



COMUNICACIONES ORALES

XLVIII Congreso Nacional de la SEEIUC. Reinventando el futuro

Málaga, 4-7 de junio de 2023

ID13. ESTUDIO PILOTO: ECA: "EFICACIA DE LA NUTRICIÓN ENTERAL INTERMITENTE FRENTA A LA ADMINISTRACIÓN CONTINUA EN PACIENTES CRÍTICOS PARA LA REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES"

C. Carrilero López¹, E. Rodríguez Moreno¹, I. Murcia Saez¹, F. Calero Yáñez¹, A.M. Piquerias Carrión¹, M. Córcoles Jiménez¹, M. Molina-Alarcón² y M.D. Saiz Vinuesa¹

¹Complejo Hospitalario de Albacete. ²Universidad de Castilla la Mancha.

Objetivos/Introducción: La nutrición enteral (NE) da soporte nutricional frecuentemente a pacientes críticos existiendo controversia y variabilidad en la forma de administración. Son pacientes pluripatológicos frecuentemente sometidos a ventilación mecánica, tratados con numerosos fármacos, susceptibles de complicaciones respiratorias y gastrointestinales, que provoca suspender la alimentación programada deteriorando su estado nutricional. La forma habitual de administración es continua (NEC) recomendada en protocolos, mientras que la nutrición enteral intermitente (NEI) se excluye por atribuirse mayor intolerancia. Pocos estudios que analicen que método es más efectivo solo revisiones sistemáticas concluyen en la necesidad de ensayos clínicos. **Objetivos:** Comprobar la viabilidad del estudio determinando la eficacia de la NEI vs NEC para la reducción de complicaciones asociadas a la administración de la NE, en pacientes adultos con una sonda nasogástrica en UCI. Determinar el estado nutricional, estancia hospitalaria y mortalidad.

Metodología/Observación clínica: Pilotaje. ECA. Pacientes críticos con NE, exclusión: diabéticos insulinodependientes. Variables: Demográficas, clínicas, resultado: complicaciones gastrointestinales, broncoaspiración, estado nutricional. Consentimiento firmado, aprobación: Comisión de Investigación y Comité de Ética.

Resultados/Intervenciones: NEC mediante bomba 24h, NEI c/6h mediante bomba 1h.30 Pacientes (15NEC/15NEI) Hombres 70%, Apache II media: 18,77 (16,90-20,64) Edad media: 61,97 años (dt = 14,53) IMC medio de 29,02 IC95% (26,49-31,55). Ventilación mecánica 8,5 días. Estancia mediana 12 días (2/79), días de NE mediana 9 días (1-66) Diagnósticos: IRA 43,30%, shock séptico 6,7%, enfermedad neurológica 40%. AP DM: 23,3%. Causas de cambio de modalidad de administración (16,7%): Vómitos, 6,7%, sospecha ileo paralítico 3,3%,

diarrea 3,3%, ligero aumento de residuo gástrico 3,3%, No broncoaspiraciones. En el 76,7% ha alcanzado el objetivo calórico (OC). Análisis por grupos: Homogeneidad en cuanto a edad, relajantes, días de VM, AP de DM, diagnóstico, tipo NE, MNA, salvo para sexo (88,9% mujeres NEC vs. 11,1% NEI). Media de interrupciones de NEI 1,27 vs. 3,93 NEC. Tiempo en alcanzar el OC: 43,60 h NEI vs. 39,62 h NEC. Complicaciones: vómitos, 13,3% NEI vs. 26,7% NEC; diarrea: 26,7% NEI vs. 13,3% NEC; VRG > 500 cc único caso 6,7% NEC.

Conclusiones: Este pilotaje apoya la viabilidad del estudio y ayuda a completar la investigación alcanzando la muestra calculada. Los resultados coinciden con la ausencia de evidencia para apoyar un método u otro.

Financiación: Este estudio está parcialmente financiado con la subvención para ayudas a la investigación científica "Juan Carlos Izpisúa Belmonte" en la provincia de Albacete durante el año 2021, con una dotación económica de 1.500 €.

Palabras clave: Nutrición enteral. Cuidados críticos. Complicación. Estado nutricional. Métodos de alimentación.

ID18. INCIDENCIA DE COMPLICACIONES CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

M. Zapater Bas, M. Gelis Centeno y M. Aliaga Marsillach

Hospital de Terrassa.

Objetivos/Introducción: Debido a la creciente demanda de necesidad de utilización de catéteres centrales de inserción periférica (PICC), surge la necesidad de evaluar la incidencia de complicaciones derivadas de dichos dispositivos durante el periodo de enero 2022 a diciembre 2022. La utilización de catéter PICC puede presentar complicaciones como, bacteriemia, trombosis venosa profunda, flebitis, mal funcionamiento, autorretirada, punto inserción enrojecido, edema extremidad. Nuestro objetivo es evaluar las posibles complicaciones derivadas de la inserción y mantenimiento del catéter PICC en pacientes hospitalizados en nuestro centro.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron variables relacionadas con: antecedentes patológicos, tamaño de catéter, fármaco a adminis-

COMPLICACIONES CATÉTER PICC

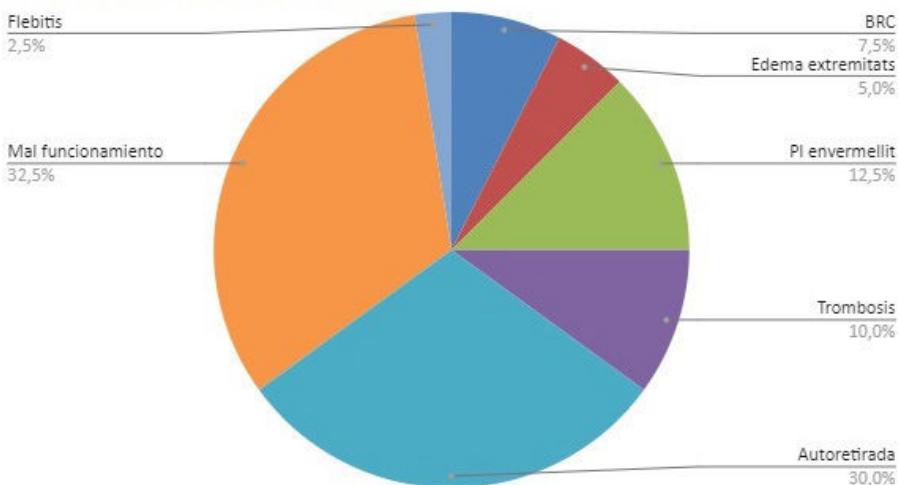


Figura Comunicación ID18

trar, tiempo medio utilización catéter, posición punta catéter, tasa de incidencia para cada una de sus complicaciones, número de catéteres retirados y sus causas.

Resultados/Intervenciones: Del total de peticiones que recibimos en nuestra unidad de accesos vasculares, el 69,8% (339) tienen criterio catéter PICC, de ellas el 71,7% son PICC 2 luces 5Fr. El tiempo medio utilización fue de 14,50 días, y hubo un total de 4.917 días de utilización. La tasa de incidencia de complicaciones fue del 8,1 por 1.000 días de utilización del catéter (40). Se autoretiró 2,44/1.000 días catéter (12) de los cuales 7 presentaban agitación. Mal funcionamiento 2,64/1.000 días catéter (13), 9 eran por obstrucción. Trombosis 0,81/1.000 días catéter (4), 2 pacientes presentaban patología neoplásica y 2 patología séptica. Punto inserción enrojecido 1,01/1.000 días catéter (5), BRC 0,61/1.000 días catéter (3), edema en extremidad 0,4/1.000 días catéter (2) y flebitis 0,2/1.000 días catéter (1).

Conclusiones: El catéter PICC es un dispositivo de acceso venoso con una baja tasa de complicaciones y presenta un tiempo medio de permanencia en torno a los 14 días. Sus indicaciones como la administración de terapia intravenosa > 6 días, ph 5 < o > 9, elevada osmolaridad > 600 mOsm/l, tratamiento multilumen supone una alternativa a los catéteres centrales yugular, subclavia y femoral.

Palabras clave: PICC. Catéter venoso central de inserción periférica. Complicaciones.

ID35. ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

P. Córdoba Reina, J. Serrano Aparicio, V. Díaz Teruel,
C. Álvarez Redondo, M.D.A. Murillo Pérez y S. Basildo Mateo

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos/Introducción: Evaluar el *burnout* y satisfacción laboral en los profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos en función del género en contexto de pospandemia por el SARS-CoV-2. El síndrome de *burnout* es considerado como el estrés laboral manifestado por malestar psíquico y emocional por una excesiva demanda de energía en el trabajo perjudicando a la calidad de los servicios prestados y afectando a la satisfacción laboral. Presentado más incidencia en profesionales sanitarios donde la proporción de mujeres es elevada y la pandemia ha provocado un aumento de dicho síndrome.

Metodología/Observación clínica: Diseño correlacional, transversal retrospectivo. Muestra conformada por 263 trabajadores sa-

nitarios de diferentes categorías pertenecientes al servicio de cuidados intensivos del H.U 12 de Octubre en el primer semestre del 2022. Las escalas empleadas fueron el Maslach Burnout Inventory (MBI) y la escala de satisfacción laboral de Warr Cook y Wall, así como un autoinforme elaborado para recoger las características sociodemográficas. Se realizó un análisis de correlación con las variables continuas, para analizar la diferencia de medias se usó la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis para aquellas variables que no seguían una distribución normal, y el estadístico t de Student y el análisis ANOVA para las variables que se ajustaban al criterio de normalidad.

Resultados/Intervenciones: Las mujeres representan la mayoría de la muestra (62%). Con respecto a los síntomas de *burnout* estas presentan niveles más elevados de desgaste emocional (DE) ($p = 0,021$) y de baja realización personal (RP) ($p = 0,000$). No se han hallado diferencias de género en ninguna de las dimensiones de satisfacción laboral. Enfermería peores datos de DE ($p = 0,000$) y RP ($p = 0,000$) que medicina.

Conclusiones: Se deberían establecer estrategias de prevención e intervención dirigidas a los profesionales con síntomas elevados de *burnout*, para mejorar la satisfacción con el trabajo así como la calidad asistencial, desde una perspectiva de género debido a la elevada presencia de mujeres.

Palabras clave: Burnout profesional. Cuidados críticos. Satisfacción laboral. Género. SARS-CoV-2.

ID57. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA CEFALEA EN TRABAJADORES DE UNA UCI

J.C. Muñoz Camargo, I. Vázquez Rodríguez Barbero,
A. Puebla Martín, M.P. Rubio Serrano, A.B. Aguirre Romero
y C. Carrero Ruiz

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos/Introducción: Entre los problemas de salud relacionados con el trabajo, destaca la cefalea como una manifestación de diversas enfermedades ocupacionales. La restricción de sueño, y la desincronización circadiana acaban teniendo diversas consecuencias en el trabajador. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia y tipo de dolor de cabeza en las distintas categorías de profesionales de una UCI.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional descriptivo y transversal realizado en una UCI durante el año 2022. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado con variables sociodemográficas y variables relacionadas con la

presencia y característica de la cefalea. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. El nivel de significación se estableció en una $p < 0,05$. El estudio se realizó de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica. Se cumple la normativa de la Ley Orgánica 3/2018 Protección de Datos Personales.

Resultados/Intervenciones: Según el análisis de la distribución de frecuencias la prevalencia de la cefalea en la población estudiada fue del 96%. (194) siendo superior en las mujeres, $p = 0,01$. El uso del equipo de protección personal (EPI) fue citado como un factor desencadenante en el 63,4% (128) de los cuestionarios analizados y el tratamiento farmacológico se utiliza por el 58,4 (118)% de esta población. Los antiinflamatorios son el tratamiento más utilizado. La migraña y la cefalea tensional son los tipos predominantes. La cefalea se acompañaba de náuseas, fotofobia, fonofobia y quinesofobia. El dolor es referido mayoritariamente como opresivo y de localización frecuente en las sienes. Para el 81,2% (164) el dolor disminuye su capacidad en el trabajo.

Conclusiones: Los datos muestran que la cefalea puede ser considerada como un importante problema de salud en los trabajadores perjudicando su capacidad laboral. Su considerable prevalencia requiere la necesidad de proyectos que tiendan a mejorar la salud del trabajador.

Palabras clave: Cefalea. Migraña. Salud laboral. Unidad de Cuidados Intensivos.

ID68. ESTADO DE LOS CARROS DE EMERGENCIAS EN ÁREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS DE HOSPITALES ESPAÑOLES: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

M. Maqueda Palau¹, M. Nadal Servera², S. Domínguez García³, C. de los Ángeles Orts⁴, J. Fernández Álvarez⁵, R. Escobedo Romero⁶, P. Nieto Pensado⁷, M.R. Zamora Arjona⁸, N. Martínez Cuellar² y C. Martorell Campins¹

¹Hospital Universitari Son Espases. ²SAMU 061 Illes Balears.

³Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ⁴Consorci Hospital General Universitari de València. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁶Hospital Universitario de Navarra.

⁷Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ⁸Hospital Clínico San Carlos, Universidad Europea.

Objetivos/Introducción: El equipamiento, control y mantenimiento del carro de emergencias (CE) es un indicador de calidad asistencial y buena práctica de seguridad del paciente. En la actualidad no existen recomendaciones científicas ni consensos profesionales para su distribución y equipamiento. El objetivo es identificar la variabilidad en la estructura y el material de los CE en áreas de cuidados críticos de hospitales españoles.

Metodología/Observación clínica: Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico. Participantes: unidades de cuidados intensivos (UCI), reanimación (REA) y urgencias (URG) de hospitales públicos y privados españoles. Recogida de datos: cuestionario *ad hoc* de 37 preguntas cerradas y 1 pregunta abierta, con 4 categorías: 1) variables sociodemográficas, 2) contexto situacional, 3) control/mantenimiento y 4) distribución/equipamiento (material). Análisis de datos: análisis estadístico de frecuencias (preguntas cerradas) y análisis cualitativo de contenido (pregunta abierta), mediante Microsoft Excel. Sin conflictos éticos ni fuentes financieras.

Resultados/Intervenciones: Se recogieron 120 encuestas, distribuidas entre UCI (87), URG (24) y REA (9). El 62,5% de las UCI eran polivalentes, con un promedio de camas de 18,1 ($\pm 10,1$). El 65% de los CE estaban precintados, y el 51,7% afirmaron revisar caducidades una vez al mes. El 80,8% utilizaban checklist y firma para su registro. El 100% disponían de adrenalina, atropina y amiodarona, el 60% respondió no disponer del medidor de capnografía y el 81,5% carecía de material de vía aérea difícil.

Conclusiones: Existe variabilidad en el control, mantenimiento, distribución y equipamiento de los CE. La mayoría disponen de los fármacos de primera línea recomendados para tratar la PCR pero presentan variabilidad en cuanto a componentes: fármacos, instru-

mental y material. La actualización de los CE debería estar acorde con las actuales recomendaciones de las guías de resucitación.

Palabras clave: Reanimación cardiopulmonar. Unidad de cuidados intensivos. Equipamiento. Carro de reanimación.

ID81. PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE LOS FAMILIARES EN LA SALA DE ESPERA DE LA UCI

M. Maqueda Palau

Hospital Universitari Son Espases.

Objetivos/Introducción: El ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede generar un gran impacto emocional y momentos de estrés en la familia. La espera hasta recibir información puede ser interminable y el espacio físico, puede percibirse como hostil. Objetivos: conocer y explorar las experiencias de los familiares y/o acompañantes en la sala de espera de UCI, detectar necesidades e identificar áreas de mejora.

Metodología/Observación clínica: Estudio cualitativo fenomenológico. Participantes: familiares y/o acompañantes de pacientes ingresados en la UCI reclutados mediante muestreo intencional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, posteriormente fueron transcritas y analizadas por todos los investigadores. Se identificaron códigos emergentes y se crearon categorías según agrupación de los códigos. Para garantizar el rigor metodológico, se triangularon los datos y reflexividad entre los investigadores durante todo el proceso.

Resultados/Intervenciones: La percepción de los familiares en la sala de espera se distinguió en tres grandes categorías: 1) Experiencia en la sala de espera, percibida como un espacio emocionalmente estresante, 2) Percepciones relacionadas con el diseño y espacio físico: describieron un entorno hostil, inhóspito y frío, con ausencia de calidez y falta de intimidad emocional, 3) Propuestas de cambio para mejorar la experiencia en la sala de espera, en la que enfatizaron equilibrar el diseño y confort y mejorar la gestión del tiempo de espera.

Conclusiones: La espera del familiar en la sala de espera de UCI se percibe como una experiencia estresante y llena de incertidumbre. Comparten un mismo espacio físico donde existe un desequilibrio de emociones y se percibe falta de intimidad emocional en situaciones de mayor vulnerabilidad. El espacio físico de la sala de espera puede generar un impacto negativo a los familiares. Se necesitan crear espacios emocionales y adaptaciones arquitectónicas para mejorar la experiencia del familiar en la sala de espera de UCI.

Palabras clave: Diseño basado en la evidencia. Unidad de cuidados intensivos. Sala de espera. Diseño cualitativo. Pensamiento del diseño.

ID86. CONOCIMIENTOS DEL PROTOCOLO DE DISFAGIA ENTRE EL PERSONAL DE UNA UCI POLIVALENTE

L.D.P. Armas Navarro, Y.G. Santana Padilla, M. Ramos Díaz, F. Hernández García, O. Perera Tejera, J.J. Blanco López, J. Rico Rodríguez y L. Santana Cabrera

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil.

Objetivos/Introducción: La disfagia se describe en distintos estudios como un problema importante en la población de pacientes críticos. La implementación de medidas tempranas de cribado, prevención y tratamiento se encuentran apoyadas por distintos estudios. Evaluar los conocimientos del personal sanitario tras la implementación de un protocolo de detección de la disfagia en el paciente crítico.

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado. El muestreo fue consecutivo entre el personal sanitario adscrito a una unidad de Cuidados Intensivos polivalente de adultos del Complejo Universitario Hospital Insular Materno Infantil. El cuestionario fue desarrollado por los autores en formato de 15 preguntas tipo test de 4 opciones

Tabla Comunicación ID86

Frecuencia de respuestas correctas e incorrectas

Pregunta (n = 107)	Correcto		Incorrecto	
	n	%	n	%
1. La mejor posición para dar de comer a un paciente es:	39	36,4	68	63,6
2. Elige el alimento que crees que es más seguro para los pacientes con dificultad para tragar	100	93,5	7	6,5
3. La mejor posición para dar de comer a un paciente encamado para evitar el riesgo de broncoaspiración ha de ser:	60	56,1	47	43,9
4. Mientras el paciente come:	100	93,5	7	6,5
5. Los sabores y el aspecto de los alimentos a ofrecer:	1	0,9	106	99,1
6. A la hora de dar de comer a un paciente con dificultad en la deglución	97	90,7	10	9,3
7. Los problemas más importantes que puede presentar un paciente con dificultad en la deglución es:	91	85,0	16	15,0
8. No es un signo de que el paciente pudiera presentar dificultad para tragar	52	48,6	55	51,4
9. Si un paciente presenta dificultad para tragar se ha de comenzar aportando alimentación, señale la opción correcta:	37	34,6	70	65,4
10. Cuando un paciente con traqueostomía controla la deglución, se le dará de comer con:	85	79,4	22	20,6
11. La posición ideal que debe adoptar el cuello del paciente a la hora de comer Wsi hay riesgo de disfagia o dificultad para tragar es:	89	83,2	18	16,8
12. Tras finalizar la comida: (posición)	38	35,5	69	64,5
13. En pacientes extubados recientemente: (inicio de la alimentación oral)	91	85,0	16	15,0
14. Señala la opción correcta: (sobre la textura de la alimentación)	55	51,4	52	48,6
15. Son signos de disfagia mientras el paciente come, señala la opción correcta:	93	86,9	14	13,1

donde sólo una era correcta. El periodo de recolección fue octubre-noviembre 2022. Los datos fueron analizados en frecuencia y porcentaje, además de análisis bivariante: t Student y chi-cuadrado. El estudio contó con la aprobación del comité de ética del centro.

Resultados/Intervenciones: Fueron reclutados 107 trabajadores, siendo el 65,4% mujeres (n = 70) y el 51,4% enfermeras (n = 55). El 53,3% de la muestra había tenido algún evento adverso o incidente a sus pacientes relacionados con la disfagia. Las respuestas se engloban en la tabla 1. Hubo diferencias significativas en los ítems 6-8 de $p = 0,019$ y $0,000$, a favor de las enfermeras y los médicos respectivamente. Existiendo una mejor tasa de respuestas del personal con menor experiencia en UCI (< 10 años) en el ítem 3 ($p = 0,019$) y al contrario (> 10 años) en el ítem 13 ($p = 0,013$).

Conclusiones: Se debe insistir en los modelos de formación empleados, sobre todo en aquellos conocimientos con un conocimiento menor al 80% de los trabajadores. Por tanto, 7 ítems precisan de una mejor formación a los profesionales.

Palabras clave: Trastornos de deglución. Cuidados críticos. Educación continua. Unidades de Cuidados Intensivos. Práctica clínica basada en la evidencia.

ID95. EL SISTEMA DE TRIAJE “EMERGENCY SEVERITY INDEX” (ESI) APlicado EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: ANALIZANDO SU UTILIDAD PRÁCTICA

J.J. Rodríguez Mondéjar¹ y A. Álvarez Sarrión²

¹UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Región de Murcia. SMS. Facultad de Enfermería UMU. IMIB Arrixaca. ²Hospital de la Vega Baja. Orihuela. SVS.

Objetivos/Introducción: El triaje realizado por enfermería en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) debe ser fiable para asegurar la atención adecuada, no demorar esperas e implique la utilización adecuada de los recursos humanos, materiales y otros (pruebas complementarias). En este estudio de campo se utilizó el Emergency Severity Index (ESI). El objetivo consistió en valorar la eficacia del sistema de triaje ESI, y si encuadra adecuadamente la complejidad/gravedad del caso.

Metodología/Observación clínica: Tipo de estudio: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Muestra: selección aleatoria en los boxes de clasificación. Temporalidad: Primer cuatrimestre del 2022. Desarrollo: La valoración del nivel inicial de gravedad fue realizada por 6 enfermeros/as expertos/as en triaje, y el nivel final de gravedad fue clasificado por un único enfermero experto que desconocía la valoración hecha a su recepción en SUH. Estadística: con IBM SPSS Statistics v23, realizando análisis descriptivo media, DE y máximo-mínimo de variables cuantitativas, frecuencias- porcentajes para cualitativas. Inferencia estadística con chi cuadrado y test de correlación de Pearson, significación estadística con $p < 0,05$. Normas éticas y de protección de datos: se aplicaron según normativa vigente.

Resultados/Intervenciones: Se han incluido un total de 136 pacientes. El nivel de gravedad se clasificó en 5 niveles siguiendo el algoritmo de triaje ESI. La gravedad inicial media fue 3,13 DE 0,7 (1-5) y la final 3,24 DE 0,6 (2-5). Entre ambos grupos existió diferencia significativa ($p = 0,00$) y una correlación positiva de 0,58 en sentido de menor gravedad. Se observó una buena correlación entre el nivel inicial de gravedad y el final.

Tabla Comunicación ID95

Porcentaje de casos clasificados según el nivel de gravedad inicial asignado en el triaje y tras la emisión del diagnóstico final

Nivel de gravedad	Inicial (%)	Final (%)
1	0,7	0
2	16,2	11
3	53,7	55,9
4	28,7	31,6
5	0,7	1,5

Conclusiones: Los resultados indicaron una tendencia a sobreestimar el nivel de gravedad en la fase de triaje inicial. Se obtuvieron diferencias significativas del nivel de gravedad inicial y final de los pacientes que acuden al SUH, una vez estudiado el caso en urgencias

Financiación: No ha habido financiación, ni ayuda económica de ningún tipo.

Palabras clave: Triage. Urgencias hospitalarias. Seguridad del paciente. Nivel de gravedad. Clasificación de pacientes.

ID98. NECESIDAD DE INCLUIR LA FOTOPROTECCIÓN EN LOS PROTOCOLOS DE SALIDAS AL EXTERIOR DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS

A. Granado García, M. de Antonio-Cuscó, C. Mestre Somoza, J. Mateu-de Antonio, F. Vela Cano, F.J. Parrilla Gómez, A. Castellví-Font, P. Pérez-Terán, J. Masclans Enviz y D. Ruiz Sánchez

Hospital del Mar de Barcelona.

Objetivos/Introducción: La enfermería intensiva se enfrenta al reto de adaptar las prácticas clínicas a nuevos escenarios para humanizar los cuidados. Las salidas al exterior de la unidad de cuidados intensivos (UCI) benefician la recuperación y salud mental de los/las pacientes con estancias prolongadas. Sin embargo, la radiación solar (RS) puede producir eventos adversos sobre el paciente y fotoestabilidad de los medicamentos. Objetivo: incluir dentro del protocolo de paseos al exterior de la UCI medidas de fotoprotección adecuadas para evitar reacciones adversas y/o fotoestabilidad de los fármacos derivadas de la exposición a la RS.

Metodología/Observación clínica: El Servicio de Farmacia de nuestro centro, obtuvo información sobre fotoestabilidad y toxicidad de los principales medicamentos empleados en UCI. Se analizó la información obtenida de la ficha técnica del fármaco, ASHP® *Injectable drug information*, base de datos SIDER® 4.1, STABILIS® y Lexicomp® Online™. Las reacciones adversas se clasificaron en muy frecuentes (> 10%), frecuentes (1-10%), infrecuentes (0,1-1%) y de rara incidencia (0,01-0,1%).

