetivo

El objetivo principal es conocer las causas principales del incumplimiento del (LM) por parte del personal sanitario.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía publicada en las bases de datos: PubMed, Cochrane, Scielo y Cuiden. Se emplearon los descriptores: “hand higiene compliance ICU”, “nosocomial infection ICU”, “patient safety” y “hand washing”. Se aplicaron los siguientes filtros: publicados en los 10 anteriores años, publicaciones en castellano e inglés y publicaciones nacionales e internacionales. Los criterios establecidos fueron: estudios que analicen los motivos principales del incumplimiento por el personal sanitario del LM en unidades de cuidados intensivos (UCI), que aporten datos contrastados sobre el estado de la cuestión, acceso al texto completo y escritos en inglés o español. De 115 publicaciones fueron seleccionadas 18 para análisis según criterios de inclusión

Resultados

El principal motivo de incumplimiento del LM es el exceso de trabajo seguido de la falta de material, de la falta de concienciación e irritación de la piel. El LM que se produce con más frecuencia de los 5 momentos descritos por la Organización Mundial de la Salud, es el de después del contacto con el paciente. Un estudio hecho ha evidenciado que sólo el 13% de los profesionales observados se lavaba las manos en todas las situaciones que lo requiere.

Conclusiones

La prevalencia de LM en el hospital es aceptable, aunque no se realiza con la frecuencia correcta. El exceso de trabajo y la falta de material son las primeras causas del incumplimiento.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 775

PROTOCOLO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRRC

Mercedes De La Llana Chavarria[1]; Ivan Cordero Sabaté[2]; Marta Castellanos Vidal[2]
1. UCI Hospital Universitario Arnau de Vilanova; 2. UCI-UCO Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Introducción

Las técnicas continuas de remplazo renal (TRRC) comporta la circulación sanguinea a través de un circuito extracorpórea, con el fin de realizar las funciones renales, en caso de fallo renal agudo (FRA). Es funcamental para el colectivo de enfermeria de unidades de pacientes críticos conocer el funcionamiento del hemofiltro y los cuidados que precisan.

Objetivo

Dar a conocer los cuidados de enfermeria a realizar en los pacientes en TRRC al personal de enfermeria de la UCI del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV). Informar sobre la información que proporciona el monitor del hemofiltro.

Metodología

Busqueda de bibliografia respecto al tema en PubMed, Cuiden y Scielo de las palabras clave: ”renal replacement therapy” and ”nurse cares”.

Resultados

Una vez insertado el catéter se debe realizar test de flujo, ya que el hemofiltro precisa que el catéter pueda extraer sangre con un gran flujo sin problemas. Una vez tengamos el hemofiltro purgado y preparado para iniciar la TRRC debemos conectarlo al catéter insertado en forma de escopeta del paciente y iniciar la terapia. El monitor nos permite controlar diferentes parámetros que podemos variar bajo orden médica, con tal de cambiar el resultado esperado de la TRRC. Una vez iniciada la TRRC el monitor nos muestra unos datos: la eliminación de líquidos, la presión de entrada, de salida y la del filtro. Estos datos nos muestran si la TRRC está siendo realizada sin problemas y el estado del filtro.

Conclusiones

En conclusión, es de capital importancia por el personal de enfermería de unidades de críticos que conozcan el funcionamiento y cuidados a realizar en los pacientes con TRRC. Por otra parte, una vía nueva de actuación en nuestro centro es la formación del personal novel antes de iniciar contrato en unidades de críticos en aspectos específicos del servició, como es la TRRC.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 780

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UCI

María del Mar Román-López[1]; Elena Muñoz Arranz[2]; Carolina E. Hernández González[1]; Alejandro Murcia Sánchez[1]
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor; 2. Hospital Santa Lucía

Objetivo

Describir cómo han evolucionado las Bacteriemias secundarias a infección de catéter (BCV), Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) e Infección urinaria asociada a sondaje uretral (IU-SU), a partir de la incorporación de los Programas de Seguridad BACTERIEMIA ZERO (BZ), NEUMONÍA ZERO (NZ) e ITU ZERO (IZ).

Metodología

- Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y comparativo.
- Desde el 01/01/2012 hasta el 31/12/2016.
- Muestra: pacientes que permanecieron más de 36 horas y/o menos de 90 días, durante los 5 años de análisis.
- 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: En 2012 partimos de una TI de 5.26% y DI de 4.95% con un ascenso en 2013 de la TI a 7.81% y DI a 5.83%; en 2014 hubo un incremento considerado de TI hasta 9.38% y DI a 11.79% con una menor RU de 0.26; en 2015 y 2016 hubo una disminución progresiva de las medidas de frecuencia siendo en 2015 la TI de 3.53%, DI de 4.19% y RU de 0.33; y, en 2016 obtuvimos finalmente una TI de 2.11%, DI de 2.56 y RU de 0.35.
- IU-SU: ha habido una disminución progresiva de la TI y DI, manteniéndose la RU.
- BCV: en 2012 tuvimos una TI de 0.97% con una DI de 0.72% y RU de 0.72; en 2013, 2014 y 2015 fue de 0 BCV; y, en 2016 tuvimos una TI de 0.7% con una DI de 0.48 y RU de 0.94.

Conclusiones

Comprobamos que la evolución de los Programas de Seguridad ha sido positiva para mejorar la calidad de los cuidados a nuestros pacientes. Es necesario realizar un recordatorio de los Programas de Seguridad cada cierto tiempo con la finalidad de reciclar al personal ya formado y al de nueva incorporación.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 696

NECESIDAD DEL ABORDAJE DEL PATRÓN SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Jesús Sánchez Martín[1]; Azahara Sánchez Gómez[2]; Fidel Muñiz Brenes[1]
1. Hospital General de La Palma; 2. Hospital Santa Lucía de Cartagena

Introducción

El patrón sexual encontramos que se encuentra algo olvidado en la valoración enfermera. Se contempla escasa información sobre dicho patrón de nuestros pacientes ingresados en UCI. Es importante concienciar y justificar la necesidad de actuaciones orientadas a la formación e interiorización por parte del personal de enfermería,para la mejora de los registros de enfermería relacionándolos con el patrón sexualidad. Abarca patrón reproductivo, pre menopausia y posmenopausia, problemas percibidos por la persona. Debemos conocer la menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual. Menopausia y síntomas relacionados, métodos anticonceptivos, embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción, problemas o cambios en las relaciones sexuales.

Objetivo

El objetivo que ha guiado este estudio es la necesidad de valorar el patrón de la sexualidad en los cuidados enfermeros de UCI.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como: Dialnet, Pubmed y Grupo Cochrane. Los criterios de inclusión que se ajustasen al objetivo planteado. El idioma de referencia utilizado ha sido tanto el inglés como el español.

Resultados

No encontramos publicaciones en castellano, referidas a la valoración de este Patrón, ni sobre las actitudes de los profesionales de Enfermería a este respecto. El abordaje del patrón sexual en UCI y es poco tratado en la práctica clínica de la enfermería, según nuestros resultados, a pesar de contar con unos diagnósticos enfermeros bien definidos como son: “disfunción sexual” y “patrón sexual inefectivo”, con sus correspondientes objetivos e intervenciones, a los cuales se puede llegar mediante la valoración integral de enfermería y su apartado Patrón sexualidad/ Reproducción

Conclusiones

Valorar el patrón de la sexualidad de forma exhaustiva, evidencia la mejora de la información, para el cuidado de los pacientes. La información recogida de este patrón aumenta la seguridad de los pacientes por las repercusiones que su omisión puede tener sobre la salud de las personas.

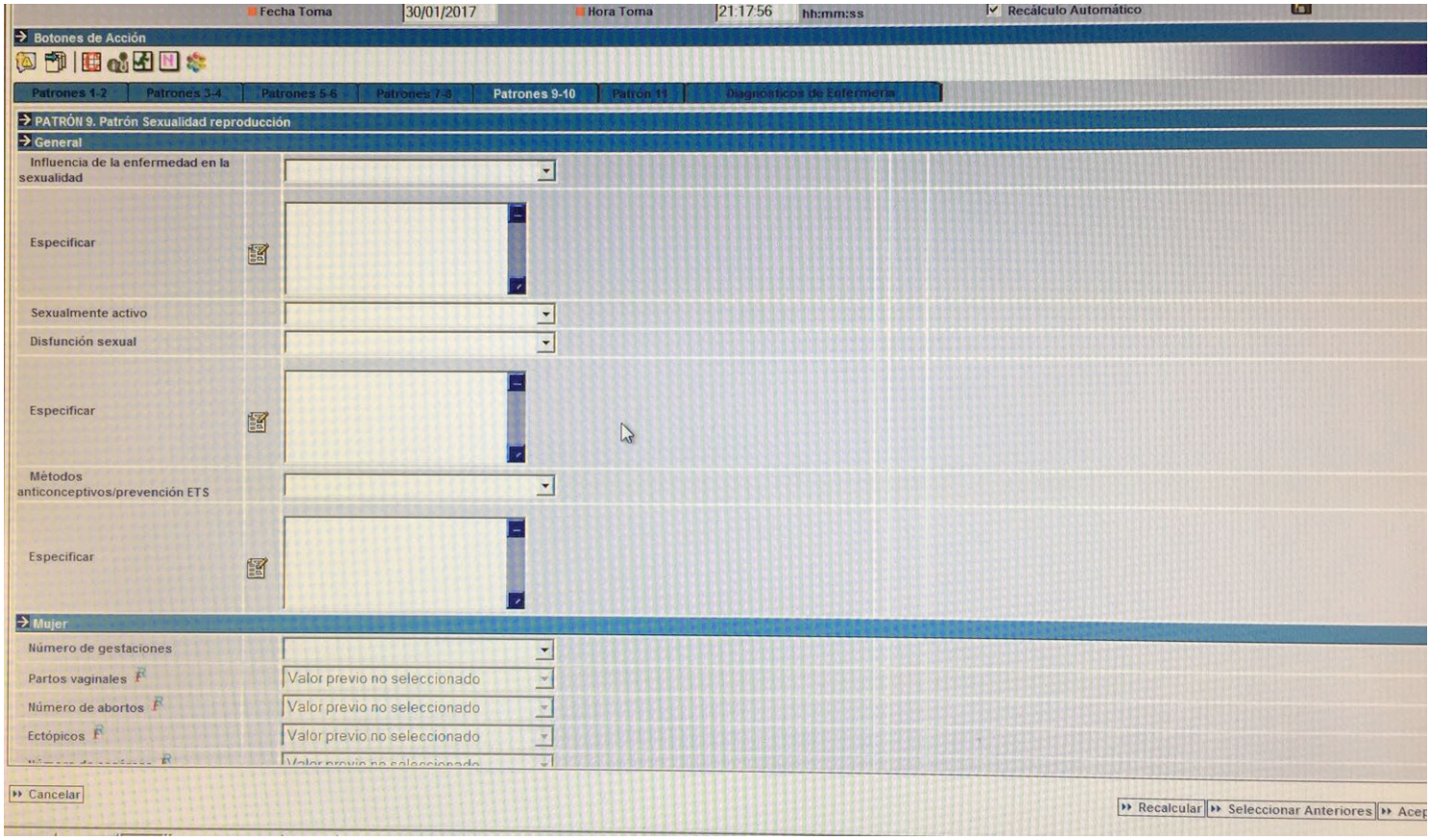
Financiación

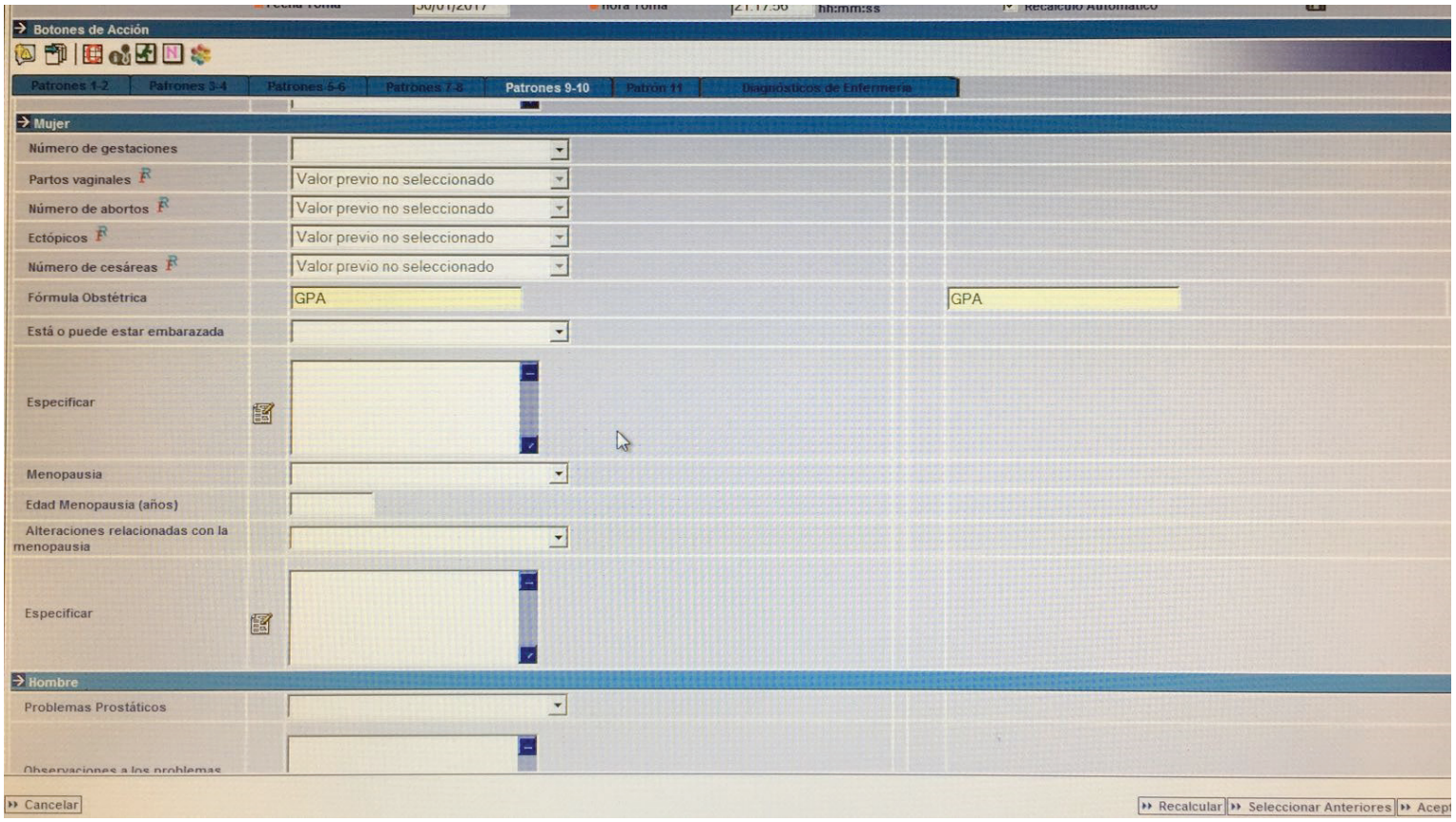
No existe.

sigue →

REGE CAROLO III
ANNO
MDCCLXXVIII

Pósters


Fecha Toma
30/01/2017
Hora Toma
21:17:56
hh:mm:ss
Recálculo Automático
Botones de Acción
Patrones 1-2
Patrones 3-4
Patrones 5-6
Patrones 7-8
Patrones 9-10
Patrón 11
Diagnósticos de Enfermería
PATRÓN 9. Patrón Sexualidad reproducción
General
Influencia de la enfermedad en la sexualidad
Especificar
Sexualmente activo
Disfunción sexual
Especificar
Métodos anticonceptivos/prevención ETS
Especificar
Mujer
Número de gestaciones
Partos vaginales
Número de abortos
Ectópicos
Valor previo no seleccionado
Cancelar
Recalcular
Seleccionar Anteriores


Botones de Acción
Patrones 1-2
Patrones 3-4
Patrones 5-6
Patrones 7-8
Patrones 9-10
Patrón 11
Diagnósticos de Enfermería
Mujer
Número de gestaciones
Partos vaginales
Número de abortos
Ectópicos
Número de cesáreas
Valor previo no seleccionado
Fórmula Obstétrica
GPA
Está o puede estar embarazada
Especificar
Menopausia
Edad Menopausia (años)
Alteraciones relacionadas con la menopausia
Especificar
Hombre
Problemas Prostáticos
Observaciones a los problemas
Cancelar
Recalcular
Seleccionar Anteriores

Pósters

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 415
IMPORTANCIA DE CONOCER LOS DIFERENTES TIPOS DE DESFIBRILADORES EN SITUACIONES CRÍTICAS

ID 416
EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA APLICACIÓN DE INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CRÍTICOS QUE CURSAN CON DELIRIO DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO

ID 424
GENERANDO SISTEMAS PREDICTIVOS DE APOYO A LA DECISIÓN CLÍNICA

ID 436
HIGIENE DE MANOS: ANÁLISIS DE BARRERAS PARA SU CORRECTO CUMPLIMIENTO EN LA UCI DEL HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ

ID 437
CUIDADO DE LA TRAQUEOTOMÍA Y MANEJO EN LAS DIFERENTES FASES DEL DESTETE

ID 661
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA REALIZACIÓN DE DECÚBITO PRONO EN PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 415

IMPORTANCIA DE CONOCER LOS DIFERENTES TIPOS DE DESFIBRILADORES EN SITUACIONES CRÍTICAS

Gorka Vallejo de la Hoz[1]; Izaskun Renobales Irusta[1]; Ana María Sánchez Villamor[2]; Leire Reglero García[1]; Leire Berasaluze Sanz[1]; David Moro Delgado[1]; Amaia López Martín[1]; Julene Marcuartu Bardeci[1]; Irune Echevarría San Juan[1]; Inmaculada Moro Casuso

1. Hospital Galdakao-Usansolo. Universidad del País Vasco; 2. Atención Primaria OSI Bilbao-Basurto

Introducción

En emergencias con pacientes críticos (parada cardio-respiratoria, síndromes coronarios, arritmias graves, shock hipovolémico, etc), conocer el material disponible es fundamental; especialmente el monitor y el desfibrilador. Sin embargo, en los centros hospitalarios existen diferentes tipos de desfibriladores y conocer su manejo se estima de vital importancia.

Objetivo

1. Conocer los diferentes tipos/modelos de desfibriladores existentes en el Hospital Galdakao-Usansolo, así como las diferencias en su manejo.
2. Facilitar la formación del personal sanitario.

Metodología

En el Hospital Galdakao-Usansolo (Bizkaia) disponemos de 5 tipos desfibriladores: Los modelos Physio Control® Lifepak 9B, 12, 15, 20 y 500. El Lifepak 9B es manual, utilizado habitualmente con palas. Los modelos 12, 15 y 20 permiten usar palas o electrodos de desfibrilación. Los Lifepak 12 y 15 permiten la opción marcapasos (estimulación cardíaca) y la medición de capnografía. El Lifepak 20 permite el uso/modo manual o de desfibrilador externo automático (DEA). Y el Lifepak 500 es únicamente un DEA.

Resultados

INTERVENCIONES: Además de conocer los diferentes modelos de desfibriladores, debemos conocer el encendido, el paso de manual a DEA, la selección de las derivaciones y la carga, así como los materiales accesorios necesarios: electrodos adhesivos de desfibrilación tipo Quik-Combo®; los cables conectores de palas/electrodos; gel conductor para la desfibrilación, etc.

Conclusiones

Para el personal de Enfermería es de vital importancia conocer las diferencias en el manejo de los diferentes tipos de desfibriladores, ya que con frecuencia los profesionales de la Enfermería son quienes comienzan la monitorización y la reanimación.

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 416

EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA APLICACIÓN DE INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CRÍTICOS QUE CURSAN CON DELIRIO DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO

Juan José Rodríguez Mondéjar[1]; Mª José López Montesinos[2]; Mª Carmen Barberá Ortega[3]; Azucena Rodríguez Martínez[4]; Lucía Navarro Sanz[5]; Alfredo Cano Reyes[5]; Manuel García Méndez[6]; Mª José Sánchez Zamora[5]; Cristina Lázaro Pérez[7]; Mª José Navarro Marco[5]

1. UME-2 (Alcantarilla). Gerencia 061. Murcia; 2. Facultad de Enfermería. UMU; 3. Facultad de Enfermería; 4; CS Ronda Sur. Gerencia Área VII. SMS; 5. UCI. HGU Reina Sofía de Murcia. SMS; 6. Servicio Murciano de Salud; 7. Universidad de Murcia

Introducción

El delirio o síndrome confusional agudo (SCA) es una complicación que se puede asociar con el ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI), no por ello deja de ser grave en sí mismo, por ello hay que tratarlo con distintas medidas.

Objetivo

El objetivo de este estudio es exponer los resultados de la aplicación de un conjunto de medidas no farmacológicas en estos pacientes en una UCI polivalente.

Metodología

Estudio experimental, prospectivo y longitudinal, en una UCI polivalente de un HGU, de 25 meses (continuados). Muestra: pacientes que desarrollaron SCA en UCI con 24h de ingreso. Desarrollo: Se aplicaron medidas no farmacológicas dentro de las competencias enfermeras. Variables sociodemográficas y clínicas. Estadística: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Estadística inferencial con test T de Student, aceptando significación estadística si $p<0,05$, con nivel de confianza 95%.

Resultados

33 pacientes en grupo intervención (GI) y 34 en control. Edad media GI 74,2 DE11,9. Índices de gravedad APACHE II: GI 16,4 DE8,5 , SOFA: GI 3,7 DE3,04. Estancia media 6,87 DE 11,13 días. Nivel de sedación (SAS) 4,53 DE 0,9. Nº de actividades no farmacológicas englobadas en 14 ítems. Nº de turnos con intervenciones registradas 4,7 DE 2,96 (1-12), nº de intervenciones (NIC) realizadas de media 14,37 DE20,02 (7-120), Tº estimado por turno de Enfermería 43,73 min DE15,52 (20-100), Nº de enfermeras que participan/turnos 5,23 DE3,29 (2-15). Horas en UCI y grupo de randomización $p<0,007$. NOC al alta $p<0,042$, dosis de otros fármacos (no haloperidol) $p<0,006$.

Conclusiones

La aplicación de intervenciones enfermeras de tipo no farmacológico han sido eficaces en la atención al paciente con SCA en la muestra analizada. Han disminuido el tiempo de estancia en UCI, la dosis de algunos fármacos, y mejorando el NOC al alta.

Financiación

No ha existido financiación de ningún ente público ni privado.

sigue →

Intervenciones de Enfermería para prevenir o tratar el SCA

1. Orientar en tiempo, persona y espacio.
2. No contradecir, orientar en la realidad.
3. Disminuir el número y tipo de luces, evitar luz directa al paciente. Luz tenue, evitar cambios bruscos que afecten al paciente.
4. Disminuir ruido ambiente, monitores 40%, volumen máximo de equipo de forma inicial, después modular según equipos y pacientes, nunca dejar menos del 20%, ni anular.
5. Disminuir y/o evitar hablar en voz alta, tener conversaciones no imprescindibles.
6. Limitar entradas y salidas de box aglutinando actividades programadas.
7. No entrar muchas personas a la vez, si es posible que sean las mismas.
8. Aplicación del procedimiento de prevención de caídas.
9. Limitar sujeción mecánica a situación de agresividad no controlable.
10. Favorecer ambiente familiar conocido.
11. Facilitar que este un acompañante de forma continuada, y si no es posible hacerlo de forma discontinua.
12. Se requiere algún objeto personal que le genere recuerdos agradables.
13. Visitas de personas que le recuerden aspectos agradables de su vida.
14. Radio para escuchar música suave, o programas que le gusten y le lleven a su realidad cotidiana.

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 424

GENERANDO SISTEMAS PREDICTIVOS DE APOYO A LA DECISIÓN CLÍNICA

María Isabel González Méndez; Inmaculada Alonso Araujo; Catalina Martín Castaño; Isabel Rodríguez Pérez; Rosario Urbán Carmona
Hospital Virgen del Rocío

Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos son escenarios generadores de cantidades masivas de datos. Es innegable la necesidad de llegar a una mejor comprensión de la compleja variabilidad e interacciones entre variables fisiológicas y de transformarlas en información útil que pueda ser integrada en el cuidado del paciente.

Objetivo

Objetivo del proyecto Smart ICU: desarrollar un sistema predictivo de apoyo a la decisión clínica para pacientes críticos utilizando el aprendizaje selectivo de los análisis de big data.

Metodología

En el contexto de un proyecto de investigación se conformó un grupo de trabajo constituido por 2 facultativos, 3 enfermeras y cinco ingenieros de una empresa externa al hospital. Los objetivos eran la estructuración de todos los datos de la unidad y paliar las limitaciones de los mismos: provienen de fuentes variadas, la información proporcionada es inconexa entre sí y los datos aislados no presentan valor clínico. Se desarrolló un cronograma con una media de tres reuniones de trabajo semanales y una cuarta de seguimiento para determinar la situación del proyecto y los objetivos a corto plazo.

Resultados

Se desarrolló una gráfica de enfermería conformada por ocho subpantallas. Los dispositivos biomédicos facilitan datos del estado del paciente, siendo analizados y representados en tiempo real. Para solucionar el registro manual de informaciones tan sensibles como dosis, volúmenes o flujos de fármacos, el programa se integró con las bombas de infusión. Se posibilita la vista comparativa de diferentes pantallas para facilitar la toma de decisión. Smart ICU se integró con todos los sistemas de información hospitalarios, incorporando datos recogidos de los mismos para el desarrollo de los algoritmos predictivos.

Conclusiones

En fase de construcción de tres algoritmos predictivos: episodios de hipotensión aguda, hipoxemia moderada que va a pasar a la hipoxemia grave y episodios febriles-shock séptico. Se ha conseguido una precisión del 80 % para una ventana temporal de dos horas.

Financiación

Proyecto de investigación desarrollado con la colaboración de Everis Health.

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 436

HIGIENE DE MANOS: ANÁLISIS DE BARRERAS PARA SU CORRECTO CUMPLIMIENTO EN LA UCI DEL HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ

María Gómez Diego; Juan Manuel Ramos Rodríguez; Laura Fernández Ruiz; Rosario Calandria Amigueti; Elena Rico Gallego; Juan Manuel Clavijo Rodríguez; María Dolores Mendoza Delgado
UCI Hospital del SAS de Jerez de la Frontera

Introducción

Los estudios de investigación demuestran la existencia de factores que influyen en el cumplimiento por parte de los profesionales de las prácticas recomendadas de la higiene de manos, siendo las unidades de cuidados intensivos una de las áreas con mayor riesgo.

Objetivo

Con el objetivo de conocer las barreras que encuentran los profesionales de la UCI del Hospital del SAS de Jerez para la realización de una correcta higiene de manos, se ha diseñado el presente estudio de investigación. Un segundo objetivo es el determinar áreas de mejora donde poder actuar el equipo de seguridad del paciente.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. La herramienta de recogida de datos ha sido un cuestionario diseñado por el grupo de seguridad del paciente tras revisión bibliográfica y el análisis de las principales barreras encontradas en nuestro medio. Se realizó un pilotaje inicial del cuestionario y fue autoadministrado a los profesionales que trabajan en la UCI. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados mediante el software SPSS v22.

Resultados

Han participado en la encuesta 55 profesionales. Como datos más relevantes se encuentra que: Un 61% opina que falta jabón o papel en los lavabos frecuentemente. Un 78% opina que la falta de tiempo no le supone un problema para la higiene de manos. Un 19% presenta desconocimiento de las directrices y protocolos de higiene de manos.

Conclusiones

La higiene de las manos se considera la principal medida necesaria para evitar la transmisión de microorganismos. Aunque es una acción sencilla, la falta de cumplimiento entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un problema a escala mundial. Es importante conocer y atender las barreras que dificultan a los profesionales la realización de una correcta higiene de manos. A través del presente estudio se ha detectado en nuestra UCI, necesidades de formación y de organización de recursos sobre las que dirigir actividades de mejora.

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 437

CUIDADO DE LA TRAQUEOTOMÍA Y MANEJO EN LAS DIFERENTES FASES DEL DESTETE

José Ignacio Vicente González; Zuriñe Iñiguez de Ciriano Aldama; Miren García Marcos; Inmaculada Lorenzo Fernández; Susana González Orive; Maitane Velasco Martín; Ester Corredera Baz; Sonia Fernández Garmilla; Joseba de Miguel Guerrero; Paloma López Llamazares
Hospital Universitario de Álava UMI

Introducción

La traqueotomía percutánea (TP) es una técnica frecuente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La puesta en marcha de un protocolo reduce la discrepancia en la toma de decisiones, mejoran la comunicación y coordinación entre profesionales y unifican los cuidados enfermeros.

Objetivo

Nuestros objetivos van encaminados a un buen manejo de la traqueotomía en la UCI: Crear un protocolo de TP. Instaurar un manejo y cuidado adecuado de la traqueotomía en las diferentes situaciones en nuestra UCI (ventilación mecánica, respiración espontánea, etc.).

Metodología

Revisión bibliográfica (2003-2016) en inglés y español sobre la traqueotomía percutánea en las bases de datos con los términos “cuidados traqueotomía”, “Tracheostomy tube cuffs” “Percutaneous Tracheostomy” “Swallowing tracheostomy” “Guía práctica clínica”: PubMed, Medscape, Biblioteca Cochrane, CUIDEN, y NHS guidance. Elaboración de un protocolo de traqueotomía y difusión del mismo en la UCI.

Resultados

Elaboración de un protocolo de traqueotomía, donde se creó una sistemática de trabajo en los cuidados de enfermería: Realizar una limpieza adecuada de la cánula y una valoración de la permeabilidad de la misma, minimizando complicaciones. Dentro del protocolo se creó otro apartado para el manejo del paciente con traqueotomía donde se explicó diferentes escenarios en la utilización del tipo de cánula y manejo del neumotapón: conectado y desconectado de ventilación mecánica. Para ello utilizamos un algoritmo reflejando las diferentes situaciones en las que se debe utilizar cánula fenestrada o no fenestrada y/o neumotapón inflado o desinflado.

Conclusiones

Al revisar la bibliografía se ha evidenciado que el manejo del destete y el uso del neumotapón ha evolucionado en comparación con lo realizado en nuestra unidad hasta ahora. Se requiere la actualización de los cuidados que llevamos a cabo y la realización de dicho protocolo y la puesta en marcha ha unificado el manejo de TP en nuestra unidad.

Financiación

No hay financiación.

Pantalla nº 1. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 661

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA REALIZACIÓN DE DECÚBITO PRONO EN PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pedro Rubio Navarro; Sonia Inmaculada Jiménez Luque; Berta de la Loma Fernández Gómez; Patricia Piñas Viñambres; Pilar Gil Sendino
Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Introducción

En el ámbito de la UCI, se han descrito varias técnicas para mejorar la oxigenación arterial en pacientes con (SDRA), siendo de las más efectivas la maniobra del decúbito prono. Esta táctica es capaz de mejorar la relación de Presión parcial de oxígeno y concentración de oxígeno (PaO2/FiO2) en pacientes con hipoxemia severa a pesar de las maniobras que se llevan a cabo con los parámetros ventilatorios como las presiones inspiratorias o la PEEP. La función de Enfermería en la movilización y cuidados del paciente en prono es vital para reforzar la seguridad en la maniobra y que el paciente reciba la atención óptima para evitar las complicaciones relacionadas con el decúbito prono.

Objetivo

1. Determinar personal, orden y actuación en el proceso.
2. Coordinación entre el equipo que realice la técnica.
3. Garantizar cuidados, seguridad y atención al paciente.
4. Preservar la intimidad y la seguridad del paciente.
5. Establecer y humanizar los cuidados integrales al paciente en decúbito prono.
6. Garantizar la seguridad y eficacia en la maniobra.
7. Prevenir la aparición de complicaciones durante y después de la actuación.

Metodología

Gracias a la búsqueda bibliográfica realizamos un protocolo para todo el personal y así acondicionar los cuidados de enfermería descritos en la busqueda y los obtenidos en la práctica para la construcción de un protocolo de actuación.

Resultados

1. El personal conozca la técnica y los pasos a seguir para su correcta realización.
2. Dispongamos del material necesario que se va a emplear durante el procedimiento, así como asegurar la correcta colocación de los diversos dispositivos.
3. Consensuar los movimientos entre el personal para conseguir una mayor coordinación entre el equipo y evitar así situaciones de inestabilidad.

Conclusiones

La formación en técnicas tan específicas de UCI es imprescindible para la realización de una técnica determinante como el decúbito prono, desarrollado para mejorar significativamente la oxigenación en hipoxemias severas.

Financiación

No se necesita financiación.

Pósters

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 442
CALIDAD DEL SUEÑO EN EL POSTOPERATORIO, EN PACIENTES DE CIRUGÍA CARDÍACA INGRESADOS EN UCI

ID 461
MANEJO DE DONANTE EN ASISTOLIA MAASTRICHT II POR ENFERMERIA DE INTENSIVOS

ID 463
PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 468
CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES HEMODINAMICAS ESTÁTICAS Y DINÁMICAS, MEDIDAS A PIE DE CAMA, MEDIANTE ELEVACIÓN PASIVA DE LAS PIERNAS COMO CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UCI

ID 503
OXIGENOTERAPIA EN UCI: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 442

CALIDAD DEL SUEÑO EN EL POSTOPERATORIO, EN PACIENTES DE CIRUGÍA CARDÍACA INGRESADOS EN UCI

Mª Victoria Polit Martínez; Pilar Ordóñez Rufat; Ricardo Abellán Lencina
HUB

Introducción

La dificultad para dormir aumenta con la edad, si sumamos estar ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el problema se incrementa.

Objetivo

El objetivo principal, describir la calidad del sueño durante el postoperatorio inmediato de los pacientes operados de cirugía cardíaca (CEC) ingresados en UCIs de un hospital de tercer nivel. Objetivos secundarios: identificar factores condicionantes del sueño, determinar qué factores ambientales identifican los pacientes como más molestos para el sueño.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, del 1 de septiembre al 31 de diciembre 2016. en las UCIs polivalentes. Variables a estudiar: datos demográficos del paciente, días de estancia en UCI y datos recogidos en el "Cuestionario del Sueño de Richards-Campbell" y la "encuesta Freedman". Haciendo una valoración a partir de la primera, hasta la tercera noche de ingreso en la unidad.

Resultados

Incluidos 130 pacientes (71%), 16% excluidos del estudio y 13% no se han podido recoger datos por dificultad en periodo vacacional. Hombres 68.5%, mujeres 31.5%. Media de estancia en UCI 3.7 días. De los 130 pacientes, un 42% referían dormir mal en sus propios domicilios, ascendiendo un 57% en la UCI. En general el 65% duerme mal y sólo un 23% mantiene somnolencia diurna. Los resultados se han analizado por separado, debido a que a partir de noviembre los postoperados fueron asignados a otra UCI con una estructura arquitectónica diferente (paredes de obra). La somnolencia en la UCI con paredes fue del 22% frente al 25% en el resto. Relacionado con los factores ambientales el 21% tienen interrupción del sueño, y disminuye al 6% en la UCI con paredes. El resultado corrobora el obtenido en el cuestionario de Richards-Campbell donde los pacientes califican el sueño de regular con una puntuación media de 40.

Conclusiones

Es necesario instaurar estrategias no farmacológicas o incluso cambios estructurales para prevenir trastorno del sueño.

Financiación

No hay.

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 461

MANEJO DE DONANTE EN ASISTOLIA MAASTRICHT II POR ENFERMERIA DE INTENSIVOS

Liliana María Rincón Juaristi; Nagore de la Fuente Illana; Cristina Fernández García; Susana Reboredo González; Lander Atutxa Bizkarguenaga
Hospital Universitario Donostia

Introducción

Tras implantarse en abril de 2015 el programa de donación en asistolia en el H. U. Donostia, centro sin cirugía cardiaca, enfermería de cuidados intensivos se enfrenta a nuevos retos y técnicas. El manejo del ECMO, ha implicado un gran esfuerzo por parte de todo el personal, además de atender integralmente al potencial donante y su familia.

Objetivo

1. Conocer los resultados del programa de donación en asistolia no controlada (DANC) de 2015 y 2016.
2. Confirmar que la enfermería de UCI es capaz de asumir las técnicas específicas para la asistencia en la DANC.

Metodología

Estudio descriptivo prospectivo. Variables: donantes potenciales, donantes reales, órganos extraídos, órganos trasplantados, nº de corneas, nº de piezas de tejido osteotendinoso (TOT). Tras recibir formación por parte del Servicio de Coordinación de Trasplantes, enfermería está capacitada para:

1. Purgado de ECMO y mantenimiento del donante durante la perfusión.
2. Asistencia familiar.

Resultados

29 potenciales donantes con edad media: 47 años y estancia media en CMI : 2h. De los 29 potenciales, se ha conseguido Perfusión Abdominal Normotérmica (PAN) en el 82,7% (24) de los casos. En el 17,3% de los casos (5), no se inició PAN por incumplimiento de criterios de inclusión (2) y por canulación femoral fallida(3). De los 24 pacientes en PAN: 2 contraindicaciones (8,3%) (serología positiva y neoplasia renal en ecografía) y 2 negativas familiares (8,3%). 20 donantes efectivos. Extrayéndose 40 riñones y trasplantándose el 67,5% . De los 29 potenciales donantes, 22 han sido donantes de tejidos, extrayendo, 44 córneas, y 134 piezas de TOT.

Conclusiones

1.Enfermería es capaz de asumir un programa de DANC en un hospital sin unidad de cirugía cardíaca.
2. Con este programa, las personas en espera de un trasplante renal, corneal y osteotendinoso se han visto claramente beneficiados.
3. Este nuevo programa aumenta el pool de donantes con un 28,5 donantes/pmp.

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 463

PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

G. Lozano Serneguet; C. Milara Ibáñez; R. Carreño Ponfil; P. Merino de Cos; S. Palau Planells; I. Tobaruela Mendoza; A. Moya Ocaña; T. González Torres; M. Vila Rumbo; P. Fernández Reina
Hospital Can Misses

Introducción

Se define participación familiar en el cuidado del paciente crítico al proceso por el que uno o varios miembros significativos de la unidad familiar se involucran de forma voluntaria y guiada por el enfermero responsable del paciente en el cuidado del ser querido, en función de sus posibilidades y la situación de éste. Su intencionalidad transciende más allá del mero acompañamiento y pretende maximizar los efectos beneficiosos derivados de la interacción entre seres queridos.

Objetivo

- Integrar a las familias en el proceso de atención al paciente de UCI.
- Ofertar la posibilidad de participar en los cuidados básicos del paciente y en determinados procedimientos.
- Detectar y dar soporte a las necesidades psicológicas y emocionales de los familiares.
- Creación de Escuela de familiares.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos incluida en la biblioteca virtual de ciencias de la salud de las islas baleares: PubMed/ MEDLINE. También se ha realizado un análisis de las referencias bibliográficas de los artículos previamente seleccionados. Cada resumen fue revisado y se localizaron los artículos completos, que fueron los que se utilizaron como referencias.

Resultados

- Se realiza un análisis de las necesidades específicas de cada paciente.
- Base de datos de cuidadores principales.
- Se crea la Escuela de Familiares.
- Elaboración de fichas de cuidados.

Conclusiones

Aunque los estudios no son concluyentes, la presencia de los familiares no se ha relacionado con consecuencias negativas. Dar a la familia la oportunidad de contribuir a la recuperación del paciente puede tener efectos positivos sobre el paciente, sobre ellos mismos y sobre el profesional. Ayuda a reducir el estrés emocional y facilita la cercanía y comunicación de las partes implicadas.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 468

CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES HEMODINAMICAS ESTÁTICAS Y DINÁMICAS, MEDIDAS A PIE DE CAMA, MEDIANTE ELEVACIÓN PASIVA DE LAS PIERNAS COMO CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UCI

Juan González Maestre
UCI Quironsalud Infanta Luisa. Sevilla

Introducción

A pie de cama la medición de la Presión Venosa Central es una medida muy utilizada en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) como cuidado de enfermería para valoración de la situación hemodinámica de los pacientes ingresados en UCI.

Objetivo

Valorar si existe correlación entre los valores estáticos de Presión Venosa central (PVC) y los hemodinámicos de Volumen Sistólico (VS), Indice Cardiaco (IC) y Gasto Cardiaco (GC) al realizar la maniobra de elevación pasiva de las piernas (EPP)

Metodología

Estudio analítico prospectivo de pacientes ingresados en UCI que precisen monitorización hemodinámica semiinvasiva. Se excluyen pacientes en fibrilación auricular o portadores de marcapasos definitivo. Se midieron los valores basales de PVC, VS, IC y GC. Posteriormente se realizó la maniobra de EPP y se monitorizó si después de la intervención existía correlación y/o modificación de las variables estudiadas. Análisis bivariante mediante la prieba de Chi-cuadrado. Análisis estadístico mediante el paquete estadístico R3.1.1 R Comander.

Resultados

Tabla 1: cambios en las medidas tras la maniobra de EPP. Tras la EPP en el 82% de las mediciones se produjeron cambios en las cifras de PVC (n= 51) y en el 58% (n=37) de las medidas de VS/IC/GC. El 71% de los cambios de la PVC se asociaron con cambios en las medidas de VS/IC y GC p<0.005

Conclusiones

1. No existe correlación exacta entre la PVC y las variables hemodinámicas de VS, IC y GC.
2. Para que los cuidados hemodinámicos de enfermería sean correctos en los pacientes ingresados en UCI es imprescindible la valoración a pie de cama de las variables hemodinámicas dinámicas de VS,Ic y GC.
3. Se necesitan más estudios que corroboren nuestros hallazgos.

Financiación

Sin financiación.

	VS_modifica		Total
PVC_modifica	No	Si	
No	5	7	12
Si	21	30	51
Total	26	37	63

Pantalla nº 2. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 503

OXIGENOTERAPIA EN UCI: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Alfonso Sáez Paredes[1]; Isabel Menéndez Fuentes[1]; María José Menéndez Fuentes[1]; Alejandro Menéndez Fuentes[2]; Inmaculada Ruiz Quiñonero[1]; María José García Giménez[1]; José Javier Gaspar Martínez[1]; Pedro Sáez Paredes
1. Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer; 2. Sespa (HUCA)

Introducción

La utilización de dispositivos de oxigenoterapia tanto de alto como de bajo flujo en unidades de cuidados intensivos se ha incrementado en los últimos años por lo que las enfermeras/os de estas unidades, debemos de mantener un nivel elevado de conocimientos para detectar y actuar ante cualquier problema que se derive del uso de dichos dispositivos.

Objetivo

Unificar criterios de cuidados de enfermería que se llevan a cabo en uci realizando un plan de cuidados estandarizado que mejore la atención y la calidad asistencial.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la última clasificación de la taxonomía NANDA y los objetivos e intervenciones en sus respectivos codificadores estandarizados (NOC-NIC). Además, se ha consultado la base de datos Dialnet utilizando los descriptores “cuidados de enfermería en pacientes con oxigenoterapia en paciente critico”, “dispositivos de oxigenoterapia de alto y bajo flujo” con el fin de averiguar que demandas hacen los profesionales de enfermería en referencia al cuidado de un paciente portador de oxigenoterapia.

Resultados

Basándonos en la información recabada, realizamos un plan de cuidados que identifica diagnósticos NANDA con sus respectivos NOC y NIC consiguiendo unificar criterios a través de la estandarización de nuestras intervenciones y también, identificar y actuar ante efectos adversos que puedan suceder durante su estancia en UCI.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería en UCI se enfrentan a situaciones que pueden llegar a ser límites para el paciente, la elaboración de planes de cuidados permite desarrollar nuestra actividad de manera segura, mejorando la calidad asistencial y previniendo posibles efectos adversos. Gracias al uso de un lenguaje propio la continuidad de los cuidados, así como su reevaluación queda garantizada, facilitando nuestra función asistencial, docente e investigadora.

Pósters

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 519
MANEJO DEL ESTATUS EPILÉPTICO EN LA UCI

ID 545
REVISIÓN CRÍTICA MULTIDISCIPLINAR DE LOS EPISODIOS DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER EN UNA UCI. ¿PODEMOS EVITAR EL EPISODIO?

ID 558
IMPLANTACIÓN DE UNA GRÁFICA INFORMATIZADA EN LA UCI: QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES

ID 592
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PALIATIVO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: VISIÓN GLOBAL Y ENFOQUE TRANSVERSAL

ID 597
¿POR QUÉ SE CAMBIAN LOS CIRCUITOS DEL HEMOFILTRO?

ID 670
PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS DE LA DIABETES MELLITUS EN EL PACIENTE QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 519

MANEJO DEL ESTATUS EPILÉPTICO EN LA UCI

David Moro Delgado; Amaia López Martín; Leire Berasaluze Sanz; Julene Marcuartu Bardeci; Gorka Vallejo de la Hoz; Izaskun Renobales Irusta
Hospital Galdakao-Usansolo, Bizkaia

Introducción

El estatus epiléptico es una causa frecuente de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Supone una urgencia neurológica que debe ser atendida de forma inmediata dada su alta morbimortalidad. Un diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para mejorar el pronóstico. Las medidas de soporte vital y de protección durante las crisis están universalizadas y es necesario un correcto manejo y control de las mismas por parte de los profesionales de enfermería.

Objetivo

El objetivo principal es la comprensión de la importancia epidemiológica de esta patología así como el análisis de la bibliografía existente sobre el manejo de la misma en la UCI.

Metodología

Para la redacción de la revisión bibliográfica se consultan varias bases de datos directamente relacionadas con el ámbito de las ciencias de la salud como SciELO y Pubmed. Las palabras clave utilizadas fueron ”estatus epiléptico”, ”estatus epiléptico y UCI”, entre otras. Se descartan los resultados no directamente relacionados con el tema a tratar o basados en estudios antiguos, y se incluye la bibliografía relevante y actualizada.

Resultados

La bibliografía obtenida respalda que el tratamiento farmacológico debe ser precoz y según la pauta facultativa o el protocolo establecido en la unidad. Asimismo, se exponen una serie de medidas no farmacológicas a realizar por el personal de enfermería destinadas a asegurar la protección del paciente y el soporte vital eficaz durante las crisis, así como la vigilancia y registro del periodo post-crítico.

Conclusiones

Dada la incidencia del estatus epiléptico, un correcto abordaje multidisciplinar y manejo de las crisis reduce las posibles complicaciones derivadas de esta patología. La enfermería juega un papel fundamental en la vigilancia y mantenimiento de la seguridad del paciente durante su estancia en la UCI.

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 545

REVISIÓN CRÍTICA MULTIDISCIPLINAR DE LOS EPISODIOS DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER EN UNA UCI. ¿PODEMOS EVITAR EL EPISODIO?

Concepción Turégano Duaso; Noemí Simón Navarro; Roser Pedregosa Muro; Encarna Chacón Jordán; Silvia Córdoba Morante; Josefa García García; Dolores Lozano Moya; Annabeth Fontcoberta Ferrer; Rosa Jam Gatell; Jordi Vallés Daunís
Coorporación Sanitaria Parc Taulí

Introducción

La bacteriemia asociada catéter (BAC) es el segundo evento adverso más prevalente en la unidad cuidados intensivos (UCI). Después de la implantación proyecto ”Bacteriemia Zero” (BZ) se ha producido una reducción de BAC en ámbito nacional. En nuestra unidad buscamos mejorar los resultados a través de concepto aprender de los errores.

Objetivo

Revisar y analizar, mediante grupo multidisciplinar, cada episodio BAC

Metodologia

Estudio descriptivo y retrospectivo en UCI adultos polivalente de 16 camas. Periodo estudio: 1/1/2016 - 31/12/206. Recogida datos episodios BAC: utilización parrilla elaborada ad hoc y mediante registros gráfica. Variables: localización catéter, días totales catéter, registro cura catéter, registro check-list inserción catéter, registro perfusión lipidia, revisión diaria de la necesidad de catéter. Reuniones equipo multidisciplinar: análisis de la revisión y discusión de cada episodio de BAC entorno la evitabilidad del episodio. Elaboración de un informe con propuestas de mejora y difusión al equipo asistencial UCI. Criterios de evitabilidad utilizados según ”BZ”: Evitar inserción femoral Retirada de CVC no necesarios Mantenimiento higiénico del catéter Evitar mantener mismo catéter > 15 días

Resultados

Numero pacientes ingresados: 629. Días catéter: 4569. Días estancia: 5100 7 episodios BAC (tasa 1.5 episodios 1000 días catéter). De los 7 episodios BAC fueron estudiados 6 (pérdida documentación clínica). Tiempo medio inserción catéter: 15 días. La BAC más precoz fue a los 5 días y la más tardía a los 28. Localización catéter : 3 vía central de inserción periférica, un catéter femoral (diálisis), un catéter PICCO femoral, un catéter trilumen femoral. Revisión diaria de necesidad de catéter fue negativa en tres casos. De los 6 episodios estudiados 3 se consideraron evitables.

Conclusiones

A pesar de que la tasa de BAC alcanza el objetivo propuesto por el proyecto \”BZ\” existe un 50% de BAC consideramos evitables.

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 558

IMPLANTACIÓN DE UNA GRÁFICA INFORMATIZADA EN LA UCI: QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES

Vicent Salvà Costa; Mari Bañuls Cervera; Vicent Barber Coll
Hospital de Dénia

Introducción

El Departamento de Salud de Dénia dispone, desde su apertura en 2008, de un completo y premiado sistema de información clínica. La UCI fue una de las pocas unidades donde se mantuvo la gráfica en papel hasta que se diseñara e implantara una herramienta informatizada que sustituyera de forma eficaz y segura los registros derivados de los cuidados a los pacientes críticos. Transcurridos tres meses desde la implantación de la gráfica informatizada en la UCI se quiso evaluar cuál era el nivel de satisfacción de los usuarios finales.

Metodología

Estudio descriptivo de corte transversal mediante la administración de tres cuestionarios, uno para cada categoría profesional, voluntario y anónimo. Los cuestionarios constaban de 8 preguntas cerradas y una última abierta. Seis de las ocho preguntas cerradas eran comunes para las tres categorías profesionales mientras que las otras dos eran específicas para cada categoría. Ámbito: U.C.I. del Hospital de Dénia (Alicante). Muestra: 43 profesionales de la Unidad, en sus tres categorías: Enfermeras (21), Médicos (9) y Auxiliares de Enfermería (13). Periodo: octubre de 2016

Resultados

Como resultados más concluyentes se extrajeron los siguientes: el 73% considera la gráfica informatizada (GI) un método de recogida de datos más completo que la gráfica convencional, el 51% no lo considera un método más fácilmente visualizable, al 80% le pareció adecuado el proceso que se llevo a cabo previo a la implantación, el 53% considera que la implantación de la GI supone una mejora para a seguridad del paciente.

Conclusiones

El 95% considera que la GI es una mejora en la metodología de trabajo de la Unidad, el 84% considera que se requiere menos tiempo para cumplimentar los registros de Enfermería.

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 592

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PALIATIVO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: VISIÓN GLOBAL Y ENFOQUE TRANSVERSAL

Mª Ángeles de Grácia Ballarín; Diana Gil Castillejos; Laia Labad Boix; Laura Bordonado Pérez; Bárbara Colomá Gómez; Ángel Pobo Peris
Hospital Universitario Joan XXIII

Introducción

Aproximadamente la mitad de las unidades de cuidados intensivos (UCIS) españolas no disponen de protocolos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LTSV). Su implementación contribuye al desarrollo de prácticas que aseguran cuidados de calidad al final de la vida. El aumento de la esperanza de vida y la cronicidad de determinadas enfermedades ha originado un cambio en el perfil de los pacientes de las UCIS, en consecuencia, es habitual el procedimiento LTSV. Esto provoca una dualidad del rol enfermero: “curar para salvar” y “cuidar para morir”. Se evidencian dificultades en el ejercicio del rol enfermero en cuidados al final de la vida, principalmente por falta de formación.

Objetivo

Crear una guía formativa profesional que ofrezca humanización de cuidados paliativos de calidad y que asegure una muerte digna y lo más llevadera posible acompañando en todo el proceso paliativo al paciente y a su familia.

Metodología

Responde a las preguntas: ¿Qué son, como se abordan, cuando y a quien van dirigidos los cuidados al final de la vida?. Revisión bibliográfica de los últimos 5 años en las bases de datos: Pubmed, Scopus, Cinahl, Medes y Google Scholar. Se excluye pediatría. Calidad de evidencia Grade alta-moderada. Palabras claves: cuidados paliativos, UCI, enfermería, LTSV.

Resultados

Conceptos e intervenciones desarrolladas: . LTSV: definición, formas y registrro . Acompañamiento familiar: estrategias de apoyo y soporte, comunicación, proximidad y confort. . Medidas físicas al final de la vida: movilización, higiene y curas . Sedación: terminal y agonía . Ventilación mecánica: destete y extubación . Cuidados postmorten: registro, trámites y asesoramiento

Conclusiones

Es necesario abordar el cuidado paliativo y el acompañamiento integral de forma global y desde una perspectiva transversal, aprovechando la sinergia que supone la suma de todas las intervenciones.

Financiación

Sin financiación.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 597

¿POR QUÉ SE CAMBIAN LOS CIRCUITOS DEL HEMOFILTRO?

Iluminada Romera Peregrina; Mireia González Romero; Judit Pérez Sánchez; Verónica Fuentes Milà; Ana Martínez Pascual; Ricardo Abellán Lencina; Cristina Lerma Briansó; María Lucía Marín Cagigas; Elisenda Vidal Alegre; Javier Díaz Núñez
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

El paciente crítico está sometido a una serie de procedimientos invasivos durante su estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). De entre todos, nos centraremos en las Terapias Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) y en los circuitos utilizados para poder realizar esta técnica.

Objetivo

Determinar el número de circuitos utilizados.