Resultados/Intervenciones: Con la información sobre fototoxicidad y fotoestabilidad obtenida se elaboró un protocolo y un algoritmo de actuación, que se incluyó dentro del protocolo de salidas al exterior de nuestra unidad (fig.). Previamente a la salida, el Servicio de Farmacia realiza un análisis de la medicación prescrita al paciente (considerando también fármacos no activos con larga semivida o de liberación prolongada) para identificar aquellos con riesgo potencial de generar efectos adversos, así como la administrada durante la salida cuya estabilidad fisicoquímica pueda alterarse con la RS.

PASEOS Y FOTOPROTECCIÓN: "el lado oscuro del sol"

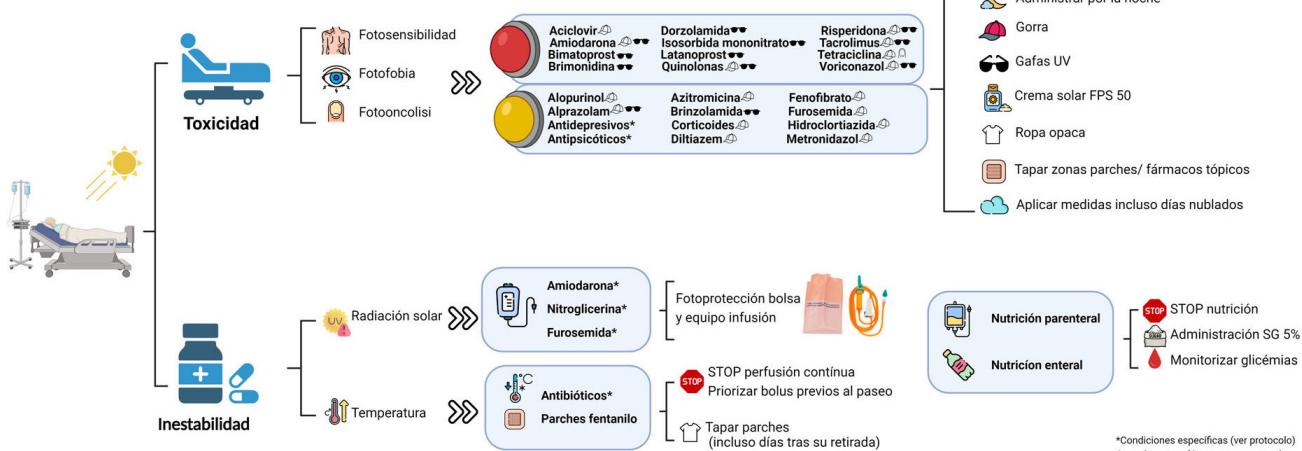


Figura Comunicación ID98

centradas exclusivamente en emociones. Debe prestarse gran importancia al apoyo social y familiar ya que permiten un manejo más adecuado de emociones, ayudando a incrementar las habilidades adaptativas del paciente.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento. Afrontamiento. Percepción. Experiencia. Calidad de vida. Trasplante cardíaco.

ID102. ANÁLISIS DE LAS INTERRUPCIONES DURANTE LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES ENFERMERAS EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

M.J. Fraile Mera, M.D.A. Murillo Pérez, C. López López, S.A. Torrente Vela, B. Hernández Iglesias y A.I. Fernández Herranz

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos/Introducción: Las interrupciones durante la realización de intervenciones enfermeras constituyen un factor que puede comprometer la seguridad del paciente. Analizar la percepción de interrupciones durante la realización de intervenciones enfermeras en el turno de trabajo. Identificar medidas de mejora que minimicen estas interrupciones.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional descriptivo realizado en diciembre 2022-enero 2023. Se envió cuestionario electrónico entre l@s enfermer@s del área de cuidados críticos: UCI trauma-Emergencias (UCITE), UCI Polivalente (UCIP), UCI Coronarias (CORO), Reanimación (REA) y UCI Cardiológica (UCIC). Variables estudiadas: demográficas, entorno laboral (unidad, experiencia en cuidados críticos, turno de trabajo precumplimentación), interrupciones (percepción si/no, frecuencia, intervenciones enfermer@, transferencia información), propuestas de mejora. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico, y las cualitativas como frecuencia absoluta y relativa. Significación para $p < 0,05$.

Resultados/Intervenciones: Cumplimentaron el cuestionario 136 enfermer@s, tasa de cumplimentación global 54%, UCITE 32 (82%), UCIP 47 (73%), CORO 17 (58%), REA 30 (50%), MICA 9 (15%). Mediana de edad 38 años, rango intercuartílico (29-44); mujeres 102 (75%); experiencia en cuidados críticos > 10 años 52 (38%), 1-5 años 44 (33%), > 5-10 años 32 (24%), < 1 año 7 (5%); turno de trabajo precumplimentación: mañana 44 (32%), tarde 64 (47%) y noche 26 (19%). Percibieron interrupciones 107 (79%) enferme@s, ≥ 3 interrupciones 96 (71%), durante cambio de turno de última semana ≥ 3 interrupciones 86 (63%). No se encontró diferencia significativa entre unidad, edad, sexo, experiencia laboral, turno y percepción de interrupción. Intervenciones con mayor percepción de interrupción: preparación de medicación y cumplimentación registros 68 (50%), transferencia de información, revisión prescripción 66 (49%). Medidas de mejora identificadas: registros informatizados, mayor intimidad para familias y pacientes, mejor infraestructura y distintivo que identifique no interrupción.

Conclusiones: La percepción de interrupción durante la realización de intervenciones enfermeras es muy elevada. Se necesitan estrategias de mejora para minimizar dichas interrupciones y garantizar la seguridad de nuestras intervenciones.

Palabras clave: Cuidados enfermería. Cambio de turno. Cuidados críticos. Interrupciones.

ID105. ESTRATEGIA TECNOLÓGICA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: IMPLEMENTACIÓN DE UN CATÁLOGO DE GUÍAS RÁPIDAS CON CÓDIGO QR

M. García Arias, A. González Aguña, R. Bellido Duque, A. Gómez Álvarez, S. González Ruiz, E. Lamas Martínez, B.E. Luca, R. de Paz Casado e I. Ranera Medina

Hospital Universitario del Henares.

Objetivos/Introducción: Los cuidados enfermeros brindados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) requieren de un alto desa-

rrollo competencial que integran un extenso abanico de conocimientos, habilidades, así como de los dispositivos y equipos sanitarios empleados. La falta de conocimiento y destreza sobre dispositivos y equipos sanitarios genera incertidumbre en el profesional, así como redundante en la calidad del servicio prestado y en la seguridad del paciente. El objetivo es generar un catálogo de guías rápidas de los dispositivos y equipos sanitarios de UCI con vinculación a códigos QR para la mejora de la calidad de la atención en cuidados y seguridad del paciente.

Metodología/Observación clínica: El desarrollo se integra en siete fases: 1. Presentación del proyecto 2. Publicación del modelo de guía rápida 3. Creación de grupos de trabajo 4. Elaboración y validación guías rápidas de todos los dispositivos y equipos sanitarios de UCI 5. Elaboración de un video breve de demostración práctica asociada a cada guía rápida. 6. Generación de los códigos QR asociados a cada guía rápida - video. 7. Difusión en la plataforma formativa del hospital de los videos y el catálogo de guías rápidas entre los profesionales.

Resultados/Intervenciones: Se han elaborado 28 guías rápidas que incluyen un código QR asociado a los videos de cada una de las guías. Además, ya está en marcha la fase de difusión externa a la UCI y están publicando los videos a modo de píldoras formativas pueden ser consultados por el resto de los profesionales del hospital ya que parte de las guías son aplicables a otras unidades. Agrupadas en: 1. Hemodinámica. 2. Ventilación-Perfusión. 3. Nefrourinario. 4. Equipos de infusión.

Tabla Comunicación ID105

Guías rápidas aparataje UCI

Hemodinámica	Sistema de compresión neumática intermitente ProAQT PULSION® Monitor A-2000 BIS LIDCO RAPID® PICCO® Marcapasos Transitorio Pulsioxímetro Nellcor Puritan Bennett N-180 Motor y Manta Térmica
Ventilación - perfusión	Puritan Bennett® 840 y 980 Hamilton® C1, C3 y C6 Transporte: Monnal®T60 y Mindray® V300 y V600 Videolaringoscopio Storz® Pulmovista® Timpel® Extracción de CO2 (PROLUNG®) Gafas nasales de Alto Flujo (GNAF) Aerogen®/Aeroneb® PLEUR-EVAC ®
Nefrourinario	Aquarius® y Aquarius® Citrato PCA Jeringa Volumétrica doble canal Nutrición enteral

Conclusiones: Se ha creado un catálogo de guías rápidas para todo el personal de la UCI, de nueva incorporación, alumnos y con la participación de todos los profesionales de la unidad y generado unas píldoras formativas accesibles al resto del hospital.

Palabras clave: Calidad. Seguridad y formación.

ID106. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN CHECKLIST PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES MEDIANTE SIMULACIÓN. ESTUDIO DELPHI

M. Raurell-torredà¹, A.M. Aliberch Raurell², F.J. Sánchez Chillón³, M. Torralba Melero⁴, A. Rojo Rojo⁵, I. Zaragoza García⁶, M. Farrés Tarafa⁷ y O. Arrogante Maroto⁶

¹Universitat de Barcelona. ²Hospital Clínic de Barcelona. ³Centro Simulación Hospital 12 de Octubre de Madrid. ⁴Hospital General de Albacete. ⁵Universidad Católica de Murcia. ⁶Universidad Complutense de Madrid. ⁷Campus Docent Sant Joan de Déu de Barcelona.

Objetivos/Introducción: La metodología docente de la simulación es óptima para la formación en medidas de prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NVM) y bacteriemia relacionada con catéter (BRC). Diseñar, elaborar y validar un nuevo instrumento, al que hemos llamado NEUMOBACT, para evaluar conocimientos y habilidades de enfermeras de unidades de cuidados intensivos (UCI) en la prevención de la NVM y BRC mediante escenarios de simulación: estaciones catéter venoso central (CVC), aspiración de secreciones (AS) y cuidados al paciente con ventilación mecánica (CP).

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo de carácter métrico para la elaboración y análisis de la validez de contenido y facial de NEUMOBACT. La primera versión se realizó conforme a los contenidos actuales de los módulos formativos (NEUMOBACT-1) y se realizaron rondas Delphi para evaluar la relevancia de los ítems con expertos en medidas de prevención de NAV y BRC obteniendo NEUMOBACT-2 y con expertos en la metodología de la simulación para evaluar la factibilidad obteniendo NEUMOBACT-3. El criterio para definir un nivel de consenso en cuanto a relevancia y factibilidad se obtuvo evaluando medias (escala Likert de 0 a 4). Se realizó una prueba piloto con 30 enfermeras de UCI para evaluar la aplicabilidad del instrumento en la práctica clínica de las UCI.

Resultados/Intervenciones: De los ítems iniciales de NEUMOBACT-1 (20 para CVC, 29 para AS y 30 para CP) después de 2 rondas Delphi con expertos en infecciones y 4 rondas Delphi con expertos en simulación, y la prueba piloto con 30 enfermeras de UCI, el instrumento NEUMOBACT-FINAL quedó constituido con 17, 26 y 21 ítems respectivamente para CVC, AS y CP.

Conclusiones: El instrumento NEUMOBACT-FINAL es útil y valido para la evaluación de enfermeras de UCI en los conocimientos y habilidades necesarios para la prevención de NVM y BRC mediante simulación.

Financiación: Beca 2021 de la Sociedad Española de Simulación y Seguridad de Pacientes (SESSEP) para proyectos de investigación relacionados con la Simulación Clínica

Palabras clave: Seguridad del paciente. Simulación. Infecciones relacionadas con catéter. Neumonía asociada a ventilador. Estudio de validación.

ID121. APRENDIENDO A VALORAR AL PACIENTE CRÍTICO UTILIZANDO LA REALIDAD VIRTUAL: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA

C. Moreno Mulet¹, P. García Pazo¹, A. Pomar Forteza¹, A.L. Carrero Planells¹ y S. Pol Castañeda²

¹Universitat Illes Balears. ²UCI Hospital Son Llátzer.

Objetivos/Introducción: El cuidado enfermero de un paciente crítico requiere de una preparación específica. La realidad virtual (RV) puede ayudar a preparar al alumno para la valoración enfermera al paciente crítico. Los objetivos fueron: evaluar la utilidad percibida por parte de los estudiantes de grado de la incorporación

de la RV como herramienta docente en la valoración enfermera del paciente crítico y su satisfacción con dicha metodología

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo transversal realizado en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares durante el curso 2022 con alumnos de tercer curso. Se diseñó un entorno para una inmersión de RV en el que se presenta una situación de un paciente crítico conectado a ventilación mecánica y su familiar. Los alumnos debían hacer una valoración clínica e identificar los problemas relevantes y las intervenciones prioritarias. Una vez finalizada la actividad, se administró una encuesta para evaluar la percepción de autoeficacia en la adquisición de competencias del proceso de atención enfermera y su satisfacción con dicha metodología. Se ha realizado un análisis estadístico de frecuencias y porcentajes.

Resultados/Intervenciones: Responden un total de 111 estudiantes de los cuales 86,8% no tenían experiencia previa en UCI. Valoran muy positivamente la VR para aprender el proceso de atención enfermera, destacando la necesidad de higiene de la piel y mucosas (75,6%), movilidad (74,7%) y atención a la familia (70,2%), así como, la comprensión de la tecnología terapéutica que precisa (74,8%). El 96% de los alumnos consideran que la RV mejora su motivación en el aprendizaje de los cuidados del paciente crítico.

Conclusiones: La RV ha facilitado la inmersión de los alumnos en un entorno desconocido como la UCI, resultando útil para la valoración de las necesidades básicas del paciente y familiares. Además, les resulta motivante en el aprendizaje del proceso de atención enfermera.

Financiación: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Baleares (230CER22). Este proyecto fue subvencionado por el Instituto de Investigación e Innovación Educativa (IRIE) de la UIB, con referencia (PID212243). El financiador no tuvo ningún papel en el diseño del estudio; en la recopilación, análisis o interpretación de datos; en la redacción del manuscrito; o en la decisión de publicar los resultados. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Palabras clave: Realidad virtual. Valoración enfermera. Valoración del paciente crítico. Unidades de cuidados intensivos. Docencia enfermera. Metodología docente.

ID124. RED DE OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS SEGÚN ESTRATEGIA MULTIMODAL DE LA OMS. UNA HERRAMIENTA DE SEGURIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

M. García Iglesias, S. Chacón Alves, M.J. Frade Mera, M.D.A. Murillo Pérez, E. de la Vera Arias, M.D.L.D. Quintana Estellés, A. Sánchez Castillo, S. Torrente Vela y M. Catalán González

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos/Introducción: La higiene de manos (HM) es pilar fundamental de los “Proyectos Zero” (PZ). Imprescindible implementar herramientas que favorezcan el cumplimiento de esta práctica segura. Objetivo: Instaurar una herramienta para incrementar adhesión al cumplimiento de HM en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Metodología/Observación clínica: Proyecto conjunto entre SMI y Servicio de Medicina Preventiva del HU120. El SMI consta de 3 UCI con referentes médicos, enfermeros y TCAE de los PZ. Creación de “Red de Observadores de HM”, mediante formación de referentes. Primer viernes de cada mes observación cruzada en 3 UCI. Los observadores identificados, realizan 20-30 minutos de observación/hora, con feedback al finalizar turno. Se utiliza un aplicativo para registrar observaciones por categorías e indicación.

Resultados/Intervenciones: El Proyecto comenzó en abril de 2018; fue suspendido por la pandemia (febrero 2020-octubre 2021). Actualmente hay 31 observadores. A 31 diciembre 2022 disponemos de 13.447 observaciones con un cumplimiento global del 62%, pre-

dominando HM con solución hidroalcohólica > 50%. Desde 2018 a 2020 se observó un incremento del cumplimiento global del 22,5%. Sin embargo, en 2022 volvimos a los niveles previos al proyecto. Por categorías DUE y TCAE tienen mayor número de oportunidades (42 vs. 16%), MIR (10%), celadores (8%) y médicos especialistas intensivos (6%). El momento de menor adherencia es “antes de técnica aséptica” < 50% y el de mayor es “después del paciente” > 85%. Desde noviembre-2021 se analizan 238 técnicas asépticas sin HM: 40% administración de medicación vía parenteral; 20% aspiración de secreciones bronquiales; 12% manipulación de catéter vascular central y 9% extracción de analíticas.

Conclusiones: Aunque los resultados obtenidos no son los deseables, es una herramienta de trabajo que favorece la seguridad de nuestros pacientes. La pandemia ha influido negativamente en los buenos hábitos adquiridos en nuestras UCI. Es necesario invertir recursos en incrementar la adhesión a la HM en nuestras UCI. La Red de Observadores es ejemplo de ello.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Prácticas seguras. Higiene de manos. Observador. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

ID132. HEARTMATTE III ALTERNATIVA CLARA AL TX CARDÍACO. A PROPÓSITO DE UN CASO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

P. Bazán Báez, C. Marín Castaño, R. Muriana Jiménez, E. Sánchez Payán y M.I. González Méndez

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos/Introducción: La elección de este caso se debió a la relevancia que supone el implante de estos dispositivos para prolongar y mejorar la calidad de vida en personas con IC terminal que no pueden ser candidatos a un Tx de corazón. El objetivo es elaborar un Plan de Cuidados individualizado, destinado a un paciente en el postoperatorio inmediato del implante de una asistencia ventricular izquierda permanente HeartMatelll, como terapia de destino durante su estancia en la unidad de cuidados Intensivos.

Metodología/Observación clínica: Paciente de 68 años con los siguientes antecedentes personales de interés: Hipertensión, dislipemia y diabetes tipo 2 como factores de riesgo cardiovascular.

Tabla 1 Comunicación ID132

Plan de cuidados individualizado al ingreso

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)
00004 Riesgo de infección	1842 Conocimiento: control de la infección	6550 Protección contra las infecciones
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3540 Prevención de úlceras por presión
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	0410 Permeabilidad de las vías respiratorias	3180 Manejo de las vías aéreas artificiales
00146 Ansiedad	1402 Autocontrol de la ansiedad	7140 Apoyo a la familia 5820 Disminución de la ansiedad

Tabla 2 Comunicación ID132

Problemas de colaboración (PC)	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)
Dolor agudo	2102 Nivel del dolor: Gravedad del dolor observado	1400 Manejo del dolor agudo
Deterioro del intercambio gaseoso	0403 Estado respiratorio: Ventilación	3390 Ayuda a la ventilación. 3320 Oxigenoterapia
Infección	1842 Conocimiento: control de la infección 1102 Curación de la herida por primera intención	6550 Protección contra las infecciones 6540 Control de infecciones

Tabla 3 Comunicación ID132

Complicaciones potenciales (CP)	Resultados de Enfermería (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)
Riesgo de Sangrado	0413 Severidad de la pérdida de sangre 0409 Coagulación sanguínea	4010 Prevención de hemorragia 6650 Vigilancia
Riesgo de perfusión cerebral ineficaz	0406 Perfusión tisular cerebral	2620 Monitorización neurológica 2550 Mejora de la perfusión cerebral
Riesgo de desequilibrio electrolítico	0601 Equilibrio hídrico. 0606 Equilibrio electrolítico	2080 Manejo de líquidos/electrolitos
Riesgo de disminución del gasto cardiaco	0400 Efectividad de la bomba cardíaca	4260 Prevención del shock. 4044 Cuidados cardíacos
Derivadas del funcionamiento del LVAD (HeartMate III) (Vasoplejia, taponamiento cardíaco, FVD, Problemas LVAD)		4064 Cuidados circulatorios: Dispositivos de ayuda mecánica 7880 Manejo de la tecnología

ERC estadio G3b. Adenocarcinoma de Próstata T2aNOM0, Gleason 6 (3+3). Miocardiopatía dilatada no isquémica (enfermedad arterial coronaria concomitante) con disfunción sistólica severa FEVI 20%. Cardiopatía isquémica con enfermedad de dos vasos (ADA y Cx) revascularizada de forma percutánea. Portador de DAI en prevención secundaria (2019) FA permanente anticoagulado, insuficiencia mitral severa con mitraclip (2021) Clase funcional NYHA II-III. Categoría IV INTERMACS. Ingresó en UCI tras implante de LVDA tipo HeartMate III como terapia destino (21/12/22) Se realizó valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se elaboró plan de cuidados según taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Resultados/Intervenciones: En la valoración de enfermería realizada al ingreso en UCI, encontramos los siguientes patrones alterados: Percepción-manejo de la salud, Nutricional-metabólico, Eliminación, Actividad-ejercicio, Sueño-descanso, Cognitivo-perceptual, Autopercepción-autoconcepto. Esto ha conducido a seleccionar los diagnósticos de enfermería propios del paciente crítico y aquellos específicos de estos dispositivos, así como los problemas de colaboración (tabla).

Conclusiones: La complejidad de pacientes con dispositivos de asistencia circulatoria mecánica precisa un alto nivel de competencias para brindar una asistencia de calidad y unos estándares de seguridad y seguir estando a la vanguardia de los cuidados en estos nuevos pacientes. Para ello es indispensable disponer de un plan de cuidados estandarizados que facilite y unifique el trabajo enfermero.

ID135. EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO ELECTRÓNICO DE LOS CUIDADOS ENFERMERO

M. Buscarons Alcázar, F. Pérez Moreno, A. Navarro Agruña, E. Carrillo Santín, L. Santamaría Ramírez, M. Secanella Martínez, A. Toro Iñiguez, L. Martí Hereu, N. Simón Navarro y C. Quiñoa Salanova

Hospital Universitario Parc Taulí.

Objetivos/Introducción: Digitalizar el registro de cuidados enfermeros favorece la estandarización de los procesos, mejorando la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Conocer la experiencia del equipo de enfermería de un área de críticos (A-Críticos) respecto a la implantación y el registro de cuidados enfermeros en un programa informático.

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo prospectivo y transversal, realizado en un A-Críticos polivalente de adultos de un hospital universitario. Población estudiada: Todos las enfermero/as y técnicos auxiliar en curas enfermería (TCAES) del A-Críticos. Criterios inclusión: enfermeras/os y TCAES que estuvieran desde el inicio y 6 meses posteriores a la implantación del programa informático Centricity™ High Acuity Critical Care (P-CHA). Haber recibido formación sobre el manejo P-CHA. P-CHA tuvo cinco etapas: 1. Marzo 2021-febrero 2022. Diseño y perfeccionamiento. 2. Marzo 2022. Formación. 3. Marzo 2022. Implementación. 4. Abril/mayo 2022. Formación refuerzo. 5. Marzo 2022-actualidad. Seguimiento registros. Octubre 2022 realización encuesta. Variable: experiencia con el P-CHA. Recogida a través un cuestionario ad hoc (anónimo y voluntario). Consta de ocho ítems en escala tipo Likert (de 0 a 10, peor y mejor respectivamente) y datos sociodemográficos. Variables expresadas mediante frecuencia y porcentaje. Análisis estadístico: Programa SPSS 20.1.

Resultados/Intervenciones: Se recogieron 64 (71,1%) cuestionarios del total de 90 profesionales (52 enfermero/as, 12 TCAES) Media edad: 43 años. Respuestas más relevantes: 59,4% Están satisfechos con P-CHA. Puntuación $\geq 6/10$ 67,2% No volvería a utilizar la historia clínica en formato papel. 59,5% Mejora la seguridad del paciente. 62,5% Mejora registros y planificación del cuidado. 72% Considera una sobrecarga de trabajo.

Conclusiones: Equipo de enfermería muestra un alto grado de satisfacción a los seis meses de implantación del P-CHA. Mayoritariamente opinan que supone una mejora en la calidad de registros enfermeros y no volvería al registro de papel, aunque expresan tener un incremento en las cargas de trabajo.

Palabras clave: Registro electrónico. Digitalización. Enfermería digitalizada.

ID137. CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE UNA ASISTENCIA VENTRICULAR DE CORTA DURACIÓN IMPELLA CP COMO PUENTE A LA RECUPERACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M.J. Ruiz Fuentes y B. Romanos Calvo

Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos/Introducción: El dispositivo de asistencia ventricular izquierda de corta duración, IMPELLA CP, es una bomba axial de flujo continuo que, atravesando la válvula aórtica, impulsa la sangre directamente del ventrículo izquierdo hacia la aorta ascendente. El implante convencional es por acceso femoral, sin embargo, en nuestro caso clínico el acceso fue transaxilar con abordaje quirúrgico. El objetivo planteado es proporcionar un plan de cuidados de enfermería a un paciente portador de asistencia ventricular de corta duración tipo IMPELLA.

Metodología/Observación clínica: Paciente de 67 años que ingresa el 5/11/2022 a la UCI de cirugía cardiaca del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en situación de shock cardiogénico en EAP tras realizar angioplastia con colocación de Stent en DA proximal media y necesidad de apoyo hemodinámico con BCIAo. A las 10h de ingreso, tras persistir situación de shock cardiogénico, se le coloca una asistencia ventricular de corta duración IMPELLA CP. Tras mejorar hemodinámicamente, el 7/11/22 se retira BCIAo y el 10/11/22 se realiza destete progresivo de los flujos de la asistencia y se retira IMPELLA en quirófano.

Resultados/Intervenciones: Se aplicó el proceso enfermero y plan de cuidados personalizados. NANDA: 00004 Riesgo de infección relacionado con procesos invasivos. NIC: 6540 Control de infecciones NOC: 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso NANDA: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. NIC: 3500 Manejo de presiones. NOC: 1942 Control del riesgo: herida por presión (úlcera por presión).

Conclusiones: Las asistencias circulatorias son dispositivos que requieren unos cuidados complejos para el personal de enfermería por lo que realizar un plan de cuidados estandarizados para este tipo de pacientes mejora la calidad y seguridad en los cuidados por parte del equipo de enfermería.

Palabras clave: IMPELLA. Insuficiencia cardiaca. Enfermería de Cuidados Críticos. Unidades de Cuidados Intensivos.

ID138. PROGRAMA DE RESPUESTA RÁPIDA (SRR) Y CUIDADOS POS-UCI

G. Leiva Aguado, F. Álvarez Cebrián y A. Castellano Ortega

Hospital La Fe.

Objetivos/Introducción: El envejecimiento de la población, las comorbilidades, se traduce en un incremento de la complejidad de los pacientes ingresados en los hospitales. También, los avances en el tratamiento y cuidado del paciente crítico han incrementado la supervivencia tras el alta de la unidad de cuidados intensivos. Objetivos: Asegurar cuidados de calidad a todos los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización mediante la vigilancia, seguimiento y anticipación al deterioro clínico grave. Colaborar con el personal de planta de hospitalización en la identificación, atención y seguimiento de pacientes con deterioro o riesgo de deterioro agudo durante su estancia hospitalaria. Prevenir, tratar y minimizar el síndrome pos-UCI.

Metodología/Observación clínica: El programa lo constituye personal de cuidados intensivos, médico y enfermeras que responden a llamadas del personal de hospitalización tras la detección de pacientes en riesgo y proporcionan un Seguimiento en cuidados del paciente de estancia prolongada en UCI tras alta a hospitalización y domiciliaria para la adecuada atención y seguimiento del síndrome pos-UCI.

Resultados/Intervenciones: Respuesta coordinada y efectiva de colaboración con el personal de hospitalización en la identificación, atención y seguimiento de pacientes con deterioro o riesgo de deterioro agudo. Incorporación de cuidados más especializados en hospitalización. Acompañamiento con soporte emocional a paciente y familia en la transición a cuidados intensivos. Evaluación de necesidades de pacientes de larga estancia en UCI. Medidas de prevención síndrome pos-UCI. Acompañamiento al alta de UCI en la transición de cuidados enfermeros, a hospitalización. Educación en salud a paciente y cuidador principal. Elaboración plan cuidados. Seguimiento tras alta hospitalaria. Formación en cuidados especializados a personal de hospitalización.

Conclusiones: Nuestro programa proporciona un Seguimiento multidisciplinar del paciente durante estancia hospitalaria y tras alta domiciliaria, para la adecuada atención y seguimiento del síndrome post-UCI, facilitando y colaborando en la oportuna integración sociofamiliar del paciente y su familia.

Palabras clave: Cuidados intensivos. Síndrome pos-UCI. Deterioro.

ID144. PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL PACIENTE CRÍTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

M.D.P. González Pascual, J. Escobar Lavela
y M.D.C. Martín Gigorro

Hospital Universitario del Sureste.

Objetivos/Introducción: En determinadas situaciones los pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos precisan de aplicación de la contención mecánica para evitar la autorretirada de dispositivos y otros posibles daños hacia sí mismos o a otras personas. Estos pacientes son susceptibles de sufrir estados tales como síndrome confusional agudo, síndrome de abstinencia, desadaptación a situaciones de estrés o manifestaciones psicóticas.

Metodología/Observación clínica: En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario del Sureste se evidencia una necesidad de crear un protocolo de contención mecánica en el que se establezca la necesidad o no de realizarla, así como una valoración periódica de su aplicación en función de la situación del paciente. Esto es realizado a través del Grupo de Seguridad de la unidad. Así, se crean el programa informático PICIS unos ítems para su aplicación en la unidad que serán pautados por el médico y se cumplimentarán tras una valoración conjunta con enfermería.

Resultados/Intervenciones: Cada ocho horas se realiza una valoración de la continuidad de la contención consensuada con el intensivista en la que se chequea las necesidades de contención. También cada ocho horas se evalúa el tipo y necesidad de continuar el tratamiento. Se especifica si se aplica sujetaciones blandas, de anclaje homologado, de dos puntos (miembros superiores), de cu-

tro puntos (miembros superiores e inferiores) o cinco puntos (miembros superiores, inferiores y abdomen).

Conclusiones: Con la aplicación de este protocolo se pretende eliminar las contenciones innecesarias y reducir lo máximo posible las autorretiradas de dispositivos. Al evaluar de forma periódica y consensuada su aplicación ésta no se realizará de manera rutinaria. Solamente se hará cuando sea realmente necesario, siendo la contención verbal siempre que sea posible la primera opción, así como el tratamiento farmacológico o la presencia de familiares.

Palabras clave: Contención. Mecánica. Seguridad. Agitación. Psicomotriz.

ID146. CAMBIOS EN VOLUMEN PULMONAR DURANTE LA ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA

M.D. Rodríguez Huerta¹, F. Suárez Sipmann¹,
M.J. Rodríguez Alonso¹, J.A. Sánchez Giralt¹, E. Espíritu Jiménez¹,
A.M. Hitado Cifuentes², F.J. Ruiz Ruiz³ y D.F. Ana⁴

¹Hospital Universitario La Princesa. ²ONT. ³Summa 112. ⁴Facultad de Enfermería de Cuenca.

Objetivos/Introducción: La aspiración endotraqueal para eliminar secreciones puede provocar un derreclutamiento alveolar comprometiendo el efecto de la PEEP en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva (VMI). Varias investigaciones han mostrado variabilidad en los cambios del volumen pulmonar, comparando la aspiración abierta con sistema cerrado, sin que este claro un mayor beneficio de una técnica sobre la otra. Objetivo: Evaluar los efectos de la aspiración rutinaria de secreciones de la vía aérea sobre el volumen pulmonar en pacientes críticos sometidos a VMI.

Metodología/Observación clínica: Estudio prospectivo observacional comparando los efectos sobre el volumen pulmonar estático de aspiración abierta con desconexión completa del circuito (AA), frente a aspiración cerrada sin desconexión a través de la pieza en T (AC). El modo de aspiración fue a criterio de la enfermera responsable. Se monitorizaron los cambios en el volumen final inspiratorio (EELV) mediante tomografía de impedancia eléctrica (Timpel medical) en cuatro momentos: durante la aspiración y los minutos 1, 10 y 30 post -aspiración. Se hace comparación de grupos mediante prueba U-Mann-Whitney.

Resultados/Intervenciones: Se analizan 25 pacientes, 13 en el grupo AA y 12 en el AC. La pérdida de volumen durante la aspiración fue de 145 ± 117 ml con un máximo de 351 ml en AA, y de 40 ± 68 ml y 295 ml en AC ($p = 0,002$). Solo se observó diferencia significativa entre grupos en la recuperación de volumen en minuto 1 de medición posterior (tabla), si bien el grupo AA tardó más tiempo en recuperar el volumen perdido durante la aspiración.

Conclusiones: Los pacientes estudiados perdieron menos volumen y la recuperación posterior fue más rápida con aspiración cerrada. Sin desconexión podría existir menor riesgo de colapso pulmonar y por tanto de apertura y cierre cíclico de unidades alveolares disminuyendo así el riesgo de lesión.

Financiación: Este estudio se engloba en un estudio principal becado en la 22^a convocatoria nacional proyectos de investigación “Enfermería Valdecilla”. IDIVAL.

Tabla Comunicación ID146

Cambios en el EELV posaspiración (ml)

Grupo	Durante	1-min post	10-min post	30-min post
AA	$-145,47 \pm 116,61$	$-14,36 \pm 33,30$	$10,07 \pm 83,12$	$6,21 \pm 93,27$
AC	$-40,15 \pm 67,79$	$0,26 \pm 81,97$	$1,46 \pm 4,72$	$8,53 \pm 43,94$
P valor	0,002	0,93	0,72	1

Palabras clave: Ventilación mecánica. Aspiración secreciones. Volumen pulmonar.

ID147. EVALUACIÓN DE LA FISIOTERAPIA INTENSIVA EN EL PACIENTE CRÍTICO COVID-19: ESTUDIO UNICÉNTRICO DE COHORTE RETROSPETIVO

H. Cabo Santos, C. Lucas Fernández, D. Cámera Menoyo, A. Masmiquel Soler y X.L. Pérez Fernández

Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos/Introducción: La movilización precoz y la fisioterapia intensiva son eficaces en el tratamiento del enfermo crítico para acortar estancia en UCI, mejorar la fuerza muscular y evitar o reducir la debilidad adquirida en UCI (DAU), favorecer la extubación y destete de la ventilación mecánica (VM). Objetivo: evaluar la efectividad del tratamiento con fisioterapia intensiva del enfermo crítico afecto de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) grave por COVID-19.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional retrospectivo en 103 pacientes consecutivos ingresados en UCI de un hospital de alta complejidad por IRA grave por COVID-19 de marzo a junio de 2020 con tratamiento de fisioterapia. Se mide fuerza muscular con Medical Research Council Sum-Score al inicio y alta de UCI en relación a parámetros demográficos, índices de rendimiento cuantitativo, nivel de gravedad, comorbilidades y factores predictivos de mala evolución funcional.

Resultados/Intervenciones: Presentaron DAU inicial el 79,6% y DAU final el 54,4% de los pacientes. Factores como la traqueostomía, pronación, analgosedación y ventilación mecánica invasiva se consideró que podrían tener sesgo de gravedad a la aparición de DAU final. Edad OR 1,1 (IC95% 1-1,1), p = 0,02, MRC-SS inicial OR 0,9 (IC95% 0,86-0,95), p < 0,0001 y ser varón (mujer como referencia) OR 0,2 (IC95% 0,1-0,8), p = 0,02 fueron los mayores predictores para desarrollar DAU final. Sólo MRC-SS inicial y edad obtuvieron resultados estadísticamente significativos al analizar MRC-SS final como variable dependiente.

Conclusiones: La aplicación de fisioterapia intensiva al enfermo ingresado en UCI por IRA secundaria a COVID-19 puede mejorar la fuerza muscular en relación a la edad y valores de MRC-SS iniciales. Se requiere de estudios multicéntricos y ensayos clínicos prospectivos que pudieran añadir evidencia científica de mayor calidad a la práctica clínica habitual.

Palabras clave: Fisioterapia. Enfermo crítico. MRC. COVID-19.

ID148. "PASEOS QUE CURAN": INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LAS SALIDAS AL EXTERIOR DE PACIENTES EN UCI

J. Granado Solano, À. García Sanz, F. Vela Cano, J. Marín Corral, P. Pérez Teran y D. Ruiz Sánchez

Hospital del Mar.

Objetivos/Introducción: Los avances científicos y tecnológicos de las últimas décadas han incrementado la supervivencia de las personas ingresadas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), acompañándose de estancias más largas que se asocian a mayores índices de síndrome pos-UCI (PICS). En este contexto nace en el Hospital del Mar el programa de humanización "HUCIMAR" con diferentes líneas estratégicas entre las que se encuentran las salidas terapéuticas al Paseo Marítimo de Barcelona que se convierten en un tratamiento complementario a la práctica clínica. El objetivo de crear un protocolo reglado de salidas terapéuticas se basa en generar unos criterios específicos de inclusión/exclusión, unos procedimientos y un marco de seguridad minimizando el riesgo del paciente durante la salida.

Metodología/Observación clínica: Se realizó una búsqueda exhaustiva en Pubmed con las palabras clave: "Humanización", "Sa-

lidas terapéuticas" y "Paseos que curan", encontrando cuatro artículos y un protocolo. La revisión de estos documentos junto a la experiencia clínica de un equipo multidisciplinar de UCI y las características del centro, propició la elaboración de dicho protocolo.

Resultados/Intervenciones: Cada día el equipo médico y de enfermería valoran a todos los pacientes para detectar aquéllos que cumplen criterios para las salidas (estancia > 7 días, Escala de Agitación-Sedación de Richmond (RASS) con valor entre -1 y +2, riesgo-beneficio, situación asistencial). Tras la identificación, el equipo de enfermería planifica el traslado para minimizar el impacto en la unidad, teniendo en cuenta las características del paciente y el personal que realizará la salida (enfermera responsable, intensivista y camillero) así como la participación de la familia. También se especifica el material necesario para el traslado y los equipos de protección individual.

Conclusiones: La observación subjetiva de los beneficios de las salidas impulsa a los equipos a seguir realizándolas, incluso aumentando su frecuencia. Es imprescindible contar con un equipo multidisciplinar y un protocolo que garantice la máxima seguridad.

Palabras clave: Humanización. Salidas al exterior. UCI.

ID158. ESTUDIO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE DESFIBRILACIÓN TEMPRANA TRAS LA UNIFICACIÓN DE UVIS EN UN HOSPITAL DE IV NIVEL

F. Benlliure Portero¹, A.B. Pérez Martín¹, E. Benlliure Enríquez², F. Fiz Espinosa¹, I. Mateos Monzón¹, S. Prieto Palomares¹, P. Martín Sánchez¹, M.C. Martín Alonso¹, S. Guillén Pulido¹ y S. Herrero Sánchez¹

¹Complejo Hospitalario de Salamanca. ²Hospital Severo Ochoa.

Objetivos/Introducción: Tras la inauguración del hospital las UVIs pasaron de ser unidades con personal de enfermería específico, a una unidad con dos secciones, neuropolitrauma y CC/Aislamiento-inverso y rotar, enfermeras de UVI neuropolitrauma, Cirugía-Cardiaca (CC) y parte de UVI polivalente Preguntamos sobre los conocimientos sobre desfibrilación y SV en CC y si conocían protocolos de SVA y la legislación de CYL sobre DESA.

Metodología/Observación clínica: Realizamos entrevista personal, a todas las enfermeras desde mayo hasta julio de 2022, un total de 89, no quisieron realizarla 3. La estadística nos la recomendó el servicio de investigación.

Resultados/Intervenciones: El tiempo de antigüedad en uvi era 6,6 años, máximo de 34 años y mínimo de 2 días. Solamente un 22% conocía el tipo de desfibriladores existente en la unidad. Solo se consideraban formadas para desfibrilar un 29,3%. Al preguntarles si desfibrilarían antes de que llegara el médico, en situación de riesgo vital, un 34,9% contestó que no y un 21% que no lo sabía. En cuanto a la secuencia de actuación en una parada desfibrilable, la primera prioridad sigue siendo "llamar al médico" y solo iniciaría SVB, prioritariamente el 32,9%, muchas entrevistadas comentaban la posibilidad de problemas legales. El 89,3% desconoce la legislación sobre DESA en CyL y un 32,3% contestaban no saber si podían hacerlo. Sobre las peculiaridades del SVACC, un 78% afirmaba desconocerlas y un 76,8% no se consideraba capacitado para realizarla. El 100% pedían formación. Solo un 4,8% sabía que no existían protocolos específicos para UCIC.

Conclusiones: Seguimos desconociendo los medios materiales de los que disponemos para realizar el SVA. Las enfermeras demandan formación en SVA y más en SVACC, aun hoy la primera prioridad sigue siendo avisar al médico, cuando el primer eslabón de la cadena de la supervivencia es "pedir ayuda", demanda imprescindible en el caso del SVACC. También seguimos desconociendo el marco legal que nos ampara en el ejercicio de nuestra profesión.

Palabras clave: Desfibrilación. Soporte vital avanzado. Enfermería.

ID169. CHECKLIST DE VERIFICACIÓN DE IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA

N. Cubillo Miguel, E. Pérez Franco, C. Merino Gómez,
F.J. Alvarado López y J. Garrido de la Rosa

Hospital Santa Barbara.

Objetivos/Introducción: El Hospital Universitario de Soria carece de unidad de arritmias por lo que la colocación de marcapasos (MCP) se efectúa en el Quirófano de la UCI. Esta técnica se lleva a cabo entre médicos especialistas en Cuidados Intensivos, enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería del servicio. La utilización de un *checklist* podría servir como una herramienta para asegurar la consecución de todos los pasos durante el procedimiento, en el orden requerido, y recogiendo datos de forma sistemática para su posterior análisis. Elaborar un *checklist* de verificación de implantación de MCP con el objetivo de reforzar las prácticas de seguridad, unificar criterios, promover el trabajo en equipo y fomentar una mejor comunicación.

Metodología/Observación clínica: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Scielo y Cuiden utilizando las palabras clave: marcapasos definitivo, complicaciones, cuidados de enfermería y *checklist*. También se consultaron páginas de organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Cardiología. Además, se realizó un análisis descriptivo de los casos durante el último año en la unidad, examinando datos derivados de las características de los pacientes como de la propia técnica.

Resultados/Intervenciones: Tras el análisis de los estudios y guías identificados en la literatura, así como la experiencia del último año con el procedimiento en la unidad, se elaboró una guía de implantación de MCP y un *checklist* para supervisión del procedimiento, en la que se incluyen los aspectos más importantes derivados de la técnica y sus posibles complicaciones.

Conclusiones: La instauración del *checklist* garantiza la seguridad del paciente mejorando la calidad de los cuidados y evitando la incidencia de complicaciones. A nivel profesional, favorece la autonomía y el liderazgo, ya que la técnica de implantación de MCP cuenta con complicaciones y eventos adversos necesarios de conocer.

Palabras clave: Marcapasos definitivo. Complicaciones. Cuidados de Enfermería. Checklist.

ID171. NUTRICIÓN ENTERAL Y RETENCIÓN GÁSTRICA. ESTADO DE LA CUESTIÓN

J. Fernández Álvarez, M. Fernández Buján, P. Varandela Casasola, A.B. Rey Morán, M. Hermida Vazquez, J. Priego Sanz, A. Fernández Ferreira, C. González González, M.J. Seara Iglesias y M.S. Pérez Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Objetivos/Introducción: El soporte nutricional del enfermo crítico ha demostrado ser un pilar fundamental en cuidados intensivos, incidiendo en la mortalidad, morbilidad, estancia en UCI, y la aparición de complicaciones. Las guías SCCM/ASPEN 2016, ESPEN 2019 y ASPEN 2021 establecen las recomendaciones para el soporte nutricional especializado, tras valoración clínica y nutricional individualizada, adaptándolo a la situación clínica del paciente. Una de las complicaciones más frecuentes es la intolerancia a la NE, que impide la consecución de objetivos y favorece la desnutrición. Se establece diferentes medidas para tratarla, pero se recomienda no evaluar, de forma rutinaria, el residuo gástrico (RG). Objetivos: conocer, mediante revisión de la literatura, el uso del residuo gástrico como herramienta de evaluación de la tolerancia a la NE y su impacto en los objetivos nutricionales del paciente crítico. Conocer métodos alternativos de evaluación de la tolerancia de la NE por vía nasogástrica descritos en la literatura.

Metodología/Observación clínica: Revisión bibliográfica: PubMed y Ovid Términos Mesh: Critical Care, Critical ill, Enteral Nutrition, Nutritional Support, Intubation, gastrointestinal, Complications. Lenguaje libre: Gastric residual Volume, High gastric residuals, Gastrointestinal Intolerance, Feeding Intolerance. Uso de operadores Booleanos: AND y OR Filtros: 10 años. Lengua: inglés, español.

Resultados/Intervenciones: Objetivo 1: 26 artículos seleccionados. Objetivo 2: 14 artículos seleccionados.

Conclusiones: La valoración del RG siendo una práctica habitual en las unidades de críticos, si bien encontramos numerosos protocolos para minimizar su uso rutinario, dando prioridad a la valora-

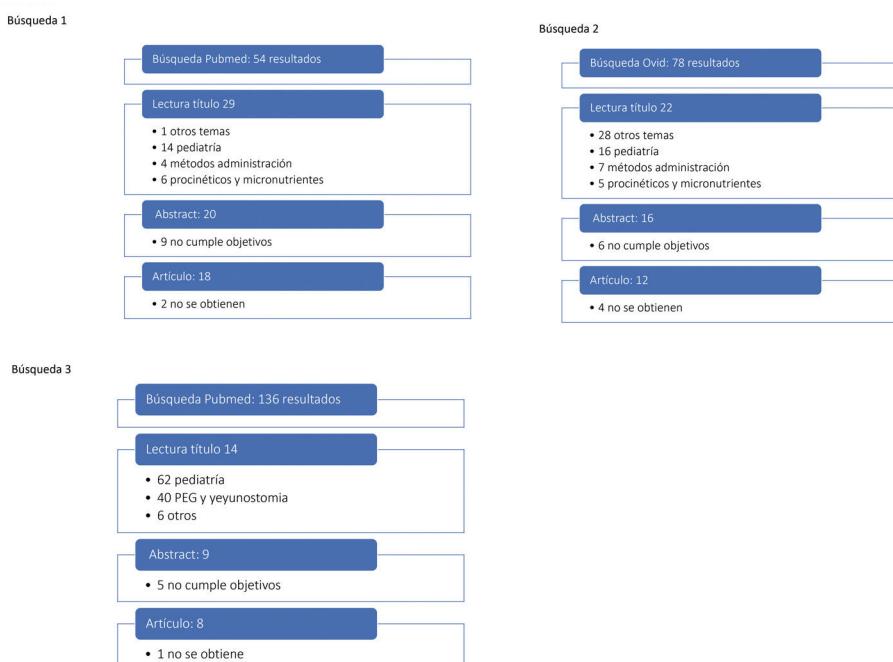


Figura Comunicación ID171

ción clínica. Se observa variabilidad en frecuencia y cantidades para considerarlo intolerancia a la dieta. La eliminación del RG rutinario se asocia a la consecución de objetivos nutricionales, aunque se describe un aumento de vómitos y malestar/dolor abdominal. No clara relación con aumento de broncoaspiración o neumonía. La ecografía emerge como un método seguro, rápido y eficaz para la evaluación del contenido gástrico, siendo utilizada, junto con la valoración clínica, para guiar la tolerancia de la dieta.

Palabras clave: Nutrición enteral. Enfermedad crítica. Volumen residual gástrico. Ultrasonido. Tubo nasogástrico. Intolerancia alimentaria.

ID173. ¿SE PUEDE GENERAR PERSONALIDAD RESISTENTE A PARTIR DE LA ANSIEDAD DERIVADA DE LA PANDEMIA COVID-19? ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS

F. Gil Almagro¹, C. Peñacoba Puente², P. Catalá Mesón², F.J. García Hedrera¹, F.J. Carmona Monge³ y J.C. Sánchez García¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ²Universidad Rey Juan Carlos. ³Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela.

Objetivos/Introducción: A lo largo de la pandemia COVID-19 numerosa bibliografía recoge las múltiples patologías psicoemocionales sufridas por el personal de enfermería en la UCC. Sin embargo, poco se ha descrito si el paso de la pandemia ha podido generar un efecto positivo sobre nuestros profesionales. Por ello nos planteamos como objetivo valorar si los profesionales de enfermería de UCC han podido desarrollar una personalidad resistente a través de la ansiedad derivada de la pandemia mediado por la autoeficacia.

Metodología/Observación clínica: Se trata de un estudio longitudinal con dos períodos de recolección de datos, junio de 2020 y de enero a marzo de 2021, sobre enfermeros de UCC. Se analizaron datos sociodemográficos e instrumentos validados como DASS-21, General Self Efficacy Scale, y Escala de Personalidad Resistente. Se realizaron análisis descriptivos, correlaciones bivariadas y una serie de regresiones multivariadas empleando la macro PROCESS, concretamente a través de un análisis de mediación simple (modelo 4). En dicho modelo, se planteaba la ansiedad valorada en el periodo 2020 como variable predictora, la autoeficacia valorada en el mismo periodo como mediadora y la personalidad resistente, un año después (2021), como variable resultado.

Resultados/Intervenciones: Los resultados ponen de manifiesto que el modelo explica un 15% de la varianza de la personalidad resistente un año después del confinamiento producido por el COVID-19 ($F = 22,75$, $p < 0,001$). El efecto total del modelo es significativo ($B = -0,123$, $SE = 0,03$, $IC95\% = [-0,19, -0,07]$). El efecto de la ansiedad sobre la personalidad resistente se encuentra mediado en su totalidad por la autoeficacia, siendo el efecto directo ansiedad-personalidad resistente no significativo ($p = 0,42$).

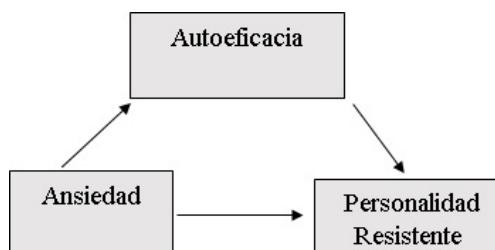


Diagrama de ruta que ilustra las rutas de efectos directos y mediadores que relacionan la ansiedad con la personalidad resistente con la autoeficacia como mediadora.

Conclusiones: Una adecuada gestión de la ansiedad propia de la situación altamente estresante vivida durante la situación de con-

finamiento COVID-19 puede contribuir a la promoción de la personalidad resistente un año después, siempre y cuando la ansiedad se dirija a la mejora de la autoeficacia.

Financiación: La autora Fernanda Gil Almagro ha sido becada por El Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España y el Instituto Español de Investigación Enfermera bajo el programa de ayuda a doctorandos y realización de Tesis.