Analizar las causas más habituales por las cuales deben sustituirse.

Metodología

Estudio descriptivo observacional transversal con una muestra de 90 pacientes sometidos TCRR durante 6 meses (junio a diciembre 2016) en las UCI de un hospital de tercer nivel. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa Excel. Además, se ha realizado una revisión bibliográfica consultando bases de datos y artículos relacionados con TCRR y el uso del citrato.

Resultados

- En total se han utilizado 444 circuitos con una media de 4,9 ± 5,5 por paciente.
- Entre las causas más habituales de sustitución del set, el 52,02% es debido a la coagulación del mismo.
- El número de sets sustituidos debido a un tiempo de funcionamiento >72h es de 20 (4,5%).
- El 43,48% restante es debido a causas como PresiónTransMembrana elevadas, entrada de aire en línea, cambio del catéter Shaldom, traslados a quirófano, TACs y/o fin del tratamiento.

Conclusiones

Actualmente, la carga de trabajo del personal de enfermería en las UCIs es elevada, ya que nos encargamos de montar, manipular y controlar el sistema de TCRR. Además, tener que sustituir los sets en un periodo de tiempo <72h en más de la mitad de los casos representa un coste global añadido. La gran diferencia de porcentajes que existe entre la sustitución del circuito por coagulación y por un tiempo de funcionamiento >72h y basándonos en el procedimiento actual, planteamos si el uso de un nuevo método de anticoagulación como el citrato será determinante en los resultados que obtendremos en el 2017.

Pantalla nº 3. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 670

PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS DE LA DIABETES MELLITUS EN EL PACIENTE QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

José Javier Gaspar Martínez[1]; Jesús David Abenza Hurtado[1]; Pedro Sáez Paredes[1]; Raquel Montoya Muiña[2]; Alfonso Sáez Paredes[1]; Raquel Cañadas Marín; Sandra Campuzano Palazón[1]; Encarnación Riquelme Martínez; Javier Gil Illan

1. H.U. Morales Meseguer; 2. Centro de coordinación de emergencias de la Región de Murcia

Introducción

La diabetes mellitus (DM) se define como "un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia", y que está asociada con un aumento de la morbi-mortalidad, y es considerada como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Este estudio tiene como objetivos analizar la prevalencia de la DM en los pacientes que ingresan en una unidad de cuidados intensivos polivalente.

Objetivo

Determinar si existe asociación entre la DM con respecto la duración en la estancia, la gravedad y el motivo de ingreso y la mortalidad en la muestra obtenida. Analizar el control de la DM en la muestra obtenida.

Metodología

Estudio descriptivo, trasversal y retrospectivo, cuya base poblacional está formada por los enfermos que ingresan en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer. Se ha realizado un análisis estadístico de los datos de la muestra, para relacionar las distintas variables entre si.

Resultados

Tamaño muestral 184 pacientes, 38,04% hombre y 61,96% mujer. La prevalencia para DM ha sido del 37,5% (23,2% DM tipo 1, 76,6% tipo 2). Se ha encontrado relación estadística significativa para la DM y la edad avanzada(U de Mann-Whitney, p=0,013) , el aumento de la duración de la estancia (U de Mann-Whitney, p=0,006), y niveles de hemoglobina glicosilada más elevados (U de Mann-Whitney, p=0,000). Los diabéticos muestran puntuaciones para escalas de gravedad APACHE II y SAPS II más elevadas (p<0.014 y p<0.005). No se encuentra relación estadística significativa con la mortalidad.

Conclusiones

La DM presenta una prevalencia en la muestra obtenida del 37,5%.La DM se relaciona con un aumento en la duración de la estancia en cuidados intensivos, aunque no ha supuesto un aumento de la mortalidad. Los pacientes con DM presentan un mal control de la enfermedad con cifras de hemoglobina glicosilada y primera glucemia en la unidad elevada.

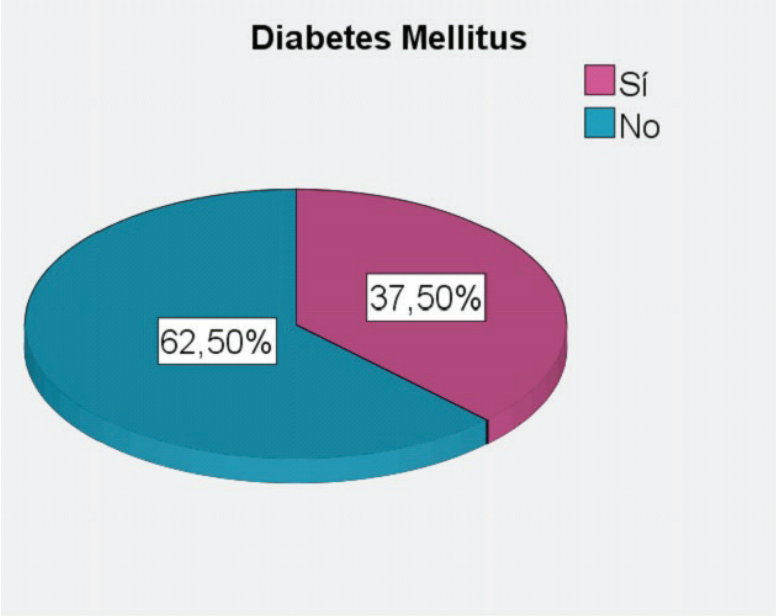
Tabla 21. Diabetes Mellitus y motivo de ingreso.

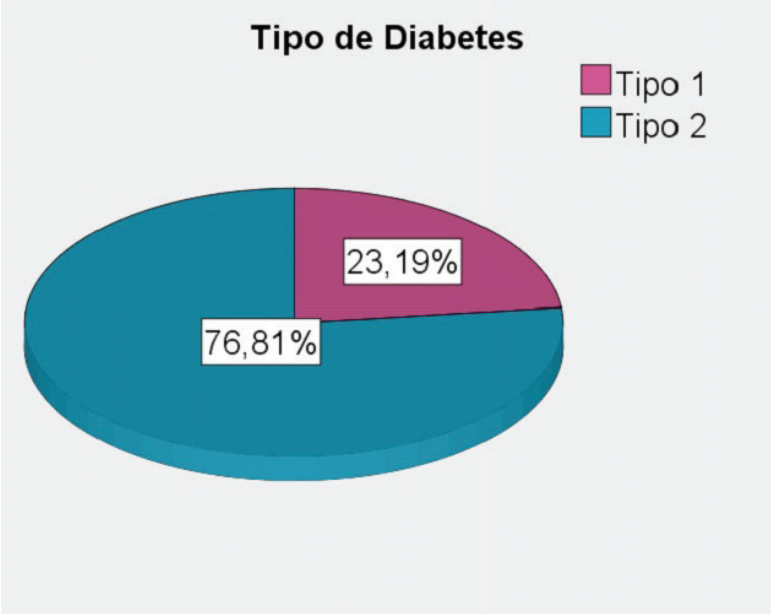
			Diabetes Mellitus		Total
			Sí	No	
Motivo de ingreso	Control postquirúrgico	Recuento	10	22	32
		%	31,3%	68,8%	100,0%
	Enf médico-inf.	Recuento	22	38	60
		%	36,7%	63,3%	100,0%
	Enf cardiovascular.	Recuento	37	55	92
		%	40,2%	59,8%	100,0%
Total		Recuento	69	115	184
		%	37,5%	62,5%	100,0%

sigue →

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters





Pósters

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 601
LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULA NASAL EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 603
SEGURIDAD RADIOLÓGICA CON DISPOSITIVO PORTÁTIL EN CUIDADOS INTENSIVOS: ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

ID 622
IMPACTO A LOS 6 MESES DEL PASO DE LOS PACIENTES POR UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

ID 627
PROGRESIÓN DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA TRAS IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE NEUMONÍA ZERO EN UCI POLIVANTE

ID 645
MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN TRANSPULMONAR MEDIANTE CATÉTER ESOFÁGICO

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 601

LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULA NASAL EN CUIDADOS INTENSIVOS

Ester Corredera Baz[1]; Sonia Fernández Garmilla[1]; Maitane Velasco Martín[1]; José Ignacio Vicente González[2]; Zuriñe Iñiguez de Ciriano Aldama[2]; Miren García Marcos[2]; Susana González Orive[2]; Inmaculada Lorenzo Fernández[1]
1. Hospital Universitario de Araba, UCI Txagorritxu; 2. Hospital Universitario Araba - UCI Txagorritxu

Introducción

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) con cánula nasal es un método de oxigenación instaurado en pediatría y neonatología y cada vez más implantado en adultos.

Objetivo

Analizar los aspectos del tratamiento con OAF mediante cánula nasal en los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos (UCI) y estudiar su incidencia en los últimos cinco años en nuestra unidad.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo. Muestra final: 53 pacientes (criterios de inclusión: pacientes en tratamiento con OAF con fechas de ingreso y de alta en 2016 en la UCI del Hospital Universitario de Araba sede Txagorritxu y tiempo de tratamiento superior a una hora). Recogida de datos a través del sistema informático de UCI (Metavision©). Análisis estadístico con SPSS 22.0. Variables: socio-demográficas y de aspectos relacionados con el tratamiento.

Resultados

Un 43,4% de la muestra eran mujeres frente a 56,6% hombres, con edad media de 64,04 (±17,56). La incidencia del OAF fue: en 2016 de 5,66%, en 2015 4,05%, en 2014 4,63%, en 2013 5,09% y en 2012 0,51%. Indicación OAF: 75,5% la necesidad de fiO2>0,4, 11,36% intolerancia a la VMNI, 5,7% post-extubación 3,8% post-VMNI y 3,8% alternancia con VMNI. Los motivos de retirada de OAF fueron: 66% alta sin OAF, 9,4% exitus sin retirar el tratamiento, 3,8% intolerancia al alto flujo, 17% intubación y 3,8% VMNI. Duración media del OAF: 75,98 (±65,86) horas. En el turno de mañana se inicia un 45,3% de las veces y se retira en el 60,4% de los casos.

Conclusiones

La incidencia del OAF en el año 2016 ha sido la más alta de los últimos 5 años. La indicación principal de OAF fue una necesidad de oxígeno superior al 40% y el principal motivo de retirada alta sin OAF, seguido de necesidad de intubación. El turno de mañana es en el que más se inicia y se finaliza el tratamiento.

Financiación

No hay financiación.

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 603

SEGURIDAD RADIOLÓGICA CON DISPOSITIVO PORTÁTIL EN CUIDADOS INTENSIVOS: ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Sonia Fernández Garmilla[1]; Maitane Velasco Martín[1]; Ester Corredera Baz[1]; César Rodríguez Núñez[1]; Blanca García Flores[2]; Ignacio García Sánchez[2]; Alba Iglesias Rodríguez[2]; Carmen García Ares[1]; Pilar Estévez Pérez[1]; Irene Martín Díez[2]

1. Hospital Universitario Araba - UCI Txagorritxu: 2. Hospital Universitario Araba

Introducción

La radioprotección se basa en tres reglas fundamentales: minimizar el tiempo, maximizar la distancia y maximizar blindaje frente a la radiación.

Objetivo

El presente estudio tiene como objetivos describir las medidas de protección radiológica realizadas por los Técnicos Especialistas en Radiología (TER) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante la realización de radiografías portátiles y analizar las medidas adoptadas por el resto de profesionales.

Metodología

Estudio observacional prospectivo. Se recogen datos mediante la observación directa de la actuación de los profesionales durante la realización de 109 radiografías portátiles en la UCI del Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu). Período de estudio: enero 2017. Variables a estudio: turno, aviso audible, efectividad del aviso, quién lo realiza, tiempo de espera en la realización de las radiografías, actuación de los profesionales y actuación del TER. Herramientas: check-list creado ex profeso, análisis de datos con SPSS 23.0.

Resultados

Los resultados obtenidos muestran que el 72,8% de las radiografías se realizan en el turno de mañana. En un 78,6% de los casos existe aviso verbal. El TER es el que avisa un 47% de las veces, el celador un 14% y los dos juntos un 16%. En un 64,1% el TER mantiene la distancia de seguridad. El aviso verbal no es efectivo el 38,8% de las veces. En un 49,5% el TER no espera a que los profesionales se alejen. El tiempo medio de espera entre el aviso del TER y la realización de la radiografía es de 4 segundos.

Conclusiones

De este estudio se derivan algunas conclusiones que pueden dar lugar a implicaciones futuras tales como:

- Mejorar las medidas de radioprotección de la unidad.
- Insistir a los TER en la importancia de realizar un aviso audible y efectivo, así como esperar el tiempo necesario para que los profesionales puedan tomar la distancia de seguridad recomendada.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 622

IMPACTO A LOS 6 MESES DEL PASO DE LOS PACIENTES POR UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Araceli Carreira Coria; Manuel Valledor Méndez; María Dolores Coballes Estévez
Hospital San Agustín, Avilés

Introducción

La toma de decisiones que permitan una utilización eficiente de los recursos disponibles en las unidades de cuidados intensivos (UCI) hace necesaria la evaluación de resultados. No está bien definido el momento para hacerlo: al final del ingreso en UCI, al alta hospitalaria o pasado tiempo necesario para recuperarse de la agresión sufrida.

Objetivo

Conocer el estado de los pacientes ingresados en la UCI al alta:

- de la unidad
- del hospital
- 6 meses del alta de UCI

Metodología

Estudio observacional y prospectivo de la población adulta ingresada en UCI con estancia mayor de 24 horas no presentando alguno de estos criterios de exclusión: falta de consentimiento, enfermos coronarios no complicados, postoperatorios no complicados, supervisión de tratamientos, reingresos.

Resultados

Seguidos:153 pacientes. Completado seguimiento a los 6 meses: 106 pacientes. El 50% fueron mujeres. Edad 68,7±14,2 años. Causa más frecuente de ingreso: la infecciosa (44%). Tuvieron una estancia de 7,42±8,6 días, un APACHE II : 18,9±6,2 y un SOFA a las 24 horas : 5,82±2,9. La mortalidad global a los 6m fue: 31% (9% intraUCI, 9,7% en planta de hospitalización y 12,3% durante el seguimiento hasta los 6 meses). A los 6 meses el 25,3% preciso nueva hospitalización, el 82,4% convivía con familiares cercanos (pareja, hijos) y el 78,8 mantenía relaciónes habituales con personas fuera del ámbito familiar. Los mayores de 65 años tienen mayor puntuación en EVA escala de valoración analógica- (59,7 vs 70,6) precisando mayor ayuda domiciliaria, ambos con significación estadística. También tienen mayor comorbilidad previa y mortalidad, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones

La evaluación de resultados al alta de la unidad infravalora el impacto en los pacientes que representa el paso por una UCI. A los 6 meses la mayoría de los pacientes mantiene adecuadas relaciones familiares/ sociales. Los mayores de 65 años tienen mejor percepción de la salud a pesar de presentar mayor dependencia.

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 627

PROGRESIÓN DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA TRAS IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE NEUMONÍA ZERO EN UCI POLIVANTE

Pedro Sáez Paredes; Jesús David Abenza Hurtado; María José García Giménez; Alfonso Sáez Paredes; José Javier Gaspar Martínez; Isabel Menéndez Fuentes
Hospital Morales Meseguer

Introducción

La neumonía asociada a la ventilación mecánica en el paciente es la principal infección nosocomial UCI, suponiendo un aumento de la morbimortalidad y gasto sanitario. Su medición se define en episodios por cada mil días de ventilación mecánica e indica la infección que afecta al parénquima pulmonar transcurridas 48 horas o más del ingreso.

Objetivo

Mostrar la eficacia del protocolo de neumonía zero y analizar la progresión de los casos de neumonía asociada a ventilación mecánica.

Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo de todos los pacientes ingresados en la UCI de un hospital universitario de Murcia, con intubación endotraqueal. Los criterios de inclusión son los pacientes con intubación endotraquel de más de 24 horas, excluyendo los pacientes que no cumplían este criterio. El estudio comprende los años del 2009 a 2016, siendo desde el 2010 cuando se le aplicó las medidas comprendidas en el protocolo de neumonía zero. La finalidad del estudio es mostrar la evolución que ha reflejado la tasa de neumonías asociada a este tipo de paciente. Las variables se muestran como tasa de neumonía por mil días de ventilación mecánica.

Resultados

La tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica en el año previo de la implantación del protocolo neumonía zero es de 20,9 en el año 2009 en dicho centro, siendo mayor a la tasa de nuestra región (19,9) y muy superiores a las de España (9,56). La evolución durante la implantación de dicho protocolo en nuestro centro, Murcia y España es 2010(8,73; 13,2; 8,59), 2011(11,52; 7,88; 7,7), 2012(11,89; 6,15; 5,66), 2013 (7,18; 5,55, 4,97), 2014 (10,03; 5,34; 4,99), 2015 (7; 5,38; 4,32), 2016(8,50; 5,18; 4,66).

Conclusiones

La implantación del protocolo ha manifestado su eficacia, aunque la media de casos en nuestro centro sigue siendo mayor que la regional y nacional.

Pantalla nº 4. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 645

MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN TRANSPULMONAR MEDIANTE CATÉTER ESOFÁGICO

Mercedes Garrido Martín; Laura López López; Pol Miguel Puigbarraca
Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología. Hospital Vall d'Hebron

Objetivo

Describir el proceso para la correcta colocación del catéter esofágico.

Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cinahl, Pubmed y Cochrane con los descriptores "Esophageal catheter and transpulmonary pressure" entre los años 2014-2016. Consenso de expertos del equipo multidisciplinar.

Resultados

La Presión Transpulmonar (PTL) representa la presión para distender el parénquima pulmonar; se define como la diferencia entre la Presión alveolar (PA) y la Presión pleural (PL). Por medio del catéter esofágico se puede obtener la Presión esofágica (Pes) que se correlaciona con el valor PL. La PA equivale a la Presión Plateau.

1. Preparación material: Catéter esofágico cerrado con un balón en su extremo distal, alargadera, llave de tres pasos, jeringa de 5ml, anestésico local y lubricante.
2. Conectar la línea de extensión al ventilador y comprobar que la onda de la Pes es 0.
3. Colocar al paciente en semi-fowler. El catéter se ha de colocar en el tercio inferior del esófago, para ello se medirá la distancia desde la nariz-oído-apófisis xifoides, o se puede calcular: altura del paciente (en cm) x 0,288 cm.
4. Introducir el catéter hasta el estómago, 15 cm más profundo que la profundidad estimada.
5. Inflar el balón con 1ml y comprobar los cambios en la curva Pes.
6. Retirar el catéter hasta la posición estimada y comprobar en la onda Pes oscilaciones cardiacas.
7. Verificar la posición correcta mediante el test de oclusión.
8. Retirar la guía y fijar el catéter.

Conclusiones

La monitorización de la PTP mediante el catéter esofágico permite conocer el estrés pulmonar con el objetivo de optimizar la ventilación y evitar el daño asociado a la ventilación mecánica.

Financiación

No hay.

Pósters

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 628
TASA DE NEUMONÍA EN PACIENTES CON INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DESDE INICIO REGISTRO ENVIN HASTA IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO NEUMONÍA ZERO

ID 685
¿TEST DE DISFAGIA EN PACIENTE CRÍTICO CON ICTUS?

ID 705
GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 628

TASA DE NEUMONÍA EN PACIENTES CON INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL DESDE INICIO REGISTRO ENVIN HASTA IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO NEUMONÍA ZERO

Jesús David Abenza Hurtado; Pedro Sáez Paredes; José Javier Gaspar Martínez; María José García Giménez
Hospital Morales Meseguer

Introducción

Las altas tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica hizo necesario la implantación de un sistema de registro centralizado y aplicación de un protocolo que obligaba al cumplimiento de una serie de medidas para ayudar a prevenir dichas infecciones. Dicho registro recibió el nombre de ENVIN y el protocolo neumonía zero.

Objetivo

Analizar la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica previo a la implantación del protocolo y mostrar principales gérmenes colonizadores.

Metodología

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal no comparativo. La población diana está formada por todos los pacientes ingresado en UCI de un hospital universitario de Murcia durante los años 2007-2010. Los criterios de inclusión son los pacientes con ventilación mecánica durante más de 24 horas y los criterios de exclusión el resto de pacientes con ventilación mecánica menor a 24 horas y no intubados. La tasa va a reflejar el número de neumonías por cada 1000 días de ventilación mecánica

Resultados

La tasa de neumonías por cada 1000 días de ventilación para el hospital de estudio y en el global de hospitales en Murcia es en el inicio del registro ENVIN de 31,25; 22,16 (2007), 19,43; 15,68 (2008), 20,9; 19,9 (2009) y 8,73; 13,20 (2010). Los principales gérmenes colonizadores en las neumonías son Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumonia, Candida albicans y Staphylococcus aureus (2007) y Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus meticilin resistente y Enterococcus faecium(2010).

Conclusiones

La tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica previa a la implantación del protocolo es muy superior los años previos hasta la implantación del protocolo, por lo que su implantación reflejó una gran eficacia. Las tasas son superiores en nuestro centro hasta que se implanto el protocolo. El germen colonizador más frecuente es la Pseudomona aeruginosa.

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 685

¿TEST DE DISFAGIA EN PACIENTE CRÍTICO CON ICTUS?

Mireia Martínez Albertín; Laura Gómez Lanao; Montserrat Almansa Gómez; Pilar Latre Romero; Eva María Amat Llop
HUAV Lleida

Introducción

El ictus es una enfermedad cerebro-vascular producida por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo. Como consecuencia, las células nerviosas no reciben oxígeno y dejan de funcionar, causando en la zona afectada una pérdida de sus capacidades. Se entiende por disfagia la dificultad para realizar de manera segura y eficaz la deglución del bolo alimenticio, los líquidos, o la saliva. La disfagia esta presentes entre el 22-65% de los pacientes tras un Ictus.

Objetivo

Detectar de forma precoz, la presencia de trastorno de deglución (disfagia), en el paciente con Ictus.

Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Medline. Revisión de artículos científicos y protocolos de actuación de diferentes hospitales.

Resultados

La valoración nutricional precoz permite identificar a los pacientes neurológicos ingresados en la unidad de críticos con riesgo de desnutrición con el objetivo de implementar un plan nutricional específico. Las guías clínicas para el tratamiento del paciente crítico neurológico recomiendan, evaluar la seguridad de la deglución, en las primeras horas tras el ingreso hospitalario y siempre antes de iniciar tolerancia con alimentos, líquidos o fármacos por vía oral. Desde las competencias propias de enfermería, se debe evaluar la capacidad de deglución del paciente y su estado nutricional, para evidenciar científicamente, la necesidad de protocolizar un procedimiento. La implementación del test de disfagia permite disminuir el riesgo asociado a la disfagia; iniciar una rápida rehabilitación y beneficiar al paciente crítico de satisfacer la necesidad de deglución de forma segura.

Conclusiones

Es importante, desde las competencias propias de enfermería, evaluar la capacidad de deglución del paciente y su estado nutricional. La aplicación estandarizada y, la implantación de un test de disfagia, beneficia la correcta evolución del paciente crítico neurológico.

Pantalla nº 5. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 705

GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Virginia Larios Reyes; M. Ángeles Navarro Nicuesa; Rubén Olegario Ruiz Tarragona; María Paloma Rivas Valenzuela; Beatriz Viejo Herrnando
Hospital General Universitario de Guadalajara

Introducción

Los registros de enfermería son la fuente principal de información sobre la situación del paciente. Recogen los cuidados de enfermería realizados y planificados, así como la información que se genera en su interacción diaria con él, garantizando así la calidad y continuidad de los cuidados.

Objetivo

Nuestro objetivo es analizar el grado de cumplimentación de las gráficas de enfermería en nuestra unidad, como auditoría interna del indicador de calidad número 91 propuesto por la SEMYCIUC.

Metodología

Revisión sistemática de 82 registros de enfermería, seleccionados al azar en la UCI, entre septiembre de 2016 y enero de 2017, con un abordaje cuantitativo, resaltando los ítem registrados de forma correcta, incorrecta, los que no se han registrado y aquellos que no están presentes.

Resultados

Destacamos el registro de la medicación administrada con un 96,34% de información correcta, diagnóstico médico con un 98,71% o alergias con un 81,70%. Exceptuamos el campo neurológico que solo se encuentra debidamente registrado en un 14,63% de los casos. De las actividades de enfermería sorprende la falta de cumplimentación en los cuidados realizados, sólo el 17,07% de los registros son completos. También que en el 15,86% de los casos no se registren incidencias de enfermería, o que en el 26,83% no esté registrada la identificación de la enfermera responsable o no sea legible.

Conclusiones

La mejora de la calidad asistencial debe ser un proceso realizado en equipo, que genere expectativas positivas y fomente el interés por dicha calidad. La formación en el proceso enfermero es necesaria para estandarizar e implementar la forma más correcta de rellenar estos registros. Proponemos actividades formativas para recordar y profundizar en la importancia de los registros, de su finalidad asistencial, investigadora, docente y estadística. Creación de un grupo de consenso para proponer mejoras al registro existente y continuar con la medición de este indicador de calidad.

Pósters

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 709
TRASLADO INTERHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO CON SISTEMA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPOREA EN UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL AVANZADO

ID 723
EL MÉTODO DELIBERATIVO EN LA RESOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO: PACIENTE INTERVENIDO POR FRACTURA PERTROCANTÉREA INGRESADO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN

ID 729
CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA. ANÁLISIS BIOÉTICO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

ID 733
EL DELIRIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PUERTAS ABIERTAS

ID 746
ESTANDARIZACIÓN DEL TRASPASO DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 709

TRASLADO INTERHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO CON SISTEMA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPOREA EN UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL AVANZADO

Borja Violant Gómez[1]; Ferran Oller Sánchez[1]; Ricard Condal Sanmartín[1]; Ramón Garrido Massana[1]; Víctor Gómez Simón[2]; Candelaria de Haro López[1]; Jordi Carbonell García[1]; Joaquim Rios Sambernardo[1]; Jesús Cabañas Fernández[1]; Jorge Arnulfo Morales Álvarez
1. Sistema d'Emergències Mèdiques; 2. Hospital Parc Taulí

Introducción

El traslado interhospitalario (TIH) de los pacientes críticos con sistema de oxigenación con membrana extracorporea (ECMO) supone un reto para los profesionales de las Unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA), dado que la situación clínica del enfermo puede resultar altamente compleja en un medio hostil. En estas unidades, el personal de enfermería, integrado dentro del equipo asistencial, juega un papel clave por lo que su formación apropiada en este área se considera esencial para poder dar una respuesta adecuada a la escalada terapéutica.

Objetivo

Los objetivos a conseguir en este trabajo son: Describir el sistema de ECMO para entender el procedimiento. Analizar las complicaciones que se pueden derivar de este sistema, así como las fases de TIH y los puntos críticos durante el traslado. Desarrollar una estrategia estandarizada para garantizar la seguridad del paciente crítico durante el TIH y la continuidad de los cuidados.

Metodología

Mediante revisión bibliográfica, se analizan los estándares de cuidados en el TIH con ECMO de las guías de consenso y los artículos más recientes de las diferentes sociedades científicas.

Resultados

Se evalúan los puntos clave durante las distintas fases de la asistencia: Cuidados durante la implantación: Comprobación del paciente y del aparataje, preparación de la medicación necesaria, toma de muestras, preparación de la zona de inserción, cura posterior, control del miembro. Cuidados durante el traslado: Control hemodinámico y de la sedación, sujeción de cánulas, cuidados miembro canulado, control de la anticoagulación y el sangrado, control del sistema ECMO, inmovilización del paciente, fijación del aparataje.

Conclusiones

La elaboración de estas consideraciones dan respuesta a la necesidad de estandarizar los cuidados de enfermería durante el TIH mediante el plan de cuidados para optimizar la asistencia del paciente, garantizar su seguridad y mantener la calidad asistencial, a la vez que facilita la formación y el trabajo multidisciplinar.

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 723

EL MÉTODO DELIBERATIVO EN LA RESOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO: PACIENTE INTERVENIDO POR FRACTURA PERTROCANTÉREA INGRESADO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN

Ana Castillo Ayala[1]; María Alicia Zamora Calvo[2]; José Carlos Bonilla Pérez[3]; J. Santiago González Campos[4]
1. Enfermera UCQ. HU Ramón y Cajal, Madrid; 2 Enfermera UCQ. Secretaria CEAS. HU Ramón y Cajal, Madrid; 3. Supervisor de Cuidados Intensivos. HU Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife; 4. CAE Telde. Miembro CEAS CHUIMI CHUIMI, Gran Canaria

Introducción

La implantación de prótesis de cadera es una técnica muy habitual ante una población cada vez más envejecida. Esta técnica genera conflictos éticos en los profesionales cuando se trata de pacientes muy añosos pluripatológicos. El método deliberativo se emplea en la resolución de conflictos para ayudar en la toma de decisiones en un marco de incertidumbre.

Objetivo

- Reflexionar sobre el papel de la enfermería ante los dilemas éticos
- Exponer los aspectos éticos que intervienen en la resolución de un caso clínico desde la perspectiva de la Bioética.
- Describir la resolución del conflicto con un proceso deliberativo apropiado

Metodología

Observación clínica: Varón de 99 años con HTA, DM II, dislipemia, insuficiencia cardiaca con lesiones tricuspídea y mitral severas, hipertensión pulmonar severa, deterioro cognitivo, Parkinson estadío 5. Institucionalizado. Presenta fractura pertrocantérea izquierda. ASA IV. Se implanta clavo gamma. Ingresa en URPA y dan orden de no RCP por evolución tórpida desde el propio acto quirúrgico. Se administrata tratamiento completo, incluyendo hemoderivados, con desacuerdo entre médico-enfermera ante resolución del caso. Alta a planta a las 3 horas, tras informar del pronóstico a la familia. Existus 4 horas después.

Resultados

Identificación de los problemas morales que suscita: ¿Se debería Haber operado al paciente? ¿Debe participar la enfermera en esta decisión? ¿El tratamiento está acorde con la situación real del paciente? ¿Está obligada la enfermera a aplicar todo el tratamiento? ¿Tiene opción la enfermera de participar en la toma de decisiones ante estos casos? Elección del problema a analizar: ¿Tiene opción la enfermera de participar en la toma de decisiones en estos casos?

Conclusiones

La enfermería debe aplicar de forma sistemática modelos en la resolución de conflictos. El método deliberativo ayuda a alcanzar decisiones prudentes, fortaleciendo nuestro papel ante las decisiones que afectan a los pacientes

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 729

CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA. ANÁLISIS BIOÉTICO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

María Alicia Zamora Calvo[1]; Ana Castillo Ayala[2]; J. Santiago González Campos[3]; José Carlos Bonilla Pérez[4]
1. Enfermera UCQ. Secretaria CEAS HURyC. H.U. Ramón y Cajal; 2. Enfermera UCQ. H.U. Ramón y Cajal; 3. CAE Telde. Miembro CEAS CHUIMI. CHUIMI, Gran Canaria; 4. Supervisor de Cuidados Intensivos H.U. Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Introducción

Los registros de enfermería son uno de los principales sistemas de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario. Destacan su contribución a la calidad de los cuidados, la facilitación de la formación e investigación, la posibilidad de evaluación necesaria para la gestión de los servicios y la promoción del desarrollo de nuestra profesión.

Objetivo

- Analizar la importancia de los registros enfermeros en la historia clínica y sus implicaciones bioéticas.
- Discernir qué implicaciones deontológicas y bioéticas tienen los registros enfermeros sistematizados en la historia clínica.

Metodología

Estudio teórico, documental, hermenéutico. Se revisaron guías y protocolos de diferentes hospitales nacionales e internacionales, así como artículos científicos de expertos en ética, como Diego Gracia.

Resultados

Los registros de enfermería son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento, su evolución y cuidado. Son fundamentales para el desarrollo de la enfermería y la calidad de la información. Pero en ellos intervienen diferentes aspectos éticos como son: la confidencialidad, intimidad, secreto profesional; y proporcionan obligaciones desde los principios de la bioética.

Conclusiones

Para realizar registros con rigor intelectual y cumpliendo con los parámetros deontológicos, se debe tener en cuenta los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, aplicando a la vez respeto, trato humanizado, libertad, igualdad, dignidad, veracidad y responsabilidad en el acto de cuidado. Los registros desde la perspectiva ética tienen que ver con:

- El derecho de los usuarios a tener una información por escrito de todas las acciones que llevamos a cabo.
- El derecho de los usuarios a la intimidad, confidencialidad.
- El secreto profesional.
- La obligación que tenemos las enfermeras de llevar a cabo nuestro trabajo desde la autonomía profesional.
- La obligación de asumir la responsabilidad de nuestras acciones.
- La obligación de contribuir al desarrollo profesional.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 733

EL DELIRIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PUERTAS ABIERTAS

Laura Martínez Reyes; Judit López Calvo; Rosalia Cepero Martí; Cristina Paños Espinosa
Hospital Sant Pau i Santa Tecla

Introducción

Estudios científicos demuestran que el uso de sedación en pacientes sometidos a Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) es uno de los principales factores de riesgo en la presencia de delirio. Los procesos de destete son situaciones estresantes y sabemos que el acompañamiento de la familia en estos momentos ayuda a aumentar el confort y puede evitar la aparición del delirio.

Objetivo

Conocer si el acompañamiento familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de puertas abiertas disminuye la incidencia de padecer delirio. Conocer el grado de sedación-analgesia en los pacientes sometidos a VMI a las 48h de la intubación orotraqueal (IOT).

Metodología

Estudio realizado mediante investigación cuantitativa, observacional y descriptiva. Muestra accidental de 50 pacientes bajo sedación y VMI. Utilización de un cuestionario con valoración de las escalas: Escala de Agitación Sedación Richmond (RASS) y Confusion Assessment Method for the Intensive (CAM-ICU).

Resultados

Existe un elevado porcentaje de pacientes con sobresedación a las 48h de la IOT. La escala CAM-ICU es positiva en el 83% de los casos. Un alto porcentaje de los pacientes que presentan un CAM-ICU positiva en el momento del destete y se encuentran acompañados de la familia presentan un menor grado de agitación valorado con la escala RASS.

Conclusiones

El delirio está presente en las UCIs en un porcentaje elevado, el acompañamiento familiar favorece a la disminución de la agitación e ideas delirantes.

Pantalla nº 6. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 746

ESTANDARIZACIÓN DEL TRASPASO DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Milagros Noheda Recuenco; Valentina Osma Pérez; Isabel Martínez Toledo; Coral Checa Osma; Marta Abanades Contreras; Juan Manuel Blanco Colange; Raquel Franco Córdoba; María Pilar Soriano Moya; María Teresa Martínez Murcia; José Antonio Simarro Blasco
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción

La transferencia de pacientes entre los profesionales sanitarios es un proceso informativo dinámico de la situación clínica del paciente, mediante la cual se pasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario. Debido a las características de una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente, por su gravedad y diversidad de pacientes, se hace necesario desarrollar una guía estandarizada que facilite el traspaso de la información entre los profesionales de enfermería.

Objetivo

Realizar una guía de trabajo como método estandarizado y ordenado para realizar una correcta transferencia de los pacientes en el cambio de turno. Garantizar la seguridad del paciente durante la transferencia del mismo. Continuar la atención y aumentar la calidad de los cuidados.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en Medline, Scielor, Elservier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Elaboración de guía y chesklist para la transmisión de información entre turnos de enfermería. Sesiones informativas de implantación en el equipo.

Resultados

Se realiza una guía basada en el método IDEAS (Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y Síntomas de Alarma) con los siguientes apartados: Antecedentes personales, motivo de ingreso, evolución desde el ingreso, patrón hemodinámico, patrón respiratorio, eliminación, drenajes, catéteres y vías, medicación, heridas y psico-social. Alertas y plan de cuidados. Se ha creado un chesklist para el seguimiento. El equipo investigador se reúne periódicamente para valorar y mejorar el documento.

Conclusiones

La trasmisión de información durante la transferencia de pacientes es uno de los momentos frágiles que puede conllevar errores relacionados con una inadecuada o incompleta comunicación entre los profesiones y como consecuencia de ellos una disminución en la calidad asistencial, incremento del gasto sanitario, etc... Una transferencia sistematizada y ordenada favorece la eficacia de la comunicación y, por tanto, incide positivamente sobre la seguridad del paciente.

Financiación

No.

Pósters

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 737
SATISFACCIÓN LABORAL: UTENSILIO PARA CONOCER EL BIENERSTAR LABORAL DE PROFESIONES DE UCI

ID 749
ABORDAJE DEL ENFERMO PRE-ÉXITUS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

ID 750
EL ROL DOCENTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UCI

ID 772
COMPLICACIONES DE LA ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO EN LAS TÉCNICAS CONTÍNUAS DE DEPURACIÓN EXTRARENAL

ID 777
ASISTOLIA TIPO III Y LA GENEROSIDAD DE DAR VIDA

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 737

SATISFACCIÓN LABORAL: UTENSILIO PARA CONOCER EL BIENERSTAR LABORAL DE PROFESIONES DE UCI

Jesús David Abenza Hurtado; Pedro Sáez Paredes
Hospital Morales Meseguer

Introducción

La satisfacción laboral es el estado emocional o placentero de percepción subjetiva de experiencias laborales de cada persona, en la que influyen factores como circunstancias y características del propio trabajo e individuales de cada trabajador que condicionan su respuesta afectiva hacia el trabajo.

Objetivo

Identificar nivel de satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de una UCI polivalente. Mostrar categoría sanitaria más afectada laboralmente.

Metodología

Método: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal. Hemos contado con una muestra de 80 sujetos de UCI, mediante muestreo no probabilístico consecutivo, los cuales cumplen criterios de inclusión. El periodo de estudio comprende de 10 octubre al 15 noviembre de 2016. Se ha aplicado el Cuestionario de Satisfacción Laboral desarrollado por Warr, Cook y Wall, que identifica satisfacción laboral intrínseca, extrínseca y total. Los resultados se expresan como media±desviación estándar. Los datos van a ser analizados por medio de la aplicación SPSS 20.0

Resultados

Resultados: Tras la intervención, observamos como el personal enfermero presenta unos valores de 24±6, 25±6 y 49±6 en satisfacción intrínseca, extrínseca y total respectivamente. El personal auxiliar de enfermería refleja unos indicadores de 26±7, 28±7 y 54±14 para satisfacción intrínseca, extrínseca y total. El personal médico muestra un 34±11 intrínseca, 37±10 extrínseca y 71±19 total. Se han relacionado las variables por medio de análisis de Bonferroni, encontrándose relación de significancia en satisfacción intrínseca entre médicos-enfermeros ($p<0,004$) y médicos-auxiliares ($p<0,006$), en extrínseca entre médicos-enfermeros y médicos-auxiliares ($p<0,001$) y en total entre médicos-enfermeros ($p<0,001$).

Conclusiones

Discusión/Conclusiones: Los resultados obtenidos, ponen de manifiesto que el personal enfermero presenta más insatisfacción laboral en aspectos de reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción y contenido de la tarea (intrínsecos), horario, remuneración y condiciones físicas del trabajo (extrínsecas). Siendo el personal más satisfecho los profesiones médicos.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 749

ABORDAJE DEL ENFERMO PRE-ÉXITUS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Francisco Expósito Barroso[1]; Javier Sáez Sánchez[1]; Esther Muñoz Borrachero[1]; Rocío Martínez Hurtado , Mari Luz Alcaraz Escribano[1]; José Antonio Miras Bruno[1]; Nuria Molina Sánchez[2]; Silvia Sánchez Camara[2]; Rosa Belén Fernández Ariza[1]; Vicente López Hurtado[1]

1. Hospital Clínico Unviersitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Clínico Unviersitario Los Arcos del Mar Menor

Introducción

Cuando el paciente crítico entra en los últimos días de vida al equipo médico y personal de enfermería se les plantea diferentes interrogantes de como acompañarlo en esa última fase. Es por ello que conocer si el paciente va a fallecer inminentemente nos puede resultar notorio para que los cuidadores tomen muchas decisiones difíciles, al mismo tiempo que se respetan las voluntades del paciente.

Objetivo

Unificar un protocolo de actuación en la unidad de cuidados críticos, cuando la situación del paciente conduce a la muerte en un periodo de tiempo inminente, sin posibilidad de facilitar otro emplazamiento para que se desarrolle este desenlace.

Metodología

Elaboración de un protocolo de actuación en situaciones de éxitus inminente del paciente, sin posibilidad de habilitar otra estancia para que tenga lugar este desenlace. Desarrollo de herramientas clínicas enfocadas a facilitar la comunicación e información en estas situaciones que se ajuste a las necesidades de pacientes y familiares. Una vez establecido esta situación irreversible, tendremos que ayudarnos de protocolos para saber facilitar el mayor confort físico emocional y espiritual, al paciente y la familia.

Resultados

Obtención de un protocolo de actuación ante estas situaciones que facilita la intervención de los profesionales y minimiza las dificultades que se pueden derivar en dichas situaciones. Se agiliza la información, la actuación y la implantación de los elementos necesarios para ofrecer todo lo necesario al enfermo y familia una vez establecida la situación de pre-exitus.

Conclusiones

Se ha podido mejorar el afrontamiento y puesta en marcha de todos lo necesario cuando nos tenemos que enfrentar a situaciones de muerte inminente del paciente. Ha facilitado la unificación en las actuaciones a desarrollar en dichas situaciones minimizando la variabilidad dependiente del equipo sanitario que se encuentre trabajando en ese momento y limitando las repercusiones personales que la conciencia de los profesionales puedan presentar.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 750

EL ROL DOCENTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UCI

Andrés Rojo Rojo; Gloria María Muñoz Rubio
Hospital Universitario Virgen Arrixaca

Introducción

La formación práctica de los alumnos pregrado, es una de las labores más importantes que tienen para con la profesión enfermera, todos los profesionales asistenciales de todas las unidades, entre ellas la UCI.

Objetivo

En el presente estudio, nos marcamos como objetivo mostrar como el profesional asistencial de la UCI desempeña esta función tan transcendental para la propia profesión.

Metodología

Estudio cuantitativo de corte descriptivo, transersal, proporcional y aleatorio. La población son enfermeras/os que ejercen su labor asistencial en la UCI del H.U.V. Arrixaca, en el periodo comprendido entre el 1 y el 30 junio de 2015. Se elaboró un cuestionario donde se recogen variables sociodemográficas, así como variables relativas al modelo docente, a las funciones como tutor, relaciones con el alumno y el docente universitario.

Resultados

Un 30% de los profesionales no desean ser tutores, pese haberlo sido en el pasado. Destaca la “formación orientada al puesto”, una relación de poder frente al alumno y siendo el modelo docente “observación-demostración-imitación”, el patrón característico. Este rol, se encuentra determinado por la “huella tutorial” dejada por experiencias como alumno. Desconocen los objetivos de formación propuestos y carecen de formación en metodología docente. En cuanto a las relaciones con los docentes de las distintas Facultades, se manifiesta por su parte una desconexión total.

Conclusiones

Los tutores desarrollan su labor, de un modo altruista, bajo una sensación de abandono respecto a las Facultades de Enfermería y a los órganos de Coordinacion Docente del hospital, responsables de la formación de los alumnos; carecen de formación sobre como enseñar y/o evaluar a los alumnos, por lo que enseñan lo que ellos consideran que “debe ser enseñado” y de manera que ellos consideran apropiada, con frecuencia derivada de la experiencia pasada. Así, la calidad como docentes de nuestros profesionales, puede ser cuestionada, necesitando de atención por parte de las entidades docentes.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 772

COMPLICACIONES DE LA ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO EN LAS TÉCNICAS CONTÍNUAS DE DEPURACIÓN EXTRARENAL

Marta Briones Roc; Yaiza Gómez Ros; Joaquín Fernández Álvarez; Sara López Ronsano
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

La Insuficiencia renal aguda es una patología con elevada morbimortalidad donde se requiere aplicar terapias de reemplazo renal continuo (TCRR) en un 80% de los casos. La heparina ha sido la estrategia de anticoagulación más difundida, aunque presenta dos complicaciones graves: riesgo de hemorragia y trombocitopenia inducida por heparina. El citrato, genera una anticoagulación regional del sistema (reduciendo complicaciones hemorrágicas), mediante un proceso de quelación del calcio ionizado el cuál inhibe la cascada de coagulación y la generación de trombina.

Objetivo

Objetivo General

Revisar la aplicación actual del citrato en las TCRR.

Objetivo Específico

Conocer los beneficios técnicos de la anticoagulación con citrato. Conocer las principales complicaciones de esta terapia.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinhal de artículos publicados entre 2010 y 2017. Las palabras clave: citrate, anticoagulation, acute kidney injury, complication, continuous renal replacement therapy, empleando el boleano AND.

Resultados

El citrato permite alargar la vida efectiva del filtro, minimizar su coagulación y reducir su tiempo de inactividad. Sus principales complicaciones son:

- Alcalosis metabólica: Consecuente de la metabolización hepática del citrato.
- Acumulación de Citrato: Por disfunción hepática y/o su la mala depuración, generando acidosis metabólica. Su monitorización recomienda el cálculo del calcio gap.
- Hipocalcemia Severa: Debida a la pérdida del calcio por los procesos físicos de difusión/convección o secundaria a acumulación de citrato libre en sangre. La hipercalcemia por sobreinfusión sistémica, es poco frecuente. Complicaciones menos frecuentes son: hipomagnesemia e hipernatremia.

Conclusiones

Estudios muestran como el citrato es efectivo en términos de dosis de reemplazo renal, vida del filtro, perfil de seguridad y supervivencia al alta. A su vez son mínimas las complicaciones metabólicas cuando se emplea un protocolo estandarizado y se monitoriza calcemia y equilibrio ácido-base.

Pantalla nº 7. **Lunes 19 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 777

ASISTOLIA TIPO III Y LA GENEROSIDAD DE DAR VIDA

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

Introducción

El donante tipo III (clasificación de Maastricht) es aquel en el que el cese de la función circulatoria y respiratoria tiene lugar tras la limitación del tratamiento del soporte vital (LTSV) por considerarse dicho tratamiento fútil. Son potenciales donantes en asistolia tipo III aquellos paciente sin contraindicaciones aparentes para la donación y que por su patología y posterior evolución, se decide conjuntamente con la familia la LTSV y en los que se espera que, tras la retirada de estas medidas, se produzca la PCR dentro de un periodo de tiempo compatible con la donación de órganos.

Objetivo

Presentar un caso clínico para aportar mayor conocimiento y concienciación sobre este tipo de actuación cada vez más frecuente en nuestro servicio.

Metodología

Observación Clínica Paciente de 61 años diagnosticada de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y demencia frontal, con traqueotomía domiciliaria y conectada a VMI. Nutrición enteral a través de gastrostomía percutánea. Dependiente para ABDV , tetrapléjica y desconectada del medio. Ante un empeoramiento tras varios años de evolución de la enfermedad y su irreversibilidad, la familia solicita tiempo para meditar acerca de la LTSV. Se establece un primer contacto con la coordinación de trasplante en espera de la respuesta familiar y transcurrido el tiempo solicitado por la familia y con su consentimiento, se realiza el procedimiento de donación a corazón parado según el protocolo. Ese mismo día y horas después, ingresa en nuestra UCI un paciente trasplantado de riñón.

Resultados

Intervenciones Se realiza valoración integral según modelo M. Gordon y un plan de cuidados enfermeros con taxonomía NANDA/NIC/NOC centrados en el confort, seguridad e intimidad del paciente y la familia.

Conclusiones

La donación de órganos pasa desde el doloroso proceso de la muerte y duelo, a un acto de absoluta generosidad, donde se hace especialmente necesario cuidados de calidad al final de la vida y una coordinación precisa de los profesionales implicados.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC

Madrid

18/21 Junio 2017

Pósters

Sala foyer y sala jardín. **Martes 20 de Junio de 2017.**

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

De 17.05 a 17.20 h.

- Pantalla nº 1
- Pantalla nº 2
- Pantalla nº 3
- Pantalla nº 4
- Pantalla nº 5
- Pantalla nº 6
- Pantalla nº 7

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 420
ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INFECCIÓN TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS Y VALORACIÓN IN SITU DE PUNTOS DE MEJORA

ID 438
HUMIDIFICACIÓN EN VENTILACIÓN MECÁNICA

ID 441
PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE SOMETIDO A OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA MEDIANTE LA CUMPLIMENTACIÓN DE UN “CHECKLIST”

ID 444
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR HERBICIDAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 445
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE PACIENTE CON MASTOCITOSIS EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 453
¿SE OBSTRUYEN LAS SONDAS ENTERALES EN NUESTRA UNIDAD?

ID 459
IMPLANTACIÓN DE LA FIGURA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 420

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INFECCIÓN TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS Y VALORACIÓN IN SITU DE PUNTOS DE MEJORA

María Teresa Martí Merino; Ricardo Bou Monterde; Miriam Tamarit Calatayud; Carlos Antón Tomás
Hospital Universitario de la Ribera, Alzira

Objetivo

Conocer la incidencia de infecciones asociadas a la implantación de marcapasos y estudiar los factores de riesgo relacionados con estas complicaciones

Metodología

Estudio de casos y controles anidado en una cohorte y estudio observacional in situ. -Población: todos pacientes sometidos a implante de marcapasos en la UCI del Hospital Universitario de La Ribera (HULR) desde el 1 de enero del año 2010 hasta el 31 de Diciembre del año 2015. Se seleccionaron cuatro controles por cada caso, apareados por la fecha de la intervención quirúrgica. Variables: relacionadas con la comorbilidad del paciente, puntuaciones de la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) y las variables asociadas al desarrollo de infección durante la atención médico-quirúrgica, pre-intra y post-intervención. Análisis: Para la comparación de proporciones entre variables cualitativas entre casos y controles se utilizó el test de McNemar. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó el test de rangos signados de Wilcoxon. Se realizó un análisis de regresión logística condicional para estimar la magnitud de la asociación entre las variables a estudio y el desarrollo de la infección calculando Odds Ratio (OR) apareadas y sus intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

se realizaron 1070 implantes durante el período de estudio y se detectaron 8 casos de infección, correspondiendo a una incidencia del 0,6 %. No se observaron complicaciones mortales. El 56,9% fueron varones. El 94 % fueron primoimplantes y el 5% recambios del generador y electrodos y el 1% recambios del sistema

Conclusiones

Los agentes causales observados fueron principalmente cocos grampositivos. El factor de riesgo más importante para desarrollar una infección fue la presencia de complicaciones asociadas a la implantación del marcapasos. Las medidas ambientales intraquirófano para control de infecciones tanto estructurales como de comportamiento son susceptibles de mejora.

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 438

HUMIDIFICACIÓN EN VENTILACIÓN MECÁNICA

Zuriñe Iñiguez de Ciriano Aldama; Miren García Marcos; Susana González Orive; José Ignacio Vicente González , Rosa del Bosque Díez; Sonia Fernández Garmilla; Ester Corredera Baz; Maitane Velasco Martín; Inmaculada Lorenzo Fernández; Joseba de Miguel Guerrero
Hospital Universitario de Álava UMI

Introducción

La humidificación en pacientes con ventilación mecánica (VM) es imprescindible para evitar complicaciones. En la VM se eliminan los mecanismos fisiológicos de humidificación, filtración y calor en la respiración espontánea. De no hacer dicha suplencia, se producirá pérdida de la función ciliar, ulceración de la mucosa respiratoria, desecación de las glándulas mucosas, hipotermia, etc.

Objetivo

Nuestros objetivos irán encaminados a: Conocer y determinar los tipos de técnicas de humidificación que existen y elaborar un protocolo para facilitar la elección de la técnica más adecuada.

Metodología

Revisión bibliográfica (2006-2015) en inglés y español sobre la humidificación en las bases de datos con los términos “humidification” “Ventilación Mecánica”: PubMed, Medscape, Biblioteca Cochrane y Uptodate. Elaboración de un protocolo del uso de la humidificación en VM y difusión del mismo en la UCI.

Resultados

La humidificación pasiva la utilizamos en pacientes conectados a VM como primera opción, puesto que entre sus ventajas encontramos fácil manejo, bajo coste, que es portátil y seguro. En pacientes traqueotomizados siempre pondremos humidificación activa consiguiendo así una humidificación del 100% y una temperatura cercana a la fisiológica. No se encuentra una evidencia clara que se incline hacia la elección de una humidificación u otra, salvo en los pacientes traqueotomizados. Posteriormente nos reunimos un equipo multidisciplinar, teniendo en cuenta los tipos de pacientes que tenemos habitualmente, delimitamos una serie de casos en los que se debería de utilizar la humidificación activa.

Conclusiones

Destacamos que ambas son necesarias. A falta de bibliografía inequívoca que nos indique el tipo de humidificación más adecuada, se destaca con mayor importancia identificar cuándo y cómo hay que utilizarla, como se ha visto en el caso de las traqueotomías como excepción por su necesidad de requerir una humidificación más activa. Hemos dado prioridad a la humidificación pasiva en el resto de los casos por su coste-efectividad.

Financiación

No hay financiación.

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 441

PROTOCOLO DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE SOMETIDO A OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA MEDIANTE LA CUMPLIMENTACIÓN DE UN "CHECKLIST"

Mario Flores Prieto; María Victoria Boado Varela; Roberto Voces Sánchez; Yolanda Gómez Gómez; María Jesús Furones Guerra; Yolanda Rodríguez Rodríguez; José Manuel Nava Criado; Idoya Díez Álvarez; Maria José Monguiló Martitegui; María Pilar Sánchez Rubio
Hospital Universitario de Cruces (Osakidetza)

Introducción

Debido a la facilidad con la que se pueden producir complicaciones en el manejo del paciente sometido a ECMO y la morbimortalidad que conllevan, se hace necesaria la existencia de una lista de verificación para eliminar y/o reducir los riesgos que puedan favorecer accidentes indeseados. Será llevada a cabo por cada uno de los profesionales de enfermería implicados en el cuidado del paciente sometido a ECMO en todos y cada uno de los turnos de trabajo.

Metodología

Revisión bibliográfica publicada entre los años 2011-2016 sobre los protocolos de seguridad relacionados con el cuidado de los pacientes con oxigenación por membrana extracorpórea. Las bases de datos consultadas son Pubmed, Medline, Cinhal, Cochrane library, Cochrane Plus, Elsevier, Cuiden, Scielo. Las palabras clave: Extracorporeal membrane oxigenation (Oxigenación por membrana extracorpórea), Nursing Care (Atención de Enfermería), protocols (protocolos), Safety (Seguridad)

Resultados

Los apartados a valorar en de dicha lista de verificación son: Consola, Cabezal de la Bomba, Calentador, Oxigenador, Mezclador de Gas, Cánulas, Cánula de perfusión del miembro, Líneas, Material. Cada uno de los apartados expuestos a su vez se subdivide en otros items a evaluar.

Conclusiones

- Apenas bibliografía encontrada directamente relacionada con la seguridad del paciente en ECMO. El nivel de evidencia encontrada es cinco, con un grado de recomendación "D" según el CEBM (Centre for Evidence-Based Medicine).
- La inclusión de un Checklist aumenta la seguridad del paciente y disminuye el número de incidentes. Considerándose una mejora en la calidad asistencial, haciendo conscientes a los profesionales de enfermería implicados en el cuidado, del papel tan importante que implica la seguridad del paciente.
- Los profesionales implicados en el cuidado, reciben de forma satisfactoria la inclusión de dicha lista de verificación como herramienta facilitadora y útil.

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 444

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR HERBICIDAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Nora María Martínez Lucas; Marta María Chust Álvarez; Laura Giera Vives; Marta Escamilla Saiz; Isabel Martínez Toledo; Ana Teresa Ruiz Durán; Alba Catherina del Hoyo Herráiz; Almudena Álvarez Fiaño; Rosa Ana Perea López; José Antonio Simarro Blasco
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción

El ingreso de un paciente con intoxicación por herbicida supene un estrés para los profesionales que lo atienden.

Objetivo

Como objetivo nos planteamos elaborar un plan de cuidados estandarizado que ofrezca a los profesionales recursos con rigor científico, reconocimiento profesional y que sea un instrumento único y válido para evaluar la asistencia con los mejores niveles de calidad en un paciente ingresado en UCI con intoxicación por herbicidas.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en Elservier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Diseño y elaboración de un plan de cuidados estandarizado, basado en las necesidades básicas de Virginia Henderson, con revisiones bibliográficas y de historias clínicas (metodología enfermera basada en la Evidencia). Se han identificado los diagnósticos más prevalentes según la taxonomía NANDA, han sido establecidos resultados según la taxonomía NOC y se han propuesto intervenciones siguiendo la taxonomía NIC.

Resultados

Destacamos: NANDA: Patrón respiratorio ineficaz (00032). NOC: Estado respiratorio. Permeabilidad de las vías respiratorias (0410) Estado respiratorio: Ventilación (0403). NIC: Oxigenoterapia (3320) Control y seguimiento respiratorio (3350) Ventilación Mecánica (3300). NANDA: Alteración Termorregulación (00005). NOC: Termorregulación (0800). NIC: Regulación de la Temperatura y control (3990) Monitorización de los signos vitales (6680). NANDA: Riesgo de Deterioro de la Mucosa oral (00247) Riesgo Perfusión: Gastrointestinal Ineficaz (00202). NOC: Integridad Tisular: Membranas cutáneas y mucosas (1101) Hidratación (0602). NIC: Restablecimiento de la Salud bucal (1730). NANDA: Dolor agudo (00132). NOC: Dolor: efectos adversos (2101) Nivel Bienestar (2100) Nivel del dolor (2102). NIC: Gestión del dolor (1400) Administración Analgésicos (2210) NANDA: Riesgo Confusión Aguda (00173). NOC: Estado neurológico (0909) Nivel Confusión Aguda (0916). NIC: Control y seguimiento neurológico (2620). NANDA: Riesgo Deterioro de la función Cardiovascular (00239). NOC: Estado de los signos vitales (0802) Eficacia del bombeo cardiaco (0400). NIC: Cuidado cardiaco (4040) Monitorización Constantes vitales (6680) NANDA: Riesgo Intoxicación (00037). NOC: Estado Deglución (1010) Eliminación toxinas sistémicas:diálisis. NIC: Tratamiento por el consumo de sustancias (4510)

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

Financiación

No.

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 445

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE PACIENTE CON MASTOCITOSIS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Marta María Chust Álvarez; Larua Giera Vives; Nora María Martínez Lucas; Marta Escamilla Saiz; Marta Abanades Contreras; Juan Manuel Blanco Calonge; Coral Checa Osma; Riánsares Checa Osma; Susana Martínez Soriano; José Antonio Simarro Blasco
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Objetivo

Elaborar un lenguaje estandarizado mediante recogida de datos e identificación de problemas en pacientes ingresados en UCI con mastocitosis para mejorar la comunicación entre enfermeros.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en Elservier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Diseño y elaboración de un plan de cuidados estandarizado, basado en las necesidades básicas de Virginia Henderson, con revisiones bibliográficas y de historias clínicas (metodología enfermera basada en la Evidencia). Se han identificado los diagnósticos más prevalentes según la taxonomía NANDA, han sido establecidos resultados según la taxonomía NOC y se han propuesto intervenciones siguiendo la taxonomía NIC.

Resultados

Los diagnósticos de enfermería nos permiten actuar con la mayor eficiencia en UCI y se plantean las intervenciones de enfermería así como los resultados esperados. Destacamos: NANDA: Protección ineficaz (00043). N0C: Estado Inmune (0702). Respuesta a Medicación (2301). NIC: Manejo Prurito (3550). NANDA: Alteración Termorregulación (00005). NOC: Termorregulación (0800). NIC: Regulación de la Temperatura y control (3990). NANDA: Diarrea (00013) NOC: Equilibrio Electrolítico y ácido-base (0600) Función Gastrointestinal (1015). NIC: Manejo de la Diarrea (000460) Cuidado Incontinencia Intestinal (000410) Manejo Intestinal (000430). NANDA: Trastorno Imagen Corporal (00118). NOC: Imagen Corporal (1200). NIC: Cuidado piel: Tº Tópicos (3584) Reducción Ansiedad (5820). NANDA: Dolor agudo (00132). NOC: Nivel del dolor (2102) Control Dolor (1605) Control Ansiedad (1402) NIC: Gestión Dolor (1400) Administración Medicamentos (2300). NANDA: Riesgo Deterioro de la función Cardiovascular (00239). NOC: Estado de los signos vitales (0802) NIC: Cuidado cardiaco (4040) Monitorización Constantes vitales (6680) NANDA: Riesgo Respuesta Alérgica (00217). NOC: Respuesta Alérgica Generalizada (0706). NIC: Manejo Anafilaxia (6570) Prevención del Shock (4260). NANDA: Riesgo Confusión Aguda (00173). NOC: Estado neurológico (0909) Nivel Confusión Aguda (0916) Concentración (0905). NIC: Control y seguimiento neurológico (2620) Gestión Conducta (4350).

Conclusiones

Al trabajar con un plan de cuidados estandarizado, la enfermera reconoce y actúa precozmente ante cualquier signo/síntoma que pudiera empeorar la situación clínica del paciente. La simplicidad, fácil monitorización y realización de los cuidados, hace de esta técnica un tratamiento más efectivo y seguro.

Financiación

No.

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 453

¿SE OBSTRUYEN LAS SONDAS ENTERALES EN NUESTRA UNIDAD?

Laura González Borraz; Josefa Escovar Lavela; Alicia Flores Casarrubios; Pilar González Pascual
Hospital Universitario del Sureste

Introducción

En nuestras unidades de cuidados intensivos, es muy habitual la administración de nutrición enteral a través de una sonda de alimentación. El personal de enfermería, somos los encargados de evitar obstrucciones de dichas sondas (ya sea por alimentación, medicación) realizando una práctica clínica de forma adecuada.

Objetivo

El objetivo es conocer la incidencia de obstrucciones de sondas enterales, en nuestra unidad.

Metodología

Estudio descriptivo comparando datos recogidos en el mismo periodo de los años 2015 y 2016 (de Enero a Junio) En el 2015 se colocaron 50 sondas y en el 2016 40.

Resultados

De las 50 sondas colocadas en el periodo del 2015, solo se obstruyó una (el 0,02%) La misma cifra de sondas obstruidas en el periodo del 2016, una también (el 0,025%)

Conclusiones

Los resultados son positivos. Para llegar a estos resultados, como se decía al principio, el personal de enfermería tiene un papel muy importante llevando a cabo una serie de medidas:

- Si tenemos NE en infusión continua, pararla antes (30 min) y además lavar la sonda con agua (50cc), ya que hay medicaciones que interaccionan con la NE, pudiendo incrementarse la viscosidad del preparado o formarse un precipitado, con riesgo de oclusión de la sonda (N-Acetilcisteína sobres, metoclopramida jarabe)
- Tener claro que tipo de presentación de la medicación es la más acta para administrarla por la sonda. Por ejemplo, no es apta la medicación en gránulos, ya que pueden adherirse a las paredes y obstruirla (Omeprazol).
- Diluir en abundante agua la medicación antes de administrarla. Se puede correr el riesgo, si no, de que el preparado obtenido sea demasiado espeso y obstruya la sonda (Resin Calcio).
- Por último, lavar con agua la sonda al final de la administración de cada medicación (50cc).

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 459

IMPLANTACIÓN DE LA FIGURA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Patricia Rebollo Gómez; Alba López Fuentes; Ángela Algaba Calderón; Evelin Bernal Pérez; Juan Manuel López-Reina Roldan; Victorino Pérez Velasco; Berta Ramos González; Carlos Muñoz de Cabo; Gabriel Heras la Calle; Mª Cruz Martín Delgado
Hospital Universitario de Torrejón

Introducción

Los avances científicos-tecnológicos han mejorado de forma significativa la atención sanitaria, pero a su vez, han aumentado los riesgos y ese avance no ha sido acompañado de otros aspectos más humanos. Los pacientes ingresados en UCI, son especialmente vulnerables tanto por su enfermedad como por factores internos: miedo, ansiedad, soledad por tanto la presencia familiar es fundamental en estos aspectos.

Objetivo

Por este motivo nos proponemos como objetivo principal la implantación de un sistema regulador para la ampliación de la presencia familiar en determinados pacientes que nos permita disminuir los factores estresantes del paciente asociados a su ingreso, mejorar su bienestar y sus necesidades tanto del propio paciente como de los familiares.

Metodología

En septiembre del 2015 se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para la humanización de la UCI del Hospital de Torrejón. Entre las propuestas de trabajo se incluía la UCI de puertas abiertas y la implantación del cuidador principal. Dentro del protocolo se ofrece la figura de cuidador principal a todo aquel paciente que lleve más de 48 horas en la unidad y se prevea un ingreso prolongado. Se entrega una normativa al familiar que va a realizar las funciones del cuidador principal donde se incluye: Características de la unidad, horario (11AM- 23PM), normativa, medidas de higiene de manos y/o aislamiento. El familiar debe firmar el consentimiento informado sobre la normativa y su cumplimiento. Se le entrega tarjeta identificativa que le permitirá entrar en la unidad.

Resultados

Hasta la actualidad se adhieren al protocolo un total de 15 pacientes.

Conclusiones

Es imprescindible para la atención integral del paciente crítico la implicación de las familias en los cuidados y su presencia para mitigar la ansiedad, el miedo, soledad... A su vez permite que los familiares puedan implicarse dentro del proceso asistencial siendo una figura fundamental para mejorar las necesidades del paciente.

Pósters

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 465
PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EN UCI: MANEJO DE CATÉTERES VENOSOS DE LARGA DURACIÓN

ID 469
ENFERMERÍA Y LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL DESDE SUS FACTORES AGRAVANTES

ID 477
¿HA MEJORADO NUESTRA PRESCRIPCIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS AL ALTA DE CUIDADOS INTENSIVOS?

ID 489
CATETER SWAN- GANZ: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ID 509
TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO DE QUIRÓFANO A UCI

ID 531
PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE FIBRINOLISIS INTRAPLEURAL

ID 537
INCIDENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEUROCRÍTICOS Y POLITRAUMA

ID 547
CASO CLÍNICO DE PACIENTE SOMETIDA A TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 465

PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EN UCI: MANEJO DE CATÉTERES VENOSOS DE LARGA DURACIÓN

Víctor Gallego Herrera; Mario Sanz González; Rosa María Díaz Ortuño; Javier Tinoco Olmos; Ana María Erans Martínez; Isabel Rosa Galera Pérez; Francisco Fernández Arcas; María de los Ángeles Conesa Gómez; María de Vicente Martínez; María Isabel Segovia Soria
Hospital Morales Meseguer

Objetivo

Enfermería se resiste a integrar al paciente oncohematológico con igualdad en UCI. Con objetivo de evidenciar y trasmitir a enfermería UCI, como manejar/manipular correctamente catéteres venosos de larga duración en caso de obstrucción, ampliará conocimientos y formación en este campo.

Metodología

Revisión bibliográfica (2014-2016), base datos: Medline, Cochrane, Scielo, Dialnet, Teseo, TDR, búsqueda inversa. Palabras clave: catéteres venosos, paciente oncológico, enfermería.

Resultados

Los catéteres venosos de larga duración canalizados en pacientes oncohematológicos, drum, picc, hickman, reservorio subcutáneo, entre otros, son esenciales, y se utiliza la técnica de presión positiva (consiste en clampar precozmente el sistema mientras infundes fluido, dejando 1-2 ml del mismo sin llegar a infundir), y se evita, reflujo sanguíneo dentro del catéter, formación de trombo sanguíneo y/o depósito de fibrina que lo obstruya. En caso de obstrucción, se impide el reflujo sanguíneo para extracción, por lo tanto, lo solucionaremos administrando Fibrilin® y si no se solucionase Uroquinasa. Explicas el procedimiento al paciente, preparas material necesario (paño, gasas y guantes estéril, jeringas 2-5 ml, suero fisiológico y jeringa Uroquinasa, que se descongela hasta estar líquida). Conectas una jeringa vacía de 2-5 ml, aspiras para extraer, pinzas el extremo proximal del catéter y retiras la jeringa (generando una presión negativa facilitando la aplicación de Uroquinasa dentro del catéter). Colocas la jeringa de 5 ml Uroquinasa, despinzamos y, lentamente, sin forzar, inyectas 2 ml (o cantidad que admita) en el catéter, y la dejas unida al catéter y pinzas. Después de 10 minutos, la quitas, conectas una jeringa vacía de 2-5 ml , despinzas e intentas aspirar la Uroquinasa del catéter, si no es posible, espera otros 10 minutos y reintenta la aspiración. Si después de 3 intentos continua obstruido, hacer un último intento después de 30-60 minutos.

Conclusiones

Enfermería UCI, profesional autónomo, debe incentivar la importancia de no discriminar a pacientes oncohematológicos.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 469

ENFERMERÍA Y LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL DESDE SUS FACTORES AGRAVANTES

Carmen Pujante Rodríguez; Víctor Gallego Herrera; Ana Belén Hernández Meseguer; Ana Morales Dusac; Isabel López Santo; Ana María Erans Martínez; Rosa María Díaz Ortuño; Carmen María Martínez Gómez; Javier Tinoco Olmos; Isabel Rosa Galera Pérez
Hospital Morales Meseguer

Introducción

La Presión Intracraneal (PIC) se define como aquella medida en el interior de la cavidad craneal, que es el resultado de la interacción entre el continente (cráneo) y el contenido (encéfalo, LCR y sangre), que si no es lo más estable posible, produce hipertensión intracraneal (HIC).

Objetivo

Con el Objetivo de describir los factores agravantes en la hipertensión intracraneal (HIC) desde el manejo de Enfermería

Metodología

Revisión bibliográfica, bases de datos: Medline, Scielo, Elsevier, Dialnet, Revistas científicas y búsqueda inversa. Palabaras clave: presión intracraneal, factores riesgo, cuidados enfermeros.

Resultados

El papel de Enfermería en el paciente con hipertensión intracraneal (HIC) consiste en poder otorgar unos cuidados de calidad, realizando observaciones precisas y registrables. Se debe hacer una detección precoz de la hipertensión craneal, para así controlar los factores agravantes cuando todavía son reversibles y no ha llegado al estado de descompensación, como son, una adecuada sedoanalgesia, la agitación y el dolor incrementan gasto metabólico cerebral, lo que aumenta el flujo sanguíneo craneal y la pic, puede ayudar al control de la hipertensión intracraneal, al disminuir la demanda de oxígeno. Evitar, la hipertermia que además favorece la aparición de convulsiones, como eventos frecuentes en pacientes con hipertensión intracraneal, la hipoglucemia puede dar lugar a acidosis metabólica y por tanto a muerte cerebral, así como, la hiperglucemia que daría lugar a disminución del pH, y consecuente disminución de la perfusión celular, y la hipotensión, entre otros.

Conclusiones

Que sean entendibles los criterios fisiopatológicos y clínicos de los pacientes que sufren HIC y conocer como se mide la presión intracraneal para así ayudar a la formación y especialización en la materia para el personal de Enfermería puesto que su trabajo resulta fundamental.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 477

¿HA MEJORADO NUESTRA PRESCRIPCIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS AL ALTA DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Mª Jose Rodríguez Borrajo; Zuriñe Itxaso Gil García; Rosario Romero Montoya; Icíar Jiménez Martínez; Laura Samaniego Bóveda; Maitane Velasco Martín; Ester Corredera Baz; Maite Albaladejo Perea; Estibaliz Bezares Arrúe
HUA Hospital Txagorritxu

Introducción

En el rastreo que hicimos el año pasado sobre cumplimentación y actualización de los cuidados de enfermería en el informe de alta a planta obtuvimos unos malos resultados. Hicimos una sesión formativa y queremos comprobar si ha habido una mejora en el registro.

Objetivo

Estudio descriptivo retrospectivo y comparativo. Revisamos los informes de alta de enfermería de 100 pacientes dados de alta en los últimos 2 meses del 2016. Analizamos el grado de cumplimentación de todos los cuidados pautados según el modelo de necesidades de Virginia Henderson y si la información que aparecía era concordante con el resto de la historia de enfermería. Comparamos los resultados con los del año anterior.

Resultados

El 42% de los informes de alta revisados tenían correctamente pautados todos los cuidados de enfermería (34% en 2015). El aspecto en el que más deficiencias detectamos fueron los cuidados relacionados con el riesgo de ulceras: al 27% les faltaban pautar dichos cuidados (42% en 2015) y el 8% no se correspondían con el riesgo real (2% en 2015). El resto de deficiencias se encontraron en cuidados relacionados con la nutrición: faltaban en el 5% (7% en 2015) y estaban mal pautados en el 3% (7% en 2015); cuidados relacionados con la eliminación: faltaban en 3% (0 en 2015) y mal pautados en el 11% (13% en 2015); cuidados respiratorios: faltaban en el 3% (7% en 2015) y mal pautados en el 2% (3% en 2015). Además en el 4% había deficiencias en la pauta de la cura de vía o faltaba algún cuidado especial (igual que en 2015). Un total de 20 cuidados sobraban o estaban repetidos (9 en 2015)

Conclusiones

La cumplimentación ha mejorado en general aunque sigue siendo deficiente. Es necesario seguir realizando sesiones formativas e insistiendo en la importancia de unos buenos registros.

Financiación

Carece de financiación.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 489

CATETER SWAN- GANZ: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Laura García Fernández; Beatriz Barzana Barzana; Beatriz Iglesias Fraga; Belén Arias Castaño; Belén Álvarez Méndez; Olaya Requejo Castaño; Monica Álvarez Valledor; Silvia Hernández Álvarez
HUCA

Introducción

El cateter de Swan-Ganz permite monitorizar parámetros hemodinámicos fundamentales para el control del paciente crítico: presión en diferentes cavidades y grandes vasos, cálculo del gasto cardiaco, medida de la temperatura central y la saturación venosa mixta, administración de fármacos y extracción de muestras de sangre.

Objetivo

Con este trabajo pretendemos clasificar y describir una serie de cuidados específicos en el manejo de este catéter, que permitan unificar los criterios de cuidados y garantizar la calidad de los mismos.

Metodología

La recogida de datos para la compilación de estos cuidados, se obtuvo de la revisión bibliográfica en MEDLINE PLUS de artículos publicados con las palabras clave: Swan-Ganz y cateterización arteria pulmonar y del protocolo de la Unidad de Cuidados Intensivos UCI 1 y 2 del HUCA, así como de la experiencia profesional personal en la práctica clínica en el manejo de este cateter.

Resultados

Como resultados de esta recogida y revisión de datos, se han resaltado una serie de cuidados específicos relacionados con el paciente portador de este cateter, que hemos dividido en: Inserción. Mantenimiento. Extracción de muestras de sangre. Retirada de catéter

Conclusiones

La enfermera tiene un papel fundamental en la colocación, mantenimiento y retirada del catéter, tanto para mantener su funcionamiento óptimo como para minimizar los riesgos que conlleva. Por eso es necesario un protocolo de cuidados que unifique criterios en la unidad y una formación específica del personal de enfermería.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 509

TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO DE QUIRÓFANO A UCI

Raquel Melero Vindel; María José Jiménez Pérez; José Antonio Simarro Blasco
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción

El paciente crítico no sólo parte de la UCI hacia otras unidades, sino que también se moviliza de otras unidades hacia la UCI, con personal de enfermería no tan acostumbrado a su manejo como el que trabaja dentro de las unidades.

Objetivo

Realizar un protocolo que proporcione conocimientos, unifique y ponga al día las actuaciones y cuidados necesarios para realizar el traslado del paciente crítico del quirófano a UCI con seguridad y calidad.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en Elservier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Equipo formado por enfermeras y médicos del servicio de quirófano y UCI y consensuar la evidencia científica analizada con las características de ambas unidades y del hospital.

Resultados

El protocolo se ha dividido en cuatro fases:

Fase 1: Preparación del paciente para el traslado: Preparar el material necesario en quirófano (monitor, respirador, medicación, cama de UCI...) asegurándonos que funcione todo. Informar a la familia y paciente. Contacto con UCI para decir tiempo de llegada y si precisa ventilación mecánica. Pasar checklist.

Fase 2: Movilización del paciente a cama de UCI. Asegurar sondas, vías, drenajes y tubos. Monitorizar.

Fase 3: Traslado del paciente a UCI. Vigilar monitor, respirador, sondas, vías,.. Valorar y anticiparse a complicaciones y situaciones adversas.

Fase 4: Ingreso en Box de UCI. Cambio de monitorización, trasmitir información por metodología SBAR. Se ha creado un formulario para declarar incidencias. Reuniones periódicas para el análisis de incidencias.

Conclusiones

La preparación adecuada de todos los medios y personal con estándares de actuación consensuados y basados en la evidencia, han minimizado situaciones adversas en el traslado. Ha aumentado la seguridad y calidad de la atención del paciente crítico fuera de la UCI. En distintas reuniones se han analizado incidencias y se han ido mejorando puntualmente el protocolo.

Financiación

No.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 531

PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE FIBRINOLISIS INTRAPLEURAL

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; María Elvira Migallón Buitrago[1]; Miguel Ángel Ramírez de Orol[1]; Francisco José Clemente López[2]

1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Introducción

El tratamiento de los derrames pleurales complicados incluye la colocación de drenajes torácicos (DT) de gran calibre. En pacientes en los que estas colecciones pleurales se loculan o septan precisan de un tratamiento quirúrgico agresivo (como toracostomía o decorticación pleural), o bien pueden beneficiarse de un tratamiento fibrinolítico a través de dicho drenaje. Se describe el procedimiento de fibrinólisis intrapleural.

Objetivo

El DT permite evacuar el contenido no deseado del espacio pleural, aunque en un porcentaje de pacientes no se consigue un adecuado drenaje por la existencia de loculaciones o septos pleurales (hemáticas, purulentas o paraneumónicas). La destrucción precoz de estos septos facilita el drenaje del derrame pleural. Por tanto los pacientes adecuadamente seleccionados pueden beneficiarse de la administración de un fibrinolíticos intrapleural como la estreptoquinasa o la uroquinasa, siempre y cuando no existan contraindicaciones para su administración (hipersensibilidad al fármaco, fistula broncopleural, hemorragia intrapleural entre otras).

Resultados

La administración del fibrinolítico intrapleural se realiza en condiciones de esterilidad. La dosis y frecuencia se individualizan en función de la respuesta obtenida. En general se administran 100.000 UI de uroquinasa (un activador del plasminógeno) diluidas en 100ml de SF0,9% estéril dos o tres veces al día. Se mantiene cerrado el drenaje entre 2-4 horas (pudiendo prolongar este periodo hasta 12h), vigilando el estado respiratorio del paciente. Pasada esa hora se reabre el drenaje para eliminar el fármaco y contenido pleural.

Conclusiones

La evidencia científica no aclara cual es el fármaco ideal para la fibrinólisis intrapleural. En nuestro centro se utiliza la uroquinasa por su fácil manejo, eficacia probada y no tener efecto antigénico. Disponer de una guía de administración permite realizar el procedimiento de forma segura y estandarizada.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 537

INCIDENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEUROCRÍTICOS Y POLITRAUMA

Francisca Cecilia Martínez Huélamo; Vanesa Martín Sánchez; María José López Poveda; Mª Ángeles Óñiga Polo; Mª del Carmen Manzanedo Edesa
Complejo Universitario de Salamanca. UVI Virgen Vega

Objetivo

Conocer los incidentes en una Unidad de Cuidados Intensivos, localizar dónde se originan, quiénes son los responsables y determinar tanto su evitabilidad como las consecuencias derivadas del estado del paciente que predisponen a sufrir dicho incidente.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal (ambispectivo). Seguridad del paciente: riesgo asistencial (efectos adversos, error, casi error, accidente, situaciones adversas relacionadas con la medicación, negligencia, mala praxis y litigio). Definiciones: Efecto adverso (evitable e inevitable). Error. Incidente. Variables: Medicación. Vía aérea y ventilación mecánica. Accesos vasculares y sondas. Aparatos. Procedimientos. Infección nosocomial y descuidos. Check-List: revisión del box y del paciente. SISNOT: sistema de notificación de incidentes sin daño.

Resultados

Con una media de ochenta ocupaciones de cama durante una semana, hemos observado los siguientes incidentes:

- Combinación de perfusiones- bolo de sedación- hipoglucemia.
- Lesiones- material inadecuado, falta de personal y tiempo, pacientes intermedios- caídas y levantamientos.
- Accesos vasculares- extracción de catéteres- hipotensión /inestabilidad.
- Sondas- extracción de sondas nasogástricas- duplicación de técnica.
- Medicación- preparación y administración de dosis por distintas vías- similitud de envases y prescripción médica oral.
- Captor de presión intracraneal- salida del catéter- movilización en aseo.
- Bacteriemia zero ineficaz- neumonía.

Conclusiones

- La seguridad del paciente constituye un reto y una prioridad para los profesionales sanitarios. Toda atención sanitaria conlleva un riesgo de aparición de incidentes.
- La buena comunicación y la trasferencia de información entre profesionales resultan fundamentales para disminuir los incidentes.
- Implantación de un Check List en nuestra unidad.
- La observación y cuidados de aquellos pacientes con escasa sedación o sin ella, es importante para evitar extubaciones, caídas, etcétera.
- Supervisar las prácticas asistenciales de nuestros alumnos.

Financiación

Hospital Universitario de Salamanca.

sigue →

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
Hospital Virgen de la Vega

BOX Nº:
FECHA:

CHECK LIST DE PREPARACIÓN DEL BOX DE INGRESO

PREPARACIÓN DEL BOX AL ALTA DE UN PACIENTE

ACTIVIDAD	ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Revisión del estado del box: limpieza, cama hecha y funcionamiento		
Revisión del material fungible: sondas de aspiracion, gasas estériles y no estériles, ...		
Revisión de material no fungible: ambú y mascarilla		
Revisión de aspirador de secreciones, cableado y funcionamiento del monitor		
Revisión del respirador		
ENFERMERÍA:		
AUXILIAR DE ENFERMERÍA:		

COMENTARIOS:

BOX Nº:
FECHA:

PREPARACIÓN DEL BOX AL INGRESO

ACTIVIDAD	ENFERMERÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Revisión del estado del box: limpieza, cama hecha y funcionamiento		
Revisión del material fungible: sondas de aspiracion, gasas estériles y no estériles,		
Revisión de material no fungible: ambú y mascarilla		
Revisión de aspirador de secreciones, cableado y funcionamiento del monitor		
Revisión del respirador		
ENFERMERÍA:		
AUXILIAR DE ENFERMERÍA:		

COMENTARIOS:

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 547

CASO CLÍNICO DE PACIENTE SOMETIDA A TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Raquel Sancho Durán; Esperanza González Hernández; Maria Isabel Fernández Fernández; Consuelo Villanueva Fuentes
Hospital Germans Trias y Pujol

Introducción

La oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) es una terapia utilizada como soporte vital en patologías de orígen cardiaco o respiratorio graves potencialmente reversibles y refractarias al tratamiento convencional, durante un periodo corto de tiempo.

Metodología

Paciente de 41 años sin AMC ni hábitos tóxicos. Independiente para las ABVD. Discapacidad psíquica del 51% (Parto distócico a término, nalgas, sospecha de sufrimiento fetal i periparto). Consulta por episodio de desconexión del medio con rigidez, sin convulsiones tras cuadro catarral de vías altas. Evolución tórpida. Ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria por Pneumonia Bibasal más Gripe A. Hipoxémica, precisa IOT con FiO2 de 1, decúbito prono y óxido nítrico (ON). Ante la situación de Insuficiencia Respiratoria refractaria a tratamiento y cumpliendo todos los criterios para terapia de ECMO, se decide iniciar terapia de soporte ventilatorio con membrana extracorpórea modalidad veno-venosa a las 72 horas de ingreso. A los 9 días presenta mejoría en la oxigenación y normoventilación y se retira a los 22 días. Presenta como incidencia tras retirada de cánulas sangrado abundante por punto de inserción de cánula yugular. Función renal sin alteraciones durante todo el ingreso pero aún así ha requerido de terapia contínua de depuración extracorpórea renal (TCDER) para manejo estricto de volemia.

Resultados

ECMO: Control de catéteres. Control de alarmas y presiones. Destete; Monitorización hemodinámica. PiCCO; Manejo respiratorio. Protección o descanso pulmonar. Gasometrías sistémicas y postECMO; Valoración neurológica. BIS. Valoración del dolor. CPOT; Anticoagulación. Monitorización ACT Plus; Termorregulación. Hipotermia; Nutrición; Eliminación. TCDER. Flexi-Seal; Cuidados de la piel, higiene y movilización; Complicaciones.

Conclusiones

La mejoría clínica y el alta de la paciente nos indica que es una buena práctica como alternativa a la terapia convencional. Dada la complejidad del sistema ECMO, se precisa formación y coordinación de los profesionales y la creación de protocolo que unifique criterios para el éxito de la terapia.

Pósters

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 550
OPINIÓN DE FAMILIARES SOBRE LA POSIBILIDAD DE AMPLIACIÓN EN EL HORARIO DE VISITA EN CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 551
DISMINUCIÓN DEL DOLOR Y LA ANALGESIA RELACIONADO CON HORARIO FLEXIBLE DE VISITAS: A PROPOSITO DE UN CASO

ID 557
IMPLEMENTACIÓN DE LA GRÁFICA INFORMATIZADA EN UNA UCI

ID 569
IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE PERFUSIÓN NORMOTÉRMICA EN LA DONACIÓN EN ASISTOLIA

ID 575
DETECCIÓN Y CONTROL DE UN BROTE CAUSADO POR KLEBSIELLA OXYTOCA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA

ID 581
POSTOPERATORIO INMEDIATO DE IMPLANTE DE MITRACLIP®

ID 583
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA Y ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 550

OPINIÓN DE FAMILIARES SOBRE LA POSIBILIDAD DE AMPLIACIÓN EN EL HORARIO DE VISITA EN CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Blanca García Flores; Mª José Rodríguez Borrajo; Arantxa Picón Santamaría; César Rodriguez Núñez; Natalia Mingo Elguea; Manuela Vila Gómez; Sonia Fernández Garmilla; Paula Gómez Arrazola; Ekhiñe Unzalu Lerma
HUA Hospital Txagorritxu

Introducción

Actualmente tenemos un régimen de visitas de 2 personas, 1hora a la mañana y 1hora a la tarde; en algunos casos ampliamos el horario de la tarde. Nos planteamos la opinión de los familiares sobre una liberalización de las visitas

Metodología

Estudio descriptivo. Pasamos una encuesta de elaboración propia con 7 preguntas cerradas, 10 preguntas tipo likert y 1 abierta. Preguntamos la opinión en cuanto a ampliar el tiempo, numero de visitas, participación en cuidados de sus familiares. Se analizaron los datos con SPSS 23.00

Resultados

estudios secundarios (36,4%) o universitarios (31,8%). El 59,1% había tenido contacto previo con la uci. El 65,9 % tuvieron horario ampliado. El 83,7% quieren más tiempo de visita, el 69,8% estaría menos preocupado, el 78,6% opinan que se organizarían mejor. Al 65,2% les gustaría poder quedarse de noche y al 54,8% participar en algunos cuidados. El 55,8% opina que tendría un mejor conocimiento del estado de salud de su familiar. Para el 23,8% sería una carga poder estar a cualquier hora y el 19% estaría más estresado. El 73,8% creen que sería beneficioso para su familiar que pudiera estar acompañado siempre, un 15% que deberían poder entrar todas las personas que quisieran. En la pregunta abierta se habla de más tiempo (12), como está ahora (9), que 1 persona pudiera estar a cualquier hora (8), mismo tiempo con horario más flexible (5), más personas (4), preguntar al paciente (2). Hemos encontrado en nuestra muestra una relación estadísticamente significativa entre la visita abierta y el nivel de estudios: parece que los universitarios son menos partidarios de la visita abierta (p=0,04).

Conclusiones

En general se pide más tiempo y una opción sería que una persona pueda estar en cualquier momento siempre teniendo en cuenta que hay gente (parece que sobretodo en los universitarios) para la que esto podría suponer una carga.

Financiación

No existe financiación

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 551

DISMINUCIÓN DEL DOLOR Y LA ANALGESIA RELACIONADO CON HORARIO FLEXIBLE DE VISITAS: A PROPOSITO DE UN CASO

Raúl Núñez López; Rocío Míguez Crespo; Jaime Flores Cordón; José Garnacho Montero; Lola González Caro
Hospital Virgen Macarena

Introducción

Presentamos el caso clínico de una paciente que ingresa en nuestra unidad tras la tercera intervención de corrección de escoliosis de columna. A pesar de la analgesia presenta un alto grado de dolor. Se plantea que un mayor tiempo de acompañamiento familiar podría ayudar a mejorar su nivel de dolor.

Metodología

Se monitorizó el dolor usando la escala EVA y se planteó un plan de cuidados individual para el dolor. Se informó a la familia de la posibilidad de ampliar el horario de visitas, pero debido a cargas familiares sólo podrían estar desde el medio día hasta las 23h.

Resultados

Se aprecia un cambio significativo en el nivel de dolor y en la necesidad de analgesia en el período que la familia estuvo acompañando a la paciente. Así como en la necesidad de presencia del personal sanitario. Tambien se observó un alto grado de satisfacción por parte de la familia y del paciente.

Conclusiones

Hay muchos factores que influyen en el dolor. Entre otros la sensación de aislamiento, el nivel de actividad de la unidad e incluso el saberse ingresado en UCI entre otros ayudan a aumentarlo. El ingreso en UCI, a pesar de ser visto como un aumento de la calidad asistencial, es vivido como una separacion traumática por la familia. La humanización de las UCIs conlleva no solo la disminución del nivel de angustia de familiares y pacientes, sino que tambien contribuye a mejorar la clínica en algunos casos.

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 557

IMPLEMENTACIÓN DE LA GRÁFICA INFORMATIZADA EN UNA UCI

Vicent Salvà Costa; Mari Bañuls Cervera; Vicent Barber Coll
Hospital de Dénia

Introducción

El Departamento de Salud de Dénia dispone, desde su apertura en 2008, de un completo y premiado sistema de información clínica. La UCI fue una de las pocas unidades donde se mantuvo la gráfica en papel hasta que se diseñara e implantara una herramienta informatizada que sustituyera de forma eficaz y segura los registros derivados de los cuidados a los pacientes críticos. En el presente trabajo se expone el proceso de implantación de la gráfica informatizada en la Unidad.

Objetivo

Completar un sistema de información clínica implantando una gráfica informatizada en la UCI, sustituyendo el soporte en papel convencional.

Metodología

Ámbito: UCI del Hospital de Dénia Periodo: febrero - septiembre 2016

Método: Diseño de un plan de acción multidisciplinar, con las siguientes fases

1. Diseño y desarrollo de la gráfica
2. Adaptación clínica
3. Testeo
4. Formación a los profesionales
5. Periodo de adaptación transitorio
6. Implementación
7. Evaluación primaria
8. Revisión continua

Resultados

Como resultado del Plan de implantación, el 1 de Julio se instauró definitivamente y con éxito la gráfica informatizada, como única herramienta hábil de registro y documentación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Dénia.

Conclusiones

La implantación de la gráfica informatizada en una UCI supone un cambio significativo en los procesos de trabajo de los profesionales involucrados. Para que el proceso sea exitoso precisa de: un software de diseño y contenido adaptado a las necesidades de los clínicos. un trabajo multidisciplinar: enfermeros, médicos, informáticos y farmacéuticos. una formación previa a los profesionales. un periodo de adaptación progresivo y suficiente.

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 569

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE PERFUSIÓN NORMOTÉRMICA EN LA DONACIÓN EN ASISTOLIA

Myrian Paola Zudaire Ganuza; Miren Jaione Villares Echaide; Olatz Naiara Eslava Abaurrea
Complejo Hospitalario de Navarra-A

Introducción

Desde enero del 2014, el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) está realizando la donación en asistolia tipo III (DAIII) de Maastricht siendo una alternativa a la muerte encefálica. Tras la experiencia adquirida, se comenzó con la terapia de perfusión regional normotérmica o NECMO con la finalidad de mejorar la rentabilidad de la DAIII pudiendo extraer riñones e hígado en mejores condiciones.

Objetivo

Describir la casuística y buenos resultados como factores motivadores. Describir el procedimiento de NECMO en el CHN-A.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre la DAIII con NECMO y su manejo en las bases de datos de PubMed, Medline y Cochrane. El protocolo actual se elaboró siguiendo las recomendaciones de la Organización Nacional de Transplantes (ONT) con un equipo multidisciplinar con experiencia en el tema. Se formó al personal de la unidad para ofrecer un cuidado de calidad. Se inició el procedimiento y se recogieron los datos desde su inicio en el año 2016.

Resultados

El número total de donantes en DAIII con NECMO en el año 2016 fueron 6 pacientes obteniéndose 12 riñones y 5 hígados. Se elaboró el protocolo actual que se lleva a cabo en la unidad de Cuidados Intensivos del CHN-A.

Conclusiones

La terapia necmo supone mayores oportunidades al paciente receptor hepático ya que la obtención del hígado se realiza en condiciones más fisiológicas asegurando el éxito post-transplante en el paciente receptor.

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 575

DETECCIÓN Y CONTROL DE UN BROTE CAUSADO POR KLEBSIELLA OXYTOCA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA

M. Dolores González Caro; José Garnacho Montero; M. Carmen González Delgado; M. Luisa Cantón Bulnes; Lorena López Cerero; José Ramón Ledesma Aguilar; Julio López Méndez; Ángel Arenzana Seisdedos
HU Virgen Macarena

Introducción

Los brotes nosocomiales producidos por Klebiella spp productoras de carbapenemasas representan una amenaza mundial para la salud. Para su control es indispensable la realización de cultivo de portadores, muestras ambientales (MA) en las UCI, así como medidas de realización urgentes, multidisciplinares y coordinadas. Describimos nuestra experiencia en control de un brote de Klebiella oxytoca productura de carbapenemasas (KOPC) en el que se detectó el reservorio y se realizó una intervención para erradicarlo

Metodología

Se realizan cultivos de vigilancia (CV) en todos los pacientes al ingreso, a las 2 semanas y después semanalmente. Dado el aislamiento de KOPC en muestras de vigilancia se realizaron cultivos ambientales (CA) y se planificó una intervención. Se presenta el seguimiento durante 4 meses tras dicha intervención

Resultados

Se aisló en una Unidad de 9 camas KOPC en frotis rectal de 6 pacientes (ninguna infección). Se realizaron CA detectándose dicha bacteria en lavabos y sifones de 3 boxes y en el control de enfermería. A pesar de desinfección de dichos sifones con lejia siguió aislándose KOPC en CV de pacientes y en los mismos lavabos. Tras la recurrencia del problema, se realiza reunión multidisciplinar entre UCI, Microbiología, Preventiva y Servicios generales. Se decide cerrar la Unidad y realizar la siguiente intervención: Se abren registros para acceso a las líneas de drenajes de lavabos y tomas de diálisis para la instalación de válvulas de corte antes de los bajantes de saneamiento. Esto permitirá la descontaminación de las líneas mediante productos biocidas y desinfectantes indicados 4 meses después han ingresado en dicha Unidad 156 pacientes no aislándose en ningún caso dicha bacteria. Se han realizado CA incluyendo lavabos y sifones siendo todos los cultivos negativos

Conclusiones

Los cultivos vigilancia han permitido identificar la colonización por KOPC. Los cultivos ambientales permitieron la identificación del reservorio. Una intervención multi-disciplinar ha logrado erradicar el problema.

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 581

POSTOPERATORIO INMEDIATO DE IMPLANTE DE MITRACLIP®

Ana Leticia Algaba Andrade; Carmen Ballesteros Plata
HU Virgen del Rocío

Introducción

La insuficiencia mitral (IM) supone un importante problema sanitario por su frecuencia y morbimortalidad. Muchos pacientes con IM no son candidatos a cirugía transtorácica por su alto riesgo quirúrgico, de ahí que surjan abordajes mínimamente invasivos alternativos a la cirugía, como es el sistema de reparación percutáneo de la válvula mitral con Mitraclip®, que consiste en la unión de los bordes opuestos de las valvas mitrales mediante un clip de metal para disminuir la regurgitación de sangre a la aurícula por vía percutánea y acceso femoral.

Objetivo

Aportar conocimientos sobre los cuidados de enfermería y atención a un paciente sometido a una intervención terapéutica novedosa partiendo de un caso clínico.

Metodología

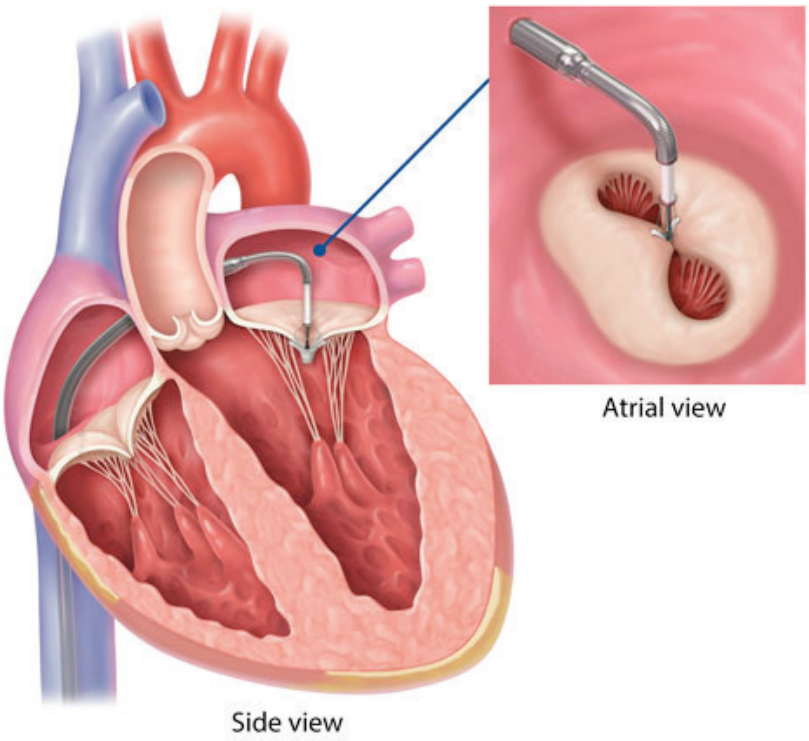
Varón de 65 años con IM severa de origen isquémico con empeoramiento progresivo de su clase funcional hasta llegar a ser a mínimos esfuerzos. Se desestima intervención quirúrgica por mal sustrato subvalvular, decidiéndose implante de Mitraclip®. El procedimiento se realiza en hemodinámica sin complicaciones. El paciente ingresa estable, sin aporte de aminas ni sedación y con ventilación mecánica. Tiene lugar una autoextubación no programada sin graves consecuencias, que se notifica como evento adverso. Las extremidades se observan con buena coloración, temperatura y pulsos. A nivel de acceso vascular femoral se aprecia un hematoma y sangrado de cuantía moderada que se controla reforzando el apósito compresivo. Una evolución favorable permite su traslado a planta en las siguiente 24 horas.

Resultados

Se realizó una valoración integral por Patrones Funcionales de Majory Gordon, completándose con escalas clinimétricas. Se elabora un Plan de Cuidados de Enfermería con taxonomía NANDA/NIC/NOC. Se garantizan las cuestiones éticas para ocultar la identidad/ localización del paciente.

Conclusiones

Difundir casos de pacientes sometidos a procedimientos poco conocidos contribuye a ampliar conocimientos sobre el manejo adecuado del mismo.



Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 583

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA Y ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES

Mireia González Romero; Judit Pérez Sánchez; Iluminada Romera Peregrina; Verónica Fuentes Milà; Ana Martínez Pascual; Ricardo Abellán Lencina; Cristina Lerma Briansó
Hopital Universitario de Bellvitge

Introducción

La cirugía cardíaca (CCA) ha evolucionado mucho en los últimos años. Sin embargo, la morbilidad postquirúrgica sigue siendo muy elevada, repercutiendo en el tiempo de hospitalización y en los costes sanitarios. El papel de la enfermera, desde que el paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos (UCI) hasta que sale de ella, es determinante para la prevención y detección precoz de las complicaciones.

Objetivo

Determinar la incidencia de complicaciones en el postoperatorio inmediato de CCA. -Describir los cuidados de enfermería para la prevención y control de dichas complicaciones.

Metodología

Estudio descriptivo observacional y prospectivo en las UCIs de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes intervenidos desde octubre 2015 hasta octubre 2016. La muestra total fue de 242 pacientes. Se recogieron variables como arritmias, uso de drogas vasoactivas, complicaciones y reexploración entre otras. El análisis estadístico se realizó mediante Excel 2016.

Resultados

- El 57% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación.
- Las complicaciones cardíacas (92,75%) y las respiratorias (25,36%) fueron las más destacadas.
- La arritmia por fibrilación auricular (ACxFA) destacó en un 50%, así como la disfunción hemodinámica en un 74,22% de los pacientes.
- En cuanto a complicaciones respiratorias, cabe resaltar que casi la mitad de los pacientes presentaron atelectasia.
- Otras complicaciones menos relevantes fueron las infecciosas, neurológicas, digestivas.

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes intervenidos de CCA sufrirán alguna complicación en su postoperatorio más inmediato. La enfermera debe identificar rápidamente trastornos del ritmo tan habituales como la ACxFA. Es nuestra competencia asegurar que el paciente no presenta dolor, y que éste, no le impide una expectoración efectiva y/o una movilización temprana, evitando así una posible atelectasia. La identificación temprana de las complicaciones disminuirá los días de ingreso del paciente en UCI. La formación y especialización de las enfermeras implicadas en el cuidado de estos pacientes es fundamental.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 584
¿ES ADECUADA LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LA UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA PARA PRESTAR UNOS CUIDADOS DE CALIDAD A LAS PERSONAS INGRESADAS?

ID 590
CARACTERÍSTICAS Y VALORACIÓN DE DOS SISTEMAS DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

ID 591
DIARREA EN EL PACIENTE CRÍTICO: USO, MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SISTEMA DE CONTROL FECAL FLEXI-SEAL®

ID 599
EVIDENCIA DEL PROYECTO RESISTENCIA ZERO (RZ) DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (UMI) DEL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU (PSSJD)

ID 611
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE PLEUREVAC ELECTRÓNICO

ID 620
MONITORIZACIÓN NUTRICIÓN ENTERAL. PAUTADA VERSUS ADMINISTRADA

ID 631
COUGH ASISTIDA EN PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR

ID 757
SEDACIÓN DIFÍCIL: AGENTES GABAÉRGICOS VERSUS ALPHA2 AGONISTAS

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 584

¿ES ADECUADA LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LA UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA PARA PRESTAR UNOS CUIDADOS DE CALIDAD A LAS PERSONAS INGRESADAS?

Pablo García-Molina[1]; Esther Requeni Gavarda[2]; Juan Emilio Crespo Sapiña[2]; Carmen Badia Berzosa[2]; Evelin Balaguer López[3]; Ramón Traver Gómez[2]; Carmen Moya Chaves[2]; Marisol Arnas Poveda[2]; Amparo Machancoses Pla[2]

1. Departamento Enfermería. Universidad de Valencia. Grupo INCLIVA; 2. UCI Hospital Clínico Universitario Valencia; 3. Comisión Enfermera Investigación Hospital Clínico Universitario Valencia

Introducción

Gracias a los últimos estudios sabemos que una mayor ratio de enfermería facilita que haya una reducción de la mortalidad y de los efectos adversos relacionados con la hospitalización. Ante esta situación el equipo de investigación de la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV) se ha preguntado si la ratio enfermera-paciente es la adecuada para prestar unos cuidados intensivos de calidad a las personas que atiende comparándola con los estándares marcados por el documento del año 2010 del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Metodología

El diseño fue un estudio analítico longitudinal prospectivo en el periodo de tiempo comprendido entre el 4 de Noviembre del 2013 y el 4 de Diciembre del 2013. Además de datos sociodemográficos, para la medición de las cargas de trabajo se utilizó el TISS-28, que fue evaluado en cada paciente por las enfermeras de cada turno de 12 horas. El análisis de las medias se hizo mediante la t-Student.

Resultados

Se reclutó información sobre 91 pacientes. Con una media de ingreso en UCI de 5,37 [±8,59] días. El 73,60% (67) ingresaron a UCI desde el Servicio de Urgencias. Respecto al TISS-28 se hicieron 608 valoraciones. El 65% (400) de los registros mostraron que los pacientes necesitaban vigilancia intensiva (ratio enfermera-paciente aconsejado de 1:2). En el 46,70% de las mediciones TISS-28, la unidad se encontraba infradotada, en el 18,8% se encontraba superdotada y en el 34,40% mantenía una relación adecuada. Hubieron diferencias significativas entre los diferentes niveles asistenciales ($p<0,000$).

Conclusiones

El ratio enfermera-paciente de la UCI del HCUV es insuficiente para realizar cuidados de calidad que disminuyan los efectos adversos y la mortalidad.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 590

CARACTERÍSTICAS Y VALORACIÓN DE DOS SISTEMAS DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Marta Castrillo Castellanos[1]; Cristina Páez Roque[1]; Nadia El Farrad Martínez[1]; Manuel Florenza Abadia[1]; Rubén Pérez Parra[1]; Manuel Corral Garrido[1]; Gemma Vericat Miguel[1]; Natalia Lorena Techera[1]; Carolina Álvarez Castillo[2]; Elena Ballestín Santos[2]
1. Hospital Universitario Vall d'Hebron; 2. Hospital de Viladecans

Introducción

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es un tratamiento de primera línea. Resulta cómoda y confortable para el paciente, con dispositivos que mediante el calentamiento/humidificación permite suministrar un flujo de gas hasta 60l/min con la Fracción Inspiratoria de Oxigeno (FIO2) que oscila de 0.21 a 1, mejorando la oxigenación y expulsión de la mucosidad, así como minimizando los efectos adversos sobre las estructuras.

Objetivo

Los objetivos son:

- Describir las características de dos sistemas de OAF.
- Valorar la adecuación de dos sistemas de oxigenoterapia de alto flujo a los diferentes ámbitos hospitalarios

Metodología

Se presenta la descripción de dos sistemas de OAF: Optiflow y AIRVO2, enumerando sus características, ventajas e inconvenientes y su utilidad en diferentes ámbitos hospitalarios y diferentes situaciones clínicas, mediante una revisión bibliográfica y el análisis de la experiencia en nuestro centro.

Resultados

Los dos sistemas son similares ya que permiten la administración de altos flujos con aire acondicionado a las necesidades de la vía aérea (humidificación activa) Las características diferenciadoras de los dos sistemas estudiados son: menor complejidad en el sistema, no necesidad de utilizar tablas para el cálculo de FIO2 y no requerimiento de conexión a aire medicinal en el sistema AIRVO2 El sistema AIRVO2 sería especialmente aconsejable en las áreas hospitalarias en las que no se dispone de aire medicinal, ya que se evitaría la administración de oxigenoterapia con FIO2 de 1 o el uso de botellas de aire comprimido con los problemas de seguridad que comportan.

Conclusiones

Los sistemas evaluados responden a las demandas de la OAF. El sistema AIRVO es de fácil manejo y precisa menos requerimientos estructurales y técnicos, resultando una buena opción para aquellos pacientes no hospitalizados en UCI. Es preciso que la indicación, el manejo y los cuidados relacionados con esta terapia se realicen por profesionales formados en su utilización.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 591

DIARREA EN EL PACIENTE CRÍTICO: USO, MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA, SISTEMA DE CONTROL FECAL FLEXI-SEAL®

Eva María Amat Llop; Pilar Latre Romero; Montserrat Almansa Gómez; Laura Gómez Lanao; Mireia Martínez Albertín
HUAV Lleida

Introducción

La diarrea es un problema muy frecuente secundario a los distintos tratamientos que precisa el paciente crítico en contexto de paciente sedado y portador de alimentación enteral. Ésta, a su vez provoca alteraciones de la integridad de la piel, retraso en la curación de heridas (pacientes post-quirúrgicos por gangrena de Fournier), aumento de estancia en UCI debido a las complicaciones derivadas, así como aumento del tiempo y de las cargas de trabajo de enfermería.