Palabras clave: Ansiedad. Autoeficacia. Robustez. Efecto mediador.

ID182. NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO EN PRESENCIA DE ALERGIAS Y/O INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

C. Sánchez Torrejón, S. González Martín, Y. Alonso Domínguez, C. Nae, M.J. Rivera Moreno, V. Fernández Horcajo, A.B. Escribano Guijarro, A.S. Jodra Herrero y G. Sánchez Gómez

Hospital Universitario La Paz.

Objetivos/Introducción: Existen múltiples estudios en los que se calcula que alrededor al 60% de los pacientes que precisan atención en las unidades de cuidados intensivos (UCI) presentan algún tipo de complicación, siendo las más frecuentes la diarrea y el aumento de residuo gástrico (ARG). Esto puede darse por múltiples circunstancias, entre ellas, la elección de una fórmula adecuada según las intolerancias o alergias alimentarias del paciente. Por ello, nuestro objetivo es conocer dentro de los distintos productos nutricionales utilizados en nuestro hospital, ya sea como nutrición completa o como suplemento alimenticio, son aptos para los distintos pacientes con este tipo de patologías (sobre todo lactosa y gluten).

Metodología/Observación clínica: Se realiza una revisión de la ficha técnica de las distintas fórmulas enterales disponibles en el hospital, a través de la agencia española del medicamento (AEMPS) y la página de las distintas marcas. Se valoran un total de 42 fórmulas enterales, dividiéndolos según el tipo de producto (nutrición enteral completa o suplemento alimenticio).

Resultados/Intervenciones: De los 42 productos del grupo de nutrición enteral completa, 45,2% de ellos presentan lactosa, ninguno presenta gluten, y el 52,3% de otros alérgenos (principalmente soja).

Conclusiones: En el caso de los pacientes con algún tipo de intolerancia o alergia alimenticia, debemos tener especial atención en los componentes de los productos enterales que administremos, para poder prestar los mejores cuidados con seguridad y evitar complicaciones iatrogénicas.

Palabras clave: Intolerancia a la lactosa. Nutrición enteral. Alimentos formulados. Cuidados críticos. Enfermedad celiaca. Gluten.

ID184. PREVENCIÓN DEL INTENSIVE CARE UNIT ADQUIRED WEAKNESS (ICUAW) EN EL PACIENTE QUEMADO

S. González Martín, J.S. Rodero Martínez y M. Alonso Arias

Hospital Universitario La Paz.

Objetivos/Introducción: La debilidad muscular adquirida en la UCI (en inglés *Intensive Care Unit Adquired Weakness (ICUAW)*) es una afectación neuromuscular, bilateral y simétrica, de origen multifactorial, con una incidencia que varía entre el 25-100% en función de la población estudiada. Entre los factores de riesgo encontramos la inflamación sistémica, la sepsis, el fallo multiorgánico, la duración de la ventilación mecánica (incluso por períodos menores a 7 días), la hiperglucemia, el uso de corticoesteroides, el uso prolongado de bloqueantes neuromusculares y la inmovilidad prolongada. La movilización precoz (cuando se inicia entre las 24-48 horas de ingreso en UCI) se está perfilando como

la mejor estrategia para reducir la aparición de ICUAW. Por ello, nos planteamos como objetivo el reducir la aparición de ICUAW en pacientes quemados.

Metodología/Observación clínica: Se realiza una experiencia piloto para conocer la utilidad del dispositivo Sara Combilizer® en el paciente quemado crítico para incluir este dispositivo en el protocolo de movilización precoz y la prevención del ICUAW.

Resultados/Intervenciones: Se realiza la movilización temprana a través del dispositivo Sara Combilizer® en una paciente quemada de un 60% de 2º grado profundo y 3º grado. Se inicia esta movilización desde la cama hasta este dispositivo, utilizando inicialmente la función de silla. Así, iniciamos la modalidad de tabla basculante, pudiendo colocar a la paciente en sedestación, siendo esta una novedad en comparación con el resto de dispositivos disponibles en nuestro servicio.

Conclusiones: Nuestra experiencia actual es que el uso del Sara Combilizer® supone una ampliación de las posibilidades terapéuticas para la movilización temprana de los pacientes en unidades de cuidados críticos, en este caso, pacientes quemados.

Palabras clave: Cuidados críticos.

ID185. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA FRAGILIDAD, EVALUADA CON LA CLINICAL FRAILTY SCALE-ESPAÑA, TRAS EL ALTA HOSPITALARIA.

RESULTADOS PRELIMINARES

S. Arias-Rivera¹, M.D.M. Sánchez-Sánchez¹, E. Romero De San Pío², Y.G. Santana-Padilla³, M. Juncos Gozalo⁴, G. Via-Clavero⁵, N. Moro-Tejedor⁴, M. Raurell-Torredà⁶, C. Andreu-Vázquez⁷ y Grupo Fragil-Es-UCI¹

¹Hospital Universitario de Getafe. ²Hospital Universitario Central de Asturias. ³Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ⁵Hospital Universitario de Bellvitge. ⁶Universidad de Barcelona. ⁷Universidad Europea de Madrid.

Objetivos/Introducción: La evolución clínica de los pacientes durante la estancia en cuidados intensivos (UCI) puede incrementar la fragilidad basal al alta hospitalaria. **objetivo:** Identificar variables ligadas a la estancia en uci y hospital que incrementan la fragilidad del paciente (Clinical Frailty Scale-España (CFS-España) 1-3 a 4/CFS-España 4 a 5-9), a 3, 6, 9 y 12 meses (m) del alta hospitalaria.

Tabla Comunicación ID185

CFS	3 meses (n = 150)		6 meses (n = 139)		9 meses (n = 121)		12 meses (n = 103)	
	Incrementa (n = 81) vs. no incrementa (n = 69)	Valor-p	Incrementa (n = 74) vs. no incrementa (n = 65)	Valor-p	Incrementa (n = 60) vs. no incrementa (n = 61)	Valor-p	Incrementa (n = 51) vs. no incrementa (n = 52)	Valor-p
Edad, años, Md (RIC)	66 (56-77) vs. 64 (52-73)	0,183	70 (57-78) vs. 63 (52-71)	0,004	74 (62-79) vs. 62 (50-69)	< 0,001	74 (63-79) vs. 63 (51-70)	< 0,001
Edad*, OR (IC95%)							1,05 (1,01-1,11)	0,031
Mayores de 65 años, n (%)	43 (53) vs. 32 (46)	0,678	42 (57) vs. 26 (40)	0,117	38 (63) vs. 21 (34)	0,005	33 (65) vs. 19 (37)	0,014
Mujeres, n (%)	31 (38) vs. 24 (35)	0,818	28 (38) vs. 23 (35)	0,765	24 (40) vs. 19 (31)	0,793	20 (39) vs. 14 (27)	0,185
Charlson, puntos, Md (RIC)	4 (3-6) vs. 3 (2-5)	0,051	5 (3-6) vs. 3 (1-5)	0,003	5 (3-6) vs. 3 (1-5)	< 0,001	5 (3-6) vs. 3,5 (1,5-5)	0,059
SAPS III, puntos, media (DE)	61 (14) vs. 56 (15)	0,014	62 (13) vs. 56 (15)	0,010	62 (12) vs. 52 (14)	< 0,001	62 (11) vs. 54 (15)	0,002
Días en UCI, Md (RIC)	8 (4-14) vs. 6 (4-10)	0,325	6,5 (4-14) vs. 6 (4-10)	0,395	6 (4-17) vs. 6 (4-9)	0,183	7 (4-17) vs. 5 (4-8)	0,167
Días en hospital, Md (RIC)	23 (14-43) vs. 16 (11-28)	0,020	23 (13-37) vs. 16 (11-25)	0,042	23 (14-42) vs. 14 (10-23)	0,003	23 (13-42) vs. 14 (10-25)	0,009
Lawton-Brody, puntos, Md (RIC)	8 (7-8) vs. 8 (7-8)	0,308	8 (7-8) vs. 8 (7-8)	0,976	8 (7-8) vs. 8 (7-8)	0,309	8 (7-8) vs. 8 (7-8)	0,323
Barthel, puntos, Md (RIC)	100 (95-100) vs. 100 (95-100)	0,293	100 (95-100) vs. 100 (95-100)	0,696	100 (98-100) vs. 100 (95-100)	0,347	100 (95-100) vs. 100 (98-100)	0,485
SOFA, puntos, media (DE)	3,8 (1,6) vs. 3,8 (1,7)	0,913	3,7 (1,6) vs. 3,9 (1,7)	0,319	4 (1,6) vs. 4 (1,8)	0,380	4 (1,7) vs. 4 (1,7)	0,431
SOFA día 1, puntos, media (DE)	5,4 (2,8) vs. 5,2 (3,1)	0,713	5,2 (2,9) vs. 5,5 (3,0)	0,488	5 (3) vs. 5 (3)	0,897	5,4 (2,9) vs. 5 (2,8)	0,481
Días de VMI, Md (RIC)	3 (0-8) vs. 2 (0-6)	0,669	3 (0-8) vs. 2 (0-6)	0,588	2 (0-6,5) vs. 2 (0-6)	0,851	2 (0-9) vs. 1 (0-5)	0,399
MA, pacientes, n (%)	30 (37) vs. 35 (51)	0,092	27 (36) vs. 32 (49)	0,129	22 (37) vs. 26 (43)	0,503	18 (35) vs. 26 (50)	0,131
DAUCl, pacientes, n (%)	36 (44) vs. 26 (38)	0,402	33 (45) vs. 23 (35)	0,269	27 (45) vs. 18 (30)	0,078	22 (43) vs. 12 (23)	0,030
EA, pacientes, n (%)	15 (19) vs. 6 (9)	0,084	11 (15) vs. 7 (11)	0,473	10 (17) vs. 6 (10)	0,267	9 (18) vs. 4 (8)	0,128

Md = mediana; RIC = rango intercuartílico (Q1-Q3); OR = odds ratio; IC95% = intervalo de confianza del 95%; DE = desviación estándar; SAPS = Simplified Acute Physiology Score; SOFA = Sequential Organ Failure Assessment; VMI = ventilación mecánica invasiva; MA = Movilización activa; DAUCl = debilidad adquirida en la UCI; EA = eventos adversos. *Análisis multivariante.

Metodología/Observación clínica: Estudio de cohorte multicéntrico en 2020-2022. Incluidos pacientes con estancia > 48h en UCI y no COVID-19. Variables: fragilidad previa al ingreso y a 3, 6, 9 y 12m del alta hospitalaria (CFS-España). Sexo, edad, Charlson y SAPS al ingreso en uci, estancias (uci y hospital), dependencia al ingreso (Lawton-Brody, Barthel), SOFA, ventilación mecánica (VM), movilización activa (IMS), debilidad muscular (MRC), eventos adversos (reintubación, Neumonía asociada a VM, bacteriemia relacionada con catéter, infección urinaria asociado a sonda vesical). Estadística: descriptiva, chi-cuadrado, U Mann-Whitney o t-Student y análisis multivariante (CElm19/42).

Resultados/Intervenciones: Reclutados 254 pacientes, excluidos exitus en hospital y frágiles al ingreso. Se analizaron 150, 139, 121 y 103 pacientes a 3, 6, 9 y 12m del alta hospitalaria, respectivamente. Comparativa entre grupos en tabla. Incrementaron fragilidad el 54, 53, 50 y 49% a 3, 6, 9 y 12m, respectivamente. Los pacientes que incrementaron fragilidad tenían significativamente mayor edad (6 y 9 meses), mayor Charlson y SAPS, estancia hospitalaria más larga (3, 6 y 9m) y mayor debilidad (12m) que quienes no incrementaron la fragilidad. Observamos menos pacientes con movilización activa, mayor debilidad y más eventos adversos (3, 6 y 9m), entre los que incrementan fragilidad, aunque no significativamente. En multivariante fue significativa la edad a 12m.

Conclusiones: La edad avanzada, las comorbilidades y gravedad al ingreso en UCI, así como la no movilización activa y la estancia hospitalaria pueden conllevar incremento de la fragilidad basal de los pacientes que ingresan en UCI.

Financiación: FIS20/01231.

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

Palabras clave: Fragilidad. Debilidad muscular. Ambulación precoz. Gestión de riesgos.

ID186. SONDA POSPILÓRICA ¿CÓMO ADMINISTRAR ADECUADAMENTE LA MEDICACIÓN?

S. Tapiador García, M.I. Rodrigo Martín y M.I. Quina Gallego

Hospital Universitario de Toledo.

Objetivos/Introducción: La sonda pospilórica consiste en un tubo de poliuretano que se introduce desde la nariz o boca hasta el intestino delgado (duodeno o yeyuno). Este tipo de sonda permite alimentar al paciente dejando en reposo el estómago. Nuestro objetivo es conocer y saber distinguir entre otras sondas de alimentación ya que tienen una serie de particularidades. El principal problema que nos encontramos a la hora de administrar medicación a través de estas sondas es que el fármaco pierda efectividad o incluso que aumente su toxicidad.

Metodología/Observación clínica: Búsqueda bibliográfica sobre la administración de medicamentos a través de sonda pospilórica en bases de datos (Cochrane, Medline), guías de práctica clínica,

revistas científicas (SciELO, Medigraphic, Medicina Intensiva) y protocolos de diferentes hospitales. Nos centramos en los últimos 10 años y se excluyeron los artículos relacionados con el paciente pediátrico.

Resultados/Intervenciones: La manipulación de los fármacos y la modificación del lugar de absorción conlleva algunos riesgos como interacción entre el principio activo y la nutrición enteral o cambios en la biodisponibilidad del fármaco entre otros. El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) elaboró una serie de recomendaciones para la práctica segura de la administración de fármacos por vía enteral. Se ha demostrado que una de las principales causas de efectos adversos en los pacientes son los errores cometidos en la preparación y administración de medicamentos. Una de las ventajas de las sondas multilumen es que la absorción del medicamento se produce en el estómago y así evita su interacción con la NE.

Conclusiones: Existe poca literatura y estudios al respecto, por esto es necesario conocer la medicación que se va a administrar ya que su biodisponibilidad o las posibles modificaciones que puede sufrir no son las mismas dependiendo del lugar de absorción.

Palabras clave: Sonda pospilórica. Sonda nasoyeyunal. Administración de fármacos vía enteral.

ID187. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA FRAGILIDAD, EVALUADA CON LA FRAIL SCALE-ESPAÑA, TRAS EL ALTA HOSPITALARIA.

RESULTADOS PRELIMINARES

S. Arias-Rivera¹, M.D.M. Sánchez-Sánchez¹, E. Romero De San Pío², Y.G. Santana-Padilla³, M. Juncos Gozalo⁴, G. Vía-Clavero⁵, N. Moro-Tejedor⁴, M. Raurell-Torredà⁶, C. Andreu Vázquez⁷ y Grupo Fragil-Es-UCI*

¹Hospital Universitario de Getafe. ²Hospital Universitario Central de Asturias. ³Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ⁵Hospital Universitario de Bellvitge. ⁶Universitat de Barcelona. ⁷Universidad Europea de Madrid.

Objetivos/Introducción: Tras el alta hospitalaria, los pacientes pueden incrementar su fragilidad como consecuencia de la evolución clínica en cuidados intensivos (UCI). Objetivo. evaluar el efecto de las características del paciente y variables de estancia en UCI, sobre el incremento de la fragilidad (FRAIL-España 0 a 1-5/ FRAIL-España 1-2 a 3-5) a 3, 6, 9 y 12 meses (m) del alta hospitalaria.

Metodología/Observación clínica: Metodología. Estudio de cohorte multicéntrico en 2020-2022. Incluidos pacientes con estancia > 48h en UCI y no COVID-19. Variables: fragilidad previa al ingreso y a 3, 6, 9 y 12m del alta hospitalaria (FRAIL-España). Sexo, edad, Charlson y SAPS al ingreso en uci, estancias (uci, hospital), dependencia al ingreso (Lawton-Brody, Barthel), SOFA, ventilación mecánica (VM), movilización activa (IMS), debilidad muscular (MRC), eventos adversos (reintubación, Neumonía asociada a VM, bacteriemia relacionada con catéter, infección urinaria asociado a sonda vesical). Estadística: descriptiva, chi-cuadrado, U Mann-Whitney o t-Student y análisis multivariante. (CElm19/42).

Resultados/Intervenciones: Reclutados 254 pacientes, excluidos exitus y frágiles al ingreso, analizados 139 a 3m, 133 a 6m, 115 a 9m y 102 a 12m del alta hospitalaria. Comparativa entre grupos en tabla. La fragilidad aumentó en el 47, 39, 34 y 38% a 3, 6, 9 y 12m del alta, respectivamente. En los pacientes que incrementaron fragilidad, observamos aumento significativo del SAPS, estancia hospitalaria, SOFA, días de VM y eventos adversos en UCI a 3, 6, 9 y 12m; mayor estancia en UCI a 3, 6 y 12m, recibieron menos movilización activa y hubo mayor porcentaje de pacientes con debilidad. En multivariante emergieron días de movilización activa como factor protector de incremento de fragilidad a 3m y duración de estancia hospitalaria como factor de riesgo a 6 y 9m.

Tabla Comunicación ID187

	3 meses (n = 139)		6 meses (n = 133)		9 meses (n = 115)		12 meses (n = 102)	
	Incrementa (n = 65) vs. no incrementa (n = 74)	Valor-p	Incrementa (n = 52) vs. o incrementa (n = 81)	Valor-p	Incrementa (n = 39) vs. no incrementa (n = 76)	Valor-p	Incrementa (n = 39) vs. no incrementa (n = 63)	Valor-p
FRAIL								
Edad, años, Md (RIC)	65 (56-74) vs. 64 (52-73)	0,389	65 (52-74) vs. 64 (53-73)	0,504	64 (51-75) vs. 65 (54-73)	0,811	65 (59-76) vs. 64 (52-73)	0,182
Mayores de 65 años, n (%)	32 (49) vs. 33 (45)	0,667	25 (48) vs. 37 (46)	0,872	16 (41) vs. 36 (47)	0,687	19 (49) vs. 28 (44)	0,603
Mujeres, n (%)	24 (37) vs. 26 (35)	0,827	14 (27) vs. 34 (42)	0,078	14 (36) vs. 25 (33)	0,747	12 (31) vs. 21 (33)	0,603
Charlson, puntos, Md (RIC)	3 (2-6) vs. 4 (2-5)	0,663	4 (2-6) vs. 4 (2-5)	0,622	3 (2-5) vs. 4 (2-5)	0,550	4 (3-5) vs. 4 (2-5)	0,960
Charlson*, OR (IC95%)							0,698 (0,490- 0,993)	0,046
SAPS, puntos, media (DE)	62 (13) vs. 55 (15)	0,007	63 (13) vs. 56 (15)	0,006	61 (12) vs. 55 (14)	0,025	63 (12) vs. 54 (14)	0,002
Días en UCI, Md (RIC)	9 (5-20) vs. 5,5 (4-8)	< 0,001	8 (5-18) vs. 6 (4-10)	0,019	8 (4-18) vs. 5 (3-10)	0,074	8 (4-18) vs. 5 (3-10)	0,054
Días en hospital, Md (RIC)	26 (16-53) vs. 14,5 (10-26)	< 0,001	29 (14-53) vs. 15 (11-23)	< 0,001	32 (14-53) vs. 16 (10-26)	0,001	28 (13-54) vs. 16 (10-27)	0,008
Días hospital*, OR (IC95%)			1,040 (1,007-0,074)	0,015	1,047 (1,011-1,084)	0,009		
Lawton-Brody, puntos, Md (RIC)	8 (7-8) vs. 8 (7-8)	0,778	8 (7-8) vs. 8 (7-8)	0,254	8 (7-8) vs. 8 (7-8)	0,223	7 (6-8) vs. 8 (7-8)	0,042
Barthel, puntos, Md (RIC)	100 (100-100) vs.	0,059	100 (95-100) vs.	0,789	100 (100-100) vs.	0,413	100 (95-100) vs. 100 (95-100)	0,583
SOFA, puntos, media (DE)	4 (3-5) vs. 3 (2-4)	0,003	4 (3-6) vs. 3 (2-4,5)	0,010	4 (3-5) vs. 3 (2-5)	0,031	4 (3-5) vs. 3 (2-5)	0,035
SOFA día 1, puntos, media (DE)	5,9 (2,8) vs. 4,9 (3,2)	0,019	6,2 (2,9) vs. 4,9 (3,1)	0,019	6 (2,7) vs. 4,5 (2-6)	0,003	6 (5-8) vs. 5 (3-6)	0,016
Días de VMI, Md (RIC)	4 (0-13) vs. 1 (0-5)	< 0,001	4 (0-9,5) vs. 2 (0-6)	0,028	4 (0-8) vs. 1 (0-6)	0,048	4 (0-8) vs. 1 (0-6)	0,029
MA, pacientes, n (%)	18 (28) vs. 41 (55)	0,001	17 (33) vs. 39 (48)	0,078	12 (31) vs. 34 (45)	0,148	14 (36) vs. 30 (48)	0,245
MA*, OR (IC95%)	0,317 (0,132-0,762)	0,010						
DAUCl, pacientes, n (%)	31 (48) vs. 23 (31)	0,045	23 (44) vs. 28 (35)	0,263	17 (44) vs. 23 (30)	0,155	18 (46) vs. 14 (22)	0,012
EA, pacientes, n (%)	17 (26) vs. 3 (4)	< 0,001	12 (23) vs. 7 (9)	0,020	10 (26) vs. 7 (9)	0,019	10 (26) vs. 5 (8)	0,014

Md = mediana; RIC = rango intercuartílico (Q1-Q3); OR = odds ratio; IC95% = intervalo de confianza del 95%; DE = desviación estándar; SAPS = Simplified Acute Physiology Score; SOFA = Sequential Organ Failure Assessment; VMI = ventilación mecánica invasiva; MA = movilización activa; DAUCl = debilidad adquirida en la UCI; EA = eventos adversos. *análisis multivariante. Incremento de fragilidad: FRAIL 0 a 1-5/FRAIL 1-2 a 3-5.

Conclusiones: Los factores de gravedad, estancia en uci y hospital, VM, no movilización activa, debilidad y eventos adversos, pue- den contribuir a incrementar la fragilidad.

Financiación: FIS20/01231

*Grupo Fragil-Es-UCI: Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid): Raquel Jareño-Collado, Raquel Sánchez-Izquierdo, Eva I. Sánchez-Muñoz, Virginia López-López, Pedro Vadillo-Obeso, Jesús Cidoncha-Moreno, Sonia López-Cuenca, Lorena Oteiza-López, Fernando Frutos-Vivar, María Nogueira-López, Marta Suero-Domínguez, Mª Carmen Martín-Guzmán, Olga Rodríguez-Estevez, Juan Enrique Mahía-Cures. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias): Julieta Alonso-Soto, Esther González-Alonso, Lara María Rodríguez-Villanueva, Montserrat Fernández-

Menéndez, Roberto Riaño-Suárez, María González-Pisano, Adrián González-Fernández, Helena Fernández-Alonso, José Antonio Gonzalo-Guerra. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (Las Palmas de Gran Canaria): Zaida Álamo-Rodríguez, Famara Díaz-Marrero, Benjamín Guedes-Santana, Aridane Méndez-Santana, José Rodríguez-Alemán, Lorea Ugalde-Jauregui. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid (Ma-dríd): Ángeles Ponce-Figueroa, Ana Muñoz-Martínez, Iñaki Erquicia-Peralt. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona): Laia Martínez-Bosch, Jordi Torreblanca-Parra, Vicente Corral-Vélez.

Palabras clave: Fragilidad. Debilidad muscular. Ambulación precoz. Gestión de riesgos.

ID189. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A. Mir Tabar, L. Pardo Herrera, A. Goñi Blanco, M.T. Martínez y R. Goñi Viguria

Clinica Universidad de Navarra.

Objetivos/Introducción: La satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros es el aspecto que mejor predice la satisfacción con la hospitalización, siendo el principal componente en el mantenimiento y rehabilitación de la salud. En consecuencia, la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros se ha convertido en un determinante clave de la calidad de la atención hospitalaria. **Objetivos:** Evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros en el contexto del paciente crítico a través de la escala Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS) y determinar la correlación entre la satisfacción del paciente crítico y las variables sociodemográficas y clínicas.

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo, prospectivo, correlacional en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario de nivel terciario. Se evaluó el nivel de satisfacción a todos los pacientes dados de alta de la UCI. Se utilizó la escala validada en castellano NICSS. Esta escala cuenta con 49 ítems que evalúa 4 factores de la calidad del cuidado (cuidado holístico, formas de comunicación, comportamientos profesionales y consecuencias). Además, se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, y se realizaron 3 preguntas abiertas. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial considerándose estadísticamente significativos $p < 0,05$. Para ello se empleó el programa de IBM SPSS versión 20. Se obtuvo la aprobación del comité de ética del hospital.

Resultados/Intervenciones: Resultados: 80 pacientes aceptaron participar, con una media de edad de 64,37 años (DE = 14,84) y un nivel de satisfacción medio de 5,81 (DE = 0,27) de una puntuación máxima de 6. La puntuación media de cada factor de la escala fue: cuidado holístico 5,86 (DE = 0,26), formas de comunicación 5,86 (DE = 0,27), comportamientos profesionales 5,84 (DE = 0,30) y consecuencias 5,69 (DE = 0,41). No hubo diferencias estadísticamente significativas con los datos sociodemográficos ni con los datos clínicos.