Objetivo

- Estandarizar los cuidados enfermeros: inserción, mantenimiento y retirada del dispositivo Flexi-Seal®.
- Garantizar la seguridad del paciente, mantener la integridad de la piel y evitar complicaciones.

Metodología

- Revisión bibliográfica en bases científicas.
- Elaboración del protocolo de cuidados del paciente portador de sistema de control fecal Flexi-Seal.

Resultados

Antes de la colocación: registrar el estado de la piel, úlceras, ezcemas, heridas quirúrgicas. Comprobar la integridad del balón de retención y el indicador de expansión del mismo con 45ml de agua.

Después de la colocación: comprobar que la marca de posición negra circular queda a la altura del ano, registrar dificultades en la inserción, control de débito (volumen y consistencia de las heces), fugas, sangrado y tolerancia del dispositivo.

Mantenimiento: realizar movimientos de ordeño de la sonda, verificar su correcta posición , lavar con 20 ml de agua a través del puerto de irrigación y verificar el hinchado del balón una vez por turno y siempre que existan fugas .

Retirada: registrar días de inserción, estado de la piel y del dispositivo. Si han transcurrido más de 29 días desde que se colocó la sonda.

Conclusiones

El uso del sistema de control fecal Flexi-Seal® ayuda a mantener la pauta habitual de aseo y curas reduciendo el tiempo de enfermería, reduce los riesgos asociados a la movilización del enfermo crítico, facilita la epitelización y reduce el riesgo de complicaciones.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 599

EVIDENCIA DEL PROYECTO RESISTENCIA ZERO (RZ) DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (UMI) DEL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU (PSSJD)

Teresa Liria Mellado[1]; David Nogué Juristo[2]; Carol Utrilla Antolin[1]; Javier Vázquez Sánchez[2]; Xenia Martín Cerez[3]; José Antonio Cano Fernández[4]; Mar Galisteo García[5]

1. Enfermera en la Unidad de Medicina Intesiva del Parc Sanitari Sant Joan de Déu; 2. Enfermero en la Unidad de Medicina Intesiva del Parc Sanitari Sant Joan de Déu; 3. Enfermera en la Unidad Coronaria del Hospital Universitario de Bellvitge; 4. Enfermero en la Unidad de Urgencias del Parc Sanitari Sant Joan de Déu; 5. Supervisora de la Unidad de Medicina Intensiva del Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Introducción

RZ es una medida de prevención de la incidencia y la diseminación de Bacterias Multiresistentes (BMR) en pacientes críticos mediante la aplicación de ciertos criterios de aislamiento predeterminados, ya que estos pacientes son especialmente susceptibles de colonizarse.

Objetivo

El objetivo principal es monitorizar los casos positivos tras haber aplicado las medidas preventivas según RZ y los específicos identificar la colonización/infección a través de los cultivos de vigilancia activa, la procedencia de los pacientes en aislamiento preventivo, los tipos de BMR más frecuentes y la comorbilidad que presentan los pacientes dentro del proyecto, así como contabilizar el número de criterios que cumple cada paciente aislado.

Metodología

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de enero a diciembre de 2016. La población de estudio fueron los 522 pacientes ingresados en la UMI del PSSJD. Se usó como muestra el conjunto de los pacientes a los que se aplicaron los criterios de RZ.

Resultados

EL 19,54% (102 pacientes) fueron aislados según los criterios de RZ, de los cuáles fueron positivos 33 casos (32,5%). En un 55% de ellos se aisló Enterobácter Blee, 38% SARM y 7% Pseudomona aureoginosa. Según el origen de los pacientes, el 46,1% de los casos provenían de una unidad de hospitalización, el 31,4% de la comunidad, el 20,5% de instituciones y el 2% de otra UCI. Del total de la muestra presentaron alguna comorbilidad asociada el 79,4% y el 76,4% tan sólo un criterio de aislamiento. En el 100% de los casos la colonización se dio previa al ingreso en UMI.

Conclusiones

Consideramos el proyecto RZ una medida eficaz de prevención de la diseminación de BMR en el medio hospitalario, ya que un tercio de los pacientes aislados preventivamente eran portadores de algún microorganismo colonizándose previamente al ingreso en UMI.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 611

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE PLEUREVAC ELECTRÓNICO

Gloria Martínez Mateo[1]; Marta María Pérez Martínez[1]; Patricia García Jáñez[1]; Rosa María Lozano Ordax[1]; Elena Arranz Molinero[1]; María del Valle Porras[1]; Dolores Carrillo López[1]; María Teresa García Hernández[1]; Ángel Cilleruelo Ramos[2]

1. UCI Hospital Cínico Universitario. Valladolid; 2. Cirugía Torácica. Hospital Cínico Universitario. Valladolid

Objetivo

Describir el procedimiento de cuidados de enfermería en pacientes portadores de Pleurevac electrónico, procurando su correcto manejo y describiendo los cuidados necesarios para minimizar la posibilidad de desarrollar complicaciones potencialmente graves.

Metodología

Tras revisión bibliográfica, y consenso entre cirujanos torácicos, intensivistas y personal de enfermería de ambas unidades, se realiza protocolo de cuidados de enfermería en pacientes portadores de pleurevac electrónico.

Resultados

Descripción del dispositivo:

1. Pleurevac electrónico: fuente de succión integrada, con registro de fuga aérea de las últimas 72 horas. Posibilidad de variación de aspiración entre 0 y -20 cm H2O.
2. Recipiente: de 0,3 a 2 litros, desechable.
3. Tubos de doble lumen desechables: conexión entre el drenaje endotorácico y el dispositivo electrónico.
4. Conexión a la corriente.
5. Puerto USB para transferencia de datos.

Puesta en marcha:

1. Test de fuga: tras encendido del dispositivo y conexión de los cables, pinzaje del mismo para comprobación de ausencia de fuga.
2. Conexión al drenaje endotorácico del paciente.
3. Medida de la fuga aérea instantánea.

Avisos acústicos:

1. descarga de batería.
2. Llenado del recipiente. Para cambio del mismo, pulsar “stand by” y pinzar el drenaje.

Ventajas:

1. Facilidad de uso.
2. Movilización precoz por su compacto diseño y por la posibilidad de aspiración integrada.
3. Datos objetivos de fuga aérea en últimas 72 horas.
4. Silencioso.
5. Autonomía, tras carga completa, de más de 24 horas.

Conclusiones

Es necesario un protocolo de actuación en pacientes portadores de Pleurevac electrónico por sus particularidades. Su uso en casos seleccionados aporta como principales ventajas la medida de fuga aérea de las últimas 72 horas y la posibilidad de movilización precoz, entre otras.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 620

MONITORIZACIÓN NUTRICIÓN ENTERAL. PAUTADA VERSUS ADMINISTRADA

Gema Tenor Salas; Antonia Tristancho Garzón; Rafaela Cuella Prado; Ana Gómez Rodríguez
Complejo Hospitalario Universitario Huelva

Introducción

Un soporte nutricional adecuado en el paciente crítico es de vital importancia para evitar la desnutrición ,disminuir la morbimortalidad, estancia hospitalaria y costes. La nutrición por vía enteral(NE) debe ser de primera elección siempre y cuando no esté contraindicada, debiéndose iniciar de forma temprana (primeras 48 horas). Numerosos estudios nos muestran diferencias sustanciales entre la nutrición pautada y la verdaderamente administrada. Esta deficiencia en la administración es debida en gran parte por interrupciones justificables (pruebas diagnosticas, obstrucción, vómitos, distensión abdominal) pero también se producen interrupciones por causas no esperadas. Enfermería juega un papel fundamental en la adecuada administración. La existencia de un protocolo minimiza las diferencias entre la administrada y la pautada.

Objetivo

Conocer si existe diferencias entre la NE registrada con respecto a la pautada y en caso afirmativo analizar la causa.

Metodología

Análisis descriptivo de la monitorización de la nutrición enteral en un paciente durante su estancia en UCI(34 días). Se revisaron las prescripciones nutricionales médicas y las anotaciones en las gráficas de enfermería así como las incidencias diariamente. Se compararon la cantidad de Kilocalorías pautadas con las administradas y las causas de interrupciones justificables.

Resultados

La administración de nutrición total fue un 9,6% menor que la pautada. Entre las interrupciones esperadas encontramos: realización de pruebas diagnosticas con una disminución del 32,2 % y por realización de intervención quirúrgica en un 28,27%. El descenso por causas no justificables se situó en 7,88%.

Conclusiones

Las diferencias mas significativas fueron encontradas en las interrupciones esperadas, situación que al ser previsible pueden ser tenidas en cuenta a la hora de la valoración del aporte nutricional. Es importante contar con protocolos que nos permitan disminuir la diferencia entre lo administrado y lo prescrito porque eso se traduce en un déficit energético que implica una mayor morbimortalidad en el enfermo crítico.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 631

COUGH ASISTIDA EN PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR

Tania Alonso Lougedo; Carolina García Robles; Ana Leal Agüera; Ana Maria Pujol Juárez; Laura Moreno Salido
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

Paciente que ingresa en la UCI,por un de accidente que le ha producido una lesión medular(a nivel C2)acompañada de una fractura vertebral. Presenta inflamación de la médula espinal, produciendo como consecuencia,alteraciones respiratorias y cardiológicas. Las principales complicaciones son diversas,destacar las complicaciones respiratorias, debido a la falta de fuerza muscular para realizar inspiraciones profundas, así como la movilización de secreciones.

Objetivo

La utilización de cough assistant mejora la fisio-respiratoria de los pacientes con lesión medular reduciendo las posibles complicaciones respiratorias. Complicaciones respiratorias:

1. Hipoxemia.
2. Neumonía.
3. Edema de tráquea.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la utilización COUGH assitant en pacientes con lesiones medulares.Se utilizó fondos de búsqueda y base de datos: “Biblioteca Cochrane” “Cuiden” “Evidencia” “NICE Evidence” “PubMed -Clinical Queries” PubMed Health mediante la combinación de términos Mesh y palabras claves.

Resultados

Diagnósticos de Enfermería:

1. **LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS** relacionado con falta de fuerza en la musculatura abdominal y torácica manifestada por procesos de tos con dificultad para expectorar.

   Objetivo: El paciente presentará limpias y permeables las vías aéreas:

   Actividades de Enfermería:

   a) Realización de Fisioterapia Respiratoria.

   b) Limpieza de las vías aéreas altas con solución fisiológica o antiséptica, una vez en cada turno como mínimo.

   c) Limpieza de la cavidad bucal, una vez por turno como mínimo.

   d) Se invitará al paciente a que tosa e intente expectorar.
2. **RIESGO DE ASPIRACIÓN** en relación con reducción o perdida de la conciencia, reflejo de tos o nauseoso deprimido, posible aspiración de contendido gástrico, moco o saliva.

   Objetivo: El paciente no vomitará.

   Actividades de enfermería:

   a) Verificar si el paciente ha ingerido alimento sólido o liquido. b)Realizar aspiración en caso necesario, vómitos, regurgitación, hipersecreción de moco o saliva, para prevenir la obstrucción de las vías respiratorias.

Conclusiones

Hemos objetivado que una correcta aplicación del cough assistant permite una rehabilitación precoz y previene pneumonías bronco-aspirativas.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 757

SEDACIÓN DIFÍCIL: AGENTES GABAÉRGICOS VERSUS ALPHA2 AGONISTAS

Diana Gil Castillejos[1]; Mª Ángeles de Gracia Ballarín[1]; Cristina Ferri Riera[1]; Raquel Enríquez Sánchez[1]; Sara Rosich Andreu[1]; Mª Luisa Fortes del Valle[1]; Mª Amparo Bodí Saera[2]; Alberto Sandiumenge Camps[3]
1. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII; 2. Hospital Universitario Joan XXIII/IISPV/URV, Tarragona; 3. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción

La privación engloba aquellas situaciones en las que aparecen síntomas de abstinencia al descender las dosis de los sedantes administrados(1).

Objetivo

Nuestro objetivo fue comparar la efectividad y la seguridad en el manejo de la privación.

Metodología

Análisis descriptivo y prospectivo de cohortes (2015-2016) del manejo de la privación a la sedación en pacientes con VM y sedación >24h. Los primeros 30 pacientes con privación se trataron con GABAérgicos y los 30 siguientes con alpha2agonistas (dexmedetomidina) Datos expresados en frecuencias y porcentajes, índices de tendencia central y de dispersión según su distribución. SPSSv.20.

Resultados

Ver tablas adjuntas

Conclusiones

Los alpha2 agonistas son fármacos útiles para el control de la privación, acortando el tiempo de VM y estancia en UCI. La utilización de estos fármacos en los protocolos de sedación (especialmente en pacientes con privación) debería ser rutinaria.

(1) Chamorro C, Romera MA, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Estrategias de control de la sedación difícil. Med Intensiva. 2008;32 Supl 1:31-7.

sigue →

Datos Epidemiológicos	GABAérgicos	α2agonistas	Sig.
Edad (media ± DE)	57,36 ± 17,6	57,89 ± 13,01	Ns
IMC (media ± DE)	26,5 ± 3,4	28,13 ± 6,1	Ns
Sexo (%)	58,1% varón	80% varón	Ns
Tipo de paciente (%)	33,3% Médico 38,8% Quirúrgico 27,7% Traumático	70% Médico 10% Quirúrgico 20% Traumático	Ns
APACHE II (media ± DE)	24,50 ± 10,49	24,35 ± 9,72	Ns
Tabaco (%)	41,9%	60%	Ns
Alcohol (%)	29%	50%	Ns
Drogas de abuso (coca, opiáceos, alucinógenos) (%)	58,1%	26,7%	Ns
Sustancias psicoactivas prescritos (Benzodiacepinas, Neurolépticos, Antidepresivos) (%)	16,1%	20%	Ns
Traqueotomías (%)	66,7%	46,7%	Ns

Impacto	GABAérgicos	α2agonistas	Sig.
Tiempo VM (horas) (media ± DE)	588,4 ± 315,19	382,11 ± 159,02	,016
Estancia en UCI (horas) (media ± DE)	795,76 ± 325,45	569,66 ± 194,87	,013
Tiempo hasta extubación (días) (media ± DE)	24,11 ± 13,08	15,53 ± 6,62	,016

Pósters

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 632
LA ENFERMERA, FIGURA CLAVE EN EL APOYO EMOCIONAL DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE DONANTE

ID 638
MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN CUIDADOS INTENSIVOS: EN BÚSQUEDA DEL PARÁMETRO PERDIDO

ID 642
INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN U.C.I. OPORTUNIDAD DE MEJORA

ID 648
IMPACTO DE LA SEDACIÓN DINÁMICA EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 649
TECNICA MECÁNICA PARA LA INDUCCIÓN DE LA TOS, COUGH ASSIST E70®, EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 653
CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI): A QUIEN INFORMAR

ID 657
GUÍA DE COMPETENCIAS A DESARROLLAR POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 669
UCI SIN PAPELES, NUEVAS NECESIDADES: CAMBIO DE TURNO

ID 758
PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE UCI

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 632

LA ENFERMERA, FIGURA CLAVE EN EL APOYO EMOCIONAL DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE DONANTE

Ana Leal Agüera; Ana Maria Pujol Juárez; Laura Moreno Salido; Tania Alonso Lougedo; Carolina García Robles
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

Todos somos considerados donantes a no ser que se exprese lo contrario.Aún así el procedimiento habitual es pedir consentimiento a la familia.En los centros hospitalarios existe un equipo formado en asesorar a los familiares sobre la donación de órganos;son los encargados de hacer la pregunta más difícil en el peor momento a la familia más desolada.

Objetivo

- Informar de la existencia del protocolo de actuación en los casos de muerte encefálica y posible donación de órganos.
- Conocer las principales técnicas de apoyo emocional a los familiares.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la base de datos Cuiden, Medline,Pubmed y CINAHL.Las palabras clave en su búsqueda son duelo, muerte encefálica,donación órganos,familia.

Resultados

INTERVENCIONES

1. Informar al personal de enfermería de la existencia cursos de formación sobre el proceso de donación de órganos.
2. Fomentar al equipo de enfermería las habilidades comunicativas adecuadas al proceso de duelo:
   a. Comunicación no verbal (contacto visual,contacto físico sutil y breve...)
   b. Comunicación verbal (tono de voz, ritmo, volumen...)
   c. Proponer formación al personal en relación a los argumentos necesarios para facilitar el proceso hasta la donación (gran parte difícil de entender por las familias: si sigue respirando y el corazón late ¿por qué me dicen que esta muerto?)
3. Conocer las principales técnicas de apoyo emocional:
   a. Ayudar a la familia a aceptar la realidad de la pérdida.
   b. Favorecer la expresión de los sentimientos.
   c. Animar a verbalizar actitudes,preocupaciones y expresión de sentimientos
   d. Fomentar ambiente tranquilo e íntimo,no limitando el tiempo de visitas. e.Valorar y aliviar las dificultades de la familia

Conclusiones

Una atención adecuada a las familias durante el proceso de donación constituye una intervención enfermera imprescindible.Enfermería debe basar su apoyo en la empatía,escucha activa,así como asegurarse de la correcta comprensión de la información recibida El acompañamiento a los familiares constituye un medio para humanizar los cuidados en la UCI. El aumento del horario de visitas,actualmente ya implantad,ha ayudado mucho en el proceso de adaptación.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 638

MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN CUIDADOS INTENSIVOS: EN BÚSQUEDA DEL PARÁMETRO PERDIDO

José Carlos Bonilla Pérez; Josep M. García Alamino; Israel Alberto Rodríguez; Joaquín Felipe Vargas; Juan Pablo González Toledo
UCI. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife

Introducción

Los pacientes críticos tienen un riesgo elevado de desarrollar hipertensión intra-abdominal (HIA), ya sea por ingresos complicados derivados de cirugía o bien por patologías asociadas muy presentes en Cuidados Intensivos. Se ha demostrado en múltiples estudios la elevada prevalencia de HIA en esta población. Sin embargo, la monitorización de este parámetro aún es una tarea un tanto olvidada.

Objetivo

El objetivo del presente estudio es cuantificar la tasa de monitorización de la PIA (presión intra-abdominal) en los pacientes con riesgo de HIA.

Metodología

Estudio observacional prospectivo en el período Junio-Diciembre 2016 de 150 pacientes analizados (pendiente de resultados finales porque la muestra será en torno a 400) en una unidad de 26 boxes simétricos. Durante este período, diariamente se realiza revisión de la historia clínica y box por box se detecta la presencia de factores de riesgo para HIA según las WSACS (the Abdominal Compartment Society). Aparte de esta búsqueda proactiva se consultó con el facultativo la idoneidad de medición de la PIA en aquellos pacientes que cumplían criterios y no se estaba monitorizando este parámetro.

Resultados

Se incluyeron un total de 150 pacientes donde la tasa de monitorización agrupando todos los factores de riesgo fue del 17.3%. Desglosándolo la casuística la monitorización fue: en caso de posición semi-incorporada (15.8%), insuficiencia respiratoria aguda (22.5%), sepsis grave (33.3%), politraumatismo (40%), ascitis (100%) y cirugía abdominal (100%).

Conclusiones

A pesar de la elevada prevalencia de HIA en esta población, las crecientes evidencias sobre la recomendación de monitorización de la HIA y tener una concienciación alta sobre esta problemática en nuestra unidad todavía observamos una baja tasa de monitorización global y para algunas indicaciones claras como la sepsis. Con estos datos y como acción de mejora crearemos sesiones conjuntas sobre acciones formativas específicas de la indicación de la PIA y del montaje y toma del valor de la misma.

Financiación

Este estudio no ha contado con ningún tipo de financiación para su realización.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 642

INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN U.C.I. OPORTUNIDAD DE MEJORA

Ana Reyes Alcañiz Riaño[1]; Susana Garnés González[1]; Encarna Martínez Martínez[2]; Mónica Ballester Martínez[3]; Fuensanta Caballero Alemán[1]; María Ángeles Martínez Manzanera[1]; Ana González Vicente[1]; Juan Carlos Grimaldos López[1]; Carmen Pujante Rodríguez[1]; Irene Hidalgo Bravo[1]

1. Hospital Morales Meseguer. Unidad de Cuidados Intensivos, Murcia; 2. Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. Unidad de Reanimación; 3. Hospital Reina Sofía. Unidad de Cuidados Intensivos, Murcia

Objetivo

Medir el nivel de calidad asistencial de Enfermería en nuestra unidad a través de los Indicadores de Calidad (I.C.) y analizar su evolución con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente.

Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal comparativo, en la Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.). Se han llevado a acabo 52 mediciones incluyendo 686 pacientes ingresados en el servicio en el periodo de un año. El proceso de recogida de datos ha sido realizado por la supervisora de U.C.I. Los resultados se recogieron de forma centralizada y se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS. 15.0. Los I.C. evaluados fueron la Valoración del Riesgo de Úlceras por Presión y realización de los cuidados correspondientes, revisión y ajuste de alarmas del paciente e identificación del personal en la gráfica del paciente.

Resultados

A un 92,16% de los pacientes se le realizó la valoración del riesgo de úlceras por presión y un 96,30% recibió los cuidados adecuados. Se encontró un o,19% de pacientes con alarmas anuladas y un 93,84% de los pacientes tenía las alarmas revisadas y ajustadas a su estado actual. El personal registro su nombre y apellidos en gráfica en un 95,25%.

Conclusiones

Se concluye que la monitarización continua de los I.C. mejora la calidad de la atención prestada en U.C.I. y por tanto garantiza la seguridad del paciente. En el plan de mejora se incluirán medidas como la ampliación de los datos recogidos en relación con la seguridad del paciente y la comunicación y discusión de los resultados con el personal de U.C.I. implicado, ya que se ha demostrado que el simple hecho de saber que se va a medir supone un impulso para mejorar la calidad en los cuidados.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 648

IMPACTO DE LA SEDACIÓN DINÁMICA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Laura López López; Mercedes Garrido Martín; Pol Miguel Puigbarraca
Hospital Universitario Vall d'Hebron

Introducción

La sedación se prescribe entre 42-72% en las unidades de cuidados intensivos para diferentes actividades de enfermería. La sobredosificación de sedantes contribuye al aumento de la morbi-mortalidad del paciente crítico, por ello se han creado guías de práctica clínica para optimizar su uso y disminuir las complicaciones asociadas, utilizando niveles mínimos efectivos de sedación y priorizando la analgesia.

Objetivo

- Garantizar el confort y seguridad con el mínimo nivel de sedación.
- Disminuir la incidencia de eventos adversos mediante la monitorización de la sedación.
- Resaltar la importancia del uso de guías y protocolos de sedo-analgesia en UCI.

Metodología

Revisión sistemática en bases de datos durante el periodo 2010-2016: SAGE journals, Critical Care Medicine, Pubmed y Biomed central journals. Los descriptores utilizados fueron: "sedation", "critical care", "guidelines" "optimum" y "adults". De un total de 75 artículos se seleccionaron 11.

Resultados

Evaluar con frecuencia los niveles de sedación permite alcanzar los objetivos deseados disminuyendo el uso de sedación, el tiempo de ventilación mecánica y los días de estancia hospitalaria. La monitorización debe formar parte de la rutina de enfermería, quienes ocupan un lugar ideal en la cabecera del paciente. Las escalas validadas para monitorizar la sedación son Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) y Sedation Agitation Scale (SAS). La sedación ligera mantiene al paciente confortable y cooperativo con el equipo tratante y su familia reduciendo la incidencia de complicaciones como miopatía, ansiedad y delirium. Priorizar la analgesia ha disminuido los requerimientos de sedantes y sus complicaciones.

Conclusiones

A pesar de la evidencia favorable reduciendo el tiempo de ventilación mecánica, los días de estancia hospitalaria y morbi-mortalidad, el empleo de las guías no supera el 50%, por lo cual es fundamental su difusión. Se recomienda el uso rutinario de escalas de sedación, donde enfermería tiene un papel destacado por su interacción constante con el paciente.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 649

TECNICA MECÁNICA PARA LA INDUCCIÓN DE LA TOS, COUGH ASSIST E70®, EN EL PACIENTE CRÍTICO

Aranzazu Arnaiz Francos; Verónica Fuentes Milà; María Angeles Burgos Naranjo; Pilar Rodríguez Contreras; Agustí Masmiquel Soler
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

El insuflador-exuflador mecánico Cough Assist E70® es una terapia no invasiva que consiste en inducir la tos en pacientes que no expectoran las secreciones por incapacidad para toser, ya bien por patologías neurológicas, respiratorias, hipotonía secundaría a largos periodos de estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI) u otros.

Objetivo

Describir los cuidados del insuflador-exuflador que requieren los pacientes sometidos a esta terapia. Proporcionar al personal de enfermería una guía de actuación para el uso correcto del insuflador-exuflador.

Metodología

Trabajo descriptivo multidisciplinar (fisioterapeuta- enfermería) sobre la utilización en UCI de insuflador-exuflador de forma correcta para estimular la tos y evitar el acumulo de secreciones, y mejorando así la ventilación del paciente. Se realiza revisión bibliográfica para la confección de esta guía.

Resultados

La elaboración de esta guía permite instaurar pautas de actuación para el personal de enfermería en pacientes con acumulo de secreciones. Se realiza mediante soporte documental y asesoramiento de servicio de fisioterapia incluyendo imágenes visuales sobre la utilización del insuflador-exuflador.

Conclusiones

Debido a la incorporación de esta nueva técnica en nuestro servicio se hace necesaria disponer de una guía que unifique y facilite los cuidados de enfermería dirigidos a la incentivación de la tos en este tipo de pacientes y evitar así las complicaciones derivadas del acumulo de secreciones. El trabajo multidisciplinar permite complementar los cuidados enfermeros y permite incrementar la calidad de los mismos.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 653

CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI): A QUIEN INFORMAR

Marta García Álvarez; Laura Cornelles Miquel; Tamara Altimasverez González; Raquel Llerena Jover; Lorena Sastre Puras; Beatriz López Sáenz de la Torre; Pilar Sáenz Flaño; Rocío Ruiz Oses
Hospital San Pedro Logroño

Introducción

El CI es un proceso de comunicación e informacion entre el personal sanitario y el paciente, siendo éste el titular del derecho a la información incluso en caso de incapacidad, debiendo informar también al representante legal y a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita. El CI es, por regla general, verbal, excepto los casos que por ley precisan documento escrito y firmado. En la practica asistencial del paciente crítico, se traduce en un documento vital para el desarrollo del trabajo diario, siendo preciso actualizar conocimientos respecto a los limites y el consentimiento por representación, deciendose elaborar una guia de apoyo.

Metodología

A quien informar y quien firma el documento Revisión bibliográfica: Ley 41/2002, de Autonomía del paciente; Ley 14/1986, General de Sanidad; Convenio de Oviedo, en España entra en vigor el 1 de Enero de 2000; Ley 2/2002, de 17 de Abril de Salud de La Rioja; Ley 9/2005, de 30 de Septiembre reguladora de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad; Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero de Proteccion Jurídica del menor. Palabras clave: CI, consentimiento por representación

Resultados

La guía se estructura de la siguiente forma: 1)Identificar la situación del paciente, si desea recibir información y si tiene o no representante legal. 2)Información al paciente, representante legal o familiar vinculado, utilizando un lenguaje adecuado a la situación psicosocial. 3)Firma del documento por quien corresponda.

Conclusiones

La guía constituye un instrumento de ayuda para el personal sanitario, estableciendo pautas generales de a quién dirigirse en cada situación.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 657

GUÍA DE COMPETENCIAS A DESARROLLAR POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Marta García Álvarez; Tamara Altimasverez González; Beatriz López Sáenz de la Torre; Laura Cornelles Miquel; Pilar Sáenz Flaño; Lorena Sastre Puras; Raquel Llerena Jover; Rocío Ruiz Oses
Hospital San Pedro Logroño

Introducción

Elevar la calidad del proceso educativo de los alumnos de enfermería a través de unos objetivos y competencias a desarrollar durante sus prácticas en la UCI, considerando al paciente en su dimensión biopsicosocial y las técnicas propias de su cuidado, con el fin de mejorar su aprendizaje mediante el desarrollo de valores, actitudes y hábitos que contribuyan a la integridad de su formación profesional y humana.

Objetivo

Concretar qué y cómo deben aprender los alumnos a través de una programación detallada que permita una evaluación objetiva y continua, a través de un aprendizaje progresivo. Palabras clave: guía, competencias, alumno, evaluación, enfermería. Bases de datos: pubmed, scielo, medline.

Resultados

- La guía constará de competencias que deben ser superadas por el alumno a través de unas herramientas.
- Cada herramienta engloba conocimientos, destrezas y habilidades a superar por parte del alumno.
- Se completará con la evaluación de la enfermera referente, quien puntuará de forma secuencial la consecución de las actividades.
- Paralelamente habrá un seguimiento por parte de la universidad donde cada alumno tendrá asignado un tutor que le acompañe durante su formación y le ofrezca una atención personalizada.
- Tanto el tutor clínico como el académico se reunirán periódicamente para tratar la evolución del alumno y de este modo favorecer una trayectoria más adecuada en su carrera universitaria.

Conclusiones

La guía práctica incluirá: Competencias- Herramientas- Evaluación Con ello se pretende encaminar el desarrollo profesional de enfermeros en el ámbito de cuidados intensivos, con preparación específica y capacitación suficiente como para que puedan describir, identificar, tratar y comparar problemas de salud a los que se puede dar respuesta desde la enfermería, utilizando para ello el conjunto una serie de herramientas.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 669

UCI SIN PAPELES, NUEVAS NECESIDADES: CAMBIO DE TURNO

Susana García Clau; Virginia Mena Gimeno; Victoria Lisa López; Beatriz González Pelegrín; Carlos González Iglesias; Marcos Alegre Castro; Patricia Lisa Domper; Esther Callejas Escartín
Hospital de Barbastro

Introducción

En el año 2010 se realizó la apertura de la UCI en el Hospital de Barbastro y una de las novedades que se incorporó era un sistema informatizado que convertía a nuestro servicio en una "UCI sin papeles". El personal de enfermería se planteo la necesidad de realizar un cambio de turno siguiendo un guión, para que pudiera ser más estructurado, preciso y organizado. Con lo que surge la idea de realizar una hoja de cambio de turno, promoviendo una comunicación efectiva entre los profesionales que será fundamental para garantizar la seguridad del paciente y la continuidad de cuidados.

Metodología

Se diseñaron dos hojas de cambio de turno según la complejidad del paciente. Y se estructuró con los siguientes ítems: diagnóstico médico, antecedentes personales, estado hemodinámico, respiratorio, neurológico, evaluación del dolor, temperatura, alimentación, eliminación, estado de la piel, vías insertadas, cambios posturales, visita de familiares, pruebas realizadas y pendientes.

Resultados

Obtuvimos un documento en formato papel que permite registrar de forma estructurada datos del paciente, continuidad de los cuidados y procedimientos pendientes; facilitando una mayor calidad de los cuidados y promoviendo mejores prácticas, encaminadas a eliminar o mitigar riesgos para el paciente. Dicho documento se actualiza por turno con todas las novedades y cambios.

Conclusiones

La implantación de este documento ha supuesto una mejora en la continuidad y calidad de los cuidados. Así mismo garantiza la seguridad del paciente, al minimizar pérdidas de información. Mejoró la comunicación entre profesionales y la satisfacción del personal de enfermería reduciendo el tiempo de cambio de turno.

Financiación

No se precisó.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 758

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE UCI

Andrés Rojo Rojo; Gloria María Muñoz Rubio; Raquel Gallego Fernández
Hospital Universitario Virgen Arrixaca

Introducción

La seguridad es una máxima en el manejo del paciente crítico. Tan importante como unas técnicas y procedimientos de trabajo seguros, son la concienciación y sensibilización de los profesionales, de manera constante y activa del riesgo de que se originen daños para el paciente derivados de sus actuaciones. Una cultura donde exista unas relaciones adecuadas, donde se comuniquen los errores de una manera no acusadora para evitar su reproducción futura y el aprendizaje sea la máxima.

Objetivo

Como objetivo, nos proponemos valorar el grado de conocimientos de los profesionales de enfermería en relación a la cultura de seguridad en la UCI.

Metodología

Se desarrolla un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, aleatorio, usando como población los profesionales de enfermería de la UCI del H.U.V. Arrixaca. Se elaboró un cuestionario exprofeso, con la intención de valorar distintas variables relativas al grado de conocimiento e implicación con la cultura de seguridad de la unidad.

Resultados

Mayoritariamente, los profesionales entienden por “seguridad” evitar la aparición de eventos adversos en el paciente; Igualmente, la mayoría no ha recibido formación en relación a seguridad en la unidad, desconocen la existencia de un grupo de seguridad en la unidad, así como la forma de proceder ante un evento adverso, de manera que mayoritariamente no saben como se comunica un evento, que sucede una vez valorado por el grupo de seguridad.

Conclusiones

El termino seguridad es confuso y difuso. El nivel de cultura de seguridad de los profesionales es escaso, destacando la falta de formación y de difusión de las acciones del grupo de seguridad de la unidad. Por estos motivos se podría recomendar a los ámbitos organizativos, por un lado la difusión de la existencia del grupo de seguridad de la unidad y sus funciones y por otro lado potenciar la formación en seguridad como cultura integral.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 470
NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN (NAV) DESDE SUS FACTORES DE RIESGO

ID 672
CÓMO MANTENER LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

ID 678
¿QUIÉN CUIDA AL PROFESIONAL? RAINBOW REIKI® MARAYANA SAYI

ID 704
ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL FUNGIBLE EN UNA UCI (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS) POLIVALENTE. PROYECTO INFORMATIZADO DE MEJORA

ID 714
EVALUACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVO CON PANTALLA TÁCTIL Y CONTROL A TRAVÉS DE LA MIRADA

ID 716
UTILIDAD DE UN FORO DE DISCUSIÓN SOBRE MEMBRANAS DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA COMO HERRAMIENTA PARA DETECTAR LAS NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS ALUMNOS DE UN MASTER SOBRE ENFERMO CRÍTICO

ID 725
ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN ENTERAL: PROTOCOLO EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN Y CUIDADOS ESPECIALES (URCE) DE UN HOSPITAL COMARCAL

ID 726
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UN PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD CORONARIA: ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA

ID 728
GUÍA PRÁCTICA DE CAPNOGRAFÍA APLICADA

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 470

NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN (NAV) DESDE SUS FACTORES DE RIESGO

Víctor Gallego Herrera; María Encarnación Serradell Martínez; María de los Ángeles Conesa Gómez; María de Vicente Martínez; Silvia Pilar Rubio Polo; Carmen María Martínez Gómez; Juan Carlos Grimaldos López; Ana Belén Hernández Meseguer; Francisco Fernández Arcas
Hospital Morales Meseguer

Introducción

La NAV (neumonía asociada a ventilación) es aquella que se produce en pacientes con intubación endotraqueal (o traqueotomía) y que no estaba presente, ni en periodo de incubación, en el momento de la intubación, diagnosticadas en las 72 horas posteriores a la extubación o retirada de la traqueostomía.

Objetivo

Con el Objetivo de describir los factores de riesgos extrínsecos relacionados con la NAV.

Metodología

Revisión bibliográfica, bases de datos: Scielo, Elsevier, Cochrane, Medline, Libros/Revistas científicas y búsqueda inversa. Palabras clave: Neumonía adquirida, enfermedad infecciosa respiratoria, factores de riesgo.

Resultados

La Neumonía está reconocida como una causa más importante de infección adquirida en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Por lo tanto, su prevención es un aspecto importante en el cuidado del paciente crítico, pero antes debemos conocer lo los factores de riesgo extrínsecos relacionados por manejo de Enfermería en los enfermos en uci, como es la nutrición enteral, sondaje nasogástrico, posición decúbito supino, presencia de monitorización de la pic, broncoaspiración, tratamiento barbitúrico y antibióticos previos, transporte fuera de la uci, realización de broncoscopia, entre otros. También, los relacionados con la ventilación mecánica y accesorios, tenemos, la presión de taponamiento del balón del tubo < 20 cm H2O, autoextubación, cambiar los circuitos de VM en intervalos menor de 48 horas, traqueostomía, ausencia de aspiración subglótica cabeza en decúbito supino (<30º).

Conclusiones

La NAV es una complicación que genera una alta morbimortalidad, costes excesivos, incremento de estancia en UCI entre 7,3 y 9,6 días. Es necesario conocer su importancia como problema de la salud pública, controlar los factores de riesgo (disminuye la incidencia y mejora el pronóstico) y tener las estrategias para su prevención, terapia temprana y dirigida tiene un impacto importante en la incidencia para así mejorar la calidad de vida del paciente.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 672

CÓMO MANTENER LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Josefa Escobar Lavela; Mª del Carmen Martín Gigorro; Mª Pilar González Pascual; Laura González Borraz; Patricia Albert de la Cruz; Eva Mª Hernández Sánchez
Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

Introducción

La Cultura de Seguridad del paciente tiene gran importancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro hospital y por ello cuenta con un Grupo de Seguridad multidisciplinar que trabaja para mejorar los incidentes notificados y detectar su posible existencia.

Objetivo

Estudiar las notificaciones de incidentes -Elaborar e implementar lemas mensuales -Definir e instaurar medidas para disminuir los errores notificados

Metodología

Tras analizar los miembros del Grupo las notificaciones de incidentes interpuestas por los profesionales mediante documento anónimo entregado en un buzón, se elaboran unos lemas mensuales, tratando un tema determinado que ha supuesto una notificación o aquel que se prevé puede requerir más hincapié u observación, con unos ítems a los que hay que prestar especial atención ese mes. Dichos lemas se exponen en la Unidad y se envían por correo electrónico a todos los profesionales e incluso se cuelgan en la intranet del hospital.

Resultados

Cronograma de lemas:

Enero: APLICACIÓN DE PLANES DE MEJORA ANTE NOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES EN UCI

Febrero: ¿PARA QUÉ SIRVE NOTIFICAR?

Marzo: PACIENTE CON SUJECIÓN MECÁNICA

Abril: MANOS CON GUANTES:¿MANOS SEGURAS?

Mayo: ASEO DE PACIENTES:¿ME PONGO GUANTES?

Junio: ADMINISTRACIÓN DE INSULINA CON PLUMA.UNA PLUMA, UN PACIENTE

Julio: ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Agosto: CARRO DE PARADAS, MALETÍN DE TRANSPORTE Y BANDEJA DE INTUBACIÓN

Septiembre: MOVILIZACIÓN DE CABEZA Y BRAZO DE PACIENTE EN DECÚBITO PRONO

Octubre: APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN ESTÁNDAR PARA EL CUIDADO DE TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

Noviembre: IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN UCI

Diciembre: EXTRAVASACIÓN DE FÁRMACOS

Conclusiones

- Las notificaciones y lemas son necesarios para la mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente, permitiendo disminuir el número de incidentes sucesivos respecto a los temas tratados
- Este sistema supone una herramienta de trabajo que mantiene la cultura de seguridad.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 678

¿QUIÉN CUIDA AL PROFESIONAL? RAINBOW REIKI® MARAYANA SAYI

Rayco Alvarez Díaz
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Introducción

La UCI es un servicio con una gran carga de trabajo, en el que en algunos momentos se está al límite de stress. Se ha realizado la Técnica Rainbow Reiki® Marayana Sayi para el cuidado del profesional de UCI, durante una pausa del trabajo.

Objetivo

Determinar estado de stress y grado de dolor previo y posterior a la terapia.

Metodología

Se escoge una muestra de 40 profesionales de forma aleatoria de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Se realiza cuestionario de preguntas cerradas de escala Likert de 5 puntos sobre stress y dolencias previo y posterior a la terapia.

Resultados

Muestra de edades comprendidas entre 21 y 62 años:

Media: 38.2 años; Moda: 35 años; Mediana: 37 años

Relax previo Marayana Sayi®:

1. Estresado 37.5%; 2. Algo estresado 32.5%; 3. Normal 20%; 4. Relajado 5%; 5. Muy relajado 5%

Relax posterior Marayana Sayi®:

1. Estresado 0%; 2. Algo estresado 2.5%; 3. Normal 7.5%; 4. Relajado 40%; 5. Muy relajado 50%

Alguna dolencia:

Si: 52.5%; No: 47.5%

Nivel de dolor previo Marayana Sayi®:

1. Sin dolor 0%; 2. Leve dolor 23.8%; 3. Dolor moderado 52.38%; 4. Dolor fuerte 4.76%; 5. Dolor insoportable 19%

Nivel de dolor posterior Marayana Sayi®:

1. Sin dolor 61.9%; 2. Leve dolor 23.8%; 3. Dolor moderado 14.28%; 4. Dolor fuerte 0%; 5. Dolor insoportable 0%

Conclusiones

La muestra recogida ha referido un nivel de stress y dolencias > al 60% previas a la terapia. Tras Rainbow Reiki® Marayana Sayi estos parámetros descienden prácticamente en su totalidad. El 87.5% del personal vio favorable la implantación de la terapia.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 704

ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL FUNGIBLE EN UNA UCI (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS) POLIVALENTE. PROYECTO INFORMATIZADO DE MEJORA

Patricia Cairon Cárdenas; Alba Arasa Muñoz; Zaida Ramos Rodríguez; Maria Teresa Cabas Cuevas; Magdalena Cabré Barbera; Diego Gil; Francisca Moreno García; Sandra Baena González; Asunción Collazos; María Luisa Fortes del Valle
Hospital Universitario Joan XXIII

Introducción

La propuesta que planteamos permitirá aumentar la eficiencia de trabajo, reducir las incidencias y retrasos en la atención del paciente. La especificidad de los materiales, el gran volumen y las constantes variaciones, provoca que sean necesarios cambios rápidos y eficaces. Los problemas más frecuentes son: el desconocimiento del material específico, el etiquetaje del material, el cambio de la nomenclatura, el estrés y el gran volumen de material.

Objetivo

Mejorar la identificación, localización y organización del material de los almacenes de la unidad.

Metodología

Se realizaron encuestas a 89 miembros del personal con los materiales de mayor uso, para que el personal los identificara y poder comprobar si existen problemas con la nomenclatura. Posteriormente se distribuyeron los almacenes en colores, se numeraron las estanterías y se crearon listados con todo el material disponible. Después se gravó un vídeo mostrando los diferentes almacenes, se realizan sesiones formativas para la identificación y la localización del material. Finalmente, se realiza otra encuesta para ver los resultados obtenidos.

Resultados

Una vez analizadas las respuestas, se ha observado los siguientes resultados respecto a la nomenclatura que los profesionales utilizan para identificar el material (figura 1). En el segundo análisis se observa que: los profesionales fijos identifican el material con más velocidad que el personal retén y/o eventual. El tiempo mínimo utilizado ha sido de 10 minutos y el máximo de 30 minutos.

Conclusiones

El almacén está visualmente mejor estructurado y se encuentra más rápidamente el material. Las encuestas con fotos y las sesiones guiadas realizadas con el personal han mejorado los conocimientos y la agilidad. Los puntos que se podrían mejorar son los listados por orden alfabético con indicación seguidamente del número de estantería y/o crear un archivo Excel con todo el material con indicación de la ubicación. Para terminar, se tendría que promover la nomenclatura logaritmo para unificar conceptos.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 714

EVALUACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVO CON PANTALLA TÁCTIL Y CONTROL A TRAVÉS DE LA MIRADA

Ana Isabel Rubio Correal; María de las Mercedes García Arias; Ana Abella Álvarez; Federico Gordo Vidal
Hospital Universitario del Henares

Introducción

La dificultad para la comunicación es un problema conocido en UCI. El conseguir que el paciente con vía aérea artificial, a través de un dispositivo de comunicación alternativo con pantalla táctil y control a través de la mirada, ese objetivo de interacción con el medio podría marcar la diferencia.

Objetivo

El objetivo del estudio fue valorar la capacidad de un sistema de Comunicación alternativa (control táctil y a través de la mirada) aumentada para identificar las necesidades del paciente.

Metodología

1. Formación del personal para el manejo del dispositivo
2. Modificación y adecuación de pictogramas a nuestras necesidades así como de otras aplicaciones (música, crucigramas etc...)
3. Utilización del dispositivo con los pacientes de nuestra Unidad desde el abril 2016 a septiembre 2016
4. Evaluación del nivel de dolor con escalas objetivas por parte del paciente y participación en la planificación de su tratamiento

Resultados

Se incluyeron 21 pacientes con una media de edad de 52 años (32-81), 55% eran mujeres, 40% eran portadores de traqueotomía y 45% con tubo orotraqueal y 10% con ventilación mecánica no invasiva, el 100% tenían un nivel de alerta adecuado y 30% con sedación con dexmedetomidina®, 0,2% paciente con discapacidad auditiva grave. El 90% de pacientes mostraron su grado de disconfort a través de las escala de dolor EVA y 95% % comunicaron sus inquietudes (situación de salud, hora, fecha...) Sin embargo 0,2% no se adaptó al sistema no consiguiendo comunicarse

Conclusiones

El sistema tuvo una gran acogida por parte del personal y familia que a pesar de la situación pudo comunicarse con el paciente. Los pacientes se mostraron agradecidos por haber podido comunicarse con el personal aunque no todos pudieron hacerlo

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 716

UTILIDAD DE UN FORO DE DISCUSIÓN SOBRE MEMBRANAS DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA COMO HERRAMIENTA PARA DETECTAR LAS NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS ALUMNOS DE UN MASTER SOBRE ENFERMO CRÍTICO

Jaume Uya Muntaña[1]; Albert González Pujol[1]; Mª Dolores Andreu Periz[2]; Carmen Moreno Arroyo[2]; Miguel Ángel Hidalgo Blanco[2]

1. Hospital Universitario de Bellvitge; 2. Universitat de Barcelona

Introducción

Las indicaciones de la Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se ha ampliado en los últimos años y actualmente su utilización se está implantando en las unidades de cuidados intensivos lo que genera la necesidad de formar en este campo a los equipos asistenciales. En el master “Intervenciones Enfermeras al Enfermo Crítico” se utiliza un foro de discusión para ampliar los conocimientos de los alumnos y detectar sus necesidades formativas sobre la ECMO.

Objetivo

Valorar la eficacia de un foro de discusión para detectar las necesidades formativas y los conocimientos de los profesionales sobre la ECMO.

Metodología

Estudio descriptivo, analizando las intervenciones en un foro de discusión en el que participaron alumnos del Máster (noviembre 2016-enero 2017) Variables: experiencia y formación, complejidad hospital y características de las aportaciones. Análisis datos Excel.

Resultados

Participaron 19 alumnos (46%) que terminaron los estudios hace una media de 4,62 años (DE 6,36). 19% trabaja en un hospital de tercer nivel, 43,9% en uno de segundo nivel y un 9,6% en otros tipos de atención sanitaria. La experiencia en UCI varía entre 6 meses y más de 5 años. El 7,3% ha tenido la oportunidad de cuidar a un paciente portador de ECMO. Principales aportaciones de los alumnos en el foro: falta de conocimientos sobre los cuidados, dudas sobre el lugar de inserción, funcionamiento y monitorización de las presiones, cánulas y la membrana e indicaciones. Los alumnos con experiencia aportaron comentarios y bibliografía actual. Los alumnos manifestaron la necesidad de formación específica sobre el tema dada la complejidad de la terapia.

Conclusiones

El foro de discusión ha resultado ser una buena herramienta para detectar las necesidades formativas de los alumnos sobre la terapia con ECMO. Permite detectar aquellos puntos de especial interés y ofrecer feedback inmediato. Permitió detectar el grado de conocimiento sobre los cuidados al paciente portador de ECMO.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 725

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN ENTERAL: PROTOCOLO EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN Y CUIDADOS ESPECIALES (URCE) DE UN HOSPITAL COMARCAL

Yara Carmen Aguado Lizaldre; Margarita Jiménez Escalada; Nerea Cornago Navascués; Patricia Sanz Martínez; Paula Lacarra Saso
Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

Introducción

La nutrición enteral implica la introducción de nutrientes a través de sondas excluyendo las etapas bucal y esofágica de la digestión. A nivel hospitalario se usan estos dispositivos para administrar medicación a pacientes que no pueden realizarlo oralmente, conservando su farmacocinética. En nuestra URCE hemos analizado los medicamentos administrados a través de sonda enteral, formas farmacéuticas disponibles y propiedades farmacocinéticas. Asimismo se han intentado identificar las posibles interacciones medicamentosas, y con los diferente tipos de nutrición enteral.

Objetivo

Se pretende elaborar un protocolo para su administración segura y que facilite un óptimo efecto terapéutico.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre interacciones medicamentosas y nutrición enteral, y analizado las propiedades de los fármacos más habituales y su forma adecuada de administración por sonda enteral. Se han identificado carencias en la forma que actuábamos y elaborado un protocolo para la estandarización de este procedimiento, mejorando la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Resultados

Hemos elaborado un protocolo para la administración de medicamentos por vía enteral de forma segura. Se incluyen los fármacos más habituales, forma farmacéutica más adecuada para el uso por esta vía, tiempo adecuado de absorción y volumen de dilución para su administración. Se han indicado las posibles interacciones entre medicamentos para evitar su uso simultáneo con nutriciones enterales disponibles. También se estableció la forma de comprobar la posible retención por parte del paciente. Ya finalizado se ha dado formación al personal del servicio y puesto en conocimiento de otras unidades que administran medicación enteral.

Conclusiones

La revisión realizada ha ayudado a identificar actuaciones erróneas que realizábamos y así corregirlas, actualizando el protocolo que mejora la seguridad del paciente y la calidad asistencial de nuestra unidad. Se ha identificado la forma farmacéutica óptima de cada medicamento para facilitar su administración y las pautas para evitar interacciones con diferentes tipos de nutrición enteral.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 726

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UN PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD CORONARIA: ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA

María Alicia Zamora Calvo[1]; Ana Castillo Ayala[2]; J. Santiago González Campos[3]; José Carlos Bonilla Pérez[4]
1. Enfermera UCQ. Secretaria CEAS HURyC. HU Ramón y Cajal, Madrid; 2. Enfermera UCQ. HURyC. HU Ramón y Cajal, Madrid; 3. CAE Telde. Miembro CEAS CHUIMI. CHUIMI, Gran Canaria; 4. Supervisor de Cuidados Intensivos H.U. Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Introducción

El Comité de Ética Asistencial asesora sobre los aspectos éticos implicados en la práctica clínica y crear pautas de actuación basadas en el método deliberativo, que es el empleado en la resolución de este caso clínico, en el que se plantean conflictos bioéticos.

Objetivo

Analizar y proponer posibles alternativas, o soluciones, a los conflictos éticos planteados. o Describir la resolución de los conflictos a través del proceso deliberativo.

Metodología

Observación clínica: Varón de 79 años. Ingresa en una Unidad Coronaria procedente de Hemodinamia, con diagnóstico: SCACEST ANTERIOR K-I. Se practica ACTP primaria con implante de stent en DA proximal. Antecedentes: Cáncer de vejiga inoperable con metástasis pulmonares múltiples. Ingresa estable tras infarto anterior muy extenso con disfunción sistólica severa. Al día siguiente el paciente entra en situación de shock cardiogénico con edema agudo de pulmón que requiere intubación. Pese al tratamiento diurético intensivo y soporte inotrópico, el paciente experimenta fracaso renal agudo con anuria, hipotensión progresiva y bradicardia refractaria al tratamiento instaurado. Fallece 5 días después.

Resultados

Intervenciones: El problema elegido para analizar: ¿El tratamiento es desproporcionado? Bajo el punto de vista de la bioética, se identificaron los valores en conflicto (vida, sufrimiento, responsabilidad ante el uso de recursos...) y los cursos extremos de acción (intervención vs no intervención), se buscaron los cursos intermedios (implantar stent, tratar la hipotensión, no realizar nuevas exploraciones...) y se analizó el curso de acción óptimo que llevó a la decisión final (es decir, en este caso, la combinación de varios de ellos).

Conclusiones

Conclusiones: Como en tantos casos, no sólo hay un curso de acción, sino la combinación de varios de ellos, que serían las opciones preferenciales. El método deliberativo aplicado de forma sistemática, ayuda a alcanzar decisiones prudentes, razonables y oportunas, desde el respeto a los valores intrínsecos del paciente.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 728

GUÍA PRÁCTICA DE CAPNOGRAFÍA APLICADA

Luz María Delgado Pavón; Carlos Eduardo Rodríguez Esteban; Jordi Noguera Haro; Alexandre Chacón Osuna; Joaquín Fernández Álvarez; Marina Pintor Pérez
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

La unidad de reanimación del Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) cumple el Gold standard del 98% en la utilización de la capnografía como monitorización de los pacientes intubados que propone la Intensive Care Society of United Kingdom y la European Resuscitation Council. Dada la importancia y el uso sistemático de esta técnica, creemos necesario el aumento del conocimiento del personal de enfermería en capnografía para aumentar la seguridad del paciente intubado.

Objetivo

Realizar una guía práctica y visual que ayude a valorar las alteraciones de la capnografía de manera rápida por el personal de enfermería.