Conclusiones: El nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería fue elevado tanto en la valoración global como en cada uno de sus factores.

Palabras clave: Satisfacción del paciente. Cuidados de Enfermería.

ID194. TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

B. Barranco García¹, F. Gil Almagro¹, J.C. Sánchez García¹, F.J. García Hedrera¹, F.J. Carmona Monge² y M. Martínez Lareo¹

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ²Hospital Universitario Santiago de Compostela.

Objetivos/Introducción: La trombocitopenia inducida por heparina (TIH) es una reacción adversa de carácter inmune secundaria al tratamiento con heparinas manifestado por trombocitopenia y asociada con trombosis venosa o arterial. Produce una morbilidad significativa. La heparina tiende a unirse al factor 4 plaquetario (PF4), formando un complejo heparina-PF4. La TIH se produce por la unión de anticuerpos IgG al complejo heparina-PF4. Estos inmunocomplejos resultantes activan plaquetas y monocitos, y esta activación aumenta la generación de trombina finalizando en el desarrollo de una trombosis. En caso de TIH confirmada, se recomienda suspender la heparina e iniciar un anticoagulante no hepárino.

Metodología/Observación clínica: Paciente de 64 años de edad que ingresa en UCC por descompensación edemoascítica y hemorragia digestiva alta por varices esofágicas, durante el ingreso sufre fracaso renal agudo precisando hemodiafiltración (HDFVVC) con

heparina sódica. Durante los primeros días de hemofiltración, la vida media del filtro es inferior a diez horas por coagulación. De manera simultánea, el paciente presenta un nuevo episodio de sangrado agudo por varices esofágicas. Destaca la plaquetopenia presente en las analíticas extraídas al paciente, con valores de 30.000 plaquetas tras 17 días desde el inicio de la heparina sódica en la terapia de HDFVVC. Tras solicitud de estudio reglado, se obtiene un resultado de anticuerpos antiheparina positivos, diagnosticándose TIH. Se inicia anticoagulación con argatrobán (inhibidor directo de la trombina) intravenoso en perfusión continua. Tras once días los valores plaquetarios aumentan a 142.000 en sangre y se incrementa la vida media de los filtros.

Resultados/Intervenciones: Diagnóstico de enfermería: - 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con el tratamiento. - 00004 Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos CP: Embolismo Intervenciones: - 6540 Control de infecciones - 6680 Monitorización de los signos vitales.

Conclusiones: La TIH es una complicación grave del tratamiento con heparinas. Es una patología infradiagnosticada pese a su gravedad.

Palabras clave: Plan de cuidados. Trombocitopenia. Heparina. Embolia.

ID199. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS ESPAÑOLES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDADES DE CUIDADOS AGUDOS CARDIOLÓGICOS

C. Cuzco Cabellos¹, N.M. Seoane Pardo², C.D.L.Á. Orts³, M. Baeza Mirete⁴ y M.R. Zamora Arjona⁵

¹Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. ²Hospital Universitario de A Coruña. ³Consortio Hospital General Universitario de València. ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Universidad Católica de Murcia. ⁵Hospital Clínico San Carlos. Universidad Europea de Madrid.

Objetivos/Introducción: La garantía de brindar cuidados seguros al paciente crítico se fundamenta en torno a la formación continuada, promovida por los servicios y las instituciones, como aconsejan las sociedades científicas y los organismos nacionales e internacionales. **Objetivo:** conocer las necesidades formativas de las enfermeras y enfermeros españoles en materia de cuidados intensivos y cuidados agudos cardiológicos.

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo y transversal. Las necesidades de formación se evaluaron mediante cuestionarios ad hoc autoinformados que se desarrollaron sobre la base de la revisión de la literatura. Los datos se analizaron mediante análisis de contraste de hipótesis a través de la prueba de chi cuadrado, R de Pearson y correlación de Spearman. Se excluyeron a las enfermeras y enfermeros de unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales. Se calculó una muestra de 377.

Resultados/Intervenciones: Respondieron al cuestionario 371 participantes. El 47% de los encuestados con menos de 2 años de experiencia demandan un curso de acogida. Los participantes con experiencia de 10-20 años (32%) demandan formación presencial. El 57% de los participantes con más de 20 años de experiencia y el 54% con menos de 2 años de experiencia tienen una formación máxima de grado. El 41% es graduado y fijo. El 48,25% ha recibido formación sobre Proyectos Zero y el 94% de éstos, tienen experiencia laboral de 10 a 20 años. El 60% de los participantes con más de 20 años de experiencia son socios de la SEEIUC.

Conclusiones: Un mayor tiempo de experiencia en el ámbito de estudio no se asocia con una mayor titulación académica. Los participantes manifiestan la necesidad de formarse en cuidados generales y en recibir un curso de acogida. Más de la mitad de los encuestados carecen de formación en Proyectos Zero. En el futuro se tendrían que plantear estrategias formativas que respondan a las necesidades detectadas.

Palabras clave: Educación. Enfermería intensiva. Cuidados críticos. Cuidados intensivos. Formación.

ID202. VALIDEZ PREDICTIVA DE LAS ESCALAS DE FRAGILIDAD CLINICAL FRAILTY SCALE-ESPAÑA Y FRAIL-ESPAÑA SOBRE LA MORTALIDAD. RESULTADOS PRELIMINARES

S. Arias-Rivera¹, M.D.M. Sánchez-Sánchez¹, E. Romero de San Pío², Y.G. Santana-Padilla³, M. Juncos Gozalo⁴, G. Via-Clavero⁵, N. Moro-Tejedor⁴, M. Raurell-Torredà⁶, C. Andreu Vázquez⁷ y Grupo Fragil-Es-UCI*

¹Hospital Universitario de Getafe. ²Hospital Universitario Central de Asturias. ³Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ⁵Hospital Universitario de Bellvitge. ⁶Universitat de Barcelona. ⁷Universidad Europea de Madrid.

Objetivos/Introducción: La fragilidad de los pacientes al ingresar en el hospital puede influir en la mortalidad en uci, hospital y a los 3 meses (m) del alta hospitalaria. Objetivo: evaluar la validez predictiva de mortalidad en uci, en el hospital y a los 3m del alta hospitalaria, de dos escalas de fragilidad (Clinical Frailty Scale (CFS)-España y FRAIL-España).

Metodología/Observación clínica: Metodología: Estudio de cohorte multicéntrico en 2020-2022. Incluidos pacientes con estancia > 48h en UCI y no COVID-19. Variables: fragilidad previa al ingreso y a 3m del alta hospitalaria (CFS-España, FRAIL-España); sexo, edad, Charlson y SAPS al ingreso en uci; estancias (UCI y hospital), dependencia al ingreso (Barthel < 90), ventilación mecánica (VM), destino al alta de UCI y hospital (*exitus*, domicilio, centro larga estancia) y supervivencia a 3m. Estadística: descriptiva y regresión logística. (CEIm19/42).

Resultados/Intervenciones: Reclutados 254 casos. Mortalidad en uci, hospital y a 3m de alta hospitalaria: 11,5; 18,5 y 6,8% respectivamente. Los pacientes frágiles al ingreso, con CFS-España, tienen 2,4 veces más posibilidades de morir en uci, que los no frágiles; 2,9 veces más posibilidades de morir en el hospital y 9,1 veces más posibilidades de morir a los 3m del alta hospitalaria. Cada punto adicional de CFS-España multiplica por 2,3 la posibilidad de morir a los 3m del alta hospitalaria. Los pacientes frágiles al ingreso, con FRAIL-España, tienen 2,3 veces más riesgo de fallecer en el hospital que los no frágiles y 6,1 veces más riesgo de morir a los 3m

del alta hospitalaria; cada punto adicional de la fragilidad (con FRAIL-España) aumenta 2,6 veces la posibilidad de fallecimiento a los 3 meses del alta hospitalaria (tabla).

Conclusiones: La escala CFS-España predice la mortalidad en uci, en el hospital y a los 3m del alta hospitalaria. La escala FRAIL-España predice la mortalidad en el hospital y a los 3m del alta hospitalaria.

Financiación: FIS PI20/01231.

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

Palabras clave: Fragilidad. Mortalidad. Unidad de cuidados intensivos. Supervivencia.

ID209. DE LA UCI A CASA. ALTAS A DOMICILIO DESDE UNA UCI POLIVALENTE DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

S. Ruiz Egea, S. García Trujillo, L. Orellana Muñoz, I. Montero Núñez, L. Gallego Aguirre, E. Virumbrales Palencia, M. Querol de Cárdenas, P. Tomás Cantos, P. Cueto Quintana y D. Ribes i Capdevila

Hospital Salut Sant Joan Reus-Baix Camp.

Objetivos/Introducción: Tras la pandemia en nuestro hospital ha habido un incremento de ingresos en UCI que ha llevado a la necesidad de ampliar el número de camas. La dificultad de drenaje de

Tabla Comunicación ID202

	Posibilidad en pacientes frágiles al ingreso (CFS-Es > 4)		Posibilidad en pacientes frágiles al ingreso (FRAIL-Es > 2)	
	OR (IC 95%)	Valor-p	OR (IC 95%)	Valor-p
Mortalidad UCI*	2,416 (0,998-5,852)	0,051	1,663 (0,671-4,123)	0,272
Mortalidad hospital**	2,942 (1,359-6,368)	0,006	2,310 (1,048-5,092)	0,038
Mortalidad a 3 meses del alta hospitalaria***	9,100 (2,634-31,434)	< 0,001	6,115 (1,743-21,453)	0,005
Posibilidad de morir a 3m del alta por cada punto adicional de fragilidad con CFS-Es				
	OR (IC 95%)	Valor-p	OR (IC 95%)	Valor-p
Mortalidad a 3 meses del alta hospitalaria***	2,317 (1,434-3,742)	0,001	2,580 (1,539-4,326)	< 0,001
Posibilidad de morir a 3m del alta por cada punto adicional de fragilidad con FRAIL-Es				

CFS-Es: Clinical Frailty Scale-España, FRAIL-Es: Escala FRAIL-España, OR: Odds ratio, IC: Intervalo de confianza, UCI: Unidades de cuidados intensivos. *Ajustado por sexo, edad, SAPS III, Charlson y dependencia al ingreso en UCI (Barthel < 90). **Ajustado por sexo, edad, SAPS III, Charlson, dependencia al ingreso en UCI (Barthel < 90), días de ventilación mecánica y estancia en UCI. *** Ajustado por sexo, edad, SAPS III, Charlson, dependencia al ingreso en UCI (Barthel < 90), estancia en hospital y alta a centro de larga estancia/recuperación funcional.

los enfermos en el momento del alta de UCI ha aumentado la estancia en este servicio y ha obligado a proponer altas domiciliarias directamente. El objetivo es analizar el número de altas a domicilio desde UCI a partir de 2012 hasta 2022, conocer a qué grupo patológico pertenecen estos pacientes y averiguar la incidencia de reingreso a los 28 días del alta.

Metodología/Observación clínica: Es un estudio analítico, observacional y retrospectivo. La muestra se obtuvo de la base de datos ACCES desde enero 2012 diciembre 2019 y de la base de datos ICCA desde enero 2020 hasta diciembre 2022, empleadas en la UCI polivalente de 20 camas del Hospital Salut Sant Joan Reus-Baix Camp. Realizamos el estudio analítico desde el programa Excel 2.0. Criterios de inclusión: pacientes altados desde UCI a domicilio. Criterios de exclusión: altas voluntarias.

Resultados/Intervenciones: Se altaron 5.322 pacientes, 27 fueron altas a domicilio (0,5%), de estas 14 se realizaron en 2022 (57,85%). Del total de las altas 18 fueron hombres (66,66%) y 9 mujeres (33,34%) con una media de edad de 54,22 y 53,11 años, respectivamente. En hombres prevalece la patología cardiaca con un 77,78%, respecto a las mujeres con un 44,44%. En mujeres prevalece la patología médica con un 55,56%, frente al 22,22% en hombres. No hubo reingreso de ningún paciente pasados los 28 días al alta.

Conclusiones: El alta directa a domicilio de pacientes ingresados en UCI es una práctica segura porque no se produjo ningún reingreso, minimiza estancia hospitalaria y disminuye el riesgo de enfermedades nosocomiales. Optimiza la gestión de camas y abarata los gastos hospitalarios. Serán necesarios nuevos estudios para valorar la satisfacción y criterios de selección de estos pacientes.

Palabras clave: Alta a domicilio. UCI polivalente.

ID212. PROCESO DE TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN A LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

J.M. Cachón Pérez¹, E. García García¹, C. Alvarez López² y O. Oliva Fernandez¹

¹Universidad Europea de Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivos/Introducción: La adaptación de las enfermeras de nueva incorporación en las Unidades de Críticos es más compleja que en otro tipo de unidades clínicas, siendo aún más complicado en los profesionales recién graduados. Aparece una brecha entre la teoría y la práctica que los enfermeros van acortando gracias a su experiencia clínica diaria en las unidades de cuidados críticos. Numerosas Unidades de Críticos establecen programas formativos para la integración de su personal de nueva incorporación. El objetivo principal es comprender cómo se produce el proceso de toma de decisiones clínicas en los enfermeros de nueva incorporación en las unidades de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica: Se realizó un diseño cualitativo fenomenológico mediante entrevistas en profundidad y grupos focales. Se seleccionaron profesionales de enfermería que han empezado a trabajar en unidades de críticos en el año 2022, mediante un muestreo por propósito, aquellos con información relevante en relación a la incorporación a la UCI, que quisieran participar. Tras solicitar su consentimiento, se incluyeron 25 entrevistas en profundidad, y se realizaron 5 grupos focales. Se transcribieron literalmente las entrevistas y grupos focales, y se analizaron a través de un análisis temático inductivo separado, integrando los resultados en una matriz de análisis para identificar y definir los temas finales.

Resultados/Intervenciones: Se han identificado los siguientes temas: 1. Habilidades interpersonales, entre las que se incluyen el trabajo en equipo y las relaciones interprofesionales. 2. Necesidad de adaptarse a situaciones complejas. 3. Desarrollo de habilidades técnicas. 4. Experiencias profesionales.

Conclusiones: Los entrevistados, destacan como herramienta útil la simulación clínica, que les permite una mejor adaptación en

su proceso de incorporación a las unidades de cuidados críticos; así como, el manejo de las relaciones interpersonales, sobre todo el trabajo en equipo, y las relaciones con otros miembros del equipo asistencial; además de una formación integral que garantice el manejo de situaciones complejas, habilidades de comunicación y habilidades técnicas.

Palabras clave: Enfermería. Nuevos profesionales. UCI.

ID218. VALIDEZ PREDICTIVA DE LA ESCALA DE FRAGILIDAD CLINICAL FRAILTY SCALE-ESPAÑA SOBRE EL INCREMENTO DE LA DEPENDENCIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

S. Arias-Rivera¹, M.D.M. Sánchez-Sánchez¹, E. Romero de San Pío², Y.G. Santana-Padilla³, M. Juncos Gozalo⁴, G. Vía-Clavero⁵, N. Moro-Tejedor⁴, M. Raurell-Torredà⁶, C. Andreu Vázquez⁷ y Grupo Frágil-Es-UCI*

¹Hospital Universitario de Getafe. ²Hospital Universitario Central de Asturias. ³Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ⁵Hospital Universitario de Bellvitge. ⁶Universitat de Barcelona. ⁷Universidad Europea de Madrid.

Objetivos/Introducción: La fragilidad presente al ingreso hospitalario y los estresores a los que son sometidos los pacientes durante su estancia, pueden incrementar la dependencia al alta del hospital. Objetivos: evaluar la validez predictiva de la Clinical Frailty Scale-España (CFS-España) sobre el incremento de la dependencia a 3 y 12 meses (m) del alta hospitalaria.

Metodología/Observación clínica: Estudio de cohorte multicéntrico en 2020-2022. Incluidos pacientes con estancia > 48h en cuidados intensivos (UCI) y no COVID-19. Variables: fragilidad previa al ingreso (CFS-España). Sexo, edad, duración de la estancia (UCI y hospital), dependencia al ingreso y a 3m y 12m del alta (Barthel), debilidad muscular (MRC < 48), reingresos hospitalarios. Estadística: descriptiva y análisis multivariante. (CEIm19/42).

Resultados/Intervenciones: Reclutados 254 casos. Pacientes frágiles al ingreso (CFS-España 5-9): 58 (23%). Barthel al ingreso (n = 254): 209 pacientes (82%) entre 100-90, 37 (15%) < 90-60 y 8 (3%) < 60 puntos. Barthel a 3m del alta hospitalaria (n = 171): 116 pacientes (68%) entre 100-90, 25 (15%) < 90-60 y 30 (17%) < 60 puntos. Barthel a 12m del alta hospitalaria (n = 118): 76 pacientes (65%) entre 100-90, 24 (20%) < 90-60 y 18 (15%) < 60 puntos. En el análisis multivariante, ajustado por las variables registradas, se observa que los pacientes que son frágiles al ingreso (CFS-España 5-9) tienen 2,8 veces (IC95%: 1,03-7,58; p = 0,043) más posibilidades de incrementar la dependencia (Barthel 90-100 a < 90 o Barthel < 90-60 a < 60) a 3m del alta (respecto al ingreso) y 3,5 veces (IC95%: 1,18-10,30; p = 0,024) más posibilidades de incrementar dependencia a 12m del alta. Además, por cada punto adicional de CFS-España se multiplica por 1,6 (IC95%: 1,01-2,23; p = 0,016) la posibilidad de incrementar la dependencia en los 12m siguientes al alta.

Conclusiones: La CFS-España al ingreso puede predecir un incremento de la dependencia a los 3 y 12 meses del alta del hospital.

Financiación: FIS PI20/01231.

*Grupo Frágil-Es-UCI: Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid): Raquel Jareño-Collado, Raquel Sánchez-Izquierdo, Eva I. Sánchez-Muñoz, Virginia López-López, Pedro Vadillo-Obeso, Jesús Cidoncha-Moreno, Sonia López-Cuenca, Lorena Oteiza-López, Fernando Frutos-Vivar, María Nogueira-López, Marta Suero-Domínguez, Mª Carmen Martín-Guzmán, Olga Rodríguez-Estevez, Juan Enrique Mahía-Cures. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias): Julieta Alonso-Soto, Esther González-Alonso, Lara María Rodríguez-Villanueva, Montserrat Fernández-Menéndez, Roberto Riaño-Suárez, María González-Pisano, Adrián González-Fernández, Helena Fernández-Alonso, José Antonio Gonzalo-Guerra. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (Las Palmas de Gran Canaria): Zaida Álamo-Rodríguez, Famara Díaz-Marrero, Ben-

Jamón Guedes-Santana, Aridane Méndez-Santana, José Rodríguez-Alemán, Lorea Ugalde-Jauregui. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid (Madrid): Ángeles Ponce-Figueredo, Ana Muñoz-Martínez, Iñaki Erquicia-Peralt. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona): Laia Martínez-Bosch, Jordi Torreblanca-Parra, Vicente Corral-Vélez.

Palabras clave: *Fragilidad. Debilidad muscular. Dependencia funcional. Unidades de Cuidados Intensivos.*

ID220. NEUROCRÍTICOS PORTADORES DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO: ¿QUÉ FACTORES SE RELACIONAN CON EL DESARROLLO DE VENTRICULITIS?

L. García Ruiz Boquete, M.C. Martínez Márquez, C. Carrilero López, M.M. Pérez Villena, C. Gallego Lujan, N.A. Ruiz Cambra, L. Muñoz de Luna Herrera, A. Prado Mira, E. Ruiz-Escribano Taravilla y D. García Pérez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos/Introducción: Los drenajes ventriculares externos (DVE) constituyen una herramienta tanto terapéutica como diagnóstica no exentos de complicarse desarrollando ventriculitis. Describir la incidencia de ventriculitis siendo portadores de DVE, y conocer que factores son desencadenantes y se relacionan con morbilidad.

Metodología/Observación clínica: Estudio de cohortes retrospectivo, factor de exposición portar DVE. Revisamos historias clínicas de pacientes portadores de DVE, ingresados en UCI de un hospital terciario entre enero 2018-noviembre 2022. Recogidos datos epidemiológicos y clínicos, estancia y mortalidad en UCI. Paquete estadístico SPSS.

Resultados/Intervenciones: N = 62. Edad media 61 (DE 10, IC95% 59-64); hombres 30 (48%), APACHEII medio 17 (DE 7,5, IC95% 15,6-19,3); estancia media 19 (DE 13,9, IC95% 15,3-22,4). HSA [26, (42%)]. HIC [21, (34%)]. Desarrollaron ventriculitis 20 (32%). DVE infectados fueron insertados en quirófano, frente al 85% de los no infectados. Gérmenes más frecuentes CGP en 7 pacientes y BGN en 4. Todas las ventriculitis recibieron antibioterapia iv y 7 además terapia it. Con ventriculitis presentaron más delirio [7 (35%) vs. 10 (26%); p < 0,05], mayor manipulación del DVE [9 (45%) vs. 12 (29%); p < 0,05] y más recambios del DVE [5 (25%) vs 3 (8%); p < 0,05]. Los DVE infectados permanecieron más días puestos [15 (DE 13, IC95% 9-22) vs. 9 (DE 6, IC95% 7-12); p < 0,05]. Los pacientes con ventriculitis presentaron fiebre [16 (80%) vs. 18 (46%); p < 0,05], deterioro del nivel de conciencia [18 (90%) vs. 10 (26%); p < 0,05] y crisis epilépticas [8 (40%) vs. 9 (23%); p < 0,05], tuvieron mayor estancia en UCI [26 (DE 17, IC95% 18-33) vs 15 (DE 11, IC95% 12-19); p < 0,05]. Los pacientes con V más a menudo requirieron VVP [4 (20%) vs. 3 (8%); p < 0,05]. Fallecieron 17 pacientes (27%); sin diferencias en mortalidad en los que tuvieron ventriculitis.

Conclusiones: Tenemos una alta incidencia de ventriculitis en nuestra UCI. Los pacientes que desarrollan ventriculitis, son portadores de DVE más días, siendo catéteres más manipulados y recambiados. Con más frecuencia tienen fiebre, crisis epilépticas y disminución del nivel de conciencia, permaneciendo más días ingresados en UCI.

Palabras clave: *Neurocrítico. Ventriculitis.*

ID221. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS CUIDADOS PERDIDOS EN UNA UNIDAD DE INTENSIVOS PEDIÁTRICA

J.J. Rodríguez Mondéjar¹ y A. Medina Rubio²

¹UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Región de Murcia. SMS. Facultad de Enfermería UMU. IMIB Arrixaca. ²Servicio Murciano de Salud.

Objetivos/Introducción: Los cuidados de enfermería perdidos han comenzado a tenerse en consideración, ya que se estiman

como un problema universal, complejo y multifactorial. Objetivo: Determinar cuáles son los cuidados de enfermería que más se omiten en una unidad de cuidados críticos pediátricos (UCIP).

Metodología/Observación clínica: Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Muestra: participación voluntaria a todo el personal de enfermería de la UCIP de un hospital de 3^{er} nivel. Temporalidad: primer cuatrimestre 2022. Desarrollo: participación voluntaria de enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería de la UCI infantil. Se recogió la información necesaria a través de la cumplimentación del cuestionario OMICE (versión española validada del cuestionario Misscare Survey). Estadística: Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva con el programa IBM Statistics SPSS versión 23, calculando media y desviación estándar para cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Consideraciones éticas: Se notificó a los participantes el carácter confidencial y anónimo de las respuestas, no pudiéndose ceder a terceros.

Resultados/Intervenciones: 32 participantes. Mujeres (71,9%) y enfermeras (90,6%). Edad media 40 años DE 8,5 (25-59). Los cuidados que se consideran más veces omitidos: deambulación (84,5%), cuidado bucal (56,3%), asistir a reuniones interdisciplinares (46,9%), planificación y coordinación del alta (43,7%) y cuidados del sueño/descanso (40,7%). Motivos como primera causa de omisión de actividades enfermeras: Situaciones de urgencia (96,9%), aumento inesperado del número de pacientes o de las situaciones de urgencia (90,6%), elevada carga de trabajo por ingresos y altas (87,5%) y dotación inadecuada de personal auxiliar y/o administrativo (78,1%).

Tabla Comunicación ID221

Características sociodemográficas y laborales de los participantes

VARIABLES DESCRIPTIVAS	n	%
SEXO		
Hombre	9	28,1
Mujer	23	71,9
EDAD (AÑOS)		
Media ± DE	40,00 ± 8,485	
Min-Max	25 - 59	
Menos de 30 años	3	9,4
Entre 30 y 45 años	18	56,3
Más de 45 años	11	34,4
PROFESIÓN		
Enfermero/a	29	99,6
Auxiliar de enfermería	3	9,4
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)		
Media ± DE	15,79 ± 9,233	
Min-Max	3-35	
Menos de 10 años	11	34,4
Entre 10 y 20 años	9	28,1
Más de 20 años	12	37,5
AÑOS DE EXPERIENCIA EN UCIP (AÑOS)		
Media ± DE	8,41 ± 7,268	
Min-Max	1-23	
Menos de 5 años	15	46,9
Entre 5 y 10 años	3	9,4
Más de 10 años	14	43,8

Conclusiones: La omisión del cuidado es un fenómeno real motivado principalmente por la falta de recursos humanos.

Palabras clave: *Atención de enfermería. Enfermería. Omisiones de registro. Seguridad del paciente. Cuidados Críticos. Enfermeras clínicas.*

ID222. ¿EXISTEN CARENCIAS DE FORMACIÓN EN RCP?

C. Carrilero López, M.D. Castillo Lag, M.M. Pérez Villena, M. Barrios Arnau, C. Gallego Lujan, N.A. Ruiz Cambra, L. García Martínez de los Reyes, E. Matas Rubio, A. Prado Mira y A.M. Gómez del Pulgar Villanueva

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos/Introducción: Análisis comparativo descriptivo sobre conocimientos del material necesario en una situación de parada y la proximidad del último curso de RC según categorías. Entrenar soporte vital al personal sanitario mejora la supervivencia. Los sanitarios deben reciclarse periódicamente según sus niveles de competencia y responsabilidad.

Metodología/Observación clínica: Encuestas anónimas a sanitarios en hospital terciario: 7 preguntas generales (categoría, servicio, edad, antigüedad, último curso de RPC, tipo de curso y ante PCR a quien avisan), 7 preguntas conceptuales (p1. Definición PCR, p2. Primera actuación, p3. Tras DESA, p4. Inicio RCP, p5. Ritmo masaje, p6. DF; p7. Llevo el carro) y 3 de competencia y material (p9. Conoce donde está carro; p10. Conoce material; p11. Es su responsabilidad). Paquete estadístico SPSS.

Resultados/Intervenciones: N = 361. Enfermeras (43%), TCAE (27%), FEA (17%), MIR (10%), celadores (3%). El 42% > 46 años, seguido del 31% entre 36 y 45 años. El 34% > 20 años de experiencia, el 31% entre 11 y 20, el 13% entre 6 y 10 y el 22% < 5 años. El 29% hizo curso RCP hace < 2 años (m2), el 62% > 2 años (M2) y el 9% nunca (N). Eran RCPB (69%), DESA (26%) y RCPA (50%). El 12% de servicios quirúrgicos, el 16% de UCI y el resto a otros médicos. El 87% conoce el material del carro, pero el 73% no está seguro de dónde localizarlo y el 87% esperan a una orden para traerlo.

Tabla 1. Comunicación ID222

Material y puesto de trabajo

(p < 0,05)	Conoce localización carro	Conoce material carro	Cuándo llevar carro
FEA	39 (64%)	15 (25%)	49 (80%)
MIR	22 (60%)	8 (22%)	33 (89%)
ENFER	151 (98%)	109 (71%)	140 (92%)
TCAE	95 (97%)	48 (49%)	54 (56%)
Celador	9 (90%)	2 (20%)	5 (56%)

Tabla 2. Comunicación ID222

Último curso y puesto de trabajo

(p < 0,05)	FEA	MIR	Enfermero	TCAE	Celador
Menos de 2 años	14 (23%)	33 (89%)	31 (20%)	25 (25%)	1 (10%)
Más de 2 años	44 (72%)	4 (11%)	115 (75%)	58 (59%)	3 (30%)
Nunca	3 (9%)	0	7 (5%)	16 (16%)	6 (60%)

Conclusiones: La formación continuada en RCP en el personal sanitario en general resulta deficitaria, como herramienta clave implementaríamos la simulación clínica, ya que un gran porcentaje de ellos hace > 2 años que no reciben formación. En relación a ubicación y material del carro de paradas, es el personal de enfermería con mayor conocimiento, esto es atribuible a su responsabilidad de revisión y reposición del mismo.

Palabras clave: Formación RCP. Periodicidad cursos RCP. Simulación.

ID225. EXPECTATIVAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DE MANEJO DE PERFUSIONES INTRAVENOSAS

F. Sánchez Hernández, J.A. Serrano Calvache, J.M. Martínez Giménez, A. Real Bernal, A. Ramos Martínez, J. González Navas, N. López Tesón y C. Alba López

Hospital Universitario Torrecárdenas.

Objetivos/Introducción: Existe un problema en la transferencia de pacientes críticos ocasionado por la variabilidad en el manejo de perfusiones intravenosas entre los distintos servicios asistenciales que ocasiona situaciones de inestabilidad para los pacientes. Nuestro hospital ha elaborado una guía de fármacos, para que en todas las unidades asistenciales que manejan perfusiones intravenosas lo hagan con las mismas diluciones y en las mismas unidades. Objetivos: conocer y evaluar la aceptación por parte de los profesionales de enfermería a la implantación de esta nueva guía. Evaluar las necesidades formativas del personal de enfermería frente a la nueva metodología de trabajo.

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Universitario Torrecárdenas de Almería

Tabla Comunicación ID225

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Pregunta 4. ¿Consideras que este cambio es necesario?	48	3	5	4,48	0,714
Pregunta 5. Califica, por favor, cuánto crees que la implantación de esta medida mejorará la seguridad del paciente.	48	2	5	4,29	0,743
Pregunta 8. ¿Consideras que la unificación de criterios en el manejo de perfusiones intravenosas, facilita la transferencia de pacientes entre unidades de hospitalización?	48	1	5	4,52	0,825
Pregunta 10. Respecto a los profesionales que cambian de unidad con cierta frecuencia (sustituciones cortas, refuerzo...) ¿Consideras que la unificación de perfusiones intravenosas en el hospital va a agilizar, y mejorar el flujo de trabajo y trabajarán con mayor confianza/seguridad cuando tienen que preparar una perfusión en las distintas unidades por las que rotan?	48	3	5	4,52	0,714
Pregunta 12. ¿Te sientes preparado para el cambio en el sistema de prescripción, administración y manejo de perfusiones en tu unidad?	48	2	5	3,94	1,019
Pregunta 14. Ante una situación de emergencia, ¿te consideras capacitado para la preparación, programación y administración de fármacos siguiendo los nuevos criterios establecidos en tu unidad?	48	2	5	3,49	1,081

(28 camas) y evaluado mediante una herramienta creada ad hoc, cuya finalidad es conocer aspectos relacionados con las expectativas, grado de dificultad y repercusión en los pacientes de la aplicación de esta nueva guía. El instrumento creado consiste en un cuestionario, voluntario y anónimo, con 17 preguntas tipo Likert con valores entre 1 “Nada” y 5 “Totalmente”. Los datos han sido tratados con el programa SPSS.

Resultados/Intervenciones: Se recogieron un total de 48 cuestionarios. La experiencia profesional arrojaba una media de 15,3 años, y de 9,5 años en el manejo de pacientes críticos. Los resultados muestran que el personal considera necesario la instauración de la guía, además opinan que esto no aumentará la carga de trabajo, mejorará la transferencia de pacientes y facilitará el trabajo de los profesionales que cambian de unidad con frecuencia. En cuanto al nivel de conocimientos manifiestan la necesidad de formación, aunque los niveles de confianza son positivos.

Conclusiones: Los resultados recogidos muestran la aceptación del personal de enfermería de esta guía y manifiestan las altas expectativas respecto a su utilidad. El estudio será completado 6 meses después de la instauración de la guía.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Enfermería. Protocolo. Perfusiones intravenosas.

ID230. ¿QUÉ SUCEDA CUANDO SUENA LA MÚSICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

M.Á. de Pedro Sánchez, E. Bustamante Munguira,
C. Tomillo Lázaro, M.J. Chacón Esteban, M. Polanco Serna,
B. Delgado González, T. Fernández Bangues y D. Carrillo López

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos/Introducción: La humanización en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es una manera de fomentar el cuidado holístico, gracias a métodos no farmacológicos como la musicoterapia. El objetivo es evaluar el efecto de dos sesiones de musicoterapia (SMT) sobre las constantes vitales (CV), estado de ánimo (EA) en los pacientes y la opinión de los familiares.

Metodología/Observación clínica: La población en estudio fueron 21 pacientes de la UCI polivalente de un hospital terciario (700 camas), estudiados en dos SMT distintas. La variable principal fue las CV; tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) antes, durante y después de las SMT. Las variables

secundarias fueron EA de los pacientes conscientes y opinión de los familiares tras las SMT.

Resultados/Intervenciones: Las intervenciones fueron dos SMT personalizadas en directo de 120 minutos cada sesión, con intervalo entre sesiones de dos días, realizada por un musicoterapeuta, en Navidad. En la primera SMT se observa en los pacientes, no haber cambios durante y después a la SMT: Al 52,38% les disminuye TA, al 61,90% les disminuye FC, al 42,85% les disminuye FR. El 100% de los pacientes conscientes manifiesta aumentado su EA. El 90,47% (19 familias) manifiestan gran satisfacción tras SMT, frente al 9,52% (2 familias) no se manifiestan. En la segunda SMT cambios pocos significativos entre durante y después a la SMT. Al 57,14% les disminuye TA, al 52,38% les disminuye FC, al 52,38% les disminuye FR. 100% de los pacientes conscientes han aumentado su EA. El 95,23% (20 familias) manifiestan gran satisfacción por la realización de la SMT, frente al 4,76% (1 familias) no acude a la visita.

Conclusiones: La música demuestra que puede ser una estrategia no farmacológica que ayuda a mejorar las CV, EA y ansiedad del paciente, mejorar la satisfacción del familiar y mejorar el ambiente de trabajo al profesional.

Palabras clave: Musicoterapia. UCI. Constantes vitales. Estado de ánimo. Paciente. Familia.

ID231. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL Y NUESTRA FORMA DE ACTUAR ANTE UNA PCR?

M.D. Castillo Lag, C. Carrilero López, M.M. Pérez Villena,
M. Barrios Arnau, C. Gallego Luján, N.A. Ruiz Cambra,
L. García Martínez de los Reyes, E. Matas Rubio, A. Prado Mira
y A.M. Gómez del Pulgar Villanueva

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos/Introducción: Análisis comparativo descriptivo sobre conocimientos, actuación inicial y competencias en RCP en sanitarios según años de experiencia. La RCP es frecuente en UCI. Existe un consenso internacional sobre RCP, actualizándose cada 5 años, recomendándose la actualización de conocimientos de los profesionales cada 2 años.

Metodología/Observación clínica: Encuestas anónimas a sanitarios en hospital terciario: 7 preguntas generales (categoría profesional, servicio, edad, años trabajados, último curso de RPC, tipo

Tabla 1 Comunicación ID231. Conceptos y años de experiencia

	Definición RCP (p = 0,4)	Primera actuación (p = 0,4)	Tras desfibrilar (p < 0,05)	Empezar masaje (p < 0,05)	Velocidad masaje (p < 0,05)	Ritmos desf. (p = 0,05)
Menos de 5	50 (63%)	64 (81%)	49 (62%)	64 (81%)	59 (75%)	69(87%)
Entre 6 y 10	37 (79%)	40 (85%)	26 (55%)	39 (83%)	29 (62%)	40 (85%)
Entre 11 y 20	62 (56%)	97 (88%)	41 (37%)	66 (60%)	74 (67%)	79(72%)
Más de 20	75 (61%)	97 (78%)	29 (23%)	74 (60%)	69 (56%)	76(61%)

Tabla 2 Comunicación ID231. Material y años de experiencia

	Conoce localización carro (p = 0,3)	Conoce material carro (p < 0,05)	Cuándo llevar carro (p = 0,1)
Menos de 5	63 (80%)	25 (32%)	70 (89%)
Entre 6 y 10	41 (87%)	25 (53%)	38 (81%)
Entre 11 y 20	101 (92%)	60 (55%)	85 (79%)
Más de 20	110 (89%)	71 (58%)	88 (73%)

Tabla 3 Comunicación ID231. Responsabilidades y años de experiencia

	Iniciar RCP (p < 0,05)	Colocar DESF/DESA (p < 0,05)	Desfibrilar (p < 0,05)	Traer carro (p < 0,05)	Revisar carro (p < 0,05)	Conocer orden NO-RCP (p < 0,05)	Conocer paciente (p < 0,05)
Menos de 5	64 (81%)	61 (75%)	56 (71%)	46 (58%)	44 (55%)	61 (77%)	59 (75%)
Entre 6 y 10	36 (77%)	33 (70%)	28 (60%)	33 (70%)	35 (75%)	39 (83%)	31 (66%)
Entre 11 y 20	72 (66%)	64 (58%)	47 (43%)	85 (77%)	78 (71%)	74 (67%)	58 (53%)
Más de 20	84 (68%)	69 (56%)	54 (44%)	88 (71%)	88 (71%)	83 (67%)	68 (55%)

Tabla 4 Comunicación ID231. Puesto de trabajo y años de experiencia

p < 0,05	MIR	FEA	Enfermera	TCAE	Celador
Menos de 5	36 (46%)	7 (9%)	23 (29%)	12 (15%)	1 (1%)
Entre 6 y 10	1 (2%)	12 (26%)	24 (51%)	10 (21%)	0
Entre 11 y 20	0	15 (14%)	51 (46%)	36 (33%)	8 (7%)
Más de 20	0	27 (22%)	56 (45%)	40 (32%)	1 (1%)

de curso y a quién avisan ante una PCR), 7 conceptuales (p1. Definición PCR, p2. Primera actuación, p3. Tras DESA, p4. Inicio RCP, p5. Ritmo masaje, p6. DF; p7. Llevo el carro) y 3 de competencia y material (p9. Conoce donde está carro; p10. Conoce material; p11. Es su responsabilidad). Paquete estadístico SPSS.

Resultados/Intervenciones: N = 361. Enfermeras (43%), TCAE (27%), FEA (17%), MIR (10%) y celadores (3%). El 42% era > 46 años, el 31% entre 36 y 45 años. El 34% > 20 años de experiencia, el 31% entre 11 y 20, el 13% entre 6 y 10 y el 22% < 5 años. El 12% de unidades quirúrgicos, el 16% a UCI y el resto a otros médicos. El 54% de los que tenían < 5 años de experiencia habían hecho un curso en los últimos 2 años, frente al 26% entre 6-10 años; 24% entre 11 y 20 años y 6% > 20 años de experiencia. Ante una PCR, avisan a UCI 24 encuestados (31%) de los de < 5 años de experiencia; 16 (34%) de los de entre 6-10 años; 27 (25%) de los de 11-20 años y 24 (19%) de los de más de 20 años (P0.6).

Conclusiones: Los sanitarios noveles han realizado más frecuentemente cursos de RCP en los dos últimos años y estos acierran más preguntas conceptuales, adquiriendo más responsabilidades ante una PCR. Relacionándose con que el mayor número de MIR pertenezcan al grupo de menor experiencia.

Palabras clave: Experiencia profesional. formación RCP. Respuesta ante PCR.

ID233. ¿ES LA ANTIGÜEDAD PROFESIONAL Y LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA UN FACTOR LIMITANTE EN LA PERCEPCIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROYECTOS ZERO TRAS LA PANDEMIA?

M.Á. de Pedro Sánchez, E. Bustamante Munguira,
A. Francisco Amador, M. Artola Blanco, J. Arnáiz Rodrigo,
B. Delgado González, D. Carrillo López y M.J. Chacón Esteban

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos/Introducción: El paso de la pandemia por COVID-19 ha incorporado un exceso de personal no adscrito a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con escasa formación en proyectos Zero (PZ) y una mínima cantidad de personal experto. El objetivo es valorar, en el momento actual postpandemia, la influencia de la antigüedad profesional, así como la formación en los PZ, en la percepción de enfermeras y TCAEs, en la calidad actual de los cuidados relacionados con la prevención de infecciones asociadas a dispositivos.

Tabla Comunicación ID233

Ítem	Enfermeras	TCAEs
Sexo	Femenino 69,23%	Femenino 100%
Edad	20-25 a: 20,51%	20-25 a: 8,69%
	26-30 a: 38,46%	26-30 a: 21,73%
	31-35 a: 20,51%	31-35 a: 13,04%
	36-40 a: 10,25%	36-40 a: 4,34%
	41-45 a: 7,69%	46-50 a: 17,39%
Tiempo de trabajo unidad	< 1 a: 17,94%	< 1 a: 21,73%
	1-2 a: 30,76%	1-2 a: 39,13%
	2-3 a: 38,46%	2-3 a: 13,04%
	3-4 a: 2,56%	5-10 a: 13,04%
	5-10 a: 2,56%	10-15 a: 8,69%
	> 16 a: 2,56%	> 16 a: 4,34%
Formación PZ	Sí 87,17%	Sí 82,60%
Número cursos	> 1 12,85%	> 1 13,04%
	> 3 32%	> 3 4,34%
	> 6 5,7%	> 6 2,26%
Cura estéril catéter	Sí 82,05%	
Retirar accesos innecesarios	Sí 97,43%	
Higiene manos antes c. paciente	Sí 100%	Sí 100%
Higiene de manos después c. paciente	Sí 94%	Sí 100%
Aislamientos	Sí 100%	Sí 100%
Fijar S. uretral al muslo	No 74,35%	Sí 100%
Vaciar urímetro	Sí 100%	Sí 100%
Higiene de manos tras retirada de guantes	Sí 100%	Sí 100%
¿Se cumplen PZ tras pandemia?	Sí 82,07%	Sí 73,91%
¿Mejor o peor?	Mejor 76%	Mejor 73%
Propuestas de mejora	Formación Infraestructura	Formación Lavado de manos
	Menor rotación de personal	Menor rotación personal

Metodología/Observación clínica: Se elaboró y distribuyó, una encuesta validada, anónima, dirigida a enfermeras y TCAE, cuyo cumplimiento fue voluntario. En ella se evaluó: edad, sexo, categoría profesional, preguntas dirigidas a los principales principios de los PZ: Curas catéteres venosos/arteriales, lavado de manos antes y después del contacto con los pacientes, fijación de la sonda uretral, aislamientos, retirada de catéteres venosos/arteriales y sondas uretrales innecesarias, percepción de mejora o empeoramiento en el cumplimiento de los PZ tras la pandemia y propuestas de mejora.

Resultados/Intervenciones: De un total de 70 enfermeras y 39 TCAE, respondieron 39 y 23 respectivamente, participación de: 55,71% y 58,97%. Los resultados nos indican distinta percepción del personal en el cumplimiento actual de las medidas que recomienda el PZ, siendo mejor para el personal de nueva incorporación y peor calidad para el personal con antigüedad profesional (tabla). Los datos de la encuestada en higiene de manos y cumplimiento de aislamientos no coinciden con los resultados de las observaciones realizadas en la unidad.

Conclusiones: Las excesivas incorporaciones y rotaciones de personal sin experiencia en UCI, pueden ser la causa del incremento de las tasas de aislamientos e infecciones, según ENVIN, en estas unidades. La formación y experiencia en PZ es fundamental para mejorar estas tasas.

Palabras clave: Proyectos Zero. Percepción profesional. UCI.

ID234. ANÁLISIS DEL TIEMPO DE PERMANENCIA DELA ENFERMERA FUERA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

M. Vila Vidal, A. Estruga Asbert y R. Jam Gatell

Corporació Sanitària Parc Taulí.

Objetivos/Introducción: La enfermera de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) habitualmente es miembro integrante del equipo de traslado intrahospitalario (TIH). Esta ausencia temporal conlleva para el resto del equipo de enfermeras una sobrecarga asistencial adicional. Por ello es importante conocer estos tiempos para mejorar la organización de la unidad. Objetivo: analizar el tiempo de permanencia de la enfermera fuera de la UCI durante los TIH.

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. UCI adultos médico-quirúrgica de 30 boxes (16 UCI y 14 semicríticos). Periodo estudio: 2016-2021. Población estudiada: TIH realizados donde el equipo de traslado incluía enfermera. Criterios de exclusión: TIH efectuados sin enfermera y/o con hoja de registro incompleta. Instrumento: Hoja de recogida: checklist TIH, datos sociodemográficos del paciente, motivo y duración TIH (salida de UCI hasta su llegada) y composición equipo de traslado. Cumplimentación por parte de la enfermera. Recogida de datos a cargo del equipo investigador. Análisis estadístico: variables cualitativas, frecuencia absoluta y relativa.

Resultados/Intervenciones: Entre 2016 y 2020 se realizaron 5.433 TIH. Los motivos: TAC 3.229, radiología intervencionista 1.009, quirófano 486, resonancia magnética 438, ecografía 137 y otros 134. Del total de TIH, 2.944 fueron acompañados por enfermera y/o enfermera y médico. La duración media por traslado fue de 47,66 min (tabla).

Tabla Comunicación ID234

Número de TIH con enfermera y tiempo medio

Año	Número TIH	Duración TIH
2016	449	44,1 min
2017	587	41,7 min
2018	415	36,9 min
2019	557	41,5 min
2020	497	89,7 min
2021	439	33,4 min

Conclusiones: El tiempo medio de ausencia de la enfermera durante los TIH es considerable. El motivo más frecuente de TIH fue la TAC. Conocer la duración de los TIH que conllevan una reducción de enfermeras de la plantilla, incrementando la ratio paciente/enfermera, puede ayudar a una mejor gestión del personal y contribuir en dar unos cuidados seguros y de calidad.

Palabras clave: Transporte intrahospitalario UCI. Tiempo de TIH. Carga de enfermería.

ID236. MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA HEART MATE III

X. Martín Cerezo, L. Álvarez Vivas, E. Molina Ramírez, A. Larrad Blasco, C. Sánchez Maraver, M.L. Marín Cagigas, B. Lluís Cladera, N. Moliner Minguez, S. Rodríguez Cruz y R. Larrad Blasco

Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos/Introducción: Incidencia de los pacientes portadores del dispositivo de asistencia ventricular izquierda (DAVI) de larga duración Heart Mate III (HMIII) y descripción de los principales cuidados enfermeros.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) portadores de HMIII, ingresados en la UCIC de un hospital de tercer nivel durante el año 2022. Las principales variables de estudio fueron: número de pacientes portadores de DAVI HMIII y principales cuidados enfermeros realizados durante el ingreso en la unidad de cuidados críticos cardiológicos (UCIC) de un hospital de tercer nivel. Se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central.

Resultados/Intervenciones: Durante el periodo de estudio se implantaron 9 HMIII siendo el centro descrito uno de los que instauraron mayor número de España. Durante su estancia en UCIC, fueron tratados por enfermeras especialistas en paciente crítico cardiológico, formadas en el manejo y las curas específicas del dispositivo, y con herramientas para el inicio de una educación sanitaria precoz enfocada al autocuidado de cara al alta. Además de la educación sanitaria, los principales cuidados enfermeros fueron: formación en cuanto al manejo del dispositivo de forma autónoma, autocura de la inserción del Drive Line de cara a evitar infecciones y favorecer una buena cicatrización, adaptación a la vuelta a las actividades de la vida diaria con el dispositivo, detección de anomalías e interpretación de alarmas.

Conclusiones: El número de pacientes portadores de HMIII es elevado por lo que es necesario disponer de profesionales enfermeros con formación específica en el manejo de este tipo de pacientes ya que deben ofrecer cuidados en el proceso agudo y proporcionar conocimientos y confianza a los pacientes portadores de dicho dispositivo para garantizar los autocuidados en su domicilio.

ID239. ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA. PROTOCOLO BOX AZUL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

M.Á. de Pedro Sánchez, E. Bustamante Munguira, A. Francisco Amador, M. Méndez Pascual, B. Delgado González, T. Fernández Bangues y D. Carrillo López

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos/Introducción: El Proyecto BOX AZUL de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) es un proyecto de humanización, creado con la intención de dar prioridad a una muerte digna para el paciente hospitalizado en la unidad y que viva dignamente hasta el último momento, facilitando en todo momento el acompañamiento continuo de los familiares. Este protocolo fue diseñado e implantado

durante el 2022 y tiene como objetivo proporcionar al paciente y su familia la mejor calidad de la asistencia en el momento que rodea el final de la vida, ayudar a gestionar el duelo de las familias y concienciar a los profesionales la necesidad de crear un ambiente humanizado.

Metodología/Observación clínica: Se ha realizado una revisión bibliográfica desde marzo hasta junio de 2022 en las bases de datos PubMed, Cinhal, Cochrane Library y Cuiden. Criterios de inclusión han sido: artículos publicados en los últimos 5 años y texto de libre acceso.

Resultados/Intervenciones: El protocolo va dirigido a pacientes hospitalizados en UCI y sus familiares y el personal implicado; médicos, enfermeras, TCAE y celadores de UCI del HCUV. La descripción de la actuación del protocolo se caracteriza por: identificar pacientes de extrema gravedad, informar a la familia, identificar el Box Azul con un distintivo-cartel azul, (para que los profesionales identifiquen fácilmente los boxes de los pacientes en situación de final de la vida), proporcionar cuidados paliativos al paciente y asegurar una estancia digna, tranquila y de respeto al familiar, sin limitación horaria.

Conclusiones: El protocolo BOX AZUL contribuye a mejorar la atención y el cuidado al final de la vida del paciente hospitalizado en la UCI del HCUV, ayuda a gestionar el duelo de sus familiares y a crear ambientes de respeto, más humanizados entre los profesionales de la unidad.

Palabras clave: Humanización. Final de la vida. UCI. Paciente. Familia.

ID245. MONITORIZACIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN EL PROTOCOLO DE HEMORRAGIA MASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M.D.A. Murillo Pérez, C. López López, D. Sánchez Lozano, A.B. Calero Pizarro, A. Sánchez Castillo, C. Mudarra Reche y M. Chico Fernández

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos/Introducción: Los protocolos de hemorragia masiva (PHM) proporcionan grandes cantidades de hemocomponentes de forma precoz y estandarizada, permitiendo mejorar resultados en el paciente. Objetivo: Analizar la gestión de hemocomponentes utilizados en el PHM en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de trauma y emergencias, conjuntamente con el servicio DE Banco de sangre (BS).