Metodología

Revisión bibliográfica: bases de datos (Medline, Pubmed, Enfispo, Biblioteca Cochrane, Fuden, Elsevier) de artículos relacionados con la capnografía. Revisión de las guías de sociedades científicas como EuropeanResuscitation Council (ERC), IntensiveCareSociety y Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

Resultados

Las diferentes variaciones de la capnografía en monitorización continua y sus causas son:

- Alteraciones en la tendencia del capnograma: alteraciones en metabolismo, aumento del volumen corriente, hiper/hipoventilación etc.
- Alteraciones en la línea basal: reinalación, flujo inspiratorio inadecuado o tiempo inspiratorio corto.
- Cambios en la pendiente de la curva: broncoespasmo, cuerpo extraño en vía aérea, obstrucción del extremo espiratorio.
- Curvas planas: intubación esofágica, paro cardiaco.
- Muescas en la curva: desadaptación del paciente.
- Soporte en la realización de traqueotomía percutánea y durante la Reanimación Cardiopulmonar (eficacia de las maniobras y como valor predictivo de pronóstico).

Conclusiones

Una buena valoración de la capnografía, ayuda a detectar precozmente posibles complicaciones y mejorar los cuidados del paciente intubado. Seria necesario complementar esta guía con sesiones clínicas para los profesionales sanitarios.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 731
PERCEPCIONES SOBRE LOS CUIDADOS DE LA FAMILIA EN UNA NUEVA UNIDAD DE CRÍTICOS

ID 736
GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE BACTERIAMIA ZERO. CUMPLIMIENTO ENFERMERO

ID 466
DESDE UCI, ENFERMERÍA EN PACIENTE TRASPLANTADO: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIONES

ID 585
INFRAESTRUCTURA ADECUADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 745
OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA Y APNEA EN FÍSTULA BRONCOPLEURAL MASIVA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ID 759
PROTOCOLO DE DECANULACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE CRÍTICO TRAQUEOTOMIZADO MEDIANTE DOS TÉCNICAS A ESTUDIAR

ID 768
DÍAS DE UTILIZACIÓN DE PICCS (CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO) I MIDLINE INSERTADOS EN UCI EN PACIENTES PRE ALTA

ID 779
HIGIENE DE MANOS, ¿LO HACEMOS BIEN?

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 731

PERCEPCIONES SOBRE LOS CUIDADOS DE LA FAMILIA EN UNA NUEVA UNIDAD DE CRÍTICOS

Jordi Nogueras Haro; Alexandre Chacón Osuna; Marina Pintor Pérez; Joaquín Fernández Álvarez; Susana Navarro Ros; Pilar Ciércoles Julvé; Noemí Molero Sánchez; Luz María Delgado Pavón
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

En Octubre del 2016, en el Hospital Universitari de Bellvitge (HUB), se inauguró la nueva unidad de Reanimación de Urgencias. En la antigua unidad se habían detectado déficits en la atención a la familia. Este proceso de transición ha llevado a cuestionarnos cómo valora el personal de la unidad la atención a la familia y qué déficits y necesidades detectamos.

Objetivo

Conocer cómo valora el cambio de servicio respecto al cuidado de la familia y a la estructura el personal de la unidad. Detectar los déficits presentes en la nueva ubicación y evidenciar las mejoras obtenidas.

Metodología

Estudio cualitativo y comparativo a través de una encuesta anónima y voluntaria con criterios de inclusión: haber trabajado un año en la antigua unidad y dos meses en la nueva.

Resultados

Desde el punto de vista estructural La nueva unidad presenta mejoras significativas aunque se detectan mejoras a realizar en el acondicionamiento de la sala de espera y adecuación del despacho de información médica . Las dinámicas de funcionamiento son bien valoradas excepto en el proceso de exitus, detectando la necesidad de azafatas, de flexibilizar los horarios y de dar una información unificada.

Conclusiones

La estructura de la nueva unidad está valorada de manera muy positiva por parte de los profesionales. Se pone de manifiesto la necesidad de la figura de azafatas durante el proceso de ingreso y exitus. Es evidente que queda margen de mejora en la flexibilidad de horarios para poder reforzar el vínculo entre familia y paciente con orientación a la mejora del bienestar de los cuidados. Dado que el estudio se realiza en una fase de adaptación, debería considerarse la posibilidad de en un futuro realizar otro estudio para poder comparar nuevamente resultados.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 736

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE BACTERIAMIA ZERO. CUMPLIMIENTO ENFERMERO

Andrés Rojo Rojo; Mª Lucía Teruel Vegara; Gloria María Muñoz Rubio
Hospital Universitario Virgen Arrixaca

Introducción

La Bacteriemia relacionada con Catéter Venoso Central (CVC), genera aumento de morbimortalidad, con aumento en la estancia de los pacientes y el coste del tratamiento. La SEMICYUC en el marco del protocolo de Bateriemia Zero, ha probado la eficacia en el control y la disminución de este tipo de infecciones. Implica un cumplimiento meticuloso por parte del profesional de enfermería, a la hora de la manipulación y manejo de los CVC.

Objetivo

En nuestra unidad, se han observado resultados dispares en el control estadístico de las BRC (ENVIN). Es por ello que se realizo un estudio con el objetivo de valorar el grado de cumplimiento de las medidas establecidas por el protocolo Bacteriemia Zero.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo descriptivo, transversal, aleatorio y proporcional. La población son los profesionales de enfermería que trabajan en la UCI del H.U.V Arrixaca, un total de 82 personas; usando como muestra 67 de ellas. Se elaboró un cuestionario, donde se valoraba el grado de conocimiento y cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de BZ, así como otras variables de corte socio-demográfico. El periodo de estudio fue del 1 al 31 de agosto de 2016.

Resultados

El grupo mayoritario (41%) disponía de menos de un año de experiencia en UCI; el 55% de los participantes disponían entre 5-15 años. El grado de medidas de cumplimiento de las medidas del protocolo de BZ, es variable en sus items; Entre las causas subjetivas del aumento de las tasas de bacteriemia indicadas por la población, destacan: la falta de personal y la falta de formación eficaz en BZ.

Conclusiones

Nuestro estudio muestra, que los picos de BRC observados están relacionados con una falta de formación, la falta de personal y la sobrecarga de trabajo. Como estrategia se centra en :formación específica, instrucciones mas sencillas y adecuación de cargas de trabajo.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 466

DESDE UCI, ENFERMERÍA EN PACIENTE TRASPLANTADO: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIONES

Isabel Cano Hernández; Víctor Gallego Herrera; Nuria López Serrano; Carmen Melodia Ortín López; Francisca Hernández Fernández; María Encarnación Serradell Martínez; María Jesus Sánchez Carreño; Silvia Pilar Rubio Polo; Mario Sanz González; María Elena Martínez Esteve
Hospital Morales Meseguer

Objetivo

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. Con el Objetivo de evidenciar los diagnostico enfermeros e intervenciones en el paciente trasplantado.

Metodología

Revisión bibliográfica (2012-2015): bases de datos: Scielo, Pubmed, Cochrane Medline, Elsevier. Revistas científicas (Nure, Enfermería Global, Reduca) y búsqueda inversa. Palabras clave: intervenciones, trasplante, diagnósticos enfermeros.

Resultados

Se debe favorecer mediante intervenciones enfermeras la supervivencia del injerto y prevenir el rechazo, evitando y detectando precozmente las posibles complicaciones, para ello, los diagnósticos enfermeros; alteración en el bienestar del paciente relacionado con dolor de la intervención quirúrgica, potencial de complicación de rechazo, de oclusión de arteria renal, de volumen de líquidos, de infección, quirúrgicas y debido a los efectos colaterales de los fármacos inmunosupresores. Por lo tanto, nuestras intervenciones enfermeras relacionadas con los anteriores diagnósticos, serian, valorar el dolor (localización, inicio, intensidad, duración), controlar los signos y síntomas de rechazo (enrojecimiento, hinchazón, y sensibilidad en la zona del trasplante), valorar la permeabilidad de los catéteres, controlar diuresis, peso y TA, administrar fármacos inmunosupresores según indicaciones, controlar la supresión de la médula ósea, retirar vías y catéteres, examinar el aspecto de la herida quirúrgica y curarla, entre otras.

Conclusiones

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 y se presentan las intervenciones de enfermería encaminadas a anticiparlos o darles solución. 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.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 585

INFRAESTRUCTURA ADECUADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M Tamara González Torres; Ángela Moya Ocaña; Manuela Rumbo Vila; Sheila Palau Osuna; Caridad Milara Ibáñez; Silvia Palau Planells; Gema Menbrilla Quereda; Irene Tobaruela Mendoza; Tamara Herranz González; María Ortiz
UCI Hospital Can Misses, Ibiza

Introducción

Según los Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad se define la UCI como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio especifico del hospital, que cumple con requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender paciente críticos. El entorno físico de las UCIS debe permitir que el proceso asistencial se una a un ambiente saludable, que ayude a la mejora del estado físico y psicológico de pacientes, profesionales y familiares. Ha de ser un entorno que evite el estrés estructural y promueva el confort, así como espacios cómodos para pacientes, familias y personal sanitario. Espacios donde la eficacia técnica vaya unidad a la calidad de la atención y la comodidad de todos los usuarios. UCIS deben estar fácilmente conectadas con otras unidades de hospitalización.

Objetivo

Disponer de un entorno humanizado y adecuado que garantice el confort de pacientes, familiares y profesionales.

Metodología

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS: La estructura de la UCI debe responder a los criterios de organización y funcionamiento. Los espacios necesarios en la unidad, se derivan de las necesidades y actividades de cada uno de los usuarios principales de la unidad: pacientes, personal clínico y de enfermería y visitantes.

Resultados

En nuestra unidad se diferencian tres áreas:

1. La asistencial, donde se encuentran los boxes, habitación para la limpieza y la desinfección del material, almacén, farmacia y controles de enfermería.
2. La administrativa, con despachos, vestuarios, sala de reuniones, sala de estar de enfermería y habitaciones de los médicos de guardia.
3. La familiar, constituida por la sala de espera donde puede estar las familias entre los periodos de visita a los pacientes.

Conclusiones

La UCI del Hospital Can Misses en Ibiza dispone de la infraestrutura necesaria para crear un buen entorno de trabajo y un entorno humano.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 745

OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA Y APNEA EN FÍSTULA BRONCOPLEURAL MASIVA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Elisabet Gallart; Teresa Camps; Eulàlia Fonollà; Josep Felix; Beatriz Lozano; Sofia Pérez; Julia Cordón; Elena Blasco; Araceli Vicálvaro; Equipo de ECMO de Adultos
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducción

La existencia de fístula broncopleural masiva (FBM) es una complicación en postoperatorios de cirugías pulmonares que puede limitar las medidas de soporte respiratorio que precisan estos pacientes. La utilización de sistemas de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) permite ofrecer a estos pacientes refractarios a medidas de soporte convencional una alternativa válida y segura.

Metodología

Caso 1: paciente de 57 años receptora de trasplante unipulmonar que durante la realización de una biopsia sobre una lesión de la sutura bronquial presentó una FBM e insuficiencia respiratoria refractaria a tratamiento con drenaje pleural y ventilación mecánica (VM) con intubación selectiva. Se inició soporte con ECMO VV que permitió la desconexión de la VM (apnea) y colocación de prótesis endobronquial. Tras tres días de apnea se reconectó a VM con mejoría de la situación respiratoria. Se pudo desconectar la ECMO

Caso 2: Paciente de 59 años en postoperatorio de lobectomía pulmonar por resección de carcinoma. Presentó empiema pleural y distrés. Se colocó en decúbito prono presentando una FBM. Se inició ECMO VV lo que permitió desconexión de la VM (apnea). Tras 14 días de asistencia se retiró el soporte con ECMO.

Resultados

El plan de cuidados en ambos casos se adecuó al protocolo de cuidados del paciente sometido a ECMO. Se planificaron cuidados específicos relacionados con la vía aérea por el riesgo de infección, de atelectasia y lesión de la mucosa traqueobronquial al estar los pacientes en apnea.

Conclusiones

En casos de FBM refractarios a medidas de soporte convencionales, la posibilidad de disponer de sistemas de ECMO en las UCI permite minimizar las presiones de la vía aérea mediante la desconexión de la VM. Los cuidados de enfermería que precisan estos pacientes son similares a los del paciente sometido a ECMO prestando una especial atención a los cuidados de la vía aérea.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 759

PROTOCOLO DE DECANULACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE CRÍTICO TRAQUEOTOMIZADO MEDIANTE DOS TÉCNICAS A ESTUDIAR

Montserrat García González; Alma Lázaro; Cristina Gutiérrez; José Ángel Jiménez; Leticia Muñoz Manzanas; María Dolores Castro González; Miriam Hernández; Natalia López Tordesillas; Salvador Torres Comitre; Carlos Javier Corchete
Complejo Hospitalario de Toledo

Introducción

El ingreso prolongado en UCI, procesos dificultosos de destete de Ventilación Mecánica (VM) e imposibilidad de retirada de TET hacen que la traqueotomía sea un procedimiento frecuente en UCI. El 10-20% de los pacientes críticos necesitan traqueotomía, llegando al 24-48% en politraumatizados. Para realizar una decanulación rápida y eficaz se propone este protocolo, como parte de un trabajo más amplio de investigación, para determinar la mejor fórmula de decanulación precoz. Se establecen dos lineas de investigación.

Opción 1: se basa en el uso de tapón en cánula de traqueotomía.

Opción 2: control y registro de las aspiraciones bronquiales y uso de dispositivos de oxigenoterapia con alto flujo (DOAF) a traqueotomía.

Objetivo

Determinar el mejor método de decanulación precoz en el paciente crítico. Decanulación precoz protocolizada y estandariza. Disminuir el tiempo de VM, riesgo de infección y neumonía asociada a VM. Aumentar la seguridad en el proceso de decanulación del paciente crítico.

Metodología

Revisión bibliográfica en Pubmed, Scielo y Cochrane. Estudios previos de uso de oxigenoterapia de alto flujo para prevenir la reintubación en el paciente crítico. La evidencia encontrada no unifica los criterios de decanulación en el paciente de uci y no se encuentra documentación específica sobre decanulación precoz en pacientes críticos.

Resultados

Opción 1: Se coloca el tapón de la cánula y si el paciente permanece 24 horas con el tapón sin haber tenido ninguna complicación respiratoria, se lleva a cabo la decanulación precoz.

Opción 2: Si se realizan menos de 6 aspiraciones a lo largo de 24 horas, se lleva a cabo la decanulación precoz.

Conclusiones

Paciente crítico traqueotomizado Criterios de inclusión. Desconexión de VM superior a 24 horas. Randomización del paciente

Opción 1: uso de tapón de cánula de traqueotomía.

Opción 2: control de aspiraciones bronquiales y uso de DOAF a traqueotomía Protocolo durante24 horas. Si se realiza con éxito: decanulación precoz del paciente crítico traqueotomizado.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 768

DÍAS DE UTILIZACIÓN DE PICCS (CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO) I MIDLINE INSERTADOS EN UCI EN PACIENTES PRE ALTA

Ramón Molina Chueca; Pitter Francisco Cueto Quintana; Montserrat Mariné Cabré; Elena Farré Termens; Sandra Valls Artajona; Jetzabel Riba Reig
Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Introducción

Los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos(UCI) requieren habitualmente de sobre grandes vasos. En la fase más crítica se utilizan catéteres venosos centrales(CVC). La utilización de estos catéteres puede comportar complicaciones durante la inserción i, posteriormente, infecciosas. Pasada la fase aguda, se debe proceder a la retirada precoz de CVC y sustituir-lo por la canulación venosa periférica, que puede verse dificultada por la presencia de edema tisular, múltiples intentos de canulacion anterior o bien extracción de muestras de sangre. Este es el momento en que podría estar indicado el uso de MIDLINES o PICCs en UCI

Objetivo

Conocer los días de utilización de midlines i PICCs insertados en UCI en pacientes que están en fase de pre-alta.

Metodología

Estudio descriptivo, unicéntrico, realizado en UCI medicoquirúrgica, 12 camas, Hospital Universitario Sant Joan de Reus, entre abril y diciembre del 2016. Selección población: Pacientes ingresados en UCI en fase pre alta. Recogida datos: Se registra fecha inserción, fecha alta UCI, tipo catéter, fecha y motivo de retirada definitiva en planta. Selección del catéter: Catéteres Midline Nutriline 30 cm Vygon y PICC 2 luces 50 cm, 16GA Arrow.

Resultados

En el periodo de estudio se colocaron 16 catéteres ecoguiados por ultrasonidos, 11 midlines y 5 PICCs de 2 luces. La duración media total de los catéteres insertados fue de 22,69 días. La mediana utilización del catéter en UCI fue de 6,0 días (IQR 25-75: 1,25-7,75) y la mediana en planta de hospitalización de 11,0 días(IQR 25-75: 5,25-20,0). Todos los catéteres se retiraron por finalización de tratamiento intravenoso, alta o muerte del paciente

Conclusiones

La colocación de catéteres ecoguiados en UCI es útil en pacientes pre alta que requieren estancias largas de hospitalización al salir de la UCI. El mayor gasto económico que supone su colocación se compensa con la comodidad del paciente al no ser sometido a punciones continuadas.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 11.40 a 12.10 h.**

ID 779

HIGIENE DE MANOS, ¿LO HACEMOS BIEN?

Yara Carmen Aguado Lizaldre; Nerea Cornago Navascués; Patricia Sanz Martínez; Margarita Jiménez Escalada; Paula Lacarra Saso
Hospital Reina Sofía, Tudela

Introducción

El lavado de manos es una de las prácticas identificadas como más eficaz y efectiva para prevenir las infecciones asociadas al cuidado y atención sanitaria. Estudios afirman que las tasas de infección pueden reducirse al menos un 15%, con una mejora en la práctica de higiene de manos.

Objetivo

- Reducir la propagación de infecciones cruzadas.
- Mejorar la técnica de higiene de manos.
- Mejorar la identificación de los 5 momentos dentro del ámbito del paciente crítico.
- Sensibilizar a todos los profesionales de la importancia de una correcta higiene de manos.

Metodología

Se realiza una revisión sobre la técnica, dándola a conocer a todo el equipo del servicio, a través de sesiones informativas. Se comentan en dichas sesiones los problemas prácticos que pueden aparecer para una correcta higiene de manos, como el estado de la piel, uso de cremas, o el uso de joyas. Se colocan carteles informativos, visibles en las zonas comunes como el control de enfermería o el office, lugares más concurridos. Se aumenta el número de dispensadores de solución hidroalcohólica, y se colocan en lugares donde se ve la necesidad de su uso.

Resultados

El personal del equipo, asume e interioriza la importancia de un adecuado lavado de manos para prevenir las infecciones cruzadas. Se produce un aumento en el uso de los dispensadores de solución hidroalcohólica, advertido por el aumento del gasto de las soluciones.

Conclusiones

La higiene de manos es una de las prácticas más importantes de realizar a la hora de prevenir infecciones, y una de las más fáciles de asumir y llevar a cabo, por el bajo gasto económico que conlleva, y facilidad en la realización de la técnica. La higiene de manos es tan importante como el uso de guantes al realizar determinadas técnicas. Pero muchas veces no está tan asumido este lavado de manos como la utilización de guantes.

Pósters

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 431
PROTOCOLO DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA DE UCI DEL HOSPITAL CAN MISSES

ID 488
UTILIDAD Y USO DEL CHECKLIST EN LA UCI

ID 516
CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TEVAR (REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA TORÁCICA)

ID 518
PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO DE EDUCACIÓN SANITARIA A FAMILIARES DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 431

PROTOCOLO DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA DE UCI DEL HOSPITAL CAN MISSES

Susana Mingo Vergara; Patricia Fernández Reina; Tamara González Torres
Hospital Can Misses

Introducción

En la UCI del Hospital Can Misses un importante número de pacientes requiere soporte ventilatorio durante largos períodos de tiempo. En estos casos se hace necesaria la realización de una traqueostomía que permita el correcto manejo de la vía aérea. La traqueostomía percutánea (TP) es un procedimiento mínimamente invasivo que consiste en la inserción de un tubo en la luz traqueal a partir de una punción y sucesivas dilataciones en la pared anterior de la tráquea bajo el cartílago tiroides y en el que el abordaje traqueal se efectúa usando el método Seldinger. Ya que el personal de enfermería colabora en su realización es importante que conozca el procedimiento, sus ventajas, inconvenientes, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones, para poder actuar de forma adecuada y coordinada con el resto del equipo y dar respuesta a las necesidades del paciente en cada momento.

Objetivo

Garantizar una vía aérea artificial de tiempo prolongado en paciente con disfunción neurológica, acumulación de secreciones, dificultad para el destete, etc., evitando las complicaciones de la intubación translaríngea prolongada (úlceras de la mucosa, edema laríngeo, parálisis de las cuerdas, etc.) y mediante una técnica más rápida, barata y segura que las técnicas quirúrgicas, así como asegurar la correcta ventilación del paciente y evitar posibles complicaciones.

Metodología

Se formó un grupo de trabajo para la creación de un boceto del protocolo, en el que se decidieron los cuidados pertinentes y las funciones de cada profesional. Una vez creado se presentará en nuestra unidad para darlo a conocer y ser aceptado por todo el equipo.

Resultados

Aumentar la seguridad y satisfacción de los profesionales que realicen esta técnica.

Conclusiones

La importancia de la creación de este protocolo se basa en ofrecer una herramienta al personal que pueda mejorar la seguridad y calidad del procedimiento estandarizando así esta técnica y unificando criterios.

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 488

UTILIDAD Y USO DEL CHECKLIST EN LA UCI

Amaia López Martín; David Moro Delgado; Julene Marcuartu Bardeci; Leire Berasaluze Sanz; Gorka Vallejo de la Hoz; Izaskun Renobales Irusta
Hospital Galdakao-Usánsolo

Introducción

El uso sistemático de checklist como herramienta de prevención de errores derivados de la práctica sanitaria está cada vez más extendido en todos los ámbitos del cuidado al paciente y, concretamente, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se aborda la extensión del uso de esta herramienta en diferentes aspectos de los cuidados críticos y además se identifican las ventajas de su implantación y cumplimiento.

Objetivo

El principal objetivo es verificar la utilidad de la creación y uso de checklist en la UCI como herramienta de reducción de riesgos y, además, comprobar el impacto positivo en la salud y el cuidado del paciente.

Metodología

Se consultan las principales bases de datos del ámbito de Ciencias de la Salud: Pubmed, Dialnet y Scopus. Para realizar las búsquedas en dichas bases se utilizaron, entre otras, las siguientes keywords: ”checklist”, ”checklist AND ICU”, ”tool AND ICU”. Se encuentran gran cantidad de estudios relevantes relacionados con la temática de esta revisión, extraídos de fuentes apropiadas como las revistas ”Intensive and Critical Care Nursing” o ”Enfermería de Urgencias”.

Resultados

Se demuestra que el uso de checklist aumenta el cumplimiento y éxito de procedimientos y prácticas que deben realizarse de manera sistemática en la UCI y reduce el riesgo de errores humanos, lo que se traduce en un aumento de la calidad de los cuidados.

Conclusiones

Cometer errores es inevitable, especialmente ante la complejidad de los cuidados necesarios en la UCI. Por ello, el uso estandarizado de checklist en la práctica diaria reduce el riesgo de aparición de los mismos. La enfermería juega un papel importante en la extensión y aplicación de los checklist, lo cual optimiza la práctica clínica otorgando mayor seguridad tanto al paciente como al profesional.

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 516

CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TEVAR (REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA TORÁCICA)

Francisco Javier Arroyo Muñoz; Antonio Sánchez Gallardo; María del Carmen Vadillo Estacio
HU Virgen Macarena, Sevilla

Introducción

La TEVAR es una alternativa para pacientes pluripatológicos en los que la cirugía abierta supone un riesgo alto o está contraindicada. Esta técnica ha disminuido considerablemente la morbimortalidad. Sin embargo no está exenta de complicaciones, sobre todo en las primeras 72h. Es la paraplejia de las más devastadoras, implicando para su prevención la inserción de un drenaje lumbar.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en CINAHL, CUIDEN, PubMed, Cochrane y UptoDate. Palabras clave: nursing care, thoracic endovascular aortic repair, lumbar drainage Se analizaron complicaciones y cuidados.

Resultados

- **Riesgo de AVC por manipulación cerca de arco aórtico.**
  - Retirada de sedación y extubación precoz; valoración neurológica.
- **Riesgo de isquemia medular. Garantizar perfusión adecuada de la médula:**
  - Optimizar aporte O2: Mantener PAM > 85-90 mmHg y cifras adecuadas de IC. Hemoglobina > 10 g/dl. SatO2 > 95%.
  - Vigilar síntomas de isquemia medular: alteraciones de la sensibilidad, debilidad o parálisis de MMII.
  - Manejo adecuado del drenaje lumbar.
    a) Cero a nivel del eje flebostático (aurícula derecha).
    b) Altura del drenaje 10 cm sobre el cero.
    c) Medir c/h presión LCR.
    d) Mantener presión de perfusión medular > 80 mmHg.
    d) Vigilar color (no sangre) y cantidad (<10-15 ml/h, 250 ml/24h).
    e) Atentos a cefalea y/o aparición de visión doble(hipotensión LCR).
    f) No elevar cabecero > 30º.
    g) Pinzar drenaje al movilizar el paciente.
    h) Retirada de drenaje en 2-3 días si no hay síntomas de isquemia. Clampar 12-24h antes y consultar tiempos de coagulación y plaquetas. Suspender anticoagulación.
- **Riesgo de daño renal por contraste.**
  - Vigilar diuresis.
  - Adecuar volemia.
  - Administrar nefroprotección.
- **Complicaciones acceso iliofemoral.**
  - Monitorizar pulsos distales, temperatura y coloración de MMII.
- **Riesgo de isquemia del miembro superior izquierdo por ocluir la subclavia izquierda con prótesis.**
  - Registrar parestesias y claudicación.

Conclusiones

La implementación de este protocolo garantizará la prestación de cuidados de forma óptima y la detección de complicaciones, de forma precoz, mejorando la evolución postoperatoria de este procedimiento.

Pantalla nº 1. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 518

PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO DE EDUCACIÓN SANITARIA A FAMILIARES DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

Josefa Escobar Lavela[1]; Mónica Juncos Gozalo[2]; Laura González Borraz[1]; Alicia Flores Casarrubios[1]; Mª Pilar González Pascual[1]; Mª del Carmen Martín Gigorro
1. Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey. Madrid; 2. Hospital Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

La importancia de implicar a pacientes, familiares y cuidadores, así como promover la participación activa del paciente, familiares y personas cuidadoras en la seguridad del proceso asistencial, así como lo percibido en los pacientes (desconfianza y miedo), familiares (inseguridad) y personal de otras Unidades de Hospitalización (sobrecarga asistencial), nos llevó a desarrollar este Proyecto en el 2016.

Objetivo

El Objetivo principal es involucrar a las familias en los cuidados de la traqueostomía, desde el primer momento.

Metodología

Los métodos utilizados:

- Seleccionar a familias aptas para recibir la formación: se precisa un buen apoyo familiar y actitud de aprendizaje.
- Enseñar a pie de cama al familiar: familiarizarse con el material y con los cuidados.
- Realizar la técnica el enfermero responsable del paciente en presencia del familiar, para que pueda disminuir su ansiedad y disipar dudas.
- Realizar el familiar la técnica en presencia del profesional ya que es muy importante transmitir seguridad y servir de guía.

Las intervenciones se llevaron a cabo siguiendo el cronograma:

- Primer Trimestre: *Presentación Proyecto al Personal de UCI*
- Segundo Trimestre: *Formación al Personal de Enfermería de UCI e Información al resto del hospital*
- Tercer Trimestre: *Puesta en marcha del Proyecto*
- Cuarto Trimestre: *Evaluación del Proyecto*

Resultados

Para realizar la evaluación del proyecto y por tanto los resultados, se ha introducido una pregunta específica en la encuesta de satisfacción que se entrega al alta en UCI, a los familiares de los pacientes ingresados, que determina si les resulta favorable la formación y posibles sugerencias. La muestra de pacientes en este corto periodo de tiempo ha sido escasa (3 pacientes), manifestando las familias una satisfacción del 100% en cuanto a la utilidad de la formación y ninguna sugerencia.

Conclusiones

La participación activa de familiares, cuidadores y propio paciente, mejora la seguridad del paciente, disminuye el miedo a lo desconocido y permite afrontar las situaciones con más confianza.

Pósters

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 520
IMPORTANCIA DE LA MONITORIZACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO. MANEJO DE ESCALAS

ID 530
ACOGIDA Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

ID 533
OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO ADMINISTRADA MEDIANTE EL SISTEMA AIRVO 2

ID 535
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 539
GUIA RÁPIDA SOBRE MANEJO DEL “OPTIFLOW”. LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL GARANTIZA SEGURIDAD AL PACIENTE

ID 541
ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA)

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 520

IMPORTANCIA DE LA MONITORIZACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO. MANEJO DE ESCALAS

María del Carmen Martínez Iglesias; Luisa Fernanda Hernández Palanco; María Dolores Gonzales Caro; Manuela García Sánchez
Hospital universitario Virgen Macarena

Introducción

La valoración de la existencia de dolor y su intensidad en un enfermo crítico toma mayor complejidad debido en ocasiones a la dificultad o imposibilidad de comunicación por estar conectado a ventilación mecánica. Es entonces cuando la enfermera juega un papel fundamental para detectar indicadores de dolor.

Objetivo

Mejorar las estrategias de analgesia y sedación. La UCI sin dolor deber ser un objetivo de calidad asistencial.

Metodología

Elaboración y puesta en marcha del Protocolo de analgesia y sedacion. El protocolo estara disponible en la unidad. Creación de un grupo interdisciplinar de sedación y analgesia que pueda formar al personal de la unidad. Difusión vía email a todo el personal de las escalas mas usadas. Organización de cursos de formación en servicio sobre analgesia, sedación y manejo del dolor. Distribución de escalas formato bolsillo entre el personal de enfermería para facilitar su uso.

Resultados

La distribución de escalas de cuantificación de dolor mejoran la detección del mismo y su control. Las escalas que se han seleccionado para ser implantadas son la escala visual analógica EVA, la escala verbal numérica EVN para pacientes conscientes y la escala de conductas indicadoras de dolor ESCID para pacientes en ventilación mecánica, no comunicativos. El empleo de escalas aporta objetividad y exactitud en la valoración. Se protocoliza el registro del dolor mediante escalas al menos dos veces por turno en gráfica de enfermería . No se deben admitir puntuaciones superiores a 3.

Conclusiones

El dolor sigue siendo uno de los recuerdos más frecuentes que refieren los pacientes tras su ingreso en UCI. La evaluación del dolor en el paciente crítico es difícil pero muy importante. La capacidad para detectar y controlar el dolor es un principio fundamental en todos los miembros de UCI. El dolor referido por el propio paciente debe ser la base para instaurar el tratamiento.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 530

ACOGIDA Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

Arantxa Picón Santamaría; Mª José Rodríguez Borrajo; Blanca García Flores; César Rodríguez Núñez; Ana Sota Menezo; Guadalupe Soleto Paredes; Rosalia Martínez Colino; Laura Samaniego Bóveda; Mercedes Arana Monte; Rosario Romero Montoya
HUA Hospital Txagorritxu

Introducción

La necesidad de formación específica para trabajar en cuidados intensivos debería ser una realidad pero ¿realmente es así?

Objetivo

Los objetivos del trabajo son conocer:

- El perfil del personal sustituto
- Relación con compañeros y pacientes
- Si se han sentido capacitados para realizar su trabajo
- Aspectos del trabajo más complicados

Metodología

Estudio descriptivo. Pasamos una encuesta de elaboración propia a las sustituciones desde junio a diciembre de 2016: 15 preguntas tipo likert, 8 dicotómicas y 1 para ordenar por dificultad 6 aspectos del trabajo.

Resultados

20 encuestas contestadas. Tiempo medio de trabajo en uci antes del contrato: 13,58 meses (9 no habían trabajado nunca). Al comenzar, 10 no conocían el servicio ni a la supervisora, 15 no habían recibido formación sobre el programa informático, 6 no tenían clave para utilizar el programa informático ni el sistema dispensatorio de farmacia, 6 no sabían manejar las bombas de infusión y 5 los monitores. Los aspectos mejor valorados (más de 70 puntos sobre 80): cuando he pedido ayuda la recibí sin problemas (75), mis compañeros me han tratado como uno más (74), no me ha costado pedir ayuda (72), mis compañeros respetaban mi trabajo (71). Los peor valorados (menos de 60 puntos): sentía que controlaba mi trabajo (56), mi preparación práctica es correcta (56), mi preparación teórica es correcta (51) Las técnicas propuestas en orden de más a menos dificultoso: hemofiltro (91), marcapasos temporal (90), lidcco (72), picco (65), manejo del respirador (47), alto flujo (34)

Conclusiones

El número de sustituciones sin experiencia previa es muy alto. Al comenzar el contrato deberían tener unas nociones básicas y clave del sistema informático y dispensación de farmacia. Lo que más dudas genera es el nivel de preparación tanto teórica como práctica. El hemofiltro y el marcapasos temporal debieran ser objetivo prioritario de la docencia

Financiación

No cuenta con financiación.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 533

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO ADMINISTRADA MEDIANTE EL SISTEMA AIRVO 2

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; Francisco José Clemente López[2]; María Elvira Migallón Buitrago[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Introducción

La oxigenoterapia de alto flujo es un procedimiento que permite administrar todo el gas inspirado al paciente, humidificado y calentado para mejorar su tolerancia y a una FiO2 constante que puede alcanzar el 1, independientemente de su patrón ventilatorio. Uno de los dispositivos en auge en el mercado es el sistema Airvo 2.

Objetivo

La oxigenoterapia de alto flujo ha demostrado su eficacia en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica, sin hipercapnia, como soporte tras una extubación precoz, pacientes postquirúrgicos, en apneas del sueño o reagudizaciones de la insuficiencia cardiaca. Su uso está muy extendido en las unidades de cuidados intensivos pediátricas, pero su implementación en adultos todavía es escasa, sin embargo, está tomando cada vez más relevancia como una alternativa más en el paciente crítico. La mezcla de gas a alto flujo se suministra humidificado y calentado al paciente mediante una interfase (cánula nasal, adaptador a traqueotomía del paciente o a una mascarilla).

Resultados

Airvo 2 es un aparato compacto con una turbina integrada en la parte frontal, presenta una placa calentadora con dos puertos de conexión donde se instala la cámara humidificadora que controlará la temperatura y humedad del aire inspirado. Debe conectarse a un caudalímetro de oxígeno de 30 litros y una bolsa de agua estéril. El sistema es configurable mediante una pantalla con 5 botones (encendido, silenciar alarmas y 3 de menú). La conexión al paciente se realiza mediante una tubuladura calefactada y una interfase.

Conclusiones

Con la evidencia actual, la oxigenoterapia de alto flujo aplicada mediante el sistema de Airvo 2 se muestra como un sistema cómodo, sencillo y eficaz en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica. Para lograr una técnica segura y eficaz, la enfermera debe conocer las ventajas del procedimiento y estar formada en la aplicación, mantenimiento y retirada del sistema Airvo 2.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 535

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Rosa María Lozano Ordax; Patricia García Jáñez; Marta María Pérez Martínez; Gloria Martínez Mateo; María Teresa García Hernández; Dolores Carrillo López; Irene Muñoz Balasteguis
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivo

Implantar un protocolo de enfermería para aplicar en pacientes neurocríticos ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) portadores de catéter intracraneal para evitar el aumento de la Presión Intracraneal (PIC) considerando valores normales entre 0-15mmHg.

Metodología

Previa revisión bibliográfica y basándonos en la práctica clínica, describimos las medidas que componen nuestro protocolo para pacientes neurocríticos portadores de catéter intracraneal.

Resultados

Intervenciones sobre las causas de aumento de la PIC: POSICIÓN:

- Cabecera de la cama 15-30º para favorecer drenaje venoso cerebral (más de 30º dificultaría el aporte arterial).
- Cabeza en posición neutra, evitando rotación, hiperflexión e hiperextensión de la columna cervical.
- Fijación tubo endotraqueal sin compresión.
- Evitar flexión inguinal >90º.

Movimiento:

- Paciente inmóvil, evitando sujeciones.
- Evitar maniobra de Valsalva.
- Girar al paciente en bloque manteniendo la cabeza en posición neutra.
- Rehabilitación precoz evitando ejercicios activos ya que pueden aumentar la PIC.

Hipoxia:

- El oxígeno disminuye la perfusión sanguínea cerebral y por la tanto la PIC.
- Aumenta la morbilidad y mortalidad en el traumatismo craneoencefálico grave.
- Mantener una presión arterial de oxígeno mayor de 80mmHg, saturación arterial de oxígeno mayor de 95% y una presión parcial arterial de dióxido de carbono entre 35-40mmHg.

Aspiración:

- No aspirar innecesariamente.
- Preoxigenar al 100% antes de aspirar.
- Aspiración inferior a 10 segundos.

Ruidos:

- Mantener el entorno del paciente lo más tranquilo posible con un mínimo de estimulación sensorial.
- Limitar las conversaciones en la habitación del paciente.
- Hablar con el paciente en voz baja y calmada.

sigue →

Dolor, malestar y contactos no terapéuticos:

- Limitar y reunir procedimientos dolorosos.
- Sedoanalgesia.
- Limitar contactos no terapéuticos (dejar colocado manguito de tensión arterial).

Fiebre:

- Mantener al paciente en normotermia, temperatura corporal <37,5ºC.
- Evitar la hipertermia porque aumenta el metabolismo cerebral, generando aumentos de la PIC.
- Medidas físicas evitando escalofríos que producen más calor y una descarga catecolaminérgica que puede generar aumento de la PIC.

Conclusiones

Un equipo multidisciplinario que trabaje con objetivos claros y protocolos conocidos y consensuados por todos es la clave para asegurar la mejor atención a nuestros pacientes.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 539

GUIA RÁPIDA SOBRE MANEJO DEL "OPTIFLOW". LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL GARANTIZA SEGURIDAD AL PACIENTE

Sara Sánchez-Marín Bustos; Cristina Sánchez Guevara; Lourdes Lorenzo Rodríguez; María Ángeles Benitez de Soto Moran; Rosa María Cruz Hernández; Pedro Calvo Flores; Juan Carlos Martín Corral; Francisca Cecilia Martínez Huelamo; María Jose López Poveda; Mª del Carmen Manzanedo Edesa
Hospital Universitario Salamanca

Introducción

Palabras clave: Gafas nasales alto flujo (GNAF), Optiflow, efecto adverso. La oxigenoterapia de alto flujo con gafas nasales es una alternativa a la oxigenoterapia convencional para el paciente crítico con Insuficiencia Respiratoria Aguda, sustituyendo a terapias más invasivas VMI y VMNI, facilitando en ocasiones el destete. No es una terapia novedosa, sin embargo, si lo es en nuestra unidad. Acostumbrados casi exclusivamente a manejar pacientes neurocriticos y traumatismos graves, el repunte en la incidencia de patologías que cursan con insuficiencia respiratoria aguda en los últimos meses,cambio las características de nuestro paciente. Tratar esta patología supuso la llegada del "oftiflow" AIRVO 2.

Objetivo

- Garantizar la seguridad aplicando los mejores cuidados al paciente tratado con Optiflow, lo que evitará posibles efectos adversos y mejorará la adherencia al tratamiento.
- Proporcionar al equipo una Guia Rapida de montaje y mantenimiento del Optiflow.

Metodología

- Cuestionario para identificar las necesidades formativas del profesional.
- Grupo de trabajo para la elaboración de una Guia Rapida de actuación y la modificación de la hoja de registro de cuidados de la unidad. Revisión del manual técnico del Oftiflow (AIRVO_2).
- Sesión formativa: Presentación de la Guia. Conceptos generales sobre Oxigenoterapia.

Resultados

- Obtención de la Guia Rapida (montaje-cuidados de Enfermeria-Interpretación de la guía de flujometro-solución de problemas).
- El personal adquiere habilidades para evitar y/o identificar posibles efectos adversos de la terapia lo que garantiza una mayor seguridad en nuestro paciente. En el cuestionario previo a la formación más del 50% del personal reconoció haber utilizado la terapia sin los conocientos adecuados.

Conclusiones

La tecnología crea un sistema de salud complejo, lo cual conlleva riesgos. Si no demandamos formación el paciente puede verse afectado por eventos adversos a pesar del tiempo de dedicación. Solo con personal bien formado el paciente estará seguro y mejorará la calidad asistencial.

Pantalla nº 2. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 541

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA)

Marta lorena García Alonso; María Esther García Viera; Noelia Goya Pérez; Judith Cabrera Rivera; María del Carmen Arroyo López; Patricia Perera Díaz; Carmen Dolores Chinea Rodríguez
Hospital Universitario de Canarias

Introducción

Nuestra Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Canarias carece de un conjunto de acciones y procedimientos establecidos de forma precisa y reglada, así como de una evaluación posterior en la medición de la PIA. Por ello ,se procede a la revisión bibliográfica exhaustiva y consideraciones de otras Unidades de Cuidados Intensivos nacionales relativas a la PIA y desarrollo del síndrome compartimental abdominal (SCA).

Objetivo

Se enuncian los siguiente objetivos:

- Elaborar un protocolo asistencial para la monitorización de la PIA.
- Recoger datos objetivos de dicha monitorización a los pacientes críticos que requieran de la misma.
- Valorarlos los beneficios obtenidos de la monitorización de la PIA.
- Elaborar un plan de actuación para la mejora de dicho proceso si fuera necesario.
- Valorar la inclusión o exclusión de los factores de riesgo que hacen al paciente susceptible de desarrollar SCA por el aumento de la PIA.

Metodología

Para elaborar el protocolo se definen los siguientes puntos:

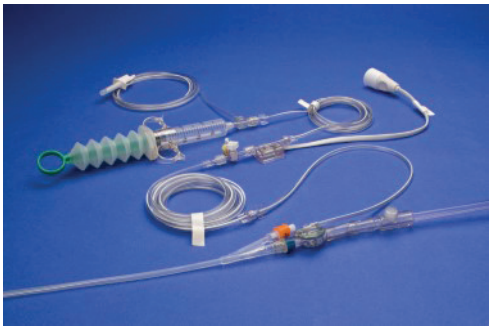
- Los criterios diagnósticos y factores de riesgo que hacen al paciente susceptible de desarrollar SCA debido a un aumento de la PIA.
- Los valores numéricos considerados normales y los que suponen un riesgo para el paciente.
- Las actividades de Enfermería para la correcta medición de la PIA y su registro.

Resultados

Dada la alta prevalencia de pacientes críticos que ingresados en UVI desarrollan PIA (37%-64%) y en consecuencia SCA (4%-12%) con la elevada morbi -mortalidad que esto supone elaboramos un protocolo para la medición de la PIA.

Conclusiones

s Al ingreso en UVI de los pacientes con los criterios diagnósticos y factores de riesgo ya preestablecidos se coloca el sistema para medición de la PIA,registro de los valores obtenidos y actuación interdisciplinar.



Financiación

Este trabajo no se beneficia de ninguna financiación.

Pósters

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 546
ESTIMACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS EN BASE A LA TAXONOMÍA NIC Y LA ESCALA NAS

ID 567
PROTOCOLO DE MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 576
EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE COMUNICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

ID 579
PROTOCOLO DE RETIRADA DEL DISPOSITIVO DE HEMOSTASIA RADIAL HELIX EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CARDIOLOGÍA DEL HUA SEDE TXAGORRITXU DE VITORIA GASTEIZ

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 546

ESTIMACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS EN BASE A LA TAXONOMÍA NIC Y LA ESCALA NAS

Mª José Monguilo Martitegui; Yolanda Rodríguez Rodríguez; Nuria de Rios Briz; Mª Pilar Sánchez Rubio; Rosa Mª Blanco Zapata; Mario Flores Prieto; Ana Redondo Osegui; Yolanda Gómez; Placida García Mota; Mercedes Blasco Novales
Hospital Universitario Cruces - OSI Eskerraldea Enkarterri Cruces

Introducción

En aras a mantener la sostenibilidad del sistema haciéndolo compatible con una asistencia segura, cada vez es mas necesario disponer de información objetiva y rápida que permita conocer la complejidad del cuidado.

Objetivo

Identificar la complejidad del cuidado de pacientes ingresados en la unidad Cuidados Críticos Cardiológicos, en base a taxonomía NIC y escala NAS.

Metodología

Estudio observacional, prospectivo periodo 22 a 25 febrero 2016. Población y Muestra: planes de cuidados (PC) del total de pacientes ingresados correspondientes a 24 horas previas a las que se realiza la observación. Criterios de inclusión, paciente ingresado durante la recogida de datos. Variables a estudio demográficas, puntuación NAS, NIC asociados al PC. A cada NIC se asigna una puntuación correlativa en función del tiempo estimado para su realización, según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC Análisis de los datos.: Descriptivo, expresado en frecuencias, porcentajes y medias. Aspectos éticos, se garantiza la confidencialidad de pacientes y profesionales

Resultados

Se analizan 49 registros correspondientes a 24 pacientes, edad media 64 años (29-82). La complejidad en relación al NIC se calcula sumando las puntuaciones de todas las intervenciones registradas en el PC. Se estima en 15,4 (4-33) la media de NIC realizados por registro, con una media de tiempo empleado de 2,38, lo que indica que las intervenciones realizadas sobre paciente tienen un tiempo estimado entre 16 y 30 minutos. La media de puntuación NAS es de 72,5 puntos. Una enfermera puede dar cuidados hasta 100 puntos NAS por paciente.

Conclusiones

Este estudio presenta limitaciones por el infraregsitro. No obstante se considera que las Taxonomia NIC es una herramienta útil pues permite identificar la complejidad de las intervenciones, utilizada conjuntamente con la NAS ayuda a tomar decisiones en relación a la complejidad de los pacientes y la distribución de cargas asistenciales.

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 567

PROTOCOLO DE MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Elena Arranz Molinero; María del Valle Porras; Maria Ángeles de Pedro Sánchez; María Teresa García Hernández; Susana de Pablo Leonardo; Gloria Martínez Mateo; Leonor Nogales Martín
HCU Valladolid

Objetivo

Unificación de los cuidados y los procedimientos en el manejo del drenaje ventricular externo (DVE) por parte del personal de enfermería. Mejorar la calidad de los cuidados al paciente neurocrítico. Reducir la variabilidad existente entre los profesionales. Describir el correcto manejo y mantenimiento del catéter y el sistema colector. Conocer y evitar las complicaciones relacionadas con la técnica.

Metodología

Realización de un protocolo de inserción y cuidados de enfermería del DVE. Revisión de la bibliografía y evidencia científica existente relacionada con el dispositivo. Sesiones formativas (acreditadas por la comisión de formación continuada de nuestro hospital) dirigidas al personal de enfermería y enfocadas a difundir el protocolo y a mejorar la comunicación entre los profesionales de la unidad y de otros servicios relacionados (neurocirugía y medicina preventiva). Elaboración de un díptico informativo a color.

Resultados

La implantación de un protocolo en la unidad avala la eficacia de las intervenciones realizadas y la mejora en la calidad de los cuidados de los pacientes con DVE Se ha observado un cambio en la actitud del personal de plantilla y del de nueva incorporación, que ha repercutido en la calidad de los cuidados del paciente neurocrítico con DVE Durante el período de elaboración del protocolo se objetiva una mejora en la relaciòn y comunicación de los distintos profesionales de todos los servicios implicados

Conclusiones

La puesta en marcha del protocolo ha permitido mejorar la seguridad del paciente y disminuir el número de incidentes relacionados con la manipulación del DVE Con la implantación de una guía de actuación como este protocolo, se permite, además de unificar los cuidados, facilitar el trabajo de los profesionales a cargo del paciente neurocrítico con DVE. La formación recibida se ha traducido en una mayor satisfacción del personal.

Financiación

Ninguna.

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 576

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE COMUNICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Sara Somolinos Horcajuelo; Patricia Rebollo Gómez; Teresa Ferreño Ocampo; María Cruz Martín Delgado; Berta Ramos González
Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz

Introducción

La comunicación con los pacientes en ventilación mecánica (VM) no suele contemplarse en los objetivos diarios de los enfermos críticos, siendo una necesidad básica de estos pacientes. Evaluar las necesidades específicas de comunicación de los pacientes ingresados en UCI en ventilación mecánica, considerando las limitaciones y barreras que pueden ser relevantes para establecer una estrategia de soporte individualizada.

Objetivo

Identificar los pacientes subsidiarios del uso de herramientas de comunicación alternativas como la comunicación a través de la mirada mediante dispositivos específicos de alta tecnología.

Metodología

Estudio prospectivo observacional. Se incluyen todos los pacientes ingresados durante un periodo de 15 días (1 al 15 de enero de 2017) en una UCI polivalente de 16 camas. Se evalúa diariamente la necesidad de VM, el nivel de conciencia, el nivel de sedación (RASS > -2), la presencia de tubo orotraqueal o traqueostomía, y la capacidad motora que permita la escritura. Se excluyen los pacientes postoperados de < 24 horas de estancia en UCI.

Resultados

Se incluyeron 33 pacientes con un total de 108 estancias. Del total, en 53 estancias el paciente estaba conectado a ventilación mecánica. En 34 estancias el paciente estaba sedado con un RASS > -2 y en 19 el paciente estaba consciente. De las 19 estancias de pacientes conscientes con VM, 5 eran portadores de tubo orotraqueal y 14 de traqueostomía. En 17 estancias, tenían preservada la capacidad motora de extremidades superiores y 2 en VM una limitación motora que impedía la escritura o el uso de signos o señales.

Conclusiones

Evaluar de forma sistemática las necesidades de comunicación del enfermo crítico permite establecer estrategias individualizadas en cada paciente y adaptar las herramientas de comunicación de forma dinámica a dichas necesidades. El uso de alta tecnología, como la comunicación a través de la mirada estaría indicado en un número reducido de pacientes.

Pantalla nº 3. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 579

PROTOCOLO DE RETIRADA DEL DISPOSITIVO DE HEMOSTASIA RADIAL HELIX EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CARDIOLOGÍA DEL HUA SEDE TXAGORRITXU DE VITORIA GASTEIZ

M. Rosario Romero Montoya; César Rodríguez Nuñez; M. Josefa Rodríguez Borrajo; M. Luisa Beltrán de Heredia Pérez de Villarreal; M. Luisa Marañón Díaz de Cerio; M. Emma Muro Ruiz de Osma; Raquel Nuñez Martínez; Vita Pankiv; Pilar Novales Salcedo
Hospital Universitario Araba (HUA) Sede Txagorritxu

Objetivo

Unificar la actuación de enfermería en los cuidados postcateterismo radial con el fin de preservar el acceso vascular, prevenir complicaciones y mejorar el confort del paciente

Metodología

DESCRIPCION DEL DISPOSITIVO

- Almohadilla de compresión de un material especial, dedicada a la comodidad del paciente.
- Pieza transparente para visualizar punto de puncion
- Dispositivo de tornillo con indicador de presión
- Pulsera de nylon con velcro para ajuste en muñeca.

COLOCACION DEL DISPOSITIVO

1. Retirar introductor arterial 2-3 cm (detectar vasoespasmo)
2. A 5 mm por encima del punto de puncion con la muñeca en extensión alinear el centro de la almohadilla.
3. Insertar la banda en la ranura de la placa de la muñeca. Ubicar el logo (M+) en el lado opuesto al pulgar (Presion de 100 mmHg).
4. Retirar introductor objetivando sangrado.
5. Inmediatamente,(girar en sentido horario) la rueda del dispositivo 4 veces o hasta que se detenga el sangrado. Presion ranura verde 150-200mmHg, presión ranura amarilla 200-250 mmHg.

Resultados

RETIRADA DEL DISPOSITIVO

- Tras 1 hora de la colocación del dispositivo GIRAR el tornillo regulador 1/2 VUELTA en sentido contrario a las agujas del reloj.
- 2 horas GIRAR el tornillo regulador 1 VUELTA completa
- 3 horas GIRAR 1 VUELTA hasta retirada y tras comprobar la no evidencia de sangrado, Retirar dispositivo y colocar aposito transparente esteril. En caso de SANGRADO colocar de nuevo el dispositivo, girar el tornillo regulador hasta conseguir hemostasia deseada.

Conclusiones

La elaboración de este protocolo permite unificar y actualizar los cuidados a los pacientes portadores de Helix utilizando una forma sistematica y ordenada de trabajo

Pósters

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 580
PROTOCOLO: TERAPIA MARS® (MOLECULAR ADSORBENT RECIRCULATING SYSTEM)

ID 588
ESTUDIO SOBRE SUPERFICIES ESPECIALES DEL MANEJO DE LA PRESIÓN EN LA UCI PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ID 602
LA AEROSOLTERAPIA EN UCI

ID 606
PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN, CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y USO APROPIADO DE LOS ANTIMICROBIANOS EN ANDALUCÍA: PROGRAMA PIRASOA

ID 607
ENFERMERÍA A CONTRA RELOJ

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 580

PROTOCOLO: TERAPIA MARS® (MOLECULAR ADSORBENT RECIRCULATING SYSTEM)

Andrea López Pérez; Beatriz García Gómez; Natalia Garrido Arribas; Francisco Paredes Garza
HULP

Introducción

Los pacientes con disfunción hepática aguda y disfunción hepática crónica descompensada no se benefician de las terapias continuas de depuración extrarrenal (TCDE), ya que no consiguen eliminar las toxinas unidas a proteínas (especialmente a la albúmina). La aparición del soporte artificial hepático ha supuesto una mejora en la tasa de supervivencia puesto que un tercio de dichos pacientes fallecen a la espera de un trasplante. La terapia MARS® permite mantenerlos en buenas condiciones hasta la disponibilidad de un órgano o la recuperación funcional del hígado gracias a su función detoxificadora.

Objetivo

- Sistematizar y estructurar las actuaciones de enfermería en el manejo de la terapia MARS®.
- Garantizar el montaje y su correcto uso con el fin de mejorar la seguridad del paciente.
- Establecer un protocolo de cuidados de enfermería específico para nuestra unidad.

Metodología

Búsqueda y revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, MedLine, Cochrane y en el folleto formativo: "Directrices de usuario de la combinación MARS® Prismaflex®" de Gambro sobre la utilización de la terapia en UCI.

Resultados

INTERVENCIONES

- Identificación del paciente y explicación de técnica a realizar.
- Canalización de catéter de diálisis (13F) según protocolo de Bacteriemia Zero.
- Montaje y cebado del circuito: Solución de cebado para Prismaflex® (2 litros con 10.000 u heparina sódica), 600 ml de albumina al 20% para MARS® y Hemosol® como líquido dializante.
- Elección de terapia: Hemodiafiltración veno-venosa continua (HDFVVC)
- Conexión al paciente, valorando situación hemodinámica
- Vigilancia de alarmas y efectividad de terapia.
- Desconexión y finalización de tratamiento.

Conclusiones

La realización de protocolos basados en evidencia científica garantiza la seguridad en el manejo y uso de terapias de soporte hepático. Mejora la calidad en los cuidados y proporciona autonomía a los profesionales de enfermería.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 588

ESTUDIO SOBRE SUPERFICIES ESPECIALES DEL MANEJO DE LA PRESIÓN EN LA UCI PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Pablo García-Molina[1]; Evelin Balaguer López[2]; Jose Verdú Soriano3; Carmen Rodríguez Dolz

1. Departamento Enfermería. Universitat de València. Grupo INCLIVA; 2. Escolares Hospital Clínico Universitario de Valencia. Departamento Enfermería Universidad de València; 3. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universitat d'Alacant; 4. UCIN Hospital Clínico Universitario de Valencia. Departamento Enfermería. Universitat de València

Introducción

A pesar de que se han descrito casos de úlceras por presión (UPP) en niños sanos, estos son los menos. La población pediátrica y neonatal ingresada en unidades de cuidados críticos (UCIP y UCIN), unidades de hospitalización o aquellos grupos de población con enfermedades crónicas, déficit psicomotor, problemas neurológicos, lesionados medulares son los grupos de mayor riesgo y mayor incidencia de UPP. El grupo de investigación se centró en el estudio de la efectividad de uso de dos SEMP pediátrica y neonatal dinámica de baja presión constante en la UCIP, cedidas por una empresa entre el año 2009 y el 2011.

Objetivo

Diseño quasi experimental (evaluación antes y después). Se introdujeron dos SEMP en la UCIP del Hospital Clínico Universitario de Valencia y se comparó la efectividad en cuanto a la reducción de UPP respecto a un estudio de incidencia previo.

Resultados

Tras el estudio descriptivo de la efectividad en una muestra de 31 niños en riesgo (según escala Braden Q y NSRAS) a los que no se les podía realizar cambios posturales, los resultados fueron comparados con los datos de una muestra similar de 35 niños ingresados en el año 2008 (Ambos grupos sin diferencias significativas en cuanto a estancia en UCIP, riesgo de UPP, uso de dispositivos diagnósticos y fármacos vasoactivos). La incidencia en seis meses de UPP relacionadas con el tipo de superficie de apoyo en el primer periodo fue de un 20% (7*100/35). Mientras que en el grupo de niños que usaron las nuevas SEMP dinámicas la incidencia de UPP en seis meses fue de un 3,22% (1*100/31).

Conclusiones

La inversión en SEMP en las UCI pediátrica para reducir la aparición de UPP en pediatría es una medida indispensable.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 602

LA AEROSOLTERAPIA EN UCI

Maitane Velasco Martín[1]; Ester Corredera Baz[1]; Sonia Fernández Garmilla[1]; José Ignacio Vicente González[2]; Zuriñe Iñiguez de Ciriano Aldama[2]; Miren García Marcos[2]; Susana González Orive[2]
1. Hospital Universitario Araba. UCI Txagorritxu; 2. Hospital Universtiario Araba. UCI Santiago

Introducción

El interés de esta revisión bibliográfica radica en la necesidad de identificar las diferentes formas de aplicación de los aerosoles en cada uno de los soportes respiratorios más utilizados en cuidados intensivos. Un tratamiento con aerosolterapia puede no ser efectivo si la técnica no se realiza correctamente.

Objetivo

Este trabajo tiene como objetivos describir el manejo de los dispositivos de aerosolterapia en los diferentes soportes de oxigenación y facilitar la práctica enfermera basándose en la evidencia científica existente.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de los artículos científicos sin hacer restricciones respecto al tipo de estudio, teniéndose en cuenta los que presentaban evidencia sobre la colocación del dispositivo. Se buscó en las siguientes bases de datos en los idiomas español e inglés (periodo comprendido entre el año 2000 y el 2016) excluyendo literatura gris:

- Dialnet y Medline: la búsqueda no produjo resultado.
- PubMed y Google académico: se obtuvieron resultados que se filtraron en un primer momento en base a la lectura de los resúmenes. Posteriormente se realizó una segunda selección tras una revisión crítica de los artículos, guías y normativas completas. Palabras clave: aerosolterapia, nebulización, ventilación mecánica no invasiva, ventilación mecánica invasiva, oxigenoterapia de alto flujo.

Resultados

De la búsqueda se seleccionaron 14 artículos: 9 artículos científicos (2 de ellos in vitro), una recomendación y 3 guías realizadas por sociedades científicas y hospitales, además de la normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Conclusiones

Con esta búsqueda bibliográfica hemos detectado que hay diferentes formas de aerosolterapia (jet, MDI, nebulizador...) dependiendo del dispositivo de oxigenación utilizado (VMI, VMNI y OAF). Dado que es un tratamiento que se administra con mucha frecuencia, sería interesante elaborar un algoritmo que recoja de forma gráfica la técnica correcta de administración de aerosoles que facilite la labor diaria de un enfermero en cuidados intensivos.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 606

PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN, CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y USO APROPIADO DE LOS ANTIMICROBIANOS EN ANDALUCÍA: PROGRAMA PIRASOA

Inmaculada Alonso Araujo; Mª Isabel González Méndez; Catalina Martín Castaño; Rosario Ferrete Pérez; Rosario Urbán Carmona
Hospital Virgen del Rocío

Objetivo

Reducir la incidencia de las infecciones relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) producidas por bacterias multiresistentes (BMR).

Metodología

Constitución de un equipo multidisciplinar,responsable de la implantación de un programa de prevención y control de IRAS en una unidad de cuidados intensivos. Se realiza una auditoría por trimestre sobre las principales medidas de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), establecidas en el Proyecto Neumonía Zero y las medidas de prevención de bacteriemias relacionadas con catéter (BRC) recomendadas en el Proyecto Bacteriemia Zero,con el fin de cumplimentar los siguientes indicadores:

- Nº de catéteres insertados en los que se han implementado todos los items de referencia*100/Total de catéteres insertados.
- Nº de pacientes ventilados en los que se han implementado en todos los items de referencia*100/Total de pacientes ventilados.

Resultados

1er Trimestre 2015 *NAVM: 93,48% Hospital Virgen del Rocio (HVR) versus 84,35% de promedio en resto de hospitales andaluces *BRC: 100% HVR versus 87,52% de promedio en resto de hospitales andaluces 2º Trimestre 2015 *NAVM: 97,96% HVR versus 81,72% de promedio en resto de hospitales andaluces *BRC: 100% HVR versus 85,63% de promedio en resto de hospitales andaluces 3er Trimestre 2015 *NAVM: 92,31% HVR versus 84,01% de promedio en resto de hospitales andaluces *BRC: 100% HVR versus 86,65% de promedio en resto de hospitales andaluces 4º Trimestre 2015 *NAVM: 93,30% HVR versus 83,04% de promedio en Andalucía *BRC: 100% HVR versus 84,77% de promedio en Andalucía.

Conclusiones

La UCI del Hospital Virgen del Rocío tiene una adhesión a las medidas de prevención de la NAVM y la BRC recomendadas por los proyectos Zeros y establecidas por el programa Pirasoa, por encima del promedio de las unidades de cuidados intensivos de Andalucia. La puesta en marcha de estas medidas han contribuido a la reducción de incidencia de IRAS por BMR.

Pantalla nº 4. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 607

ENFERMERÍA A CONTRA RELOJ

Susana Reboredo González; Cristina Fernández García; Liliana Rincón Juaristi; Nagore de la Fuente Illana; Lander Atutxa Bizkarguenaga; Cristina Amador González
Hospital Universitario Donostia

Introducción

La necesidad de iniciar un programa de donación en asistolia Maastricht tipo II fue un reto porque suponía, la rápida formación de enfermería en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) de la técnica de perfusión, y rapidez en la realización de las técnicas en perfusión para el mantenimiento de los órganos. Teniendo en cuenta que la optimización de los tiempos, suponen una mejor conservación de los órganos a trasplantar.

Objetivo

1. Análisis de la evolución de los tiempos del proceso en los últimos 2 años.
2. Valorar la eficacia del periodo de aprendizaje.

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo. Periodo: Abril 2015 - Diciembre 2016. Número total de pacientes con criterios de donación en asistolia. Tiempos de purgado de máquina de perfusión. Tiempos de estancia en intensivos hasta bajada a quirófano.

Resultados

En el 2015 se realizaron 9 procedimientos; 5 varones y 4 mujeres. Edad media de 40 años. El tiempo medio de estancia en UCI fue de 2 horas y 50 minutos. En el 2016 se realizaron 18 procedimientos; 14 varones y 4 mujeres. Edad media de 52 años. El tiempo medio de estancia en UCI fue de 2 horas y 05 minutos. En el 2015, el tiempo medio de purgado de la máquina de perfusión y la correcta instalación del aparato de normo-hipotermia fue de 10 minutos. En el 2016, el tiempo medio ha sido de 6 minutos.

Conclusiones

Desde la puesta en marcha del programa de donación en asistolia Maastricht tipo II, los tiempos medios han mejorado en 45 minutos. A pesar de no tener experiencia en equipos de perfusión, con una correcta formación, los tiempos de purgado y adecuación del sistema ha mejorado notablemente. Todo ello indica que existe una curva de aprendizaje rápida y que en poco tiempo es posible obtener la destreza suficiente para realizar un proceso tan complicado.

Pósters

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 609
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DE UCI EN EL ANGIÓGRAFO ANTE UN CÓDIGO ICTUS

ID 618
INNOVAR EN LA PROFESIONALIDAD: RESPONDIENDO A LAS NECESIDADES

ID 625
MANEJO DE ENFERMERÍA SOBRE LA HIPOTERMIA MODERADA INDUCIDA

ID 651
CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO ADULTO CON OXIGENACIÓN A TRAVÉS DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA

ID 658
GUÍA DE ACTUACIÓN PARA LA INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) MEDIANTE TÉCNICA ECOGUIADA

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 609

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DE UCI EN EL ANGIÓGRAFO ANTE UN CÓDIGO ICTUS

Ana Isabel Asarta Castellanos; Garazi Díaz Romaratezabala; Alejandra Azahara Margüello Fernández; Laura Ruilope Álvaro; Vanessa Sanz Porras
UCI de OSI ARABA Sede Santiago

Introducción

El Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico es una de las principales causas de muerte y discapacidad en nuestro entorno. La trombectomía mecánica es una técnica de aplicación cada vez más habitual cuando se cumplen criterios para revascularizar la arteria cerebral ocluida. Este tratamiento, conlleva una serie de riesgos que hacen necesaria la presencia de personal cualificado. Por ello, se decidió elaborar un protocolo para unificar los pasos a tener en cuenta durante esta técnica, para proporcionar la atención necesaria al paciente y para asegurar la continuidad de cuidados entre la asistencia en el angiógrafo y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Este protocolo está dirigido a los profesionales de enfermería de este servicio.

Metodología

- Reunión del grupo de trabajo multidisciplinar de Neurocríticos junto con el equipo asistencial del angiógrafo.
- Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cuiden, Pubmed, Cochrane) utilizando como palabras clave: ACV, trombectomía mecánica, Código Ictus. No encontrando ningún estudio referido a la actuación de la enfermería de UCI ante un Código Ictus.
- Elaboración de un protocolo descriptivo para unificar su realización.
- Difusión e implantación en la UCI de la sede Santiago.

Resultados

- Aviso de radiología intervencionista y activación del protocolo.
- Acuden dos enfermeras de UCI con carro específico y preparan el material necesario.
- Recepción del paciente y actuación en el angiógrafo. Monitorización, valoración y administración de la medicación necesaria. Valorar necesidad de intubación orotraqueal.
- Traslado del paciente, ingreso en UCI y registro de actividades realizadas.

Conclusiones

La elaboración del protocolo ayudó a trabajar de manera más sistemática y unificada, siendo esto imprescindible ya que el ACV es una emergencia médica dependiente del tiempo. Por otro lado, como es importante que el personal esté adiestrado, realizamos sesiones de formación antes de implantar el protocolo en la unidad.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 618

INNOVAR EN LA PROFESIONALIDAD: RESPONDIENDO A LAS NECESIDADES

Maider Etxeandia Juaristi; Teresa Esteban Galbete; Ainara Arana Azula
UCI OSI barrualde-Galdakao

Introducción

Es importante conocer las necesidades del propio paciente centrándonos en su persona, apostando por una medicina basada en la afectividad con profesionales educados en la humanización.

Objetivo

INNOVAR = CONVERTIR LAS IDEAS EN VALOR - DOTAR DE VALOR = DAR IMPORTANCIA A LAS COSAS

Conocer los pros y los contras de la estancia de los pacientes en la UCI de 10 boxes polivalentes de la OSI Barrualde-Galdakao. Establecer áreas de mejora con propuestas que innoven nuestra profesión.

Metodología

Estudio descriptivo acción participativa, durante tres meses a pacientes críticos, mayores de edad, cuyo periodo de ingreso fuera superior a 48 horas. Encuesta sencilla, anónima, con 4 items y dos preguntas abiertas. Criterios de exclusión: Deterioro cognitivo, sedación, traslado a otro centro o exitus. Estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para las cualitativas. Análisis mediante sistema específico y apropiado al contenido. El nivel de significación estadística se establecerá en $p<0.05$. Paquete estadístico SPSS 20 para Windows.

Resultados

90 encuestas durante octubre, noviembre y diciembre de 2016 que representan el 63 % de los ingresados en ese periodo con criterios de inclusión. La mayor parte de las deficiencias se centran en 3 factores:

- 32% la contaminación acústica
- 27,6% en la luminosidad nocturna
- 11,5 % señala el no tener un sueño continuado al estar interrumpido por actividades asistenciales, aunque las justifican.
- El 82,4% indica estar “acompañado”, no necesariamente por los familiares. De ese tanto %, el 70,8% habla de soledad y necesidad de mayor presencia del personal asistencial para “hablar”.
- El 20% señala la comunicación deficitaria y la falta de empatía de los profesionales.

Conclusiones

Podemos establecer propuestas que nos eduquen en ser profesionales. Implementando cambios en nuestra labor que dan respuesta a las necesidades de los pacientes, tendentes a innovar humanizando la UCI.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 625

MANEJO DE ENFERMERÍA SOBRE LA HIPOTERMIA MODERADA INDUCIDA

Laura Gómez Lanao; Montserrat Almansa Gómez; Eva María Amat Llop; Mireia Martínez Albertín; Pilar Latre Romero
HUAV Lleida

Introducción

Los pacientes que han sobrevivido a una parada cardiorrespiratoria (PCR) están expuestos a sufrir lesiones neurológicas. Una manera de atenuar estos daños sería la aplicación de la hipotermia moderada inducida, situando a la víctima entre 32 y 34ºC lo antes posible una vez restablecida la circulación espontanea.

Objetivo

Conocer el papel de enfermería sobre los cuidados básicos de un paciente crítico sometido a hipotermia moderada. Prevenir, disminuir o resolver las complicaciones

Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Medline. Revisión de artículos científicos y protocolos de actuación de diferentes hospitales. Palabras clave para la búsqueda: PCR, hipotermia, enfermería.

Resultados

Los protocolos de actuación sirven de gran ayuda para los profesionales de nueva incorporación, es por ello la importancia de seguir incidiendo en el conocimiento de la técnica. La eficacia de la tratamiento se muestra tiempo-dependiente, y por ello se ha de iniciar lo antes posible una vez establecido la circulación espontánea dentro de un límite de tiempo.

Conclusiones

El uso de hipotermia moderada inducida requiere conocimientos expertos y especializados de la técnica, los cuidados, manejo de complicaciones y material a utilizar. Para ello en necesario estandarizar actuaciones e implementar protocolos para mejorar la calidad y conseguir el beneficio del paciente.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 651

CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO ADULTO CON OXIGENACIÓN A TRAVÉS DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA

Sonia Inmaculada Jiménez Luque; Berta de la Loma Fernández Gómez; Patricia Piñas Viñambres; Pedro Rubio Navarro; Pilar Gil Sendino
Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Introducción

La oxigenación a través de una membrana extracorpórea (ECMO) es un soporte vital avanzado para pacientes con fallo severo pulmonar o cardiopulmonar, que serán condicionalmente reversibles y que no respondan al tratamiento médico habitual. Es imprescindible que Enfermería conozca los cuidados específicos de ECMO por la complejidad del tratamiento y las posibles complicaciones que pueden surgir así como el uso de anticoagulación continua, parámetros ventilatorios, soporte hemodinámicos y destete de la ECMO.

Objetivo

Los objetivos para elaborar un protocolo son la formación de Enfermería sobre todos los puntos esenciales de la ECMO para mejorar el tratamiento y su eficacia así como reducir al máximo sus complicaciones.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed y Medes, que permitió elaborar una guía de formación para nuestro personal y se adaptaron los cuidados de Enfermería descritos en la literatura y los obtenidos en nuestra experiencia.

Resultados

El protocolo realizado se basó en:

- Entrega de protocolo al personal de la UCI.
- Asistencia a las clases de formación teórica durante 3 días con un total de 21h.
- Formación práctica con ayuda del equipo de Perfusionismo y Cirugía Cardiaca.

Conclusiones

- Para asegurar un óptimo tratamiento de la terapia, estos pacientes estarán a cargo de personal formado correctamente, debido a los numerosos conocimientos que requiere la misma, así como el empleo de parámetros que no son utilizados de forma habitual en el paciente crítico.
- Elaboramos guía de cuidados de Enfermería protocolarizados destinados a mejorar la calidad de la técnica aplicada en nuestra UCI.
- En un futuro, se llevará a cabo una investigación cualitativa para la valoración del protocolo y la evaluación del personal.

Financiación

No precisa financiación.

Pantalla nº 5. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 658

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA LA INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) MEDIANTE TÉCNICA ECOGUIADA

Borja Violant Gómez[1]; Joan Ramón Ricart Martín[1]; Consuelo Villanueva Fuentes[1]; Sara Santamaría López[2]
1. Hospital Universitari Germans Trías i Pujol; 2. Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

El PICC ("Peripheric insertión central catheter") es un catéter central de acceso periférico para terapia intravenosa. Mediante un procedimiento mínimamente invasivo, el personal de enfermería lo canaliza usando la técnica Seldinger modificada. Estudios recientes recomiendan la utilización del ecógrafo para mejorar el éxito de su inserción y disminuir sus complicaciones. Este hecho junto con el aumento del confort, la satisfacción del paciente y el ahorro de costes asociado, hacen que el PICC esté sustituyendo progresivamente a otros catéteres en la UCI.

Objetivo

Los objetivos de este trabajo son:

- Mejorar la calidad de los cuidados que proporcionamos a los pacientes unificando criterios de actuación del personal de enfermería responsable de su inserción.
- Identificar las complicaciones que pudieran surgir durante el procedimiento de inserción.
- Facilitar la adquisición de las habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar correctamente la preparación y canalización del catéter PICC.

Metodología

Revisión bibliográfica de protocolos y artículos que muestran los estándares de cuidados de enfermería necesarios para garantizar la calidad asistencial del procedimiento y la seguridad del mismo.

Resultados

La inserción ecoguiada de los PICC a pie de cama es una técnica que requiere de un periodo de formación cuya curva de aprendizaje varia en función de las fuentes consultadas.

Se trata de una técnica con menor riesgo en su implantación y con un menor número de complicaciones durante su utilización en comparación con los catéteres venosos centrales.

Conclusiones

Se trata de una técnica que precisa de un proceso de formación, por lo que una guía de actuación que facilite dicho proceso contribuirá a la estandarización de cuidados y a la facilitación del aprendizaje por parte del personal de enfermería en la UCI.

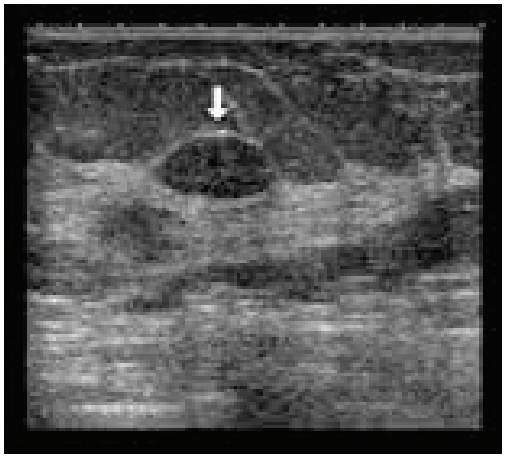
Financiación

Hospital Universitari Germans Trías i Pujol.

sigue →

XLIII
Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters



Pósters

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 682
MANIOBRAS DE REANIMACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES: LA GESTANTE

ID 689
HIGIENE DEL ENFERMO CRÍTICO CON GRUA INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 706
SITUACIÓN DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

ID 724
MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL DE FORMA INTRAVESICAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 734
TRANSFERENCIA ESTANDARIZADA DEL PACIENTE DESDE EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS A OTRAS UNIDADES HOSPITALARIAS

ID 735
SEGURIDAD DEL PACIENTE: GUÍA DE CUIDADOS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA DEL PACIENTE SOMETIDO A SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 682

MANIOBRAS DE REANIMACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES: LA GESTANTE

Laura Gómez Lanao; Montserrat Almansa Gómez; Eva María Amat Llop; Mireia Martínez Albertín; Pilar Latre Romero
HUAV Lleida

Introducción

Los cambios fisiológicos que se presentan durante el embarazo tienen gran impacto en el momento de realizar la reanimación cardiopulmonar (RCP). Debemos tener en cuenta situaciones como la posición correcta de RCP, permeabilidad de la vía aérea, localización del masaje, desfibrilación, fármacos a administrar y viabilidad del feto entre otros.

Objetivo

Conocer los cambios fisiológicos en la mujer gestante que influyen al realizar las maniobras de RCP. Mostrar las diferencias que existen ante una reanimación en mujer no gestante en contra a la si gestante.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en la base de datos Medline. Revisión de artículos científicos sobre el tema tratado.

Resultados

Los cambios fisiológicos que afectan a la reanimación:

- Nivel respiratorio: aumento del volumen tidal y volumen minuto. Disminución de la capacidad residual funcional.
- Nivel circulatorio: aumento volumen plasmático y gasto cardíaco.
- Compresión aorto cava entorno la semana 20 de gestación. Considerar la viabilidad del feto. La posición correcta de la gestante será decúbito supino, desplazando manualmente el útero hacia la izquierda, con el objetivo de disminuir presión sobre la vena cava inferior. La maniobra de Heimlich estaría contraindicada, en su defecto, se realizarían compresiones torácicas a nivel del esternón.

Conclusiones

Aunque la parada cardiopulmonar es poco frecuente durante la gestación, es importante que el personal sanitario este familiarizado con el tema, realizando talleres formativos y simulaciones en la unidad donde se trabaja, para poder aumentar la supervivencia tanto de la gestante como del feto cuando se nos presente esta situación.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 689

HIGIENE DEL ENFERMO CRÍTICO CON GRUA INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Marta Vilalta Pérez; Ester Piñol Montoy; Elsa García Puvia; Anna Pomes Aixut; Mª Carmen Aguilà Barranco; Núria Piñol Montoy; Marta Villuendas Álvarez; Maite Cabós Barberà; Mª Carmen Codina Barios; Noelia Sabariego Santamaría
UCI Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Introducción

La realización de la higiene en el enfermo politraumatizado (PLT) se realiza en bloque con un sistema de ayuda técnica (grúa) para proporcionar seguridad y minimizar los riesgos y complicaciones, reduciendo el dolor y aumentando el confort del paciente. Por éste motivo el equipo sanitario ha realizado la confección de un protocolo específico de la higiene en el enfermo que precisa ser movilizado en bloque, con dicho sistema.

Objetivo

Creación de un protocolo para consensuar las tareas del equipo sanitario en la realización de la higiene en enfermos PLT con necesidades de movilización en bloque con sistema de ayuda técnica (grúa). Unificar criterios de actuación y trabajar en equipo. Aportar los medios necesarios para la aplicación de dicho procedimiento. Proporcionar una herramienta eficaz para garantizar la seguridad del paciente.

Metodología

Elaboración de un protocolo estandarizado, para la realización de la higiene integral en un enfermo PLT con necesidades de movilización en bloque con sistema de ayuda técnica (grúa), basándonos en; Revisión bibliográfica de protocolos y registros ya existentes y su actualización. Consulta de bases de datos de enfermería.

Resultados

Realizando la higiene del paciente con esta metodologia se aumenta el confort, el bienestar y la seguridad del mismo.

Conclusiones

Mediante la elaboración de un protocolo de enfermería conseguimos mejorar la calidad asistencial, potenciar la eficacia y eficiencia y garantizar la seguridad del paciente en la UCI. De esta manera obtenemos una guía de actuación estandarizada.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 706

SITUACIÓN DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

Miren Jaione Villares Echaide; Myrian Paola Zudaire Ganuza; Olatz Naiara Eslava Abaurrea
UCI-A. Complejo Hospitalario de Navarra

Introducción

La limitación de tratamiento de soporte vital se trata de un proceso en el que tras una deliberación del equipo médico se llega a una decisión consensuada con paciente/familia para no instaurar o retirar medidas de soporte vital. La limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV) se justifica por el necesario respeto a la dignidad humana, al derecho de la autonomía del paciente y el deber del profesional de no realizar tratamientos que no aporten beneficio al paciente. (Recomendaciones LTSV Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias).

Objetivo

Describir el manejo del paciente candidato a la LTSV en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del CHN.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica no sistemática en las bases de datos de PUBMED, MEDLINE y CROCHRANE. Se revisa protocolo y casuística de LTSV en el CHN y se realiza una sesión para dar a conocer el manejo del LTSV con la mejor calidad asistencial.

Resultados

Todos los pacientes tienen derecho a un final de vida conforme a sus voluntades sin sufrimiento innecesario. Las decisiones de limitación pueden plantearse en cualquier momento. Se individualiza cada caso conforme al pronóstico del paciente pasando de un objetivo curativo a uno paliativo.

Conclusiones

La adecuada comunicación tanto con la familia como entre el equipo multidisciplinar así como fomentar el uso de las instrucciones previas son aspectos imprescindibles para una atención humanizada y de calidad.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 724

MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL DE FORMA INTRAVESICAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

Yara Carmen Aguado Lizaldre; Margarita Jiménez Escalada; Patricia Sanz Martínez; Nerea Cornago Navascués; Paula Lacarra Saso
Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

Introducción

Habitualmente la presión intraabdominal (PIA) se mantiene estable dentro del abdomen. Un estado de hipertensión intraabdominal (HIA) puede implicar cambios fisiológicos en los órganos, causando síndrome compartimental abdominal que conlleva disfunción renal, cerebral, pulmonar, cardiovascular y esplénica. Situaciones como ascitis, peritonitis, obstrucción intestinal, sangrado intraperitoneal o excesiva administración de cristaloides pueden producir HIA.

Objetivo

Nuestro objetivo es identificar precozmente complicaciones que impliquen HIA, midiendo la PIA y controlando la evolución de estos pacientes. Se elaborará un protocolo para ello.

Metodología

Se realiza una recopilación de artículos y tablas relacionadas con la medición de la PIA para poder elaborar un protocolo lo más preciso posible para la detección de HIA. Se detalla la forma de medir la PIA a través de una sonda vesical, complementándose con la medición del perímetro abdominal para analizar la existencia de HIA.

Resultados

Se realiza un protocolo para la adecuada medición de la PIA a través de sonda vesical. Se indica el uso de un sistema de medición similar al de la presión venosa central, introduciendo, asépticamente, 100 ml de suero fisiológico en la cavidad vesical. Con el paciente en decúbito supino se considera la sínfisis púbica como nivel “0” y se pone en contacto el interior de la vejiga con la escala de medición. El resultado se convierte en mmHg (1 mmHg =1,36 cmH2O) y se compara con las tablas disponibles, identificando si existe riesgo de HIA.

Conclusiones

El valor de la PIA es un parámetro fácilmente medible y que contribuye a determinar posibles complicaciones abdominales manifestadas con deterioro súbito hemodinámico y respiratorio. Su incremento puede causar fallo multiorgánico. El papel de enfermería es fundamental en la detección precoz de posibles complicaciones. La elaboración de un protocolo para la medición de la PIA facilita el seguimiento de pacientes con patología abdominal y ayuda a identificar situaciones de HIA.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 734

TRANSFERENCIA ESTANDARIZADA DEL PACIENTE DESDE EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS A OTRAS UNIDADES HOSPITALARIAS

Milagros Noheda Recuenco; Isabel Martínez Toledo; Coral Checa Osma; Juan Manuel Blanco Colange; Marta Abanades Contreras; Ana María Bachiller Culebras; Mónica Bascuñana Blasco; María Teresa de las Heras Laín; María Ángeles Poyatos Herraiz; José Antonio Simarro Blasco
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción

La comunicación durante la transferencia del paciente es un aspecto fundamental en la actividad sanitaria diaria. La continuidad de la atención del paciente depende de que la información que se transfiere sea adecuada. La comunicación entre las diferentes unidades hospitalarias y los equipos de atención podría no incluir toda la información esencial o podría darse una interpretación incorrecta de la misma. Esto podría provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial al paciente.

Objetivo

Realizar una hoja de trabajo como método estandarizado y ordenado para realizar una correcta transferencia de los pacientes desde la UCI al resto de unidades hospitalarias. Continuar la atención, mantener la calidad y garantizar la seguridad del paciente durante su estancia en el hospital.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en Medline, Scielor, Elservier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Análisis y confección de una hoja de alta de enfermería a otras unidades.

Resultados

Se realiza una hoja basado en el método IDEAS (Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y Síntomas de Alarma), en cada uno de los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se acompaña al paciente a la unidad de hospitalización y basándonos en la hoja realizada, se tramite a la enfermera de la planta todas las características del paciente, desde su ingreso en UCI hasta su estado actual. Se realizan controles periódicos de la satisfacción, seguridad y calidad de la hoja y transmisión.

Conclusiones

.La transferencia de pacientes desde el servicio de UCI a otra unidad hospitalaria es uno de los momentos más frágiles que puede conllevar errores relacionados con una inadecuada o incompleta comunicación entre los profesiones. Dada la complejidad de los pacientes que se transfieren desde una Unidad de UCI, la hoja estandarizada ha facilitado el traspaso de la información desde estas unidades a cualquier otra unidad hospitalaria.

Pantalla nº 6. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 735

SEGURIDAD DEL PACIENTE: GUÍA DE CUIDADOS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA DEL PACIENTE SOMETIDO A SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO

Irene Portal Llaneza; María Jesús Mantilla Gordovil; Laura Mayoral Izquierdo; Andrea Cortijo Lavin; Luis Alberto Lavandero Martínez; Elena Passolas Domínguez
HUMV

Introducción

Las infecciones intrahospitalarias representan uno de los mayores problemas de las instituciones sanitarias. Esta guía está destinada a que el equipo de enfermería actualice, unifique criterios y normas de procedimientos y tratamientos con el fin de prevenir y controlar la infección aplicado al paciente con Soporte Mecánico Circulatorio.

Objetivo

Estudio observacional en una población de profesionales de enfermería de cuidados intensivos, sometidos a la realización de la cura de la herida quirúrgica (HQ), en pacientes con Soporte Mecánico Circulatorio. Se observó que cada profesional realizaba la cura según su criterio y conocimientos, y en ocasiones, con discrepancia entre unos profesionales y otros. Por lo que se objetivó la necesidad de crear una guía de actuación realizada entre cirujanos cardiovasculares, intensivistas y personal de enfermería, para unificar criterios y protocolizar la cura de la HQ.

Resultados

Está demostrado que intervenciones tales como modificar conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario aumentan la seguridad del paciente y ayudan a prevenir la infección de la HQ con el menor coste posible.

Conclusiones

La creación de una guía para la cura adecuada de la HQ, consigue la unificación de criterios y que todo el personal realice las intervenciones siguiendo las mismas pautas para buscar el beneficio del paciente, y en este caso, prevenir la infección de la HQ a través de la seguridad clínica.

Pósters

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 755
MIRAR CON OTROS OJOS

ID 762
USO, MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE VÍA INTRAÓSEA EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 764
UTILIZACIÓN DE INHALADORES DE DOSIS MEDIA EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

ID 766
TÉCNICA ÓPTIMA PARA LA UTILIZACIÓN DE NEBULIZADORES NEUMÁTICOS EN PACIENTES VENTILADOS

ID 771
CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO: VÍA DE ELECCIÓN

ID 474
DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACIÓN PARA ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN UCI

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 755

MIRAR CON OTROS OJOS

Javier Sáez Sánchez[1]; Francisco Expósito Barroso[1]; Esther Muñoz Borrachero[1]; Rocío Martínez Hurtado[1]; Mari Luz Alcaraz Escribano[1]; José Antonio Miras Bruno[2]; Silvia Sánchez Camara[1]; Nuria Molina Sánchez[2]; Rosa Belén Fernández Ariza[1]; Vicente López Hurtado[3]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca; 2. Hospital Clínico Universitario Los Arcos del Mar Menor; 3. Ibermutuamur

Introducción

Cuando hablamos de unidad de cuidados intensivos nos trae a la memoria de un espacio dotado con su adecuada asistencia a pacientes críticos, rodeados de un sin fin de cables y aparatos complicados que mantienen al paciente con vida. El alumno de enfermería de 4º curso que acaba de aterrizar en dicha unidad emprende con gran ilusión su aprendizaje pero a la misma vez con temor.

Objetivo

Recoger las sensaciones y opiniones de los alumnos que acuden a nuestra unidad para realizar sus prácticas asistenciales como futuros enfermeros, destacando objetivamente aspectos a valorar y mantener y posibles mejoras en la asistencia como profesionales.

Metodología

Recogida de datos mediante encuestas validadas, rellenadas por los alumnos al final de sus prácticas en la unidad de cuidados críticos.

- Evaluar la continuidad y uniformidad en los cuidados básicos que se realizan a los enfermos.
- Relaciones con el resto de equipo sanitario con el que se desarrolla la actividad diaria.
- Relación de los cuidadores con el paciente/ familiares. Facilitar la información demandada y disminuir la angustia por falta de información en situaciones puntuales.

Resultados

Hemos obtenido de manera objetiva, una visión de los aspectos que hemos evaluado en las encuestas facilitadas a los alumnos, que nos permiten profundizar en el desempeño de nuestra practica asistencias diaria. Podemos objetivar actuaciones que son susceptibles de mejorar y otras que cumplen los objetivos esperados de una unidad de cuidados críticos en la que se realiza un cuidado integral y humanizado del paciente y sus familiares.

Conclusiones

Utilizar la visión de los futuros profesionales ajenos a este servicio, es una fuente de riqueza también para los profesionales que realizan su trabajo cotidianamente en estas unidades, se pueden perder un amplio abanico de posibilidades si únicamente nos quedamos con la función formativa de los alumnos.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 762

USO, MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE VÍA INTRAÓSEA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Montserrat García González; Irene García; María José Illescas Diezma; Pilar León; Estrella Checa; María Eugenia Félix Ramos; Cristina Fernández Bravo
Complejo Hospitalario de Toledo

Introducción

La vía intraósea como acceso venoso es la segunda opción, después del acceso intravenoso, en casos de urgencia vital como Parada cardiorrespiratoria, grandes quemados, politraumatismos o shock graves con imposibilidad de canalización de una vía venosa convencional (central o periférica). Sin embargo, no todas las enfermeras conocen y están familiarizadas con este dispositivo.

Objetivo

Adquirir los conocimientos necesarios para canalizar y usar la vía intraósea. Conocer el manejo de fármacos y sueros a través de la vía intraósea. Conocer las zonas de punción.

Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema en bases de datos Pubmed, Scielo, Cuiden y Cochrane. Las palabras claves utilizadas son: vía intraósea, paciente crítico, canalización intraósea.

Resultados

La canalización intraósea es más utilizada en medio extrahospitalario, y debe ser conocido y manejado por el personal de enfermería de hospital de unidades de urgencias y cuidados críticos. Se puede utilizar esta vía para administrar todo tipo de fármacos: sueros, medicación de urgencia, medicación vasoactiva, y también sirve para extraer muestras sanguíneas. Las zonas de punción son diferentes en niños y adultos. La vía intraósea se utiliza en casos de urgencias, siendo recomendable sustituirlo en menos de 24 horas por una vía intravenosa.

Conclusiones

En situaciones de urgencias vital, en algunos pacientes críticos no es posible canalizar una vía intravenosa. La alternativa recomendada es la vía intraósea. La vía intraósea es utilizada en el medio extrahospitalario con frecuencia. Sin embargo, las enfermeras de unidades críticas hospitalarias no están familiarizadas con este dispositivo. Es necesario poner en marcha medidas de actuación que permitan conocer, manejar y utilizar la vía intraósea en casos de urgencia.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 764

UTILIZACIÓN DE INHALADORES DE DOSIS MEDIA EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Juan Manuel Blanco Colange; Milagros Noheda Recuenco; José Antonio Simarro Blasco; Isabel Martínez Toledo; Marta Abanades Contreras; Coral Checa Osma; Ana María Bachiller Culebras; Marta Escamilla Saiz; Raquel Franco Córdoba; María Teresa de Las Heras Lain
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción

La aerosolterapia o el uso de inhaladores es un tratamiento cuyo objetivo es conseguir la máxima eficacia terapéutica en la vía respiratoria con los mínimos efectos adversos sistémicos. La medicación contiene partículas que pesan muy poco. Esto permite que se transporten fácilmente por el aire, llegando a los alvéolos y siendo mucho más eficaces.

Objetivo

Realización de un protocolo para la correcta realización y utilización de nebulizadores neumáticos en pacientes ventilados. Preparar y administrar adecuadamente la medicación prescrita.

Metodología

Revisión bibliográfica con las bases de datos PUBMED, Lilacs, Tripdatabase, Cochrane plus y PEDro. Realización de un protocolo en función de la evidencia científica encontrada. Difusión en el equipo.

Resultados

- Revisar orden, identificar paciente y evaluar la necesidad del fármaco.
- Succión o limpieza de secreciones del tubo endotraqueal y de la vías aéreas.
- Asegurar un Vt
- 500 ml, si es posible ciclo de trabajo Ti/Tt
- 0.3
- Agitar dispositivo antes de la primera dosis y calentar a temperatura de la mano.
- Colocar el inhalador junto a cámara espaciadora en el circuito del ventilador rama inspiratoria.
- Retirar humedificador, en caso de utilizar humidificador activo dejarlo en funcionamiento (salvo con fármacos caros, humidificador Off)
- Coordinar el disparo con el inicio de inspiración del paciente.
- Esperar al menos 15 s. entre disparos hasta completar la dosis total.
- Control de monitor por si hay respuestas adversas.
- Reconectar humedificador y encender el activo si ha sido apagado.
- Registrar datos en su historia clínica.

Conclusiones

La realización de este protocolo ha facilitado el uso y manejo de los nebulizadores neumáticos en la unidad de Cuidados Intensivos, proporcionado técnicas correctas y optimas en su utilización, optimizando los resultados de la aerosolterapia en pacientes con ventilación mecánica invasiva y proporcionando mayor seguridad al paciente.

Financiación

No.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 766

TÉCNICA ÓPTIMA PARA LA UTILIZACIÓN DE NEBULIZADORES NEUMÁTICOS EN PACIENTES VENTILADOS

Juan Manuel Blanco Colange; Milagros Noheda Recuenco; José Antonio Simarro Blasco; Mónica Bascuñana Blasco; Marta Escamilla Saiz; Isabel Martínez Toledo; Marta Abanades Contreras; Coral Checa Osma; María Ángeles Poyatos Herraiz; María Teresa de las Heras Laín
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción

La aerosolterapia es un pilar fundamental para la administración de fármacos específicos en el tratamiento de patología pulmonar . La entrega del fármaco es directa y rápida sobre las vías aéreas permitiendo una dosificación ajustada y evitando la toxicidad sistémica. En pacientes ventilados invasivamente, cuya situación respiratoria no es idónea, se consigue la máxima eficacia terapéutica del fármaco evitando las dificultades que afectan a la entrega.

Objetivo

Elaborar una guía para la utilización de nebulizadores neumáticos en pacientes con ventilación mecáciaca.

Metodología

Revisión en bases de datos Pubmed, Lilacs, tripdatabase, Cochrane plus y PEDro. Realización de póster y difusión.

Resultados

- Revisar orden, identificar paciente y evaluar la necesidad del fármaco.
- Limpieza secreciones endotraqueal y de vías aéreas.
- Colocar el fármaco en nebulizador y llenar un volumen de 4-6 ml.
- Colocar nebulizador en rama inspiratoria a unos 30 cm de la conexión del paciente entre la pieza Y y el TET.
- Apagar el flujo continuo durante la operación.
- No quitar humidificador o no apagar humidificador activo.
- Establecer el flujo de gas para el nebulizador a 6-10 l/min, si se usa con ventilador ajustarlo a los tiempos inspiratorios, si se usa externo debe ser un flujo continuo gracias a una fuente externa.
- Ajustar volumen o presión del ventilador para compensar el flujo añadido.
- Observar el nebulizador periódicamente para confirmar la nebulización o ”chisporroteo”
- Quitar nebulizador del circuito y enjuagar con agua estéril y dejarlo secar, colocarlo en lugar seguro y apropiado.
- Ajustar parámetros y alarmas de ventilador anteriores.
- Evaluar monitor y estado de paciente para evaluar respuestas adversas.
- Evaluar resultados y registrar datos en la historia clínica.

Conclusiones

La actualización de guías basadas en la evidencia supone una optimización de recursos y mejora la segurar con el pacientes.

Financiación

No.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 771

CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO: VÍA DE ELECCIÓN

Yara Carmen Aguado Lizaldre; Margarita Jiménez Escalada; Patricia Sanz Martínez; Nerea Cornago Navascués; Paula Lacarra Saso
Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

Introducción

El uso de catéteres venosos centrales es habitual en unidades de cuidados intensivos debido a la necesidad de infundir soluciones hipertónicas, nutriciones parenterales, fármacos vasoactivos y otros irritantes, así como permitir la monitorización hemodinámica y servir para la extracción de muestras. En los últimos tiempos han aparecido nuevas técnicas de canalización como el acceso periférico que amplian el campo técnico de enfermería y sus cuidados y minimizan el riesgo traumático y de infección del paciente en pro de su seguridad.

Objetivo

Se pretende elaborar un protocolo para la correcta colocación y mantenimiento de este tipo de catéteres.

Metodología

La implantación de un CVCP es realizado por personal de enfermería adiestrado y de forma totalmente aséptica. Para ello se utiliza la técnica de Seldinger y se consigue la implantación de un catéter multilumen que finaliza en vena cava superior. Su correcta localización debe comprobarse radiológicamente antes de ser usado. Tanto la colocación como el mantenimiento y retirada de estos dispositivos son llevados a cabo por personal de enfermería.

Resultados

Se realiza un protocolo para la canalización de un CVCP y para su mantenimiento siguiendo las directrices del proyecto Bacteriemia Zero. Se adiestra a todo el personal enfermero consiguiendo así disminuir la incidencia de bacteriemia relacionada con catéter venoso central.

Conclusiones

El acceso periférico para la inserción percutánea de un CVC es la vía de elección frente a otras alternativas que suponen un riesgo traumático (neumotórax, hemotórax o punción arterial accidental), mayor riesgo de sangrado o de infección asociada al catéter. Supone menor coste económico y mayor facilidad para su mantenimiento, suponiendo por todo ello un beneficio para el paciente, aumentando su seguridad. La elaboración de protocolos para la canalización y mantenimiento de CVCP contribuye al aumento de la calidad asistencial.

Pantalla nº 7. **Martes 20 de Junio de 2017 de 17.05 a 17.20 h.**

ID 474

DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACIÓN PARA ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN UCI

Cristina Rojas Linares; José Antonio Clemente Concepción; Luis Miguel Cairós Ventura; Elena María Ortega Barreda; Ana María Pérez González; Ithaisa Montelongo Guerra
Hospital General de La Palma

Objetivo

1. Elaborar un checklist para mejorar la seguridad del traslado intrahospitalario de pacientes críticos.
2. Definir el conjunto de acciones que el personal de Enfermería debe realizar durante el traslado.

Metodología

Revisión y adaptación del procedimiento para el traslado intrahospitalario de pacientes críticos para pruebas complementarias elaborado en el Hospital Galdakao-Usansolo. Se han consultado protocolos y guías de otros centros y se ha revisado la evidencia científica disponible.

Resultados

INTERVENCIONES: Checklist previo al traslado intrahospitalario de pacientes críticos:

1. Revisión de Material y Preparación del Paciente:
- 1.1. ¿Ha comprobado el material de traslado?
- 1.2. ¿Ha comprobado la autonomía de todas las baterías?
- 1.3. ¿Lleva cables para recargarlas?
- 1.4. ¿Ha comprobado el nivel de oxígeno de la bala?
- 1.5. ¿Ha comprobado las alarmas del monitor y el respirador?
- 1.6. ¿Ha programado el médico el respirador si procede?

2. Paciente:
- 2.1. ¿Tiene pulsera de identificación?
- 2.2. ¿Ha comprobado las fijaciones de las vías, drenajes, etc?
- 2.3. ¿Ha asegurado la intimidad del paciente en el traslado?
- 2.4. ¿Ha explicado el procedimiento y solicitado su colaboración si procede?
- 2.5. ¿Ha informado a la familia del traslado?

3. Circulación:
- 3.1. ¿Ha comprobado dosis / velocidad de las perfusiones y volumen restante?
- 3.2. ¿Lleva medicación de emergencia (adrenalina, sedantes, analgésicos, etc)?
- 3.3. ¿Tiene vía disponible para administración rápida de medicación?

4. Respiración:
- 4.1. Si el paciente está con ventilación mecánica, ¿está adaptado?
- 4.2. ¿Ha asegurado el tubo orotraqueal si procede?
- 4.3. Nº a nivel de comisura:
- 4.4. ¿Dispone de ambú y material de intubación de urgencia?

5. Organización:
- 5.1. ¿Se ha comunicado con el área de traslado para coordinarse?
- 5.2. ¿Lleva historia clínica, pruebas complementarias y consentimiento informado (CI) en caso necesario

Conclusiones

Utilizar un checklist previo al traslado intrahospitalario de un paciente crítico, mejora su seguridad, reduce el número de complicaciones y minimiza los riesgos del paciente durante traslado.

Pósters

Sala foyer y sala jardín. **Miércoles 21 de Junio de 2017. 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

Pósters

Pantalla nº 1. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 414
CHECKLIST PREVIO AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS

ID 418
RONDAS DE SEGURIDAD EN LA UCI DEL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

ID 440
A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE MALA EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

ID 450
ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA INHALATORIA CON ÓXIDO NÍTRICO (NO) EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

ID 452
CREACIÓN DE UN NOMOGRAMA PARA LA PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE (NACG) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 454
LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SU INTELIGENCIA EMOCIONAL

ID 732
PAPEL DE LA ENFERMERÍA ORIENTADA A MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL IMPLANTE DEL MARCAPASOS DEFINITIVO; UTILIZANDO EL MÉTODO CHECK LIST

Pantalla nº 1. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 414

CHECKLIST PREVIO AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS

Izaskun Renobales Irusta[1], Gorka Vallejo de la Hoz[1], Ana María Sánchez Villamor[1], Leire Reglero García[2], Leire Berasaluze Sanz[1], David Moro Delgado[1], Amaia López Martín[1], Julene Marcuartu Bardeci[1], Virginia Plaza Hernández[1], Nerea Ingunza Basterra
1. Hospital Galdakao-Usansolo; 2. Atención Primaria OSI Bilbao-Basurto

Objetivo

1. Elaborar un checklist para mejorar la seguridad del traslado intrahospitalario de pacientes críticos.
2. Definir el conjunto de acciones que el personal de Enfermería debe realizar durante el traslado.

Metodología

Revisión y adaptación del procedimiento para el traslado intrahospitalario de pacientes críticos para pruebas complementarias elaborado en el Hospital Galdakao-Usansolo. Se han consultado protocolos y guías de otros centros y se ha revisado la evidencia científica disponible.

Resultados

INTERVENCIONES: Checklist previo al traslado intrahospitalario de pacientes críticos:

1.Revisión de Material y Preparación del Paciente:

1.1. ¿Ha comprobado el material de traslado?
1.2. ¿Ha comprobado la autonomía de todas las baterías?
1.3. ¿Lleva cables para recargarlas?
1.4. ¿Ha comprobado el nivel de oxígeno de la bala?
1.5. ¿Ha comprobado las alarmas del monitor y el respirador?
1.6. ¿Ha programado el médico el respirador si procede?

2. Paciente:

2.1. ¿Tiene pulsera de identificación?
2.2. ¿Ha comprobado las fijaciones de las vías, drenajes, etc?
2.3. ¿Ha asegurado la intimidad del paciente en el traslado?
2.4. ¿Ha explicado el procedimiento y solicitado su colaboración si procede?
2.5v¿Ha informado a la familia del traslado?

3. Circulación:

3.1. ¿Ha comprobado dosis / velocidad de las perfusiones y volumen restante?
3.2. ¿Lleva medicación de emergencia (adrenalina, sedantes, analgésicos, etc)?
3.3. ¿Tiene vía disponible para administración rápida de medicación?

4. Respiración:

4.1. Si el paciente está con ventilación mecánica, ¿está adaptado?
4.2. ¿Ha asegurado el tubo orotraqueal si procede?
4.3. Nº a nivel de comisura:
4.4. ¿Dispone de ambú y material de intubación de urgencia?

5. Organización:

5.1. ¿Se ha comunicado con el área de traslado para coordinarse?
5.2v¿Lleva historia clínica, pruebas complementarias y consentimiento informado (CI) en caso necesario

Conclusiones

Utilizar un checklist previo al traslado intrahospitalario de un paciente crítico, mejora su seguridad, reduce el número de complicaciones y minimiza los riesgos del paciente durante traslado.

Pantalla nº 1. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 418

RONDAS DE SEGURIDAD EN LA UCI DEL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

Leire Berasaluze Sanz[1]; Gorka Vallejo de la Hoz[1]; Izaskun Renobales Irusta[1]; David Moro Delgado[1]; Amaia López Martín[1]; Julene Marcuartu Bardeci[1]; Nerea Arrien Gorroño[2]
1. Hospital Galdakao-Usansolo; 2. Hospital Universitario Cruces

Introducción

Las rondas de seguridad que se realizan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Galdakao-Usansolo (Bizkaia) pretenden mejorar la seguridad del paciente y el ámbito de actuación de los profesionales durante el ingreso de los pacientes en la unidad.

Objetivo

Evaluar la cultura de seguridad de los profesionales; fomentar su formación en seguridad del paciente; minimizar actuaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente; identificar y cuantificar los errores que ocurren en la práctica asistencial.

Metodología

Las rondas de seguridad en la UCI las realizan la supervisora de la unidad, la enfermera de calidad, la enfermera de medicina preventiva y la enfermera responsable del paciente (quien desconoce las fechas de las rondas de seguridad). Se realizan y completan mediante check-list, evaluando el cumplimiento de los siguientes protocolos: Bacteriemia Zero (BZ), posteriormente Neumonía Zero (NZ) y después Resistencia Zero (RZ). Finalmente, en la UCI de nuestro Hospital también se evalúan las medidas de prevención y la prevalencia de úlceras por presión (UPP).

Resultados

Intervenciones: Se observa que mediante este procedimiento de check-list el personal de enfermería de la unidad va adquiriendo mejoras en los procedimientos protocolarios y va aumentando la cultura de seguridad del paciente. La primera ronda se realizó en julio del 2014 y en su comparativa con la de abril de 2016, se evidencian cambios y mejoras en el ámbito de actuación de los profesionales de enfermería.

Conclusiones

Mediante la realización de las rondas de seguridad, se potencia el liderazgo de las profesionales, se aprende de los errores cometidos y se mejoran los cuidados y actuaciones de los profesionales de la UCI. Además, aumenta la comunicación entre profesionales, afianzando la cultura de seguridad del paciente.

Pantalla nº 1. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 440

A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE MALA EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

María del Carmen Tarrero Lozano; María Tomás Gracia; Miriam Larraga Ruiz; Miriam Lafuente Mateo; María Elena Pamplona Calejero; José Ignacio Corchero Martín
Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza

Introducción

Descripción y revisión del Síndrome de Guillain Barré a través de dos casos particularmente complicados.

Metodología

Descripción de dos casos, evolución, pruebas y tratamientos realizados.

Caso 1: Varón de 34 años. Ingresa en UCI con Glasgow 8 y tetraparexia de origen desconocido y súbito, junto con disnea, sin cuadro infeccioso previo. Diagnosticado de Síndrome Guillain Barré tipo axonal con mal pronóstico. Evolución tórpida con imposibilidad de desconexión de la VM e instauración de tetraplejia irrehabilitable.

Caso 2: Mujer de 73 años. Ingresa en UCI consciente con tetraplejia y arreflexia de inicio insidioso tras cuadro gastrointestinal dos semanas antes. Diagnosticada de Guillain Barré tipo axonal con denervación y mal pronóstico. Se logró mejoría de la tetraplejia, con movilización de extremidades y desconexión de VM.