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo. Se incluyeron todas las activaciones de PHM al BS durante el año 2022. El PHM consta de una sucesión de paquetes predefinidos en unos tiempos determinados, compuestos por 6 concentrados de hematíes (CH), 4 plasmas frescos congelados (PFC) y 1 pool plaquetas (PQ). Se incluyen variables de activación y duración del PHM, número de hemocomponentes administrados, devueltos y/o desecharados.

Resultados/Intervenciones: Se analizaron 33 activaciones de PHM; 16 (48%) de las activaciones en el turno de noche. Más del 54% de las activaciones llegaron hasta el paquete 2, siendo lo más frecuente con una mediana (RIQ) de 2 (2-3) paquetes del PHM. Esto supuso la salida de BS de 609 hemocomponentes: 443 CH, 118 PFC y 48 PQ. En la mayoría de las activaciones del PHM se entregaron una mediana (RIQ) de 13 (10-16) CH, 4 (4-9) unidades de PFC y 1 (1-2) PQ. En el 87,9% de las activaciones se cumplieron los tiempos estandarizados entre paquetes. La duración mediana de las activaciones fue de 1h (30 min-2 horas). En el 90,9% de las activaciones se devolvieron hemocomponentes a BS, 169 (38%) CH (mediana de 6 (3-6) devueltos en la mayoría de las activaciones, 23 (19,4%) unidades de PFC y 10 (20%) PQ. Se tuvieron que desechar 12 (7%) CH, 4 (13%) unidades PFC y 2 (20%) PQ.

Conclusiones: En la mayoría de las activaciones no es necesaria la preparación de más de tres paquetes de hemocomponentes. Se devuelven un alto número de hemocomponentes a BS tras la acti-

vación de un PHM. Es necesario establecer un plan de mejora para conseguir desecho de hemocomponentes ZERO.

Palabras clave: Cuidados intensivos. Protocolo hemorragia masiva. Hemocomponentes.

ID249. IMPACTO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALA DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS

B. Lluís Cladera, A. Chacón Aparicio, E. Calvo Barriuso, X. Martín Cerezo, C. Sánchez Maraver, A. Vilchez Mitadiez, S. Sánchez Vicente, R. Miguel Salan, C. Pérez Tomé y V. Garrote Luján

Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivos/Introducción: La existencia de una Sala de Procedimientos Invasivos en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC) da respuesta a situaciones urgentes que presentan los pacientes ingresados en las unidades de cardiología. Pese a esto, pocas publicaciones han descrito la actividad de estas salas, su organización respecto a material y recursos humanos, así como su impacto en resultados clínicos. La puesta en marcha de estas unidades para dar respuesta a situaciones urgentes, 24 horas, 7 días a la semana, requiere una reorganización de recursos humanos, formación y material. El objetivo es analizar la actividad de la Sala de Procedimientos Invasivos de la UCIC de un hospital de tercer nivel, durante un año, su impacto en los diferentes turnos y describir las medidas a tener en cuenta para su implementación.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de la actividad realizada en la Sala de Procedimientos Invasivos de la UCIC, de febrero de 2022 a febrero de 2023. Las variables principales de estudio fueron: procedimientos realizados, horarios, duración del procedimiento y actividades realizadas para su puesta en marcha.

Resultados/Intervenciones: Durante el período de estudio fueron intervenidos en la Sala de Procedimientos Invasivos 64 pacientes: 26 pericardiocentesis, 15 electrocatéter, 13 colocación de Swan-Ganz, 10 cardioversión eléctrica. Para ello se realizó un circuito para organizar a los profesionales, se realizó formación específica y se realizaron listados de verificación del material.

Conclusiones: El volumen de actividad de la Sala de Procedimientos Invasivos dentro de la UCIC es elevado, permitiendo abordar situaciones urgentes de forma inmediata. Es importante establecer un circuito para adecuar los recursos humanos y materiales, y garantizar la calidad asistencial. Por lo tanto, previo a su implementación en otros centros, es importante analizar el contexto, servicio y actividad a realizar en una Sala de Procedimientos Invasivos cardiológicos, así como mantener actualizada la formación de los profesionales vinculados a esta unidad.

ID254. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE UN DAILY HUDDLE TRAS EL PASE DE GUARDIA DE ENFERMERÍA EN UCI

S. Escacena Pascual¹, E. Portillo Jaurena¹, S. Ruiz Santiago¹, P. Lera Escribano¹, L. Basco Prado², M.Á. Hidalgo Blanco², C. Moreno Arroyo², A. González Pujol³ y M. Puig Llobet²

¹Hospital de Barcelona-SCIAS. ²Escuela de Enfermería-Universidad de Barcelona. ³Hospital Universitario de Bellvitge.

Objetivos/Introducción: La comunicación efectiva y la coordinación son fundamentales en un entorno de cuidado crítico como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Una de las estrategias para mejorar estas áreas es el uso de *daily huddles* (reuniones diarias breves) durante el pase de guardia de enfermería. El objetivo principal de esta investigación fue evaluar el nivel de satisfacción de las enfermeras en relación al uso del *daily huddle* en una UCI e identificar posibles eventos adversos (EA) relacionados con el traslado de información.

Metodología/Observación clínica: Se realizó un estudio observacional con una muestra de 25 enfermeras en una UCI. Se aplicó una encuesta para evaluar el nivel de satisfacción con el uso del *daily huddle* y se llevaron a cabo entrevistas para recabar comentarios adicionales. También se registraron las observaciones de la comunicación y la coordinación durante el pase de guardia antes y después de la implementación del *daily huddle*.

Resultados/Intervenciones: Los resultados indicaron un alto nivel de satisfacción entre el 95% de las enfermeras con el uso del *daily huddle*, con un promedio de 8,5/10 en el grado de satisfacción. Las enfermeras informaron que el *daily huddle* les permitía estar al tanto de los pacientes, mejorar la comunicación y la coordinación entre el personal y reducir el tiempo de traspaso de información. No se detectaron errores de medición, incidentes u otros tipos de EA relacionados con el traspaso de información.

Conclusiones: Los resultados de esta investigación sugieren que el uso del *daily huddle* en una UCI puede mejorar significativamente la satisfacción de las enfermeras, así como la comunicación y la coordinación entre el personal, garantizando la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Palabras clave: Trabajo en equipo. Seguridad del paciente. Comunicación. Gestión eficiente.

ID256. IMPLEMENTACIÓN ACTUAL DE LOS PROYECTOS ZERO EN LAS UCI ESPAÑOLAS MEDIANTE CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

I. Fernández Moreno¹, F. Álvarez Lerma², R. García Diez³, X. Nuvials Casals⁴, M. Catalán González⁵, Y. Agra Varela⁶, N. Prieto Santos⁷, J.M. Aranaz Andrés⁸ y M. Vázquez Calatayud⁹

¹Corporación Sanitaria Parc Taulí. ²Fundación Hospital del Mar. IMIM. ³Osi Bilbao. ⁴Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Vall d'Hebron. ⁵Hospital 12 Octubre. ⁶Subdirección General de Calidad Asistencial. Ministerio de Sanidad.

⁷Subdirección General de Calidad Asistencial. Ministerio de Sanidad. ⁸Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital Universitario Ramón y Cajal. ⁹Clinica Universidad de Navarra.

Objetivos/Introducción: La pandemia de COVID-19 supuso una alteración súbita de la implementación de los Proyectos Zero (PZ). El Consejo Asesor de los PZ elaboró un documento de adaptación, actualizó las recomendaciones y realizó formación a líderes locales. Posteriormente se planteó los objetivos: (1) Conocer la implementación actual de los PZ y detectar aspectos de mejora (2) Valorar si el cuestionario diseñado *ad hoc* permite la autoevaluación periódica de las unidades.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional, descriptivo, transversal mediante cuestionario telemático elaborado *ad hoc*, con muestreo no probabilístico en bola de nieve, dirigido, enviado en septiembre de 2022 a líderes (médico y enfermera) de los PZ. Se recogieron aspectos demográficos, estructurales, organizativos, de recursos humanos y de formación.

Resultados/Intervenciones: recibieron 204 respuestas de 162 unidades (78% de las participantes en ENVIN 2021). Se definió fortaleza como recomendación altamente implantada (cumplimiento ≥ 80%) y debilidad como recomendación poco implantada (cumplimiento < 80%). Entre las fortalezas estructurales destacaron la existencia de dispensadores de hidroalcoholes (100%), apósito transparente (100%) y tubuladuras desechables (99,5%). Como debilidades estructurales destacaron la disponibilidad de tubo endotraqueal con aspiración subglótica (73%) y los sistemas de control continuo de presión de neumotaponamiento (45%). Se detectaron debilidades en recursos humanos y formación, con porcentajes del 20% respecto a la selección y formación de personal susceptible de ir a UCI en pandemia, 57% en decúbito prono y 55% en traslado interno. Como fortalezas organizativas destacaron la colocación de elementos barreira después del EPI (97%) y la identificación visible (98%). Como

debilidades la existencia de referente enfermera para control de medidas (19%) y uso de descontaminación digestiva selectiva (35%).

Conclusiones: El cuestionario de autoevaluación permite conocer la situación actual de implementación de PZ y determinar aspectos de mejora globales. Igualmente, permite la autoevaluación periódica.

Palabras clave: Seguridad. Proyectos Zero. Implementación.

ID258. EVALUACIÓN DE APÓSITO DE CLORHEXIDINA VS APÓSITO SIMPLE DE POLIURETANO EN LA COLONIZACIÓN EPITELIAL DE PACIENTES DE UCI

F.J. Arroyo Muñoz, M.D. González Caro, M.L. Cantón Bulnes, I. Portillo Calderón, M. Delgado Valverde y J. Garnacho Montero
Hospital Universitario Virgen Macarena.

Objetivos/Introducción: El uso de apósitos impregnados con clorhexidina (CHX) aparece en las últimas recomendaciones de Bacteriemia Zero como una medida efectiva en la prevención de la colonización y bacteriemia relacionada con catéter. El objetivo de este estudio es demostrar la eficacia en la reducción de microorganismos cutáneos en piel circundante al punto de inserción, así como determinar la adhesividad y seguridad, comparando apósitos con y sin CHX.

Metodología/Observación clínica: Estudio prospectivo, aleatorizado y abierto (01/03-31/08 de 2022) para comparar un apósito impregnado en CHX 2% (14,7 mg/apósito) frente a uno de poliuretano sin CHX. Se evaluó el efecto sobre la flora epitelial mediante cultivo de piel alrededor del punto de inserción, siempre que hubiese permanecido adherido mínimo 4 días y máximo 7. Medición de la adhesividad y la necesidad de cambio del apósito no planificado. Registro de eventos adversos. Determinación de frecuencia, porcentajes, mediana y rango intercuartílico. Se analizaron diferencias entre los dos tipos de apósitos con la prueba estadística de U de Mann-Whitney, respecto a la colonización y tiempo de adhesividad.

Resultados/Intervenciones: 122 apósitos: poliuretano 60 sin CHX (49%) y 62 con CHX (51%). Localizaciones: arteria radial 13%, CVC Inserción periférica 78%, CVC subclavia 9%. Motivos más frecuentes de retirada: sangrado y coágulos en punto de inserción (32%), retirada catéter (27%) y séptimo día (9%). La adhesividad del apósito es del 88% en apósito de poliuretano y del 95% en el de CHX. Cultivos frotis de piel 40 (33%), 17 poliuretano y 23 clorhexidina. No había diferencias significativas en los recuentos entre ambos ($p = 0,196$), ni en tiempo adheridos ($p = 0,124$). No se observaron eventos adversos.

Conclusiones: El apósito con CHX 2% presenta un buen nivel de adhesividad y es bien tolerado, sin detección de eventos adversos; sin embargo, no se observa efecto en la colonización en la piel circundante al punto de inserción.

ID265. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

G. Tenor Salas, G. Llanes Fernández de la Cueva y D. Bejarano Álvarez

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez.

Objetivos/Introducción: En inglés *burnout* significa “estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado, exhausto”. Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas y que aparece como respuesta a un estrés laboral crónico. La Enfermería de críticos en muchos casos está sometida a factores estresantes (tecnificación, gravedad de los pacientes o contacto con la muerte...) siendo sensible a padecer *burnout*. El Maslach Burnout Inventory (MBI) permite valorar el nivel *burnout* de los profesionales, en tres dimensiones: el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP). Objetivo:

estimar la prevalencia del síndrome de estar quemado por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería de nuestra unidad.

Metodología/Observación clínica: Estudio descriptivo transversal realizado en enero de 2023 en la UCI del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Instrumento: cuestionario MBI. Consta de 22 ítems en el que se puntuá la frecuencia con la que se experimenta sentimientos, en una escala tipo Likert de "nunca" (0) a "todos los días" (6). Se considera síntomas altos: agotamiento emocional entre 27-54, Despersonalización entre 10-30 y Realización personal entre 0-33. Los resultados se expresan en media ± desviación estándar y porcentajes. Análisis SPSSv27.

Resultados/Intervenciones: Participaron 108 profesionales (87,6%). El 80,6% mujeres, el 59,3% enfermeras, el 63,9% con experiencia en UCI > 3 años y el 78% con estabilidad laboral. En la dimensión AP se encontró una media de $12,92 \pm 8,63$, un $5,78 \pm 4,58$ en DP y un $39,63 \pm 7,01$ en RP. En Agotamiento profesional el 5,6% presentaron síntomas de burnout alto y un 76,9% bajo. En Despersonalización un 22,2% presentaron síntomas altos y un 22,2% medios. En Realización personal el 14,8% obtuvieron puntuaciones bajas. Si tenemos en cuenta las tres dimensiones simultáneamente, un 2,77% puntúan alto en las mismas.

Conclusiones: La dimensión de despersonalización es la que presenta una mayor vulnerabilidad haciendo referencia a actitudes de distancia y frialdad. Se hace necesario instaurar intervenciones de prevención en nuestro contexto laboral.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos. Burnout. Enfermería. MBI. Estrés. Salud.

ID266. PREVALENCIA DE INSOMNIO ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

G. Tenor Salas, G. Llanes Fernández de la Cueva y D. Bejarano Álvarez

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez.

Objetivos/Introducción: El sueño es necesario para el buen estado físico y mental. Existe relación bidireccional entre sueño y salud. El insomnio es un trastorno del sueño caracterizado por la percepción subjetiva de sueño insatisfactorio, tanto en duración como en capacidad reparadora, que produce interferencia durante la vigilia, influyendo negativamente en la calidad de vida. Los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) durante la pandemia han sufrido efectos psicológicos negativos entre los que podemos encontrar trastornos en el sueño. El miedo, la incertidumbre, el desconocimiento del cuidado del paciente crítico COVID y el aislamiento físico entre otros han provocado secuelas psicológicas que aún a día de hoy están por determinar. **Objetivos:** describir el perfil y la percepción sobre la calidad del sueño de los profesionales de enfermería. Determinar la prevalencia de insomnio.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional descriptivo realizado durante el año 2022 en la UCI del Hospital Juan Ramón Jiménez. Para la recogida de datos se utiliza cuestionario de elaboración propia para las variables sociodemográficas y de percepción y la Escala Atenas de Insomnio para determinar la prevalencia. Consta de 8 ítems, tipo Likert de "0" a "3". Punto de corte una puntuación de 6.

Resultados/Intervenciones: Han participado 117 profesionales con edad media de 43,05 años. El 81,19% mujeres y el 41,8% enfermeras. El 24,78% manifestó que antes de la pandemia ya tomaban medicación para dormir y un 51,28% la precisan actualmente. El 52,13% ha sufrido cambios en el patrón del sueño, considerando el 43,58% que tiene sueño reparador pero el 83,76% desearía dormir mejor. Puntuación media en la escala Atenas de $8,094 \pm 4,61$. La prevalencia de insomnio: 81,19%.

Conclusiones: En este estudio encontramos una prevalencia alta que podría estar condicionada por la pandemia vivida en los dos

últimos años. Se considera conveniente aumentar los recursos para abordar este trastorno desde una perspectiva integral.

Palabras clave: Insomnio. Enfermería. Pandemia. Unidad de Cuidados Intensivos.

ID273. ¿ES NECESARIA UNA CONSULTA EXTERNA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS (PICS)?

D. Gil Castillejos, M. Sánchez Rodríguez, S. Manrique Moreno, M.C. Gilavert Cuevas, V. Blázquez Alcaide, X. Teixidó Huertas, M. Bodí Saera y M. Magret Iglesias

Hospital Joan XXIII.

Objetivos/Introducción: Analizar la prevalencia del PICS y la necesidad de la consulta externa en su diagnóstico y tratamiento.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional descriptivo en la consulta pos-UCI de una UCI polivalente entre 04/2021 y 12/2022. Se incluyeron los pacientes que cumplieron al menos uno de los factores de riesgo para el desarrollo de PICS. Se realizó seguimiento 1, 3, 6 y 12 meses tras el alta de UCI. Se valoraron las esferas que componen el PICS a través de escalas validadas.

Resultados/Intervenciones: 93 pacientes, edad mediana de 62 años (52-70), 74% varones, APACHE mediano 17 (13-24), SAPS III mediano 5 (45-55) y Barthel mediano 100. El 73% ingresan por insuficiencia respiratoria, 63% por SARS-CoV-2. El 84% desarrollaron PICS. La esfera más frecuentemente alterada fue la física, seguida de la neurocognitiva, la ansiedad y la depresión. Teniendo en cuenta las 3 esferas más importantes (psicológica, neurocognitiva y física), en el 40% se vieron afectadas 2 esferas, en el 28% sólo una y en el 17% las 3. La combinación más frecuente fue la afectación neurocognitiva y física (30%), seguido de solo la neurocognitiva (21%) y la de las 3 esferas (17%). Se encontró una mala percepción de calidad de vida con un SF12 total 33% el 1º m, 29% el 3º m, 32% el 6º m y 43% el 12º m. SF12 físico 29% el 1º m, 51% el 3º m, 57% el 6º m y 52% el 12º m y un SF12 mental 48% el 1º m, 46% el 3º m, 51% el 6º m y 49% el 12º m. De los pacientes valorados al 1º m, un 44% estaban de baja laboral versus 4% a los 12º m. El 60% de los pacientes requirió derivación desde la consulta a otro especialista, neuropsicología (48%), salud mental (20%), otorrinolaringología (10%) y rehabilitación (9%).

Conclusiones: Existe una alta incidencia de PICS en los pacientes con factores de riesgo tras el alta de UCI. La consulta pos-UCI es necesaria para detectar y tratar a los pacientes con PICS.

Palabras clave: UCI. Síndrome pos-UCI. CCEE.

ID274. VIDEOGRABACIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE DOLOR EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. López López, A. Arranz Esteban, A. Alcantarilla Martín, M. Antón Mancera, M.D.A. Murillo Pérez, M. Poyo Tirado, A. Sánchez Álvarez, A.C. Sánchez Pacheco, J. Ferraz Añaños y M. García Iglesias

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos/Introducción: Estudios recientes muestran que las conductas de dolor documentadas en pacientes con lesiones cerebrales son muy heterogéneas, y estas están condicionadas por el bajo nivel de conciencia. Por esta razón, es esencial explorar más a fondo los comportamientos de dolor en este subgrupo de pacientes. El objetivo de este trabajo fue describir y clasificar los comportamientos de dolor (facial y corporal) en pacientes con daño cerebral adquirido y bajo nivel de conciencia.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional prospectivo. Se grabaron en vídeo conductas faciales y corporales en pacientes con daño cerebral adquirido y bajo nivel de conciencia, en reposo

so, durante la aplicación de procedimientos (2 dolorosos vs. 1 no doloroso), y 15 minutos después de la finalización de estos procedimientos. Cada grabación de video fue evaluada de forma ciega por evaluadores expertos. Se recogieron variables sociodemográficas, gravedad, focalidad neurológica y nivel de sedación y conciencia. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica y se garantizó la confidencialidad de las videogramaciones.

Resultados/Intervenciones: Se incluyeron 27 pacientes (92,6% hombres). El día de la evaluación la puntuación media (DE) del Injury Severity Score fue de 31,5 (11,7) y la de Coma Glasgow Scale de 5,4 (1,9). El nivel mediana (IQR) de sedación Richmond Agitation Sedation Scale fue de -2 (0, -3). Se observaron signos neurológicos de focalidad en el 66,7% de los pacientes. Se registraron un total de 33 conductas (29 activas, 4 neutras). La expresión de conductas fue más frecuente durante los procedimientos dolorosos en comparación con el procedimiento no doloroso, y la evaluación basal y final.

Conclusiones: Los pacientes con daño cerebral adquirido y bajo nivel de conciencia muestran comportamientos de dolor, que son más frecuentes durante los procedimientos dolorosos.

ID276. VALIDACIÓN DE LA ESCALA NOCCEPTION COMA SCALE - REVISED VERSION - ADAPTED FOR INTUBATED PATIENTS (NCS-R-I) AL ESPAÑOL

C. López López¹, M.D.M. Sánchez Sánchez², R. Sánchez Izquierdo², C. Sarabia Cobo³, G. Robleda Font⁴, A.V. Rodríguez Merino⁵, I.V. Veronika Quintero⁶, C. Martín-Arriscado Arroba⁷ e I. Latorre Marco⁸

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. ²Hospital Universitario de Getafe. ³Universidad de Cantabria. ⁴Campus Docent Sant Joan de Déu. ⁵Royal Brompton and Harefield Hospital Trust.

⁶Centro de Neurorehabilitación Anicca Terapia y Movimiento. ⁷Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre. ⁸Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos/Introducción: Analizar la validez y fiabilidad de la escala Nocception Coma Scale - Revised version - adapted for Intubated patient (NCS-R-I) para valorar dolor en pacientes críticos con daño cerebral, no comunicativos y vía aérea artificial.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional prospectivo, desarrollado en 2 fases: Fase 1: adaptación al español de NCS-R-I (traducción, retrotraducción, acuerdo y piloto). Fase 2: análisis de propiedades psicométricas. Se aplicó NCS-R-I por dos observadores con resultado ciego entre ellos en tres momentos: 5 minutos antes, durante la realización de procedimientos (dolorosos vs. no doloroso) y 15 minutos después de finalizar los procedimientos. A cada paciente se le realizaron dos mediciones (sedación profunda vs. sedación moderada). Se recogieron variables sociodemográficas, gravedad, focalidad neurológica y nivel de sedación y conciencia.

Resultados/Intervenciones: Se incluyó a un total de 100 pacientes (69% hombres). La puntuación media de Simplified Acute Physiology Score II (DE) fue de 46 (15,4). En la primera evaluación (sedación profunda), las puntuaciones mediana (IQR) de Richmond Agitation Sedation Scale y Glasgow Coma Scale fueron -4 y 6 (4-7), respectivamente. En la segunda evaluación (sedación moderada), las puntuaciones mediana (IQR) fueron -3 (-3 a -2) y 9 (7 - 9), respectivamente. Se observaron signos neurológicos de focalidad en el 57% de los pacientes. La puntuación de NCS-R-I aumentó significativamente ($p < 0,001$) durante los procedimientos dolorosos en comparación con la evaluación anterior y posterior a los procedimientos. Hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) entre la primera y la segunda medición. La concordancia entre observadores en las dos mediciones fue excelente con valores de Coeficiente de Correlación Intraclass entre 0,8 y 0,9. La consistencia interna para toda la escala fue sustancial con valores alfa de Cronbach globales entre 0,7 y 0,8.

Conclusiones: La escala NCS-R-I permite detectar de manera válida y fiable conductas dolorosas en pacientes con daño cerebral adquirido.

ID282. INSTAURACIÓN DE UN PROTOCOLO ENFERMERO PARA EL CRIBAJE DE LA DISFAGIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

R. Mata López, M. Silva Fernández, E. Carrasco García, D. Segura Berzosa, A. Santos Montón, V. Pérez González, A. Llamas Castillo y C. Villanueva Fuentes

Hospital Germans Trias i Pujol.

Objetivos/Introducción: La disfagia supone un problema real en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se estima que el 41% de los pacientes presentan disfagia, y un 36% aspiración silente. Por la heterogeneidad de los estudios es difícil interpretar resultados y determinar incidencias. Existe la necesidad de encontrar un método no instrumental que permita cribarla a pie de cama. **OBJETIVO:** Validar y estandarizar un test de cribado no instrumental para el diagnóstico de la disfagia en UCI. Describir incidencia y factores de riesgo de disfagia.

Metodología/Observación clínica: El estudio contó con tres fases: Primero se comparó el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) con la fibroendoscopía de la deglución (FEES). Posteriormente, se diseñó y validó un test modificado basado en MECV-V (MECV-Vm), el cual se comparó con FEES, en pacientes con > 48 h de intubación o traqueotomía. Finalmente, se describieron la incidencia y los factores de riesgo de forma retrospectiva.

Resultados/Intervenciones: Se incluyeron N = 232 pacientes. En la primera fase, el MECV-V detectó disfagia en 88% de ellos con una sensibilidad del 94,4%, pasando desapercibida 1 aspiración silente. Posteriormente, se validó el MECV-Vm para pacientes intubados con Se = 89,5% (IC95%: 68,6-97,1) y nPV = 90% (IC95%: 69,9-97,2). Y en paciente traqueotomizado Se = 100% (IC95%: 72,2-100) y nPV = 100% (IC95%: 87,1-100). Por último, de 110 pacientes presentaron disfagia 32 (26,9%). La disfagia se explicó independientemente con APACHE II ($p = 0,04$) y la traqueotomía ($p < 0,001$). El modelo predictivo pronosticó disfagia con una buena curva ROC (AUC: 0,8; IC95%: 0,7 a 0,9).