Resultados

El Síndrome de Guillain Barré es una polirradiculoneuropatía aguda, inflamatoria, desmielinizante. Autolimitada, en la mayoría de los casos, de evolución rápida y en ocasiones fatal. Etiología desconocida, con mecanismo inmunitario no bien entendido, de origen infeccioso (2/3 de los pacientes con cuadro catarral o diarreico las semanas previas que antecede a los síntomas neurológicos). Comienza con dolor, parestesias distales y debilidad en EEII que dificultan la deambulación. El déficit motor asciende simétricamente, con arreflexia a EESS y cabeza. Puede haber afección de pares craneales. Un 25% de los casos precisa VM por alteración de músculos respiratorios.

Conclusiones

Describir una enfermedad que a pesar de ser frecuente en el medio hospitalario no causa un elevado número de ingresos en UCI, pero que en sus formas graves presenta alta morbi mortalidad. Por ello, se trata de una enfermedad de baja sospecha diagnóstica, lo que en ocasiones demora su detección y tratamiento.

Financiación

Sin financiación.

Pantalla nº 1. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 450

ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA INHALATORIA CON ÓXIDO NÍTRICO (NO) EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

Irene Porres Revuelta[1]; María José Bueno Muñoz[2]; María Luisa Bravo Arcas[2]
1. Hospital Clínico San Carlos. UCI cardiovascular y polivalente; 2. HCSC

Introducción

El NO es una molécula simple de función compleja. Se ha demostrado que el óxido nítrico inhalado (iNO) es capaz de producir una vasodilatación pulmonar selectiva, potente y sostenida disminuyendo las presiones arteriales pulmonares en pacientes con hipertensión pulmonar (HTP). Su uso se extiende a las intervenciones de cirugía extracorpórea con tratamiento de la HTP durante el postoperatorio con el fin de reducir selectivamente la presión de la arteria pulmonar y mejorar la función ventricular derecha, la oxigenación y la relación ventilación/perfusión.

Objetivo

- Contribuir a la mejora de los parámetros hemodinámicos y ventilatorios de los pacientes postoperados de cirugía cardiaca con HTP.
- Evitar y/o minimizar las complicaciones asociadas a la terapia.

Metodología

Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cuiden Plus, Medline... Palabras clave: NO, iNO, cirugía cardiaca, HTP.

Resultados

INTERVENCIONES:

- Administración vía endotraqueal mediante ventilación asistida después de su dilución con una mezcla de aire y oxígeno.
- Correcta administración de las dosis hasta conseguir efectos clínicos.
- Monitorización continúa durante el tratamiento:
  - Vigilancia de la formación de dióxido de nitrógeno (NO2)
  - Vigilancia de la formación de metohemoglobina (NO + hemoglobina)
  - Efecto sobre las plaquetas (el NO aumenta el tiempo de hemorragia)
  - Retirada gradual cuando los parámetros sean estables (hemodinámicos y respiratorios). Se realiza de forma progresiva para evitar efecto rebote.

Conclusiones

La administración de NO en pacientes sometidos a cirugía cardiaca con HTP es una terapia compleja debido a su uso en unidades de críticos, se requieren unos cuidados especializados por parte del personal de enfermería. Por ello es necesaria la realización de un protocolo de actuación en dichas unidades y la estandarización de los cuidados en este tipo de pacientes.

Pantalla nº 1. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 452

CREACIÓN DE UN NOMOGRAMA PARA LA PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE (NACG) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Diego Jiménez López[1]; José Vicente Carmona Simarro[2]; Arantxa Picazo Gómez[1]; Pablo García Molina[1]
1. Hospital Clínico Universitario de Valencia; 2. Universidad CEU Cardenal Herrera, Moncada

Introducción

No se debe olvidar que la Neumonía comunitaria grave (NACG) sigue siendo una de las principales causas de ingreso en las UCI. La creación de un nomograma como instrumento (y su conocimiento) facilitaría la anticipación de los cuidados por parte de enfermería. El presente estudio evalúa la utilidad pronostica que la determinación del marcador sérico (procalcitonina [PCT], índice o escala pronostica (SOFA), la ventilación mecánica como factor de riesgo y su correlación, pueden aumentar su potencia predictora y ayudar a establecer la probabilidad de muerte y la intensificación de los cuidados en pacientes con neumonía comunitaria grave.

Objetivo

Ámbito de Estudio La UCI del Hospital Clínico Universitario de Valencia está ubicado en el centro de la ciudad de Valencia, junto a la Facultad de Medicina. Diseño del Estudio Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de pacientes ingresados en UCI por neumonía comunitaria grave (NACG). Población y muestra Se incluye a una población de 129 pacientes con diagnóstico NACG. Variables del estudio Para la recogida de datos se seleccionan las variables que pueden influir de un modo u otro en el pronóstico del paciente con NACG ingresado.

Resultados

Se analizaron un total de 129 pacientes, de los que el 69 % eran de sexo masculino con una media de edad de 57,6 años. El 65,9 % precisó de ventilación mecánica. Al aplicar la regresión múltiple, el SOFA al ingreso (p-valor = 0,003), el PCT al ingreso (p-valor = 0,013) y la presencia de ventilación mecánica al ingreso (p-valor = 0,044) se han mantenido en el modelo multivariante y posibilitado la creación del nomograma.

Conclusiones

Según nuestro estudio, podemos afirmar que el SOFA, la PCT y la ventilación mecánica como factor de riesgo pueden considerarse como variables independientes de mortalidad y su combinación establecer un modelo predictivo y su representación gráfica como nomograma.

Pantalla nº 1. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 454

LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SU INTELIGENCIA EMOCIONAL

Pilar Ordóñez Rufat[1]; Mª Victoria Polit Martínez[1]; Gemma Martínez Estalella[2]
1. HUB; 2. Enfermera Clínica

Objetivo

Analizar el grado de IE en el personal enfermero del área del paciente crítico.

Metodología

Estudio descriptivo, no experimental, llevado a cabo al personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) polivalente de un hospital terciario. Utiliza la escala TMMS- 24. Los datos se recogen de forma anónima, durante el mes de septiembre del 2016. Mediante base de datos especifica.

Resultados

De los 103 cuestionarios entregados, 92 fueron cumplimentados (89%), 82% mujeres y 18% hombres. El 55% tiene edad comprendida 21 - 30 años y el 22% edad 31 - 40 años. El 33% tiene una antigüedad > 10 años y el 27% de 2 a 5 años. El análisis del cuestionario, la puntuación en cada uno de las tres dimensiones, se obtiene, sumando los ítems del 1 al 8, del 9 al 16 y del 17 al 24. Diferenciando el sexo, las puntuaciones de cada grupo se corresponden con los siguientes resultados tabla1: Los valores en la “Atención” se sitúan en la franja de la normalidad para ambos sexos, rozando límites inferiores. En la “Claridad” los valores están adecuados, los hombres acercándose al límite inferior y las mujeres en medio. La “Reparación” es adecuada .

Conclusiones

Estudio nos ha proporcionado información sobre el manejo emocional de nuestro personal de enfermería, el análisis nos permite mejorar aspectos personales, favorecer una mejor relación con los pacientes, manejar las emociones y adaptarse a los cambios para hacer frente a los desafíos y presiones diarias. La edad del personal de nuestras unidades es relativamente joven. Aunque los resultados han obtenido un nivel adecuado en cada dimensión, creemos que se debe mejorar la ”atención emocional”.

Pantalla nº 1. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 732

PAPEL DE LA ENFERMERÍA ORIENTADA A MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL IMPLANTE DEL MARCAPASOS DEFINITIVO; UTILIZANDO EL MÉTODO CHECK LIST

Araceli Diego Escudero; Mª Ángeles Antolinez Herrero; Ana Celia Fernández Marcos
CAUPA

Introducción

Reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas. Conocer la efectividad del listado de verificación de procedimientos quirúrgicos para prevenir o mejorar la seguridad del paciente. Valorar la posibilidad de la inclusión de nuevos ítems en éste Check list.

Objetivo

Se realizó un estudio del registro de los listados de verificación de procedimientos quirúrgicos en la UCI del CAUPA, según el modelo OMS para cirugía menor, durante el período comprendido entre los años 2014/2016. Muestra y tamaño: 410 pacientes que han precisado implantación/recambio de Marcapasos definitivo durante el período a estudio. Se realiza revisión bibliográfica del tema a estudio. Los resultados obtenidos se sintetizaron mediante un resumen narrativo de los hallazgos considerados más relevantes.

Resultados

Se recogieron 410 registros de los cuales 319 son implantes definitivos y 91 recambios. En éstos registros se objetivaron 9 incidencias que se resolvieron en el momento; evitando complicaciones posteriores.

Conclusiones

Mejora la comunicación del équipo quirúrgico. Ayuda a prevenir errores, a identificar y resolver problemas. Confirma la información del paciente y procedimiento a realizar. Proporciona seguridad en cuanto al desarrollo del día a día en quirófano. Es un instrumento legal para posibles reclamaciones.

Pósters

Pantalla nº 2. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 460
ERRORES DE MEDICACIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO APLICATIVO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA. UNA HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ID 472
PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA DAR RESPUESTA A LA CREACIÓN DEL PROYECTO “ECMO EUSKADI”

ID 476
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE “ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE SORDO” A PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 480
PACIENTE PORTADOR DE ECMO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ID 490
CHECK LIST DE MARCAPASOS TEMPORAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 492
MANEJO DE LA HIA (HIPERTENSIÓN INTRAABDOMINAL) Y SCA (SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL) EN LA UCI

ID 719
MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA: TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

Pantalla nº 2. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 460

ERRORES DE MEDICACIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO APLICATIVO DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA. UNA HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Verónica Segura Candalija; Gemma Guillaumet Justribo; Mercè Solà Ferrer; Neus Tomàs Ordiñana
Altahia Xarxa assistencial universitaria de Manresa

Introducción

La seguridad del paciente, es prioritaria en la política de calidad del sistema sanitario. Los errores de medicación son incidentes frecuentes en los Servicios de Cuidados Intensivos (SCI) y incrementan la morbilidad, mortalidad, estancia y costes. El grupo de seguridad, tiene como objetivo, cuantificar y comparar errores de medicación producidos con el aplicativo ETM (estación de trabajo médico) que detecta errores de prescripción y programación y comparándolos con el nuevo aplicativo ETF (estación de trabajo de farmacia) que además detecta errores de administración tales como la vía de administración o la dilución del medicamento, proporcionando mayor seguridad en la preparación de las diluciones unificadas en todos los servicios.

Objetivo

Estudio prospectivo realizado en el SCI polivalente de un hospital general. Compara resultados de dos periodos, obtenidos durante las semanas de Seguridad establecidas en la unidad. Se analizan y comparan los errores de medicación producidos en los procesos de prescripción, programación y registro de la administración.

Resultados

En el año 2015 y primer control del 2016 obtuvimos un índice en los errores de medicación de 4,82% y 4,81%, respectivamente. En el segundo control del 2016, con ETF se detectan 149 errores de 1002 prescripciones, obteniendo un índice de 14,87%.

Conclusiones

Teniendo en cuenta que el nuevo aplicativo proporciona la detección de los errores de administración, creemos que el aumento es consecuencia de los cambios producidos en la preparación de las nuevas diluciones y el poco tiempo de instauración del aplicativo. Constancia, tiempo y trabajo en equipo pueden mejorar los resultados próximos pudiendo llegar al índice adecuado, proporcionando una mayor seguridad a los pacientes atendidos, por lo que el 2017 esperamos obtener resultados afines.

Pantalla nº 2. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 472

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA DAR RESPUESTA A LA CREACIÓN DEL PROYECTO "ECMO EUSKADI"

Mario Flores Prieto; María Victoria Boado Varela; Roberto Voces Sánchez; María Jesús Furones Guerra; Yolanda Gómez Gómez; María Luisa Millán Salazar; María Pilar Sánchez Rubio; Rosa María Blanco Zapata; Yolanda Rodríguez Rodríguez
Hospital Universitario de Cruces (Osakidetza)

Introducción

La inclusión dentro de nuestra actividad asistencial del dispositivo de Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), hace imprescindible la necesidad de formación de los profesionales implicados en el cuidado de los pacientes susceptibles de dicha terapia. Por lo que, el objetivo es que dichos profesionales adquieran los conocimientos relacionados con el manejo y los Cuidados de Enfermería, así como la prevención de posibles complicaciones y la manera de afrontarlas.

Metodología

Semipresencial, basada en una formación teórica online de cuatro semanas de duración, utilizando como herramientas el Campus Virtual de Osakidetza (Jakinsarea) basado en una plataforma Moodle. Mientras que, la formación presencial fue teórico-práctica, con quince horas de duración, llevada a cabo en el Hospital Virtual del Centro en grupos reducidos. La sección práctica se basó en la consecución de casos clínicos así como en el manejo de las diferentes consolas.

Resultados

Se realizaron 4 Cursos de formación entre los años 2015 y 2016 en los que participaron un total de 50 profesionales de enfermería, lo que supone el 47,2% del total de la plantilla estructural de todas las unidades de Cuidados Intensivos, donde se llevaba a cabo el cuidado de pacientes portadores de un dispositivo de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

Conclusiones

La creación de un proyecto que asume el cuidado de un paciente con ECMO, implica la formación de los profesionales de enfermería como integrantes de un equipo multidisciplinar. Todos los participantes consideraron la actividad como necesaria para asegurar un cuidado integral y uniforme en éste tipo de pacientes, teniendo en cuenta su escasa casuística y complejidad. Necesidad de continuar con los programas formativos para suplir las necesidades de los profesionales encargados del cuidado con respecto a esta materia.

Pantalla nº 2. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 476

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE "ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE SORDO" A PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

María Ortiz Polan; Francisco Javier Vega Vázquez; Juan Ramón Jiménez del Valle
Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción

A la hora de establecer contacto con el paciente sordo, el personal sanitario requiere conocer una serie de estrategias que le permitan solventar las deficiencias comunicativas con dicho colectivo. La adquisición de dichas estrategias de comunicación le permitirán realizar acciones que no solo facilitaran la transmisión del mensaje verbal y no verbal de forma efectiva, sino también proporcionará una atención integral y de calidad que cubra las necesidades surgidas durante el proceso de salud-enfermedad.

Objetivo

Ampliar y mejorar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre estrategias de comunicación en el paciente sordo, con la finalidad de establecer una relación eficaz entre profesional-paciente crítico sordo.

Metodología

Estudio observacional y transversal. Se lleva a cabo entre los meses de septiembre-noviembre del año 2016. La población objeto de la intervención fueron profesionales sanitarios (Enfermeras-TCAE) pertenecientes a la UCI del Hospital Regional Virgen Macarena (Sevilla). Se realizan dos talleres teóricos de tres horas de duración cada uno, donde se explican datos de interés de la comunidad sorda y estrategias de comunicación del paciente sordo dentro del servicio de UCI. Se realizó un cuestionario de elaboración propia donde se redactaron 10 ítems con respuestas cerradas, cuyo objetivo era evaluar el conocimiento del profesional pre-formación y post-formación sobre el paciente sordo. Participaron un total de 38 profesionales.

Resultados

La tasa de participación de los profesionales fue de un 71,1% en el caso de las Enfermeras y un 28,9% en el de las TCAE. La nota media sobre 10 fue:

- PRE-TEST: Enfermeras 6,3 TCAE 5,5
- POST-TEST: Enfermeras 8,8 TCAE 9,3

Conclusiones

Evidenciamos que la intervención educativa es una herramienta útil y eficaz que ha aumentado el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios con respecto a la comunidad sorda, lo que contribuirá a mejorar la calidad y atención de los pacientes críticos que sufran discapacidad auditiva.

Pantalla nº 2. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 480

PACIENTE PORTADOR DE ECMO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Belén Álvarez Méndez[1]; Beatriz Iglesias Fraga[1]; Isabel Santín Piñan[2]
1. DUE UCI 1-2 del HUCA; 2. Supervisora de UCI 1-2 del HUCA

Introducción

Que los tiempos cambian y la tecnología avanza son dos afirmaciones que no admiten réplica. Esta evolución tecnológica es cada vez más rápida y la medicina no esta exenta de estos mismos cambios. Buen ejemplo de ello es el uso cada vez más frecuente de Sistemas Circulatorios Mecánicos, entre los que se encuentra el Oxigenador de Membrana Extracorporeo (ECMO). Con este póster pretendemos divulgar conocimientos sobre el uso y cuidados de este sistema que resulta vital y poco frecuente y del paciente que lo lleva implantado, unificar criterios de cuidados de enfermería y garantizar la calidad de los mismos.

Objetivo

Los cuidados expuestos tienen como base el protocolo de enfermería con el que se trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), recientemente revisado y actualizado tras seis años de práctica clínica con pacientes de este dispositivo. Además se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes protocolos utilizados en varios hospitales españoles con dilatada experiencia en el manejo de estos dispositivos.

Resultados

Toda esta revisión bibliográfica da como resultado una serie de cuidados específicos de enfermería que se han clasificado en dos categorías: a) cuidados del sistema ECMO propiamente b) cuidados del paciente portador del sistema.

Conclusiones

La enfermera juega un papel fundamental tanto en manejo del ECMO como en el cuidado del paciente portador. Por lo tanto es imprescindible la existencia de un protocolo actualizado que unifique los cuidados, además de disponer de personal de enfermería altamente cualificado.

Pantalla nº 2. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 490

CHECK LIST DE MARCAPASOS TEMPORAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Julene Marcuartu Bardeci; Amaia López Martín; David Moro Delgado; Gorka Vallejo de la Hoz; Izaskun Renobales Irusta; Leire Berasaluce Sanz
Hospital Galdakao-Usansolo

Introducción

La estimulación temporal frecuentemente es necesaria como primera medida para pacientes que sufren bradiarritmia sintomática, bloqueos avanzados de segundo y tercer grado hasta implantación de MCP definitivo y de algunas taquiarritmias. La colocación del marcapasos temporal se realiza en situaciones de extrema urgencia, la enfermera de cuidados intensivos debe de poseer unos conocimientos específicos en el manejo de esta técnica. El check list describe de forma esquemática los pasos que han de verificarse en un procedimiento. Está implantándose en los hospitales al ser un instrumento fácil y eficaz dirigido a la prevención de efectos adversos. Este control se efectúa por el personal de Enfermería.

Objetivo

El objetivo principal es elaborar un check list para la colocación del marcapasos temporal que agilice el procedimiento y garantice la seguridad del paciente. Este check list va dirigido sobre todo al personal de Enfermería, encargado de la preparación del material y del paciente.

Metodología

Se recurre a bases de datos dirigidas a las Ciencias de la Salud: PubMed y Scopus. Las keywords introducidas fueron “marcapasos provisional”, “cuidados”, “check list”, “seguridad del paciente”.

Resultados

La bibliografía consultada defiende que el uso del check list garantiza la seguridad del paciente y del personal, mejorando la calidad de los cuidados. Además, podemos adaptarlo al servicio de cuidados intensivos y a la colocación del marcapasos temporal, estando fundamentado por la evidencia científica.

Conclusiones

El uso de un check list en la colocación del marcapasos temporal se hace necesario en las unidades de cuidados intensivos, para un procedimiento más seguro, para agilizar su preparación y para aumentar la calidad de los cuidados en esta intervención, sobre todo cuando se realiza de extrema urgencia.

Pantalla nº 2. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 492

MANEJO DE LA HIA (HIPERTENSIÓN INTRAABDOMINAL) Y SCA (SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL) EN LA UCI

Natalia Garrido Arribas; Beatriz García Gómez; Andrea López Pérez; Francisco Paredes Garza
Hospital Universitario La Paz

Introducción

PIA (presión intraabdominal), presión que existe dentro de la cavidad abdominal en estado de estabilidad, valores de 0-7 mmHg en el adulto sano, obesos y embarazadas es mayor y menor en la población pediátrica. Puede aumentar de manera patológica dando lugar a HIA con valores de PIA>12 mmHg manteniéndose en tres determinaciones espaciadas en 4 a 6 horas. La WSACS (The world Society of the Abdominal Compartment Syndrome) clasifica cuatro grados de severidad.

- Grado I: 12-15mmHg
- GradoII: 16-20mmHg
- Grado III: 21-25 mmHg
- Grado IV:>25mmHg

Se define SCA cuando PIA > 20mmHg con o sin presión de perfusión abdominal < 60 mmHg (PPA=PAM-PIA), registrada en tres mediciones entre 1 a 6 horas y la aparición de 1 o más fallos orgánicos . A su vez el SCA se divide en ; Primario o quirúrgico, Secundario o extraabdominal y Terciario o recurrente. La mortalidad del SCA sin tratamiento puede ser del 60%.

Objetivos

- Monitorizar la PIA al ingreso en UCI si hay 2 o más factores de riesgo y/o disfunción orgánica.
- Tratamiento médico con el objetivo de mantener PIA< 15 mmHg y PPA>60mmHg.
- Evitar úlceras de decúbito derivadas del dispositivo para medir la PIA (sonda vesical)

Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos MEDIEN,CINAHL,PUBMED, ENFISPO,etc. La PIA se medirá a través del método intravesical con el sistema \"Unometer Abdo-Pressure\".

Resultados

Intervenciones: Medidas para disminuir los valores de PIA:

- Disminuir el contenido intraluminal.
- Evacuar lesiones ocupantes de espacio.
- Mejorar la compliance de la pared abdominal.
- Optimizar la administración y perfusión de líquidos.

Conclusiones

La elaboración de un protocolo de enfermería para la medición de la PIA facilita la implantación de medidas para restablecer valores de PIA<15 mmHg y evitar el SCA.

Pantalla nº 2. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 719

MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA: TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

Laura Claramunt Domènech; Zaida Ramos Rodríguez; María de los Ángeles de Gracía Ballarín; Margarita Peralvo Bernat; María Luisa Fortes del Valle
Hospital Universitario Joan XXIII

Introducción

Dentro del marco de la cultura de seguridad, la movilización y transferencia del paciente crítico deben ser prácticas que minimicen los riesgos y los efectos adversos. Por este motivo y por el significante número de notificaciones se evidencia la necesidad de elaborar un protocolo multidisciplinar. Cabe añadir que la seguridad del paciente es un indicador de calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias.

Objetivo

Crear una guía formativa de actuación y difusión para el equipo asistencial durante la movilización y transferencia del los pacientes críticos encaminada a reducir los efectos adversos.

Metodología

Realización de un protocolo donde se describen los procedimientos para la realización de una técnica segura. Se tiene en cuenta el diagnóstico del paciente, los tipos de dispositivos inseridos y el tipo de movilización que se ha de realizar, para así poder participar con el número adecuado de profesionales. Revisión bibliográfica de los últimos cinco años en las bases de datos: PubMed, Cuiden y Cuidatge. Palabras claves: paciente crítico, movilización, seguridad, transferencia.

Resultados

Se detallan las competencias de cada profesional que interviene en la técnica, tanto de lideraje como de organización, para garantizar al máximo la seguridad del paciente. El primer semestre del 2016 se elaboró el protocolo con reuniones periódicas con el equipo de trabajo y en el segundo semestre se difundió la guía.

Conclusiones

Después de la difusión del protocolo se ha observado la gran concienciación de todos los profesionales aún sabiendo que es una técnica muy mecánica. Es de total importancia hacer las tareas de forma consensuada y con unas pautas previas para minimizar los efectos adversos. Consideramos que es una guía indispensable para la cultura de la seguridad del paciente.

Financiación

Sin financiación.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 3. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 498
CUIDADOS ENFERMEROS POST TROMBECTOMIA Y FIBRINOLISIS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS PORTAL

ID 502
LA IMPORTANCIA DE LOS EXPACIENTES DE CUIDADOS CRÍTICOS PARA LOS PACIENTES INGRESADOS EN CRÍTICOS

ID 512
PROTOCOLO DE PRESIONES DE MONITOR AQUARIUS R PARA TÉCNICA CONTINUA DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL

ID 532
USO DE FILTROS DE INTERCAMBIO DE CALOR Y HUMEDAD EN PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS

ID 538
LA INTIMIDAD DEL PACIENTE EN LA PRÁCTICA DIARIA

ID 544
EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL O TRAQUEA, ¿ASPIRAR SECRECIONES UNA VEZ POR TURNO O CUANDO SEA NECESARIO?

ID 566
DETECCIÓN DE NECESIDADES Y ACCIONES DE MEJORA RELACIONADAS CON LA HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN UCI

Pantalla nº 3. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 498

CUIDADOS ENFERMEROS POST TROMBECTOMIA Y FIBRINOLISIS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS PORTAL

Verónica Fuentes Milà; Olga Vallès Fructuoso; Xavier Campos Urieta; Marina Plaza Veliz; Raquel Oller Domingo; Sandra Sau Povea; Yolanda Sotoca Márquez; Aranzazu Arnaiz Francos; Pilar Rodríguez Contreras; María Ángeles Burgos Naranjo
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

La trombosis del eje espleno-portal no asociada a cirrosis hepática o a enfermedad tumoral es la segunda causa de hipertensión portal en el mundo occidental. El inicio de una anticoagulación precoz en la fase aguda de la trombosis venosa portal incidirá de manera significativa en la probabilidad de recanalización y, por tanto, en el pronóstico de estos pacientes.

Objetivo

Paciente de 41 años que presenta epigastralgía y vómitos incoercibles, presenta abdomen blando, depresible, no doloroso sin defensa ni peritonismo. Se solicita TAC abdominal que muestra trombosis completa de eje hepato-porto-esplénico, se inicia tratamiento anticoagulante y abordaje local mediante portografía directa transparietohepática.

Resultados

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

El paciente llega a la Unidad de Cuidados Intensivos tras realización de trombectomía mecánica y fibrinolisi in situ transparietohepática.

INTERVENCIONES

Curas y mantenimiento del catéter/introductor Revisión del estado y permeabilidad de los catéters e introductores. Control del punto de inserción. Curas en la administración del tratamiento endovenoso (e.v.) Administrar correctamente el tratamiento de anticoagulación por el catéter trashepático a dosis y velocidad pautadas por el médico. Control hemodinámico. Vigilancia y control de posibles complicaciones Información al paciente y educación sanitaria de las maniobras a evitar. Mantener al paciente en reposo absoluto durante las primeras 24h. Control de hematomas y/o sangrados. Monitorización del paciente. Oxigenoterapia. Valoración neurológica. Control del dolor.

Conclusiones

La realización de un plan de curas para el manejo este tipo de paciente permite un buen conocimiento de la técnica y posteriores controles que precisa, tanto de las curas generales al paciente crítico como las específicas de este intervencionismo. Dicha vigilancia intensiva favorece una buena evolución del paciente y la prevención de complicaciones derivadas de la técnica.

Financiación

N/A.

Pantalla nº 3. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 502

LA IMPORTANCIA DE LOS EXPACIENTES DE CUIDADOS CRÍTICOS PARA LOS PACIENTES INGRESADOS EN CRÍTICOS

Dolores Fernández Coronado; Manuel Montes Vázquez
Hospital Universitario de Valme

Introducción

Tradicionalmente los cuidados intensivos se han caracterizado como unidades cerradas, creemos que pueden hacerse más humanas, haciéndoles participe a nuestros pacientes de la experiencia en primera persona de un paciente que ha pasado por un proceso crítico.

Objetivo

La unidad de intensivos de Hospital de Valme cuenta desde hace tres años con la ayuda inestimable de un grupo de expacientes, que forman la Asociación de Expacientes de Uci (ASEXU), integrada plenamente en la unidad. Nuestros voluntarios realizan dos visitas por semana a los pacientes ingresados con el objetivo de ofrecer apoyo emocional tanto al paciente como a la familia, compartiendo su experiencia vital. Realizan visitas durante la semana, a primera hora, coincidiendo con la presencia de, la familia. Con aquellos pacientes que pueden comunicarse, cuentan su experiencia personal y tratan de resolver las dudas, no médicas, que puedan plantearles, especialmente las relativas a la recuperación fuera de la unidad, tiempo, revisiones, etc.

Resultados

El año pasado realizaron un total de 96 visitas, atendiendo a 450 pacientes de los 911 del total de ingresos de la unidad, atendiendo al 49,75%.

Conclusiones

La visita de los expacientes además de proporcionan apoyo moral, tanto al paciente como a su entorno, ya que pueden reflejarse en personas que han pasado por la situación en las que ellos se encuentran ahora, aporta seguridad y transmiten confianza en el equipo que les atiende, de alguna forma rompen el aislamiento que supone estar confinado en una unidad de estas características. Creemos que esta labor debe ser considerada como un apartado más en el tratamiento de nuestros pacientes.

Pantalla nº 3. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 512

PROTOCOLO DE PRESIONES 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; Ana Espinar Ochoa; María del Carmen García Férnandez; Sandra García del Castillo Muñoz; Manuela Castillo Rodríguez
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivo

Disponer de un protocolo que proporcionen a los profesionales de enfermería los conocimientos para el control de presiones del monitor Aquiarius® para Técnicas Continuas de Depuración Extrarrenal (TCDE).

Metodología

Procedimiento
Control de presiones del monitor Aquarius® para TCDE.

Personal que interviene
Enfermera.

Busqueda bibliográfica
Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: cuiden, pubmen, scielo, con las palabras claves: protocolo de presiones depuración extrarrenal, técnicas continuas depuración extrarrenal, continuous technical pressures of extrarenal purging.

Resultados

Intervenciones específicas enfermería
Control de lo que es, valores normales, causas que aumentan la presión y resolución, y causas que disminuyen la presión y resolución de: Presión de entrada. Presión venosa o retorno. Presión prefiltro. Presión de ultrafiltrado o efluente. Presión transmembrana. Fracción de filtración. Caída de presión del filtro.

Problema más importante
Mal manejo de las presiones que incidan en el mantenimiento del monitor y/o la estabilidad hemodinámica del paciente.

Indicadores de evaluación
El monitor funcione sin incidencias y las presiones estén en rango normal.

Registro
Registro de la actividad y cualquier incidencia en la hoja de control de parámetros y presiones de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones

El personal de enfermería debe conocer el control de las presiones del monitor Aquiarius® para TCDE, pues asegura unos cuidados adecuados en el paciente crítico.

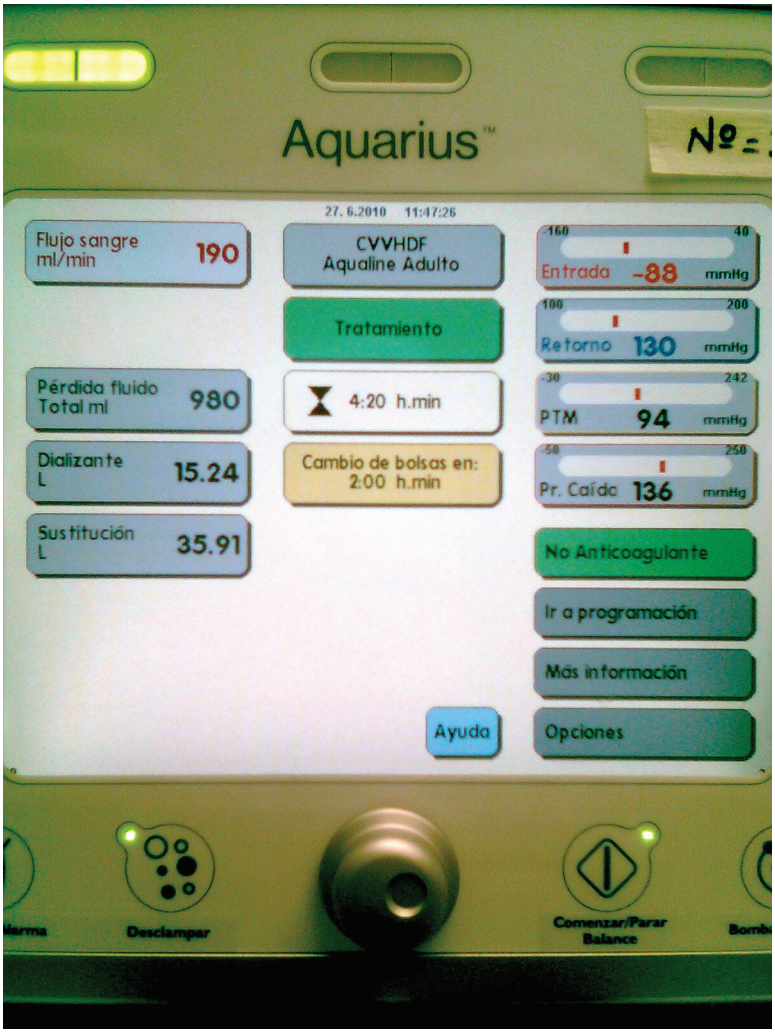
Financiación

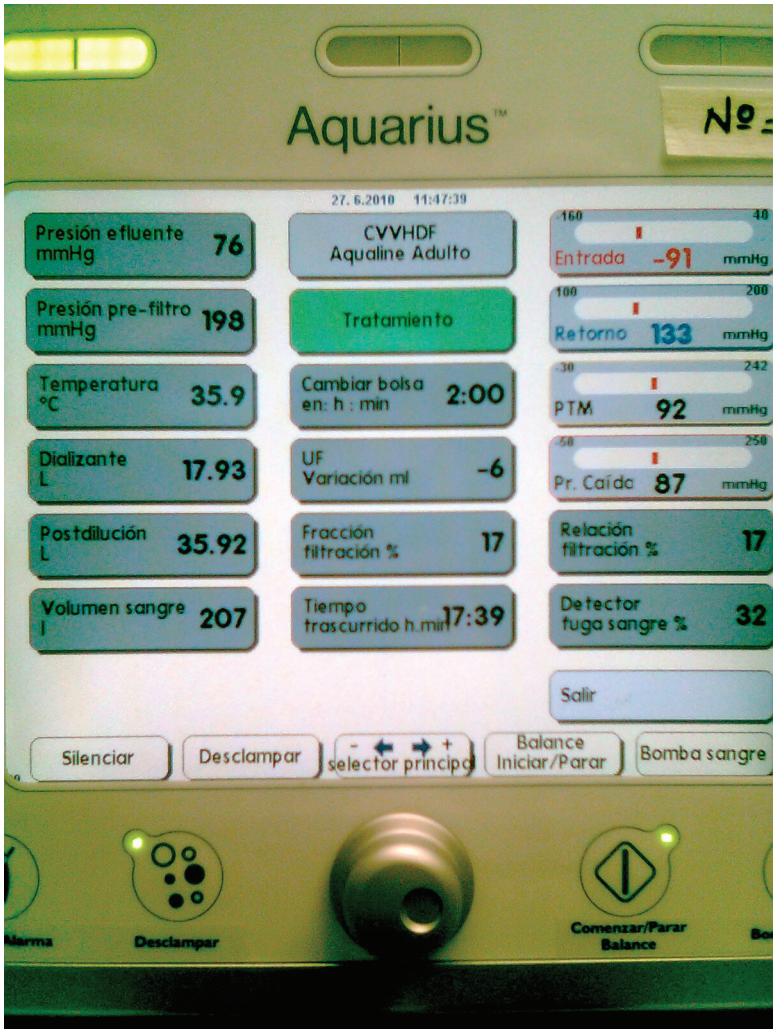
Propia.

sigue →

XLIII
Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters





Pantalla nº 3. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 532

USO DE FILTROS DE INTERCAMBIO DE CALOR Y HUMEDAD EN PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS

Santiago García Velasco Sánchez Morago[1]; María Elvira Migallón Buitrago[1]; Miguel Ángel Ramírez de Orol[1]; Francisco José Clemente López[2]; María José Espadas Maeso[1]
1. Hospital General Universitario de Ciudad Real; 2. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Introducción

Tras retirar la ventilación mecánica al paciente crítico, sigue precisando la administración de oxigenoterapia que se viene realizando con dispositivos como el adaptador de Briggs (tubo en T) y la mascarilla sobre traqueotomía. Ambos dispositivos requieren un humidificador pasivo que no calienta el aire administrado pudiendo resecar las secreciones del paciente. Otra opción es el uso de un filtro con intercambio de calor y humedad (HME por sus siglas en inglés).

Objetivo

La administración de oxigenoterapia a través de una cánula de traqueotomía puentea las barreras fisiológicas del paciente debiendo humidificar el oxígeno suministrado que no se calienta. El uso de filtros HME similares a los usados en ventilación mecánica solventa este problema.

Resultados

El filtro HME Hydro-Trach II es un pequeño dispositivo desechable fabricado en plástico trasparente que impide la pérdida de calor y humedad en pacientes con respiración espontánea, pero que conservan una vía aérea artificial. En un paciente que realice un volumen tidal de 500ml presenta un retorno de humedad de 26mg H2O. Además incorpora:

1) un puerto para la aspiración de secreciones evitando la desconexión del paciente y minimizando la contaminación de la vía aérea,

2) una conexión para la línea de oxígeno giratoria que evita torsiones y desconexiones accidentales y

3) un mecanismo de seguridad antioclusión que impide que el humidificador quede colapsado por secreciones que el paciente expulse al toser.

Conclusiones

Con una evidencia bibliográfica limitada, parece oportuno realizar estudios con un diseño adecuado. No obstante la práctica clínica aboga a incorporar los filtros HME en pacientes traqueotomizados seleccionados frente a los dispositivos de oxigenoterapia convencionales.

Pantalla nº 3. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 538

LA INTIMIDAD DEL PACIENTE EN LA PRÁCTICA DIARIA

Mª Lourdes Sancho Tarrero; Mª Cristina García Monzón; Carolina Vergara Pérez; Rut Garrido Pascual
CAUPA

Introducción

En el día a día en los centros hospitalarios, nos encontramos con la difícil tarea de preservar la intimidad y confidencialidad de los pacientes. La propia estructura física de dichos centros está más enfocada al tratamiento de la enfermedad y a los aspectos más técnicos que a respetar a la persona en sí, su pudor, sus sentimientos y su dignidad.

Objetivo

- Concienciar al trabajador sanitario de la importancia de salvaguardar la intimidad física del paciente.
- Preservar la confidencialidad de los datos relativos a la salud del paciente.

Metodología

Crear un poster para mostrar visualmente a los trabajadores todas las recomendaciones más importantes para respetar la intimidad de los pacientes y cumplir los objetivos siguiendo las recomendaciones de los comités de ética de castilla y leon.

Resultados

Mejorar la calidad asistencial enfocada más en la persona y no tanto en su enfermedad y que los propios pacientes sepan que aunque concedan voluntariamente el acceso a su cuerpo, no pierden el derecho a controlar cómo debe ser ese acceso y la posibilidad de negarse si no lo respetan.

Conclusiones

Los resultados de esta presentación nos hacen conscientes de la necesidad de proteger la intimidad de los pacientes y de concienciar a los trabajadores sanitarios de ello.

Pantalla nº 3. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h..**

ID 544

EN PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL O TRAQUEA, ¿ASPIRAR SECRECIONES UNA VEZ POR TURNO O CUANDO SEA NECESARIO?

Aida García Medina; David Segura Berzosa; Sara Tejero Bernardo; Joan Ramon Ricart Martín; Ester Cervera Rodríguez; Carmen Pavo Galán; Lorena Tello Trigo
HUGTIP

Introducción

Unos de los procedimientos de enfermería más comunes que se realiza en pacientes que precisan ventilación mecánica invasiva, es la aspiración de secreciones a través del tubo endotraqueal o por traqueostomía. La aspiración es la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio superior, por medio de succión y a través del tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía. Este procedimiento reporta mucho riesgo para el estado de salud, ya que directamente lo estamos desconectando de la presión de soporte que está emitiendo el ventilador mecánico. Por otro lado, este modo puede asociarse a complicaciones mayores que se relacionan con el aumento de la morbilidad y de los costos, además de, mayor riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias. Actualmente, existen protocolos sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados, sin embargo, hay una falta de normas nacionales .

Objetivo

Identificar cuando es mejor realizar la aspiración de secreciones en un paciente intubado o traqueostomizado, una vez por turno o cuando lo precise.

Metodología

Revisión bibliográfica de bases de datos, PUBMED, CUIDATGE, CUIDEN y revista electrónica ELSERVIER.

Resultados

Se compara entre varios artículos y protocolos cuándo es mejor realizar la aspiración de secreciones, si una vez por turno o cuando el paciente lo precise, para observar que técnica le va mejor al paciente intubado o traqueostomizado y aportar mejores decisiones en el tratamiento.

Conclusiones

Después de la revisión bibliográfica, en la mayoría de artículos se puede observar que la necesidad de aspirar secreciones considera la evaluación de parámetros que identifiquen la presencia de secreciones. La ausencia de sonido de secreciones en la tráquea y la ausencia de la curva en serrucho en la pantalla de la mecánica ventilatoria del respirador indican una vía aérea permeable. Asimismo, no está exenta de ciertos riesgos como la hipoxia, arritmias, alteraciones hemodinámicas, hipotensión y atelectasias.

Financiación

Propia.

Pantalla nº 3. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 566

DETECCIÓN DE NECESIDADES Y ACCIONES DE MEJORA RELACIONADAS CON LA HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN UCI

Gemma Fernández Cebrián; Guillermo Méndez Alvarez
Asepeyo St. Cugat, Barcelona

Introducción

La complejidad de las patologías y los cuidados que conlleva el ingreso en uci dificultan la atención del paciente, alejándonos de las necesidades de las personas que atendemos. Por ello se quiere apostar por realizar un cambio para aumentar el bienestar y satisfacción del paciente así como una implicación de la familia.

Objetivo

Detectar las necesidades del paciente y sus familiares y aplicar el proyecto de Humanización de los cuidados.

Metodología

Estudio cualitativo.

Diseño y elaboración: Selección de las encuestas e hipótesis de las posibles necesidades del servicio.

Análisis estadístico: Valoración de las encuestas (muestra: 195 pacientes) tanto a pacientes como profesionales del servicio.

Recogida de datos y valoración de acciones de mejora: Una vez obtenidos los resultados y analizados mediante un estudio retrospectivo, se trasladó a Dirección, Comité de Calidad y responsables del servicio.

Aplicación de acciones de mejora: Implementación de las acciones de mejora.

Resultados

Hemos encontrado que una de las necesidades más citadas fue la falta de luz directa en el servicio y boxes de los pacientes, un limitado horario de visitas de familiares, así como poca intimidad en los boxes o excesivo ruido ambiental o de los profesionales del servicio. También se encontró reticencias en algunas acciones de mejora que implicaban mayor inversión económica. Por el contrario, los pacientes destacaron positivamente la atención recibida por parte de los profesionales.

Conclusiones

Inicialmente se encontraron dificultades al plantearse cambios relacionados con la Humanización, pero progresivamente estos han ayudado a mejorar la calidad asistencial, esperando aumentar la satisfacción con las futuras acciones de mejora.

Pósters

Pantalla nº 4. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 572
PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA MANIPULACIÓN DE FÁRMACOS PELIGROSOS EN UCI

ID 586
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES

ID 593
CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA DE UN PACIENTE CRÍTICO: CUANDO EL TRASPLANTE NO LLEGA

ID 595
BARRERAS ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVO DIRIGIDO CON LA MIRADA: TOBII®

ID 596
ESCALAS UTILIZADAS EN LA MEDICIÓN DEL DOLOR/DELIRIO/SEDACIÓN EN UCI DE UN HOSPITAL COMARCAL

ID 600
CUIDADOS ACTITUDINALES Y DEL ENTORNO EN EL PACIENTE CRÍTICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ID 747
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN UCI COMO MEDIDA PARA EVITAR LA PROPAGACIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA

Pantalla nº 4. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 572

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA MANIPULACIÓN DE FÁRMACOS PELIGROSOS EN UCI

Amparo Benavent Benavent; Javier Inat Carbonell; M. Amparo Ortuño Moreno; Aranzazu Picazo Gómez; M. Lourdes Fenollosa Ros; Gema Martínez Catalá, M. Pilar García Aparicio; Ana Cantos Francés
Hospital Clínic Universitari de Valencia

Introducción

Se consideran peligrosos aquellos medicamentos que en estudios científicos han mostrado que en dosis bajas pueden causar cáncer, toxicidad reproductiva, defectos congénitos o daños a los órganos Para los pacientes, los beneficios potenciales del tratamiento con medicamentos peligrosos sobrepasan sus posibles efectos secundarios. Sin embargo, los trabajadores de la salud expuestos a estas sustancias enfrentan efectos nocivos sin ningún beneficio. Los trabajadores expuestos a medicamentos peligrosos han presentado trastornos de la piel, efectos reproductivos adversos, y posiblemente leucemia y otros tipos de cáncer. Los citostáticos no son el único tipo de medicación susceptible de generar riesgos. Existen fármacos que no son citostáticos, pero sí pueden ser nocivos, tóxicos y cancerígenos para los trabajadores que los preparan y administran como inmunosupresores, hormonas, antivirales, anticonvulsivos, etc. Por ejemplo FENITOINA, GANCICLOVIR, MICOFENOLATO, CICLOSPORINA, VALPROATO, CLONAZEPAM, TRACOLIMUS, etc. Las listas de estos medicamentos en inglés NIOSH o en español, como la del INSHT.

Objetivo

En la práctica, la necesidad de reconstituir el medicamento y/o prepararlo para su administración puede dar lugar a contactos directos por piel y/o mucosas, inhalación de aerosoles o contaminación de terceros debido al mantenimiento de restos del fármaco en las superficies de trabajo. Por otra parte, la carencia de información puede dar lugar a imprudencias durante el proceso de administración al paciente. En particular, cuando resulta necesario triturar comprimidos para ser administrados por sng.

Resultados

Antes de 2016, en UCI, desconocíamos estos riesgos, pero a partir de febrero de 2016 se empezaron a tomar precauciones para la preparación y la administración de estos fármacos.

Conclusiones

En la actualidad están a punto de instalar una nueva cabina de seguridad biológica en el Servicio de Farmacia, para que todos estos fármacos puedan ser preparados en ella con las adecuadas medidas de seguridad. En el futuro se administrarán con sistemas cerrados para evitar el contacto con el medicamento

Pantalla nº 4. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 586

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES

Pablo García-Molina[1]; Evelin Balaguer López[2]; Celia Brotons Paya[3]; Diego Rafael Macián Medina[3]; Carmen Rodríguez Dolz[4]

1. Departamento Enfermería. Universidad de Valencia. Grupo INCLIVA; 2. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia; 3. Universidad de Valencia; 4. UCIN Hospital Clínico Universitario Valencia

Introducción

Cuando un niño ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) está expuesto a múltiples intervenciones para restablecer su estado de salud. El problema de estas intervenciones es que no son inocuas y pueden producirse una serie de eventos adversos (EA) que obligan al equipo de profesionales sanitarios a controlar la seguridad de las intervenciones realizadas sobre los niños. ¿Es una UCI un ambiente seguro para los niños? ¿Existen estrategias preventivas para proteger a los niños hospitalizados en UCIP y UCIN?

Metodología

Revisión crítica de la literatura. Búsqueda bibliográfica en Pubmed y SCOPUS. Hubieron dos revisores de la bibliografía encontrada para analizar de forma independiente las recomendaciones seleccionadas.

Resultados

Para alcanzar el objetivo de "Seguridad Total" no basta con realizar intervenciones aisladas sobre algún EA, es necesario un cambio estructural de las políticas de salud de cada UCIP y UCIN o incluso cada Servicio de Pediatría. Esto solo se puede conseguir a través del cambio de relaciones entre profesionales pasando de una relación de base jerárquica a una relación de base transdisciplinar. Es decir, donde enfermeras, pediatras, auxiliares, celadores, farmacéuticos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogas puedan consensuar la mejor estrategia de prevención de EA y promoción de la formación de cada agente de salud. Existen algunos ejemplos de trabajo colaborativo que nombraremos en la ponencia.

Conclusiones

Las UCIP y UCIN han mejorado sus intervenciones individuales de seguridad. Sin embargo no existen estrategias globales que intenten dar una respuesta a la prevención de los EA.

Pantalla nº 4. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 593

CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA DE UN PACIENTE CRÍTICO: CUANDO EL TRASPLANTE NO LLEGA

María del Carmen Torrejón Martínez de Carvajal; Ana Leticia Algaba Andrade
HU Virgen del Rocío

Introducción

El ingreso de un familiar en la unidad de cuidados intensivos con pronóstico grave rompe con la dinámica familiar, desencadenando una crisis que requiere de recursos personales y soporte suficientes para afrontarla y adaptarse.

Objetivo

Presentar un caso en el que se abordan las necesidades de la familia, inseparables de las del paciente.

Metodología

Varón de 59 años con disfunción ventricular severa y portador de desfibrilador automático implantable que ingresa por tormenta arritmogénica para valoración de asistencia ventricular e inclusión en urgencia 0 de trasplante cardíaco. Tras 22 días de estancia la evolución fue desfavorable, sin aparición de donante y deterioro multisistémico progresivo, decidiéndose salida de Urgencia 0 y limitación del esfuerzo terapéutico, evolucionando a éxitus.

Resultados

Se realiza la valoración enfermera según patrones funcionales de Marjory Gordon. Se garantizan las cuestiones éticas para ocultar la identidad/localización del paciente. Se desarrolla un plan de cuidados individualizados del paciente/familia, de acuerdo a la taxonomía enfermera, priorizando los diagnósticos de enfermería y estableciendo objetivos e intervenciones para la ejecución de dicho plan.

Conclusiones

Resulta complejo abordar las necesidades de la familia en el contexto de la atención al paciente crítico. El paciente requería vigilancia constante y cuidados altamente tecnificados con grandes cargas de trabajo y la familia mostraba miedo y ansiedad ante el pronóstico incierto, necesitando de atención. Se necesita modificar nuestra práctica, generando cambios para atender y cuidar a la familia como parte inseparable del paciente y del proceso en el que se encuentra inmerso. Las enfermeras se perfilan como los profesionales idóneos para detectar las necesidades familiares y establecer una relación con el paciente-familia cercana y de calidad que garantice la satisfacción con los cuidados recibidos. Esto podrá influir positivamente en la recuperación de ambos. Cuando no sea posible contribuirá a superar el acontecimiento vital y normalizar la vida tras la pérdida de un ser querido.

Pantalla nº 4. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 595

BARRERAS ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVO DIRIGIDO CON LA MIRADA: TOBII®

Teresa Ferreño Ocampo; Patricia Rebollo Gómez; Sara Somolinos Horcajuelo; Berta Ramos González
Hospital Universitario de Torrejón

Introducción

En la última década, la tecnificación de las Unidades de Cuidados Intensivos está a la orden del día. El avance de la tecnología ha ido a la par con los sistemas de comunicación. Hemos pasado de sistemas más rudimentarios o no registro de ningún sistema, a dispositivos como pictogramas, pizarras, válvula fonatoria... En nuestra unidad se realizó la implantación de un sistema de comunicación dirigido con la mirada: Tobii®. Durante el proceso se detectaron numerosas barreras en su utilización.

Objetivo

- Justificación de la baja tasa de adhesión al sistema en la unidad.
- Análisis de las barreras encontradas para su implementación.

Metodología

Desde la llegada del dispositivo a la unidad nos hemos encontrado barreras de diferente índole. En cuanto a la dotación del sistema, es suficiente, es un dispositivo móvil y puede llegar a cualquier ubicación aunque es más complicado su uso en un paciente encamado por su disposición ergonómica. Por otro lado, hemos detectado que enfermería dedicaba mucho tiempo a la hora de calibrar el sistema, explicárselo al paciente y sus familiares; por lo que una de las barreras detectadas han sido las relacionadas con los recursos humanos. Para una UCI de nivel asistencial entre dos y tres, contamos con un ratio de 3,25. Muchos de los pacientes con los que hemos utilziado el sistema, son de edad avanzada, no están familiarizados con las nuevas tecnologías siendo complicada la calibración del mismo, ya que precisa de un nivel de atención y concentración alto.

Resultados

Análisis implantación 2015-2016.

Conclusiones

Objetivamos la necesidad de un mayor compromiso por parte de las organizaciones (para una mejora de los recursos humanos), y disminuir la complejidad en la calibración del dispositivo.

Pantalla nº 4. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 596

ESCALAS UTILIZADAS EN LA MEDICIÓN DEL DOLOR/DELIRIO/SEDACIÓN EN UCI DE UN HOSPITAL COMARCAL

María Juárez Herrero[1]; Ana María del Saz Ortíz[1]; Alejandro Martínez Caselles[2]; Teresa María Ayuso Cayuela[1]; Apolo García Palomares[1]; Patricia Gallardo Pérez[1]; Patricia Falgas Robles[1]; Esther Nortes Conejero[1]; Nieves Escudero López[1]; Almudena Sánchez Sáez

1. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor; 2. Hospital Vega Baja Orihuela

Introducción

Las UCIs requieren de una alta especialización del personal debido a la complejidad de las técnicas, el aparataje manejado y la estrecha vigilancia que precisa el enfermo crítico. Los niveles inadecuados de dolor, delirio y sedación pueden originar importantes consecuencias negativas como el aumento de estancia media, secuelas físicas y psicológicas, morbimortalidad y costes. En la UCI del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM) se lleva a cabo el registro a través de escalas validadas desde noviembre de 2013.

Objetivo

- Dar a conocer las escalas utilizadas en el servicio de Medicina Intensiva del HULAMM.
- Monitorizar y registrar de manera estandarizada, objetiva y unidireccional los niveles de dolor, delirio y sedación de cada paciente con el fin de optimizar la analgesia y la sedación y prevenir y tratar precozmente las complicaciones, y así enriquecer los cuidados y mejorar calidad de vida.
- Concienciar al equipo de Enfermería de la importancia de la valoración y registro de nuestras actividades como profesionales.

Metodología

Las escalas utilizadas son:

- Escalas de dolor EVA /EVN/ BPS/CAMPBELL
- Escala de delirio ICDSC
- Escala de agitación-sedación RASS

Resultados

Las escalas utilizadas se registran a través del programa ICCA siguiendo las recomendaciones del Grupo de trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Como apoyo a la hora de realizarlas, usamos unos folios plastificados que se encuentran en el control de Enfermería.

Conclusiones

El personal de Enfermería ocupa un lugar de suma importancia dentro de la gestión de estos cuidados. Incluir nuevas herramientas como las escalas permite mejorar la atención al paciente, alcanzando una menor incidencia de complicaciones y estancia media, y verificar que están siendo administrados los cuidados adecuados con los menores gastos. Todos estos registros de datos constituyen una fuente para futuros trabajos de investigación orientados a mejorar la calidad asistencial y disminuir costes.

Pantalla nº 4. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 600

CUIDADOS ACTITUDINALES Y DEL ENTORNO EN EL PACIENTE CRÍTICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta María Pérez Martínez; Rosa María Lozano Ordax; Patricia García Jáñez; Gloria Martínez Mateo; Dolores Carrillo López; Ana María Santamaría González; Rosa Arabella Cembrero Zúñiga; Irene Muñoz Balasteguis; María Teresa García Hernández; Olga María Ureta Alonso
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Objetivo

Conseguir el confort del paciente en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), disminuyendo la ansiedad, dolor, inquietud y sedoanalgesia.

Metodología

Basándonos en la práctica clínica, describimos las medidas empleadas en los pacientes críticos ingresados en nuestra UCI.

Resultados

Intervenciones

Observar la actitud del paciente en la cama: ansiedad, dolor, inquietud,... ¿El aspecto es confortable? Solicitar a la familia información sobre la posición en que descansa el paciente, si necesita lentes, audífonos,... El contacto 'piel con piel' es muy importante: favorecer a la familia que toque, acaricie a su ser querido, aunque se encuentre inconsciente; y recibir contacto humano por nuestra parte. Dar la noción del tiempo, atenuando las luces y el ruido de noche, o permitiendo el uso de reloj, ya que ayuda a evitar la desorientación temporoespacial. Siempre que sea posible evitar las restricciones físicas en el paciente agitado: pueden producir lesiones y aumentar la agitación. El ruido en UCI proporciona un ambiente hostil para el paciente, con la consecuente alteración del sueño y la aparición de ansiedad. Éste se produce por alarmas, respiradores, teléfonos, conversaciones del personal,... Se pueden proporcionar tapones auditivos. Respetar en la medida de lo posible el ritmo vigilia-sueño. Los masajes pueden ser usados como una alternativa o adyuvante de la terapia farmacológica; en espalda y pies, con aceites, relajan y favorecen la inducción al sueño. La musicoterapia puede contribuir a la relajación y disminución del dolor, y a su vez, enmascarar el ruido. Informar al paciente sobre su enfermedad y los procedimientos que se le realizarán. Evitar las conversaciones médicas o de enfermería inadecuadas, que pueda escuchar el paciente.

Conclusiones

La clave para asegurar la mejor atención a nuestros pacientes está en la elaboración de protocolos con claros objetivos y consensuados por todo el equipo multidisciplinario.

Pantalla nº 4. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 747

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN UCI COMO MEDIDA PARA EVITAR LA PROPAGACIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA

Patricia Piñas Viñambres; Berta Loma Fernández Gómez; Sonia Inmaculada Jiménez Luque; Pedro Rubio Navarro; María Luisa Fernández Gutiérrez; Pilar Gil Sendino; Manuel Manso Nevado
UCI del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Introducción

Las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios (IRAS) se han convertido en un problema en la seguridad del paciente que afecta a la calidad asistencial, aumentando tanto la morbimortalidad como los costes. El programa de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad enuncia: “Una atención limpia es una atención segura”.

Objetivo

- Protocolarizar y difundir una adecuada higiene de manos (HM).
- Favorecer la adquisición de este hábito y sensibilizar a los profesionales.
- Evaluar la eficacia de la formación y del protocolo activado en nuestra UCI.

Metodología

Se realizó un estudio observacional en 2016 tras la formación de nuestro personal valorando los distintos momentos de la HM. Para estudiar y recabar la información se formó previamente a observadores que evaluaron cada una de las cinco oportunidades en las que se realiza la HM y los métodos empleados.Así mismo se realizaron cultivos de los dispositivos utilizados habitualmente para una mayor concienciación del personal. La observación es anónima y la población de estudio las distintas categorías profesionales.

Resultados

El momento en el que se realiza una mayor y mejor HM es después del contacto con el entorno de paciente y después del riesgo de exposición a fluidos corporales; cuando se realiza con menos frecuencia es antes de tocar al paciente. En 2016 en un 68,9% de los casos estudiados la técnica se realizó correctamente frente al 47,1% de 2015.

Conclusiones

1. Se observó un incremento progresivo en la mejora de la técnica.
2. Tras la recogida de muestras se produjo una mayor concienciación de la importancia de una correcta HM.
3. El uso de guantes no exime de su correcta realización.
4. Nuestro personal fue consciente de la necesidad de la HM antes de tocar al paciente, ya que mencionaron que existía una creencia errónea de protección de uno mismo con la realización de la técnica.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 5. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 571
COMPARACIÓN DE LOS CUIDADOS DE UN SISTEMA DE PRESIÓN TRAS UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA

ID 604
EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN A LOS FAMILIARES CON PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE, RESPECTO AL TRATO DEL PERSONAL SANITARIO

ID 616
CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, DOS O TRES LUCES: RIESGO DE INFECCIÓN VERSUS NECESIDAD

ID 619
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE CRÍTICO

ID 626
OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF): CRITERIOS, MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ID 630
PACIENTE CON VM MODO NAVA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ID 634
EXPERIENCIA DE UNA UCI ABIERTA

ID 644
INFORMATIZACIÓN DEL REGISTRO DE INSULINIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Pantalla nº 5. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 571

COMPARACIÓN DE LOS CUIDADOS DE UN SISTEMA DE PRESIÓN TRAS UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA

Rayco Álvarez Díaz; Antonia María Leal Pérez; Virginia Padrón Noda; Francisco José Clemente López; José Carlos Bonilla Pérez; Yenifer Negrín Negrín
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

Introducción

Enfermería aporta un papel fundamental en el cuidado y manejo de un sistema de presión para el correcto control hemodinámico del paciente crítico. La formación es fundamental para el uso correcto de estos sistemas y no alterar los datos hemodinámicos y la consiguiente toma de decisiones.

Objetivo

Verificar si tras una acción formativa hay cambios en el manejo de los sistemas de presión.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, comparativo y transversal. Comparamos datos de nivelación y de la presión del manguito de los sistemas de presión tomados en 2014 y tras acción formativa, los tomados en 2016 en una muestra de 60 pacientes aleatorios de la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

Resultados

Nivelación. Bien nivelado

Año 2014: 34.4%

Año 2016: 60.7%

Presión manguito. Correctos

Año 2014: 13.1%

Año 2016: 60.7%

Conclusiones

En la muestra analizada se han observado resultados muy positivos tras la intervención formativa. Lo que demuestra la importancia de la formación en esta área.

Pantalla nº 5. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 604

EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN A LOS FAMILIARES CON PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE, RESPECTO AL TRATO DEL PERSONAL SANITARIO

Alicia Flores Casarrubios; Josefa Escobar Lavela; Laura González Borraz; Pilar Gonzalez Pascual; Mónica Atienza Ruiz
Hospital Universitario del Sureste

Introducción

La evaluación de la percepción de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tras la puesta en marcha del proyecto “UCI puertas abiertas”, permite valorar el grado de satisfacción de la familia y realizar planes de mejora.

Objetivo

- Valorar el grado de satisfacción de los familiares
- Conocer si el trato ofrecido a los familiares, por parte del personal sanitario, es satisfactorio.
- Identificar los errores posibles en un periodo comparativo de 2 años.

Metodología

Estudio descriptivo evaluando 332 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 Enero a Diciembre del 2015 y 2016, respectivamente. La encuesta consta de 32 preguntas cerradas y 2 abiertas, siendo evaluada para dicho estudio:

- Nivel de satisfacción con el trato recibido por los diferentes profesionales.

Resultados

Tendiendo en cuenta que el grado de participación ha sido de un 82.3%, el resultado obtenido es: VALORACIÓN 2015: *ver archivo adjunto. VALORACIÓN 2016: *ver archivo adjunto.

Conclusiones

El estudio de la encuesta ha permitido determinar que:

- Los familiares están muy satisfechos con el trato recibido por parte de los diferentes profesionales.
- Necesidad de empatizar en mayor grado con los familiares.
- Desarrollar en la encuesta algún ítem o pregunta para desarrollar, por parte de los familiares, aspectos en el a mejorar por parte del personal sanitario.

No obstante, se aplicará el plan de mejora necesario.

Pantalla nº 5. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 616

CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, DOS O TRES LUCES: RIESGO DE INFECCIÓN VERSUS NECESIDAD

Rosa María Iribarren Romera; Sonia Juan Lozano; Susana Vegas Vidal; María Jesús Urdániz Fraguas
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

En las unidades de cuidados postquirúrgicos ingresan pacientes portadores de vías centrales, que pueden ser de dos, tres, o, cuatro luces. A menudo, los pacientes, llevan vías de dos luces para minimizar riesgo de infección por manipulación del catéter (según recomendaciones de bacteriemia 0) pero a menudo, una de ellas está preservada para la posible administración de nutrición parenteral. Esto, hace que solo dispongamos de una luz para el resto de medicación y la medición de la PVC, importante para el control hemodinámico. Debido a la complejidad de estos pacientes, muchos requieren la administración de inotropos en el postoperatorio, precisando una luz exclusiva para ello; lo que obliga en muchos casos a substituir el catéter.

Metodología

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal durante el último trimestre del año 2016. La muestra fue de 70 pacientes, portadores de un catéter central de dos o tres luces y una luz preservada para la posible administración de nutrición parenteral. Las variables estudiadas fueron: tipo de intervención quirúrgica, patología, número de luces de la vía, administración de inotropos y administración de nutrición parenteral.

Resultados

Del total de la muestra, 43 pacientes fueron portadores de vías de dos luces y 27 de tres luces. En 17 casos, casi el 25 % del total, se administraron inotropos. En ocho ellos, se tuvo que sustituir la vía por una de tres luces, mientras que el resto no fue preciso por ser portadores de un catéter con tres luces.

Conclusiones

Ante los resultados obtenidos, creemos justificada la colocación de catéteres centrales de tres luces en intervenciones quirúrgicas complejas.

Pantalla nº 5. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 619

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE CRÍTICO

Berta de la Loma Fernández Gómez; Patricia Piñas Viñambres; Sonia Inmaculada Jiménez Luque; Pedro Rubio Navarro; Pilar Gil Sendino
Fundación Jiménez Díaz

Introducción

Se define dolor como percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas. Existen muchas razones por las que un paciente en terapia intensiva puede desarrollar dolor. Entre ellas: la propia enfermedad que motiva su ingreso y los procedimientos invasivos que se realizan en UCI. Enfermería debe saber de qué escalas dispone para hacer una buena valoración del dolor en el paciente crítico, para ello utilizaremos escalas adaptadas a cada tipo de paciente.

Metodología

Revisamos la bibliografía existente y organizamos las distintas escalas encontradas en función de las características del paciente.

Resultados

Pacientes comunicativos:

- Escala Visual Analógica (EVA): La intensidad del dolor se representa en una línea, en uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”.
- Escala numérica verbal.

Pacientes no comunicativos:

- Escala de Campbell: musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal, confortabilidad.
- Escala sobre conductas indicadoras de dolor. ESCID: Se valora musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, adaptación a la ventilación mecánica (VM) y confortabilidad.
- Escala conductual “Behavioral pain scale”: expresión facial, movimientos miembros superiores y VM.
- A parte del uso de estas escalas también debemos mencionar los indicadores fisiológicos que nos pueden ayudar a valorar el dolor en paciente no comunicativo.

Conclusiones

Enfermería debe conocer las herramientas disponibles para la valoración del dolor, ya que un estado de bienestar del paciente es positivo para su recuperación. Estas son solo algunas de las escalas que presentaremos. Nuestra finalidad es darlas a conocer y saber en qué situaciones y en qué tipo de pacientes hay que utilizarlas.

Pantalla nº 5. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 626

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF): CRITERIOS, MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Montserrat Almansa Gómez; Eva María Amat Llop; Laura Gómez Lanao; Pilar Latre Romero; Mireia Martinez Albertín
HUAV Lleida

Introducción

La oxigenoterapia de alto flujo se viene usando desde hace relativamente poco tiempo en el adulto, pero se obtienen claros beneficios con rápida mejoría, por su tolerancia y comodidad para el paciente. Permite suministrar un flujo de gas de hasta 60l/min acondicionado a una temperatura de 37ºC y una humedad relativa del 100% por unas cánulas nasales de silicona. Los sistemas comerciales que hasta ahora se conocen son Optiflow® y Vapotherm®.

Objetivo

Detectar aquellos signos y síntomas en el paciente crítico que sea partidario al uso del alto flujo. Saber manipular y montar el equipo de forma rápida y eficaz. Proporcionar cuidados de enfermería de calidad a los pacientes portadores de OAF.

Metodología

Consulta de páginas web dedicadas al funcionamiento y simulaciones del uso de este método de oxigenación. Uso de la aplicación de móvil de Airvo2.

Resultados

Uno de los principales beneficios es la hipoxemia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda lograda mediante la menor dilución de oxígeno con el aire ambiente del gas suministrado en la inspiración y aportando una leve presión positiva a la vía aérea. Con esto y mediante la evolución anatómica de las cánulas nasales, se consigue disminuir el espacio muerto para aumentar la superficie alveolar funcional ,al mismo tiempo se disminuye el trabajo respiratorio y el coste metabólico.

Conclusiones

El uso de OAF mejora el patrón hemodinámico y ventilatorio, y por su comodidad, las aplicaciones son muchas y muy amplias (crisis de IRA, pre intubación, post intubación, post cirugía cardíaca, IC, procedimientos invasivos, cuidados paliativos, etc.). Por eso es necesaria la preparación del personal sanitario para el montaje y manejo de los equipos de alto flujo para ofrecer los cuidados óptimos a los pacientes y personalizados en cada situación.

Pantalla nº 5. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 630

PACIENTE CON VM MODO NAVA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Laura Moreno Salido; Tania Alonso Lougedo; Carolina García Robles; Ana Leal Agüera; Ana Maria Pujol Juárez
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

La ventilación asistida ajustada neuronalmente (NAVA) es un modo de ventilación mecánica asistida basado en la utilización de la señal obtenida de actividad eléctrica diafragmática (Edi) para el control del ventilador. CATÉTER EDI

- Formado por tres líneas: una para conectar al módulo Edi del respirador, otra para nutrición enteral, y otra, para aspiración de contenido gástrico.
- Lubricante hidroactivo que facilita su inserción.
- Fina línea de bario, para poder visualizarla en una radiografía.
- En la parte distal, el catéter lleva incorporados 9 electrodos de registro de EMG y un electrodo de referencia.

Objetivo

Determinar los cuidados de enfermería de la Sonda EDI mejora la sincronía del paciente con el ventilador, la eficiencia del disparo, el menor tiempo de respuesta, descarga diafragmática y monitorización de la actividad eléctrica diafragmática.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios realizados VM-NAVA. Se ha utilizado fondos de búsqueda y base de datos: Cochrane Plus, Cuiden, PubMed, mediante la combinación de términos MeSh y palabras clave.

Resultados

Liet JM, refiere que en pacientes sometidos a VM- Nava presentan mejores resultados de oxigenación y confort . Terzi N, afirma que las ventajas y desventajas que presenta la VM- Nava son similares a la VM convencional. Se ha objetivado la importancia del mantenimiento y la colocación de la sonda EDi de forma correcta mejora la efectividad del disparo. Permite a su vez monitorizar la capacidad de actividad eléctrica diafragmática y poder iniciar el destete según su evolución, así como observar las alteraciones o parálisis diafragmáticas.

Conclusiones

La ventilación modo NAVA mejora la sincronía ventilador-paciente facilitando el proceso de destete. Los cuidados de enfermería irán dirigidos a la correcta inserción de la sonda Edi, vigilancia de la adaptación a la ventilación y control del proceso de destete.

Pantalla nº 5. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 634

EXPERIENCIA DE UNA UCI ABIERTA

Esther Rubio Díaz
Althaia, Manresa

Introducción

Desde 2002, Althaia Manresa, dispone de una Unidad de Cuidados Intensivos-Semi Intensivos (UCI- UCSI) de puertas abiertas. En 2012 se permitió la presencia de un acompañante las 24h del dia y se estableció un horario para el resto de visitas adaptándose en base a las necesidades del paciente y del funcionamiento del servicio. Establecer una UCI abierta, supuso un proceso de aceptación y adaptación, fundamentalmente para los profesionales. En 2003, 2007 y 2011, se valoró, mediante encuestas el grado de satisfacción familiar-paciente y profesional sobre el régimen de visitas, lo que determinó modificar horarios. En 2016 se realizó una nueva encuesta valorando los mismos ítems.

Objetivo

Determinar el grado de satisfacción familiar-paciente y profesional de la UCI abierta, con el actual horario de visita/ acompañamiento. Determinar, si cabe, la necesidad de cambio de horario.

Metodología

Estudio retrospectivo y comparativo entre encuestas realizadas en 2003, 2007, 2011 y 2016 a familiares-pacientes y profesionales.

Resultados

Los profesionales se han ido adaptando al sistema de trabajo con la presencia del familiar, mejorado en un 22.4% Nadie cree que las visitas generan ansiedad al paciente. Se ha incrementado en un 17.4% que las visitas no dificultan el descanso del enfermo. El régimen actual de visitas se considera adecuado, incrementando en un 32%.

Conclusiones

La visión del profesional y familiar en cuanto al régimen de UCI abierta respecto a años anteriores, ha mejorado. Las encuestas muestran resultados favorables, por consiguiente no es necesario modificar el horario actual de visitas y acompañamiento. El personal sanitario ha ido integrando en su tarea la presencia del familiar. Se valora no como amenaza sino como una oportunidad para la humanización de la atención.

Pantalla nº 5. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 644

INFORMATIZACIÓN DEL REGISTRO DE INSULINIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Beatriz González Pelegrín; José Antonio Grasa Lanau; Carlos González Iglesias; Susana García Clau; Virginia Mena Gimeno; Susana Gállego Barrabes; Santiago Conde Barreiro
Hospital de Barbastro

Introducción

La absorción de la insulina subcutánea depende de factores como la zona de inyección, el punto de inserción de la aguja y la técnica de inyección. Si no se rotan los puntos de inyección en el tejido celular subcutáneo (TCS) pueden producirse lesiones, afectando a la absorción de la insulina y a los valores de glucemia.

Objetivo

1. Disminuir la variabilidad en la elección de la zona de inyección por parte de enfermería.
2. Establecer un plan de rotación de las zonas de inyección de insulina, valorando el aspecto de la piel y TCS en las zonas de inyección.
3. Evitar o retrasar la aparición de alteraciones en TCS relacionadas con la punción.
4. Mejorar la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería en relación a la administración de insulina.

Metodología

Modificación sobre el programa informático de gestión de pacientes, del plan de cuidados de enfermería en las tareas relacionadas con la administración de insulina

Resultados

1. Junto al registro de intervalo de glucemias, cifra de glucemia y algoritmo de insulina se han añadido pestañas referidas al plan de rotación de las zonas de inyección, valoración de la piel y/o TCS.
2. Se ha decidido utilizar el abdomen exclusivamente para la administración de heparinas de bajo peso molecular.
3. En pacientes hemodinámicamente inestables se decidió evitar espalda y nalgas.
4. Se ha enseñado al paciente la necesidad de rotación de los puntos de inyección, reforzando así su educación diabetológica.
5. El personal de Enfermería se mostró satisfecho con las modificaciones, por tratarse de un cuidado que debía quedar reflejado.

Conclusiones

La informatización de las técnicas realizadas facilita la tarea asistencial y la comunicación entre profesionales en las UCI. Al registrar las zonas de inyección se garantiza la rotación de éstas, principalmente en pacientes con alteración en la capacidad de comunicación.

Pósters

Pantalla nº 6. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 646
SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ID 650
INSTAURACIÓN DE PROTOCOLO DE USO DE OXIGENOTRAPIA DE ALTO FLUJO (OAF) MEDIANTE CANULA NASAL

ID 654
IMPLANTACIÓN DE LA HEMODIAFILTRACIÓN VENO-VENOSA CONTINUA (HDFVVC) CON CITRATO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

ID 660
ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA HUMANIZACIÓN EN UNA UCI DE HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

ID 684
UPP (ÚLCERAS POR PRESIÓN) EN UCI (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS). ¿INCIDENCIA CERO?

ID 688
ANÁLISIS TRANSVERSAL DE LOS PROYECTOS Y POSTERIORES PROTOCOLOS DE BZ, NZ, RZ MÁS EL ESTUDIO-VALORACIÓN DEL PROYECTO PZ (INFECCIÓN URINARIA POR SONDAJE VESICAL, PZ: PIPIN-ZERO) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 690
FORMACIÓN A LOS FAMILIARES EN LA MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL ENFERMO CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

ID 691
RECEPCIÓN DEL ENFERMO CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Pantalla nº 6. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 646

SÍNDROME NEUROLEPTICO MALIGNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Cairón Cárdenas; Montserrat Nolla Benavent; Mª Carmen Velasco Guillén; Juan Carlos Val Muñoz; Silvia García Esteve; Diana Gil Castillejos
Hospital Universitario Joan XXIII

Introducción

El síndrome neuroléptico maligno (SNM), es una complicación infrecuente asociada al uso de antipsicóticos. La rigidez muscular, la hipertermia y las alteraciones de conciencia son los signos predominantes.

Metodología

Observación clínica: Varón de 80 años. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por alteración del nivel de conciencia. Antecedentes personales: Síndrome depresivo, fibrilación auricular. APACHEII: 31, SAPS: 73. Inicialmente cuadro de demencia (antipsicóticos y antidepresivos). 15 días después agresividad (neurolépticos). Finalmente fiebre 38º-39º (antibioterapia). Disminución del nivel de conciencia, midriasis bilateral, hipertermia refractaria al tratamiento y rigidez muscular. Ingresa en UCI: Glasgow 3, crisis comiciales y miosis, orientándose como Síndrome Neuroléptico Maligno, precisando IOT+VM y analgosedación. Fallece tras 8 días de evolución tórpida. Diagnosticándose endocarditis aguda mediante necropsia.

Resultados

Plan de Cuidados enfermeros: El SNM es una reacción adversa de escasa incidencia asociada al tratamiento con antipsicóticos, la asociación de varios o al aumento de dosis. Conlleva riesgo de neurotoxicidad el cual debería valorarse ante pacientes con signos clínicos compatibles. Según la terminología ATIC identificamos:

- Riesgo de Progresión de la Neurotoxicidad (Hipertermia- Anquilosis ósea).
- Convulsiones
- Riesgo de Síndrome de Desuso. Nuestra actuación se centró en preservar la normofunción del paciente.

La hipertermia se trató con medidas físicas, medicación convencional y especifica (Dantroleno®). Para ésta, se confeccionó un protocolo de manejo. La rigidez muscular y las crisis convulsivas se controlaron con anticomiciales y sedoanalgesia

Conclusiones

Numerosas enfermedades y condiciones pueden ocasionar síntomas, por lo que es fundamental realizar un diagnóstico diferencial. La familiaridad con el cuadro clínico y la disposición de algoritmos de actuación permite a los profesionales realizar una correcta detección y actuación. Poniendo en marcha precozmente las actuaciones necesarias para proporcionar unos cuidados seguros y de calidad.

Pantalla nº 6. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 650

INSTAURACIÓN DE PROTOCOLO DE USO DE OXIGENOTRAPIA DE ALTO FLUJO (OAF) MEDIANTE CANULA NASAL

Rocío Ruiz Oses; Pilar Saenz Flaño; Beatriz López Sáenz de la Torre; Lorena Sastre Puras; Raquel Llerena Jover; Tamara Altimasverez González; Laura Cornelles Miquel; Marta García Álvarez
Hospital San Pedro Logroño

Introducción

Instauración de un protocolo de enfermería para conocimiento y manejo del sistema de OAF en pacientes con fallo respiratorio (insuficiencia respiratoria hipoxémica no hipercápnica) como alternativa a la Ventilación no invasiva en la unidad de cuidados intensivos. La terapia consiste en la administración de un alto flujo de oxígeno con una humedad y temperatura óptima mediante cánula nasal. Se produce un lavado del espacio aéreo nasofaríngeo, reduciendo el espacio muerto, volumen corriente, resistencia inspiratoria y trabajo metabólico, disminuyendo así el trabajo respiratorio del paciente. Ventajas: Mayor confort y tolerancia para el paciente. Protección de mucosa nasal por la humedad. Reducción de infecciones respiratorias por mejor manejo de secreciones.

Metodología

Revisión bibliográfica de Bases de datos PUBMED y MEDLINE además de reuniones de discusión/consenso entre los autores. Palabras clave: OAF, cánula nasal,confort.

Resultados

- Disposición del material necesario y conocimiento del sistema, su utilización y los cuidados por parte del personal de enfermería.
- Establecimiento de cuidados de enfermería y prevención de las complicaciones
- Monitorización y vigilancia del paciente.

Conclusiones

Seguir el protocolo permite mantener los cuidados en estándares altos de calidad mejorando la seguridad del paciente crítico y la reducción de complicaciones. La elaboración del protocolo permite al profesional a familiarizarse con los cuidados y disminuir las posibles complicaciones derivadas de la terapia.

Pantalla nº 6. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 654

IMPLANTACIÓN DE LA HEMODIAFILTRACIÓN VENO-VENOSA CONTINUA (HDFVVC) CON CITRATO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Rocío Ruiz Oses; Raquel Llerena Jover; Lorena Sastre Puras; Pilar Sáenz Flaño; Laura Cornelles Miquel; Tamara Altimasverez González; Beatriz López Sáenz de la Torre; Marta García Álvarez
Hospital San Pedro Logroño

Introducción

En la terapia continua de remplazo renal es fundamental una anticoagulación óptima. Las guías internacionales recomiendan como primera opción el uso del citrato como anticoagulante siempre y cuando no esté contraindicado. Con ello se percibe una mayor eficacia-eficiencia del tratamiento, disminuye el riesgo de sangrado, aumenta la vida media de los circuitos evitando la coagulación de los mismos y con ello disminuir el riesgo de anemia. Por ello se decide la implantación de la HDFVVC con citrato en la unidad de medicina intensiva del Hospital San Pedro de Logroño.

Metodología

Búsqueda bibliográfica de artículos encontrados en distintas bases de datos (Scielo, Dialnet, Pubmed y Csic), documentos relacionados y estudio previo de la eficacia-eficiencia de uso de HDFVVC con citrato. Palabras clave: Hemodiafiltración, citrato, sesiones formativa.

Resultados

Reunión con los proveedores, el jefe y la supervisora de la unidad. Tras esta, se realizan sesiones formativas al personal sanitario de la unidad de 2 horas y media de duración. Establecimiento en la unidad del dispositivo y se pone en funcionamiento. Asimismo se elabora un protocolo y posibilidad de contactar las 24 horas del día con un técnico si fuera necesario.

Conclusiones

Conocimiento por parte del personal sanitario del dispositivo así como el manejo de posibles complicaciones derivadas del tratamiento y control del coste.

Pantalla nº 6. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 660

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA HUMANIZACIÓN EN UNA UCI DE HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Patricia Sanz Cruz; Mª Luz Montero González; Milagros Ruiz Hernández; Miriam Morales Cifuentes; Silvia Chacón Alvés; Noelia I. Lázaro Martín; Iris Bautista Redondo; Maribel Lamas Rubiano; José Ángel Sánchez-Izquierdo Riera; Juan Carlos Montejo González
UCI Polivalente del Hospital 12 de Octubre

Introducción

Para mejorar la asistencia sanitaria en la UCI, especialmente en el marco de la humanización, se están llevando a cabo distintos proyectos a nivel institucional y desde SEMICYUC. Por ello, creamos un grupo de trabajo multidisciplinar de Humanización en una UCI de un hospital de alta complejidad de Madrid, con el objetivo de llevar a cabo medidas de mejora en este aspecto y ser referente ante los profesionales respecto a este tema.

Metodología

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar en Diciembre de 2015. Integrantes: jefe de servicio, jefe de sección, supervisora, médico adjunto, médico residente, 4 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería.

Resultados

Se han mantenido 8 reuniones, en las que se han llevado a cabo los siguientes proyectos:

1. Analizar la satisfacción de familiares tras la ampliación de horarios, mediante una encuesta
2. Análisis de los datos recogidos con el dispositivo de control de ruido y propuestas para su disminución, una de ellas, la creación de un cartel de concienciación.
3. Mejorar el proceso de asistencia al duelo, con participación multidisciplinar.
4. Asistencia a las II Jornadas de Humanización de 2016, con exposición de 2 pósters sobre nuestra experiencia.
5. Recogida de cuestiones acerca de la humanización que preocupan a la Unidad y el impacto de las medidas establecidas (musicoterapia, flexibilidad de visitas...).
6. Sensibilización de los profesionales mediante la impartición de Seminarios de Humanización.
7. Elaboración de una encuesta al paciente sobre su estancia en UCI (proyecto en desarrollo).
8. Creación de una encuesta al personal sobre las medidas de la humanización implantadas (proyecto en desarrollo).

Conclusiones

Como profesionales del cuidado, velamos por la integridad física y psíquica de nuestros pacientes, siendo éstos nuestro centro de trabajo, en su esfera biopsicosocial. Mediante la cultura de la humanización, se pueden encontrar áreas de mejora.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pantalla nº 6. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 684

UPP (ÚLCERAS POR PRESIÓN) EN UCI (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS). ¿INCIDENCIA CERO?

Mireia Martínez Albertín; Montserrat Almansa Gómez; Laura Gómez Lanao; Eva María Amat Llop; Pilar Latre Romero
HUAV Lleida

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son una patología frecuente en pacientes que sufren limitaciones de la movilidad, estas situaciones se agravan cuando la persona es ingresada en UCI y bajo sedación. La unificación de criterios en la prevención y cura de las UPP conduce al equipo de cuidados a disminuir su incidencia en el enfermo crítico.

Objetivos

Disminuir la incidencia y mejorar la curación de las UPP en UCI mediante la unificación de criterios. Lograr una mayor adhesión al seguimiento de los protocolos establecidos.

Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Medline. Revisión de artículos científicos y protocolos de actuación de diferentes hospitales.

Resultados

Es muy preocupante que muchos enfermos de UCI desarrollen UPP, debido a que profesionales de la salud muy centrados en tratar la disfunción orgánica, que tiene mayor impacto sobre la morbimortalidad, olvidamos la importancia de los cuidados de la piel, que deberían ser siempre una prioridad. En la mayor parte de los casos esto se debe a que existen muchos protocolos de manejo de otras patologías y dispositivos pero frecuentemente no se dispone de una metodología clara en este tema. Añadiendo la falta de unificación de criterios y la baja adhesión a los protocolos por parte de la enfermería. Las intervenciones que mejoran claramente la incidencia de UPP son: *Formación: Cursos de formación al personal de manera regular. *Protocolos y registros: De manera que se unifiquen los criterios y registros, y evitando así que cada enfermera realice la cura de manera independiente. *Aumento/actualización del catálogo de material de cura y prevención de UPP.

Conclusiones

Es necesario que el personal de enfermería llegue a concienciarse de la posibilidad de llegar a la incidencia cero en UPP. Para ello es imprescindible crear protocolos y nombrar referentes bien formados en el tema de manera que UPP cero sea un objetivo a conseguir en las unidades de críticos.

Pantalla nº 6. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 688

ANÁLISIS TRANSVERSAL DE LOS PROYECTOS Y POSTERIORES PROTOCOLOS DE BZ, NZ, RZ MÁS EL ESTUDIO-VALORACIÓN DEL PROYECTO PZ (INFECCIÓN URINARIA POR SONDAJE VESICAL, PZ: PIPIN-ZERO) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Eva María Amat Llop; María Pilar Latre Romero; Begoña Balsera Garrido; Elisenda Solé Ubiergo; Montse Gil Ariño; María Luisa Sancho Alonso; Montserrat Vallverdú Vidal
HUAV Lleida

Introducción

La aplicación de la implementación de estos proyectos, condujeron a una reducción progresiva en la incidencia de Bacteriemias, Neumonías, Resistencias e Infecciones Urinarias. Nuestro informe de estudio, va encaminado a detectar la percepción y el seguimiento del equipo sanitario en el cumplimiento de las directrices facilitadas en la implantación de estos proyectos, protocolos y su puesta en práctica.

Objetivo

- Determinar la valoración de las diversas directrices y estrategias multifactoriales de los proyectos y protocolos en el seguimiento posterior a su puesta en marcha a lo largo del tiempo.
- Determinar la percepción y satisfacción o no del equipo multidisciplinar sanitario en la aplicación de dichos proyectos y su seguimiento.
- Resultados conseguidos a posteriori de los protocolos.

Metodología

Se realiza un estudio descriptivo transversal a través del diseño de un instrumento de recogida de datos (encuesta) y análisis estadístico al personal del servicio de UCI. Recogida sistemática de resultados en bacteriemias, neumonías, resistencias e infecciones urinarias de la Unidad.

Resultados

Los datos de participación del personal en el estudio, superan el 90%. La formación continuada, fue imprescindible. Las diferentes estrategias al marco de la actividad profesional fueron muy valoradas. El estudio demuestra la reducción de bacteriemias, neumonías, resistencias e infecciones urinarias en nuestra unidad en el transcurso del tiempo y el seguimiento. Los números superan las expectativas dictaminadas por los diferentes estamentos OMS, SEMICYUC, etc.

Conclusiones

El estudio muestra el éxito de la aplicación de los diferentes proyectos en nuestra Unidad. El personal sanitario mantiene un enfoque de promoción, formación y protección de la salud que lleva a poder investigar en estudios futuros el impacto de estas reducciones infecciosas. Equipos de enfermería informados, formados y entrenados son la mejor garantía de calidad, seguridad, eficacia y eficiencia en la prestación de cuidados. El trabajo conjunto del equipo unifica criterios asistenciales.

Pantalla nº 6. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 690

FORMACIÓN A LOS FAMILIARES EN LA MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL ENFERMO CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Marta Vilalta Pérez; Monica Boix Bosch; Mª Carmen Águila Barranco; Noemí Aragonés Muniesa; Nuria Piñol Montoy; Mª Isabel Capella Roca; Elsa García Puvia; Marta Villuendas Álvarez; Ferran Perello Raich; Ester Salazar Castellanos
UCI Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Introducción

En los enfermos ingresados en UCI y bajo sedación, la miopatía y la polineuropatía, es una complicación muy común que se presenta en la mayoría de los pacientes del servicio. Ambas afectaciones causan la debilidad de las extremidades y de los músculos respiratorios. Por lo tanto y como consecuencia de ello, aumenta la morbilidad y mortalidad, impidiendo la recuperación de los pacientes. Por éste motivo, el personal sanitario de nuestra unidad cree necesario realizar un protocolo sobre la formación de movilidad precoz y pasiva a los familiares de los pacientes sedados y ingresados en nuestro servicio. Objetivos Evitar la aparición de la miopatía o intentar minimizar al máximo sus efectos.

Metodología

Elaboración de un protocolo sobre la movilización pasiva de los enfermos de UCI, dirigida a la formación de los cuidadores informales de dichos pacientes, para poder llevar a cabo un trabajo multidisciplinar, aumentando así su eficacia.

Resultados

Minimizar cualquier efecto de la miopatía de los enfermos ingresados en la unidad. Integrar la figura del cuidador al trabajo del equipo sanitario de la unidad para elaborar un buen plan de curas reforzando el apoyo emocional del enfermo y la familia.

Conclusiones

Después de la realización y la ejecución del protocolo llevado a cabo conjuntamente con la figura del cuidador informal, se puede aumentar el tiempo dedicado a la realización de movimientos precoces y pasivos en los enfermos sedados y ingresados en nuestra unidad, aumentando así a la vez, la calidad asistencial y la interacción con los familiares. Por otro lado, también disminuimos la incidencia de la morbilidad y las secuelas residuales de su estancia en UCI.

Pantalla nº 6. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 691

RECEPCIÓN DEL ENFERMO CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Marta Vilalta Pérez; Ester Piñol Montoy; Maite Cabós Barberá; Noelia Sabariego Santamaría; Mª Isabel Capella Roca; Noemí Aragonés Muniesa; Ferran Perelló Raich; Ester Salazar Castellanos; Mª Carmen Codina Barios; Mónica Boix Bosch
UCI Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Introducción

Durante el ingreso de un paciente en la unidad de cuidados intensivos, es muy importante el trabajo en equipo y multidisciplinar, la coordinación de dichos miembros y el buen hacer .Es esencial trabajar sin estrés, sabiendo lo que estamos haciendo y favoreciendo la comunicación en todo momento. El paciente ha de sentirse cómodo, bien acogido y con la sensación de estar tratado por buenos profesionales.

Objetivo

- Trabajar en equipo.
- Preparar el box de la unidad con la colaboración de todo el personal sanitario de la unidad
- Recibir al paciente minimizando al máximo los riesgos de éste.

Metodología

- Preparación del box ; monitor, cableado, respirador, tomas de oxígeno ,equipos de aspiración de secreciones, bombas para la administración de medicación endovenosa , revisión cama, preparación de la medicación, comunicación con el equipo médico, etc...
- Recepción y acomodación del enfermo mediante el trabajo en equipo.

Resultados

La reducción de las tareas innecesarias en la recepción de un enfermo en la unidad de cuidados intensivos y el hecho de trabajar en equipo, aumenta la eficacia en relación a los recursos que tenemos, mejorando la calidad asistencial y aumentando la comunicación interdisciplinar.

Conclusiones

El trabajo en equipo mejora la comunicación en el ámbito laboral, aumentando la autoestima y la efectividad de éste. Como resultado, el paciente recibe mejor asistencia sanitaria, reduciendo el tiempo en la recepción y evitando a la vez, las tareas innecesarias a su ingreso.

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC
Madrid
18/21 Junio 2017

Pósters

Pantalla nº 7. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 708
LOS CUIDADOS DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

ID 712
INCIDENCIA DE COLABORACIÓN EN EL PROYECTO MOVIPRE (MOVILIZACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE CRÍTICO)

ID 715
PROCESO ENFERMERO EN POST OPERADO DE CIRUGÍA CARDIACA. SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA (SVA) A PROPÓSITO DE UN CASO

ID 721
TCDE (TÉCNICAS CONTÍNUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL) EN PACIENTE CRÍTICO

ID 730
EXPERIENCIA DE UN PACIENTE DURANTE SU INGRESO EN UCI

ID 457
MODELO DE PREDICCIÓN TEMPRANA (PRE-DELIRIC), DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO

ID 756
MONITORIZACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA

ID 776
ALGORITMO DE APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS EN DELIRIUM Y SU PREVENCIÓN

Pantalla nº 7. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 708

LOS CUIDADOS DEL DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Yaiza Gómez Ros; Sara López Ronsano; Marta Briones Roc; Joaquín Fernández Álvarez
Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción

El Drenaje Ventricular Externo (DVE) es una herramienta diagnóstica y terapéutica que permite la monitorización de la presión intracraneal (PIC), la evacuación de líquido cefalorraquídeo (LCR) y/o sangre, toma de muestras y administración de fármacos.

Objetivo

Objetivo general:

- Revisar la evidencia actual en los cuidados del DVE

Objetivos específicos:

- Diferenciar los componentes y características del DVE
- Conocer los cuidados y manipulación del sistema de drenaje

Metodología

Se realiza una revisión de la literatura publicada entre 2010-2016 en la base de datos PUBMED junto con el protocolo de actuación de un hospital de tercer nivel. Palabras clave: DVE, componentes, características, cuidados, enfermería

Resultados

Para una buena praxis debemos conocer los componentes y características del DVE:

1) Catéter intraventricular tunelizado, impregnado o no en antibiótico o plata.
2) Sistema de recolección: consta de la línea intermedia de conexión (con llaves para recogida de muestras, válvula antirreflujo y filtro bacteriano), un receptáculo (milimetrado) y una bolsa recolectora. El circuito debe ser cerrado, hermético y no colapsable.

Los cuidados del paciente portador del drenaje deben implicar;

- Escasa manipulación y máxima asepsia.
- Rasurado del pelo y cura del punto de inserción con povidona yodada.
- Cambio del apósito semi-oclusivo y transparente cada 7dias o cuando pierda su capacidad protectora por humedad, suciedad y/o disminución de la adherencia.
- Ajuste de la altura del reservorio en función del débito horario (5-15ml/h); registrando la cantidad y características. Un drenaje superior a 20 ml/hora podría suponer un colapso ventricular.
- Mantener el drenaje siempre abierto, cerrándolo solo en caso de traslado, movilización u orden médica.

Conclusiones

El correcto cuidado del DVE por parte del equipo enfermero requiere un conocimiento del dispositivo, sus componentes y su correcta manipulación.

Pantalla nº 7. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 712

INCIDENCIA DE COLABORACIÓN EN EL PROYECTO MOVIPRE (MOVILIZACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE CRÍTICO)

Amparo Mercado Martínez; María Calabuig Moro; Dunia Valera Talavera; Saray Sanz Gimeno; Mar Pérez Muñoz; Teresa Sanjuan Arnedo; Adrián Domínguez Romero; Ángela Romero Morán
Hospital Dr. Peset

Introducción

Los cuidados prestados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pueden traducirse en mejora de calidad de vida, reincorporación laboral y desarrollo de actividades diarias. Captamos elevado nº de hospitales de la Comunidad Valenciana (CV) con el fin de evaluar la importancia de la debilidad adquirida en UCI.

Objetivo

Dar a conocer el proceso de captación de las UCIs de los hospitales públicos de la CV sobre el estudio MOVIPRE.

Metodología

Investigar cuidados prestados en UCI puede revertir en un buen desarrollo del paciente. Estudio MOVIPRE realizado exclusivamente por enfermería en colaboración de fisioterapeutas. Captación llevada a cabo entre 28/09/16 - 18/01/17. Estudio descriptivo transversal. Primera fase: contacto telefónico con supervisores de la red de hospitales públicos de la CV informando del proyecto MOVIPRE. Posteriormente, enviamos dossiers informativos vía e-mail. El Comité Ético autoriza la realización del estudio.

Resultados

25 UCI's públicas en la CV informadas: Valencia: 11 | Alicante: 10 | Castellón: 4 Del total de muestra, participan en el estudio 14, siendo la distribución participativa: Valencia: 6 | Alicante: 5 | Castellón: 3 Entre causas de no participación encontramos: 1. Falta de fisioterapeuta participante (1) 2. Negativa de profesionales al estudio (4) 3. Cambio de supervisión (1) 4. No se realizan movilizaciones (1) 5. Negativa por parte del jefe de servicio a participar (1) 6. Baja de la supervisora (1) 7. NS/NC (2)

Conclusiones

- Mayoría de negativas derivadas de causas estructurales.
- Tras reiterada insistencia telefónica y telemática, se obtiene respuesta de baja implicación (56%).
- Mediante movilizaciones adecuadas aseguramos una práctica diaria integral y cercana a la humanización de las UCIs, además de evitar complicaciones derivadas.
- La participación en el estudio permite delimitar un mapa para mejorar los cuidados prestados.

Pantalla nº 7. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 715

PROCESO ENFERMERO EN POST OPERADO DE CIRUGÍA CARDIACA. SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA (SVA) A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Mas Xancó; Miriam López Cuerva; Victoria Pérez González; Ricard Condal San Martín; Isaac Nuño Ruiz
HUGTiP

Introducción

En la actualidad, han mejorado mucho las técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, y sin embargo, éstas continúan suponiendo la principal causa de muerte en el mundo occidental. Los pacientes que se intervienen tienen un mayor riesgo debido en parte al envejecimiento de la población y a su pluripatología, pero en la última década la mortalidad de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca ha disminuido al igual que su estancia en las unidades de cuidados intensivos. En algunos informes se aprecia cómo un 67% de pacientes padecen algún tipo de complicación, siendo la hipotensión arterial o las arritmias las más comunes. El tipo de cirugía y de postoperatorio hace que sea habitual que estos pacientes sean politransfundidos, durante las primeras 48h un 51\'2% reciban algún tipo de componente sanguíneo como hematíes, plasma o plaquetas El Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, es hospital de referencia de para una población de 800.000 personas. Según el registro español de cirugía cardíaca en medicina intensiva, el 66% de la población presenta 2 o más factores de riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular.

Objetivo

El objetivo del estudio es desarrollar un caso clínico de enfermería para poder mejorar nuestra calidad al enfermo.

Metodología

Para ello hemos realizado un estudio retrospectivo descriptivo de un caso de nuestra unidad, con la intención de poder encontrar nuevas valoraciones y/o intervenciones que permitan facilitar nuestro trabajo y desarrollarlo de manera más eficiente, garantizando un óptimo servicio para el usuario.

Resultados

Se detallan los cuidados de enfermería a tener en cuenta en el postoperatorio de SVA, en base a la exposición de un caso clínico.

Conclusiones

Estudiar los casos clínicos complejos permite a los profesionales evaluar por sistemas las necesidades de los pacientes y así poder optimizar los cuidados de enfermería, para garantizar la máxima calidad asistencial en enfermos críticos complejos.

Pantalla nº 7. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 721

TCDE (TÉCNICAS CONTÍNUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL) EN PACIENTE CRÍTICO

Mª Ángeles Sánchez; Francisca Oliva; Mª Teresa Moreno; Estrella Blesa
La FeValencia UCI

Introducción

Estudio comparativo de cargas de enfermería en TCDE con heparina sódica como anticoagulante versus TCDE con citrato cálcico: valoración de cargas de trabajo.

Objetivo

Comparar cargas de trabajo según tipo de anticoagulación.

Metodología

Pacientes ingresados en Uci de adultos en el Hospital La Fe de Valencia desde marzo de 2016hasta enero del 2017. Registro de intervencionesen el sistema cada 24 horas.

Resultados

Mayor carga de trabajo para enfermería en TCDE en las que se utiliza Heparina sódica como anticoagulación.

Conclusiones

El manejo de TCDE anticoagulado con citrato cálcico supone menor carga de trabajo para el personal de enfermería.

Financiación

No aplicable.

Pantalla nº 7. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 730

EXPERIENCIA DE UN PACIENTE DURANTE SU INGRESO EN UCI

Neus Tomas Ordiñana; Mª Jesús Marmol Cubillo; Esther Giralt Sellarés; Vero Segura Candalija; Gemma Guillaumet Justribo; Merce Solà Ferrer
Altahaia Xarxa Assistencial de Manresa

Introducción

La capacidad humana de la atención es uno de los pilares básicos de la atención directa hacia la persona que depende. Es de gran importancia la humanización de la atención en la unidad de cuidados intensivos, enfermería puede nosotros, como profesionales de la salud, fue los autogestores de la humanización de la atención, dando la atención que los pacientes y familias necesitadas en todo el proceso; gravedad, genera angustia e incertidumbre, razón por la cual queremos hacer participar en las familias de proceso del hospital.

Objetivo

Reflexionar sobre las contribuciones y las necesidades de pacientes y familias, para poder trabajar en la humanización de la atención. Mejorar la relación entre profesionales y pacientes, a través de la participación de la familia en el cuidado del paciente.

Metodología

Información y la obtención de consentimientos. Fotos y videos. Entrevistas con la familia y el paciente. Encuestas de satisfacción del cliente.

Resultados

Vamos a presentar la experiencia de la familia de Enric. Más allá de la curación, estábamos interesados en la experiencia personal y familiar. Si se sienten respetados y si sienten la empatía de la atención del personal.

Conclusiones

Evaluar la necesidad de cambiar las actitudes o hábitos en la atención, que ayuda a nuestro equipo de conviertan en un servicio con cualidades más humanas y no sólo de atención, para asegurar que nuestros pacientes se les pide para proporcionar una buena experiencia de momentos difíciles, porque se han sentido atendidos, informados y ha sido realmente el centro del proceso.

Pantalla nº 7. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 457

MODELO DE PREDICCIÓN TEMPRANA (PRE-DELIRIC), DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO

Rocío Fuentes Covian; María Jesús Mantilla Cordovil; Esther Liaño Fernández; Clara Oruña Concha; Elvira Benito Concha; Lorena Lavín Meruelo
Cuidados intensivos generales Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción

El delirium es uno de los trastornos mentales más frecuentes en pacientes críticos aunque, se encuentra infradiagnosticado. Según la literatura consultada, se han encontrado pocas bases científicas y concluyentes para su manejo. Por tanto, es necesario desarrollar una revisión bibliográfica que permita contar con información específica para el personal de enfermería.

Objetivo

Los objetivos son, identificar métodos de predicción temprana, herramientas diagnósticas así como, el tratamiento para el manejo de los pacientes con delirium ingresados en cuidados intensivos.

Metodología

Descriptores: delirio (delirium), atención de enfermería (nursing care), cuidados críticos (critical care). Bases de datos: Dialnet, Pudmed, Cuiden, Biblioteca Cochrane Plus. Criterios de selección: tipo de artículo, de revista, idioma (inglés/español), pacientes en cuidados intensivos mayores de 18 años. Periodo de búsqueda: octubre 2015- marzo 2016 consiguiendo 126 referencias, 36 se consideraron útiles y 15 cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados

En el año 2009, van den Boogaard M. et al. validaron un modelo de predicción llamado PREdiction of DELIRium in ICu patients (PRE-DELIRIC) permitiendo estratificar el riesgo pasadas las primeras 24 horas de ingreso. La herramienta diagnóstica más empleada es la Confusion Assesment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). La prevención y tratamiento incluyen: reorientación, movilización precoz, control del dolor, manejo de sedantes, paquete ”ABCDE”. Como tratamiento farmacológico, actualmente no hay fármacos aprobados por la Food an Drug Administration aunque, los más utilizados son los antipsicóticos típicos, entre ellos, el haloperidol. Como fármacos alternativos, se están utilizando los alfa-2 agonistas asociados a un menor riesgo de desarrollar delirium.

Conclusiones

El uso de un modelo de predicción temprana permite estratificar el riesgo de desarrollar delirium. El CAM-ICU es sencillo, rápido y confiable pudiendo implementarse rutinariamente en cuidados intensivos. La evidencia sobre prevención y tratamiento aún es insuficiente como para crear una recomendación definitiva

Financiación

No precisa de financiación.

Pantalla nº 7. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 756

MONITORIZACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA

Montserrat García González[1]; Rocío González Blanco[2]; María Dolores Castro[1]; Yolanda Cogolludo Cogolludo[1]; Patricia Martín-Forero[1]; Alma Lázaro[1]; Miriam Hernández[1]; Salvador Torres Comitre[1]
1. Complejo Hospitalario de Toledo; 2. Hospital Ramón y Cajal

Introducción

El dolor es frecuentemente infravalorado e insuficientemente tratado en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Existen herramientas de medición y valoración del dolor para tratar el dolor y mejorar la calidad asistencial. Frecuentemente nos encontramos pacientes críticos conectado a ventilación mecánica (VM) que muestran signos de desadaptación a VM, respuestas hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas reflejo de un control incorrecto del dolor.

Objetivo

Monitorización del dolor en el paciente crítico Conocer los signos y síntomas que presenta el paciente crítico conectado a VM. Establecer las actividades de enfermería más eficaces para controlar el dolor. Administrar tratamiento analgésico efectivo. La enfermería se encarga de llevar a cabo la valoración del dolor en paciente conectado a VM mediante escalas validadas. En conjunto con el médico, se establece el tratamiento analgésico más adecuado.

Metodología

Búsqueda bibliográfica para conocer los métodos, escalas y clínica de identificación y medición del dolor en el paciente crítico conectado a VM. Existen varias escalas en paciente comunicativo y en paciente no comunicativo o sedado.

Resultados

Se establece una guía de actuación para identificar la forma de comunicación y valoración del paciente. En el paciente comunicativo se utiliza la escala visual analógica y en el paciente sedado, la escala Campbell. La valoración y reevaluación del dolor se realiza cada 4-6 horas. Registro analgesia pautada y efectividad.

Conclusiones

Se desarrolla un algoritmo de actuación, diferenciando paciente comunicativo y paciente sedado. La identificación y atención del dolor en paciente crítico lo realiza la enfermera. Indicadores de evaluación del protocolo: Monitorización de dolor mediante escalas validadas Registro de actividades de enfermería desarrolladas para el control del dolor Registro del tratamiento analgésico utilizado Evaluación de la eficacia de las medidas puestas en marcha para controlar el dolor.

Pantalla nº 7. **Miércoles 21 de Junio de 2017 de 10.40 a 11.10 h.**

ID 776

ALGORITMO DE APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS EN DELIRIUM Y SU PREVENCIÓN

Montserrat Nolla Benavent; Ester Málaga Casas; Diana Gil Castillejos
Hospital Joan XXIII, Tarragona

Introducción

Las medidas no farmacológicas en el Delirium son aplicadas en la mayor parte por enfermería. Sin embargo su implemetación no está bien estructurada y el registro es incompleto.

Objetivos

Detectar los pacientes con delirium, riesgo de delirium, riesgo de recurrencia/progresión del delirio, mediante la aplicación del algoritmo. Mejorar la implementación y el registro de las medidas no farmacológicas.

Metodología

Formación del personal en los factores de riesgo, manifestaciones y medidas no farmacológicas para los multicomponentes del delirio Criterios de inclusión: pacientes con cambios agudos o fluctuantes del nivel de conciencia y que obedecen órdenes.

Resultados

Elaboración del algoritmo de medidas no farmacológicas Elaboración de un tríptico con las medidas correspondientes a cada diagnóstico. En los pacientes con estos diagnósticos se priorizan los intervenciones enfermeras no farmacológicas del delirio y riesgo del delirio.

Conclusiones

Aplicar el algoritmo permite identificar el cuadro clínico del paciente de forma más clara y efectiva e instaurar medidas no farmacológicas de forma más temprana y estructurada, así como su registro.