Conclusiones: El MECV-Vm resulta válido como test diagnóstico para la determinación de disfagia en pacientes críticos. Un tercio de los pacientes intubados presentaron disfagia. El riesgo de desarrollar disfagia aumenta con traqueotomía y una peor puntuación APACHE II. Dado que se estudió en contexto de pandemia por SARS-CoV-2, se precisan nuevas investigaciones en personas no afectadas.

ID313. INCERTIDUMBRE AL ALTA DEL PACIENTE CRÍTICO: PROPUESTAS DE CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE MISHEL

M. Romero Pastor¹, M.T. Ricart Basagaña², A. Mariné Méndez¹, M.D.M. Lomero Martínez³, J.O. Román Alfonsó³, M.D. García Campos¹ y M.L. Rubio Rico³

¹Hospital Santa Creu i Sant Pau. ²EUI Hospital Sant Pau.

³Universitat Rovira i Virgili.

Objetivos/Introducción: El proceso de alta del paciente crítico a la sala de hospitalización a menudo se describe, como una experiencia que comporta incertidumbre y que puede afectar a la calidad de vida del paciente y a su capacidad de afrontamiento. Hacer frente a la incertidumbre es una respuesta individual no relacionada con el curso de la enfermedad que depende de recursos externos e internos y de la capacidad de utilizarlos. La teoría de la incertidumbre de Mishel identifica elementos de cuidado capaces de modular la experiencia de incertidumbre asociada a la enfermedad. El objetivo de este trabajo es comprender las experiencias de incertidumbre de los pacientes críticos asociadas al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para poder planificar estrategias de cuidado centradas en la persona.

Metodología/Observación clínica: Estudio cualitativo y descriptivo con enfoque fenomenológico. Entre marzo de 2017 y mayo de 2018 se realizaron 20 entrevistas en profundidad a pacientes dados de alta de la UCI.

Resultados/Intervenciones: Se han organizado según las categorías pre establecidas de la teoría de Mishel. La necesidad de modificar el marco de estímulos, creando un entorno confiable para el paciente y la familia, educar para interpretar las pistas contextuales e incidir en la evaluación de la incertidumbre en el proceso de alta a planta.

Conclusiones: Aplicar la perspectiva teórica de Mishel para cuidar al paciente crítico en el proceso de alta a planta puede mejorar la experiencia. Para ello, es necesario promover un cambio cultural en la UCI, empoderar a las enfermeras y aportar los recursos necesarios.

Palabras clave: Incertidumbre. Unidad de Cuidados Intensivos. Investigación cualitativa. Alta UCI. Cuidados de transición. Cuidados enfermeros.

ID316. GESTIÓN DE RIESGOS DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

T. Ozcariz Crespo, I. Egurrola Alcibar, Y. Martín Pérez, M. Amezaga Miranda, J. Gutiérrez Sánchez y J.L. Barroso Canales
Hospital Universitario de Basurto.

Objetivos/Introducción: El traslado intrahospitalario (TIH) es un procedimiento habitual en la UCI para realizar pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas. Los pacientes críticos que requieren ser trasladados fuera de la UCI, tienen de manera significativa, mayor riesgo de eventos adversos (EA), lo que justifica la necesidad de analizar los riesgos asociados a este procedimiento. **Objetivo:** identificar y analizar los principales factores de riesgo asociados al TIH que contribuyen a la aparición de EA para proponer medidas que eliminen, controlen o reduzcan la potencialidad del riesgo y sus consecuencias.

Metodología/Observación clínica: Estudio basado en técnicas de investigación cualitativa con la participación de un grupo de trabajo multidisciplinar. El grupo nominal estuvo constituido por profesionales con experiencia superior a 3 años, vinculados con aspectos relacionados con la asistencia y la seguridad del paciente, que participaron de manera voluntaria. Mediante el análisis causa raíz, permitió representar un diagrama de Ishikawa del proceso de traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Resultados/Intervenciones: Del evento adverso analizado, se identificaron 8 ámbitos de riesgo relacionado con el paciente, el equipo, individuales, la comunicación, formación, equipamiento y recursos, condiciones de trabajo y asociados a la organización. Fueron seleccionadas 22 causas y factores de influencia que se agruparon en cada ámbito de riesgo identificado. La clasificación se realizó según "The National Patient Safety Agency- National Health Service" (NPSA-NHS).

Conclusiones: El análisis y gestión de riesgos asociados al TIH permite el desarrollo de un protocolo actualizado y adaptado a nuestra unidad. El uso de un listado de verificación para la estandarización de acciones y el uso adecuado de los equipos permite minimizar el riesgo de errores y la mitigación de la memoria poco confiable. Es necesario mantener la continuidad asistencial durante el traslado del paciente crítico, proporcionando el mismo grado de monitorización, soporte fisiológico y los mismos cuidados que en la UCI.

ID317. ESTRÉS LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

A. Sala Gracia, N. Domínguez Cruz, H. Escudero Aloma, M. García Caracuel, E. Vilaseca Garrigasait, A. López Rubio, T. Cordón Arnau, L. Centeno Sotillo, A. Villamor Ordozgoiti y N. Vela Alonso
Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos/Introducción: El estrés laboral en enfermería se define como las reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando

las habilidades y recursos no pueden hacer frente a las demandas y solicitudes del trabajo. Trabajar en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde prevalecen situaciones de alto estrés, pueden causar problemas tanto físicos como mentales (depresión, ansiedad, agotamiento y síndrome de burnout). El objetivo principal fue evaluar el nivel de estrés laboral de los profesionales de enfermería de las UCI de un hospital de agudos de alta tecnología.

Metodología/Observación clínica: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Estudio desarrollado en el Hospital Clínico de Barcelona (HCB) entre mayo del 2022 y enero del 2023. Se estudió una población de 136 enfermeras con actividad asistencial en las 6 UCIs del HCB. La recogida de datos se realizó con un cuestionario de información personal ad-hoc y la Nursing Stress Scale (NSS) que mide las fuentes y la frecuencia del estrés laboral. El análisis estadístico descriptivo e inferencial se realizó con Rstudio.

Resultados/Intervenciones: Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$): El valor más elevado de estrés se da entre los profesionales con contratos de coberturas (44,23) y UCI quirúrgica (42,21), mientras que los valores más bajos en la UCI coronaria (29,25) y UCI cardiaca (33,08). El turno de tarde tiene más estrés (41,44) respecto al turno de noche (37,94). Las enfermeras con 5 a 10 años de experiencia (44,38) tienen más estrés que las que tienen de 30 a 40 años de experiencia (32,11).

Conclusiones: La inestabilidad contractual es un factor determinante para el aumento del estrés. Trabajar en turno de tarde supone mayor nivel de estrés, respecto al turno de noche. A más años de experiencia laboral, menor es el grado de estrés.

Palabras clave: Estrés psicológico. Enfermeras. Unidad de cuidados.

ID318. EVALUACIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

A. Sala Gracia¹, P.F. Calderón Herrera¹, F. Marín Molina¹, S. Fernández Alonso¹, S. Rodríguez Salvador², L. Ortuno Usón¹, C. Cárdenas Cirilo¹, S. Gil Ricart¹, A. Villamor Ordozgoiti¹ y J.C. Diaz Marín¹

¹Hospital Clínic Barcelona. ²ICO Badalona.

Objetivos/Introducción: La carga de trabajo de enfermería puede concebirse como la cantidad de tiempo, esfuerzo físico y cognitivo requerido para realizar acciones directas e indirectas en el cuidado del paciente. La carga de trabajo excesiva puede afectar a la seguridad del paciente, la mortalidad y la calidad de los servicios prestados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo principal del estudio fue medir las cargas de trabajo de enfermería de las UCIs de un hospital de agudos de alta tecnología.

Metodología/Observación clínica: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Entre mayo del 2022 y enero del 2023, se estudió una población de 136 enfermeras con actividad asistencial en las 6 UCIS del Hospital Clínico de Barcelona. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario de información personal ad-hoc y la Nursing Activities Score (NAS) como una herramienta de evaluación de las cargas de trabajo. El análisis estadístico descriptivo e inferencial (prueba t de Student y prueba ANOVA) se realizó mediante la aplicación informática: Rstudio.

Resultados/Intervenciones: Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$): Las cargas de trabajo son superiores en la UCI cardiaca (78,00) y de medicina interna (73,48), e inferiores en la UCI coronaria (57,31) y en la UCI quirúrgica (57,26). Las enfermeras que tiene un máster de UCI presentan mayores cargas de trabajo (66,07), respecto a las que no lo tiene (61,28). Las cargas de trabajo son superiores entre los que tienen contratos fijos (67,90) respecto los contratos temporales (62,42).

Conclusiones: Las UCIs con mayor carga laboral son las UCIs con pacientes de cirugía cardiaca y de medicina interna. Las enferme-

ras con máster tienen más cargas de trabajo, respecto a las que no. El tipo de contrato es un factor determinante para la carga de trabajo.

Palabras clave: Cargas de trabajo. Enfermeras. Unidad de cuidados intensivos.

ID330. USO DE LA REALIDAD VIRTUAL PARA EL MANEJO DE DOLOR Y ANSIEDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO DURANTE LA RETIRADA DE DRENAJES TORÁCICOS

L. Gascón Tomás, S. González del Hoyo, M. Martínez Orellana, L. García López, S. Serrano Jaureguizar, J.M. Ramos Puig, A. Puig Aragón y G. Vía Clavero

Hospital Universitario de Bellvitge.

Objetivos/Introducción: Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) experimentan dolor basal y asociado a procedimientos. Uno de los procedimientos más dolorosos es la retirada de drenajes torácicos. El uso de la realidad virtual (RV) puede valorarse como una herramienta de distracción en el manejo del dolor y ansiedad asociado a procedimientos. Evaluar la efectividad de la RV para el manejo de dolor y ansiedad en los pacientes críticos durante la retirada de los drenajes torácicos.

Metodología/Observación clínica: Ensayo clínico aleatorio simple, paralelo y no ciego en una UCI cardíaca de un hospital de tercer nivel (marzo 2022- febrero 2023). Se incluyeron pacientes conscientes > 18 años portadores de drenajes torácicos tras cirugía cardíaca. Los pacientes se aleatorizaron en dos brazos: grupo control (GC-tratamiento habitual) y grupo experimental (GE-visualización de contenido de RV mediante gafas durante la retirada de los drenajes). En ambos grupos se administró la analgesia habitual. Variables estudiadas: grado de dolor (Escala Visual Numérica), nivel de ansiedad (escala estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo) y signos vitales en basal, 1 y 30 minutos post procedimiento. También se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, nivel de satisfacción con RV y aparición de eventos adversos.

Resultados/Intervenciones: Se incluyeron 98 pacientes (50 GC y 48 GE). La mediana de edad fue 70 años (62-73,75), el 69,39% fueron hombres. No hubo diferencias entre los grupos en los datos basales. La mediana del nivel de ansiedad fue significativamente menor en el GC antes y después del procedimiento ($p = 0,003$). En

el GE se observó una disminución significativa del nivel de ansiedad ($p = 0,001$), dolor ($p = 0,002$) y tensión arterial media ($p = 0,001$).

Conclusiones: La RV reduce el dolor y ansiedad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante la retirada de drenajes torácicos. El uso de RV podría incorporarse como medida de distracción no farmacológica en el manejo de estos pacientes.

Palabras clave: Realidad virtual. Dolor. Ansiedad. Enfermería. Innovación. Unidades de cuidados intensivos.

ID335. EXPERIENCIA DE LA ANALGESIA, SEDACIÓN Y RELAJACIÓN EN PACIENTES CON ECMO

J. Piqueras Díaz, F. Romero Navarro, M.D. Saiz Vinuesa, E. Ruiz-Escribano Taravilla, M. Munera Valero, D. Castillo Lag, P. García López, C. Ruiz Iniesta, Á. Prado Mira y C. Carrilero López

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos/Introducción: La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema extracorpóreo de asistencia cardiorrespiratoria cuya utilización se ha ido aumentado en los últimos años. La analgosedación en pacientes con esta terapia es necesaria, teniendo en cuenta cambios en la farmacocinética y farmacodinámica del paciente con ECMO. Objetivos: analizar el uso de analgésicos y sedantes, así como necesidad de bloqueantes neuromusculares (BNM) en pacientes con ECMO. Tratar de establecer relación entre la medicación con delirio, estancia en UCI y mortalidad.

Metodología/Observación clínica: Estudio de cohortes retrospectivo, pacientes con terapia ECMO con SDRA ingresados en UCI (abril 2020-noviembre 2022). Variables: epidemiológicos y clínicas, estancia y mortalidad en UCI. Paquete estadístico SPSS.

Resultados/Intervenciones: N = 16, 10 de ellos neumonía COVID. Edad media 56 años (DE 10, IC95% 46-65); hombres: 69% (11), peso medio: 98 kg (DE 57, IC 95% 45-150), APACHEII medio: 15 (DE 4,5, IC95% 11-19); SAPSIII medio 3,4 (DE 2,7, IC95% 1-6. AP de HTA: 38%; DM: 13%; fumadores: 24%; cardiopatía 6%; EPOC: 41%; ERC: 6%; enf. psiquiátrica: 12%. Media de pacientes con opiáceos (33 días) (DE 26, IC95% (9-58), sedantes (27d) (DE 24, IC95% 4-49) y BNM (9d) (DE 15, IC95% (-5-23). Estancia intra-UCI mediana: 43 d (22-53). *Exitus*: 37,5% (6).

Conclusiones: Los pacientes que precisan ECMO tienen una tasa de mortalidad y una estancia elevadas. Los pacientes que reciben analgosedación y BNM durante más días, tiene mayor tendencia a

Tabla Comunicación ID335

	Fenta vs. morfina	MDZ (mg/kg/h)	Nimbex (mg/kg/h)	ESCID	RASS obj	RASS medido
Día 1	12 (71%) vs 2 (12%)	3,00828222	1,0414689	0: 10 (59%) 1: 3 (18%) 2: 1 (6%)	-4: 1 (6%) -5: 10 (59%) No espec: 2 (12%)	-4: 2 (12%) -5: 12 (71%)
Día 3	9 (53%) vs 5 (29%)	4,18494215	0,6412065	0: 10 (59%) 1: 3 (18%) 2: 1 (6%)	-2: 1 (6%) -4: 1 (6%) -5: 8 (47%)	-4: 5 (29%) -5: 7 (41%)
Día 7	6 (35%) vs 7 (41%)	4,00766533	0,2997385	0: 8 (47%) 1: 3 (18%) 2: 1 (6%) 3: 1 (6%)	0: 4 (24%) -1: 2 (12%) -3: 1 (6%) -4: 3 (18%) -5: 3 (18%)	0: 5 (29%) -2: 2 (12%) -3: 1 (6%) -4: 3 (18%) -5: 5 (29%)
Día 15	1 (6%) vs 6 (35%)	1,30289896	0,2	0: 9 (53%) 1: 2 (12%)	0: 6 (35%) -2: 1 (6%) -4: 1 (6%) -5: 3 (18%)	1: 1 (6%) 0: 3 (18%) -3: 1 (6%) -4: 2 (12%) -5: 3 (18%)

fallecer sin ser significativo, sin embargo, no hay relación entre días de analgosedación y BNM y aparición de delirio. En general, empleamos dosis altas de fármacos, en probable relación con las alteraciones pK/pD que determina la propia terapia. Es llamativa la mayor utilización de morfina vs fentanilo según avanza el ingreso. El control del dolor en pacientes con ECMO es adecuado. El RASS objetivo no se corresponde a menudo con el RASS medido.

Palabras clave: ECMO. Analgesia. Sedación. Cuidados críticos. Bloqueantes neuromusculares.

ID338. EXPERIENCIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CALORIMETRÍA INDIRECTA EN NUESTRA UNIDAD

J.M. Prat Mora¹, A. Egiüés Lugea¹, I. Irigoyen Rodríguez¹, S. Aldunate Calvo², A. Ochoa Fernández¹, V. Díaz de Antoñana Sáenz¹, Y. Zudaire Basterra¹, J.P. Tirapu León¹, N. Marco Luri¹ y A. Ansótegui Hernández¹

¹Hospital Universitario de Navarra. ²Hospital García Orcoyen.

Objetivos/Introducción: Evaluar el impacto tras la implantación de un protocolo de calorimetría indirecta (CI) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Navarra (HUN), para determinar la necesidad de ajustar la terapia nutricional tras medir el Gasto Energético en Reposo (GER) mediante CI.

Metodología/Observación clínica: Estudio retrospectivo, observacional. Recogida de datos de CI de julio 2022 a enero 2023 en la UCI del HUN (hospital terciario con 36 camas de intensivos). Formación de un grupo multidisciplinar: (FEA en Medicina Intensiva, FEA en Farmacia hospitalaria y DUE), responsables de dicho protocolo. Sesiones formativas al personal de UCI. Criterios de Inclusión: pacientes conectados a VMI superior a 48 h, FiO2 < 0,8%, Vtidal > 200 ml. Criterios de exclusión: pacientes con terapia ECMO, uso de gases anestésicos, fugas aéreas/fístulas. Medición del GER mediante la realización de CI con el monitor Q-NRG+ de la casa comercial Baxter. Se consideró que los pacientes recibían el aporte calórico correcto, cuando las kilocalorías recibidas, estaban entre 80-120% del GER determinado mediante CI.

Resultados/Intervenciones: Formación del personal del servicio en los 2 primeros meses del año 2022, tras la presentación y adquisición del monitor y del material fungible. Medición de un total de 100 CI, 59 pacientes, de los cuales 38 eran varones y 21 mujeres. La mediana de edad es de 63 años, (rango 23-81). De las calorimetrias realizadas, 89 (93,4%) tenían humidificación activa con el aparato de Fisher&Paykel MR 850 (apagado 10 min antes de la medición). Como resultados obtuvimos: normonutridos: 50 (50%), infranutridos: 21 (21%), hipernutridos 29 (29%).

Conclusiones: La aplicación de un protocolo para la realización de la medición de CI en nuestra unidad, aumentó el cumplimiento de realización de la técnica y la estrecha monitorización de la terapia nutricional de los pacientes.

Palabras clave: Calorimetría. Nutrición. Protocolo.

ID350. INTERVENCIONES PARA PREVENIR O REDUCIR EL BURNOUT EN ENFERMERAS DE UCI

N. Díaz Palacio, L. Larumbe Santesteban, A. Gastón Encina, M. Izal Luis y V. Salas Bergüés

Clinica Universidad de Navarra.

Objetivos/Introducción: Debido a las condiciones laborales y las funciones que desempeñan, los profesionales de enfermería están sometidos a un continuo estrés, lo que genera sobre ellos insatisfacción, ansiedad, despersonalización e inseguridad. Este conjunto de síntomas es definido en la literatura como síndrome de *burnout*. Este se ve aumentado significativamente en unidades de cuidados intensivos por las situaciones críticas a las que se enfrentan día a día. Además, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto nota-

ble en estos profesionales, agudizando el síndrome. Este es un fenómeno muy estudiado, se conoce la prevalencia, factores de riesgo e intervenciones para reducirlo. Sin embargo, no se ha comprobado la efectividad de dichas intervenciones. El objetivo de la revisión es conocer, en base a la literatura científica, intervenciones efectivas que reduzcan o prevengan el burnout en profesionales de enfermería de cuidados intensivos.

Metodología/Observación clínica: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, Psycinfo, Scopus, Cochrane y Web of Science. De los 488 artículos obtenidos tras la estrategia de búsqueda, se seleccionaron, a pares, 20 artículos para la revisión. El análisis de los resultados se realizó según la metodología PRISMA y con la colaboración de un bibliotecario.

Resultados/Intervenciones: Los resultados se agrupan en tres categorías: intervenciones a nivel organizacional, a nivel personal y mixtas.

Conclusiones: La literatura evidencia la necesidad de reducir el Burnout en enfermeras de UCI. Sin embargo, existen un número reducido de intervenciones que evalúen su eficacia. Por ello, se propone un estudio cuasiexperimental para medir la eficacia de cualquiera de las estrategias propuestas en esta revisión para mejorar el bienestar del personal de enfermería.

Palabras clave: Intervenciones. Prevención. Burnout. Enfermeras. UCI.

ID351. IMPACTO DE LA ASISTENCIA DEL COVID-19 SOBRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. ESTUDIO CUANTITATIVO

D. Gómez-Pérez, I. Palomino-Sánchez, M. Sánchez-Pozo, D. Arribas-Barrero y C. Moñino-Montero

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos/Introducción: Los profesionales de enfermería han estado en el centro y en la primera línea de atención a los pacientes con COVID-19. Los primeros estudios realizados en la fase inicial de la pandemia, planteaban la presencia de riesgos de malestar psicológico entre los profesionales sanitarios. Objetivo: analizar el estrés, los estados de ánimo y los trastornos de estrés postraumático de los profesionales de enfermería tras dos años de pandemia en un hospital de tercer nivel de Madrid.

Metodología/Observación clínica: Se planteó un estudio descriptivo transversal de la prevalencia del estrés, los estados de ánimo, ansiedad, depresión, burnout y estrés postraumático a través de cuestionarios autoadministrados donde se utilizaron instrumentos de medición validados: Cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) Cuestionario DASS21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) Cuestionario POMS (Profile Of Mood States) y Cuestionario PCL-5. Los datos se recogieron entre los meses de febrero y abril del 2022.

Resultados/Intervenciones: Participaron un total de 270 profesionales de 6 unidades diferentes de los Servicios de Cuidados Críticos y de los Servicios de Hospitalización. El porcentaje de respuesta fue del 76,24%. El 66,3% fueron enfermeras, 82,2% mujeres, con una edad media de 39,09 ($\pm 10,48$) años, el 68,1% trabajaba en Servicios de Cuidados Intensivos, con una experiencia profesional de 13,97 ($\pm 8,51$) años, con 6,58 ($\pm 6,76$) años de experiencia en la unidad y con 20,57 ($\pm 5,95$) meses de asistencia a pacientes con COVID-19. Un 74,9% mostró agotamiento emocional, un 76% despersonalización, y 56,6% baja realización personal como rasgos de *burnout*. Entre un 48,2-67,3% presentaba rasgos de ansiedad, depresión o estrés, con un índice general de alteración emocional de 23,13 de media. Sin embargo, no evidenciaron síntomas de estrés postraumático.

Conclusiones: Tras dos años de la pandemia el impacto psicológico negativo continúa en los profesionales de enfermería.

Financiación: Proyecto becado con un contrato para la intensificación de la actividad investigadora para el personal del área de enfermería.

Palabras clave: Agotamiento psicológico. Estrés psicológico. Estudio descriptivo.

ID355. NIVELES DE ANSIEDAD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE Y TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

G. Tenor Salas, G. Llanes Fernández de la Cueva
y D. Bejarano Alvarez

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez.

Objetivos/Introducción: Ante una situación de pandemia mundial, la salud mental puede verse comprometida, especialmente en los profesionales que han estado en primera línea de defensa contra el coronavirus. Objetivo: conocer los niveles de ansiedad que presentan los profesionales de enfermería durante y tras la pandemia por COVID-19. Determinar si hay diferencias significativas en los niveles de ansiedad en ambos períodos.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional descriptivo realizado en el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez en dos períodos de estudio (octubre-noviembre 2020 y diciembre-enero 2023). Muestra: Profesionales de enfermería (2 muestras independientes) Instrumento: Escala de Ansiedad de Hamilton (14 ítems) y Inventory de ansiedad de Beck (21 preguntas) Se realizó un análisis de comparación de grupos usándose la t de Student para muestras independientes con un nivel de significación $p < 0,05$. Los resultados se expresan en medias \pm desviación estándar. SPSSv27

Resultados/Intervenciones: Muestra: 117 profesionales en el primer periodo y 69 en el segundo. No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo y categoría profesional pero si hay diferencias en relación al tiempo de trabajo en UCI y tipo de contrato. Se obtienen los siguientes resultados: Pandemia/pos-Escala de Hamilton: puntuación media de $19,66 \pm 13,56$ frente a $14,07 \pm 9,99$. Ansiedad psíquica $11,12 \pm 7,07$ frente a $8,46 \pm 5,65$. Ansiedad somática $8,54 \pm 7,04$ frente a $5,61 \pm 4,87$. Inventory ansiedad Beck media de $17,03 \pm 12,55$ frente a $10,48 \pm 8,75$. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad durante el periodo pandémico y el actual con un nivel de significación $p < 0,05$.

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran niveles de ansiedad superiores durante la pandemia en relación al periodo actual. Este descenso puede deberse a la vuelta a la normalidad tanto en la atención al paciente crítico como a la vida social, profesional y personal de los profesionales. Aunque no hay establecido un punto de corte, basándonos en las aproximaciones de algunos autores nos encontramos que nuestros profesionales presentan actualmente valores de ansiedad leve en ambas escalas, siendo la psíquica mayor que la somática.

Palabras clave: Ansiedad. Enfermería. Pandemia. Unidad de Cuidados Intensivos.

ID363. USO DE SEDACIÓN INHALATORIA EN EL ESTATUS EPILÉPTICO SÚPER REFRACTARIO

D. Gil Castillejos, X. Daniel Fuentes, S. Rosich Andreu,
V. Blázquez Alcaide, X. Teixidó Huertas, M. Bodí Saera
y O. Plans Galván

Hospital Joan XXII.

Objetivos/Introducción: El estatus epiléptico es una emergencia neurológica que requiere actuación inmediata con una importante morbimortalidad, en la que se dispone de pocas opciones terapéuticas. La sedación inhalatoria con isoflurano es, actualmente, un tratamiento de uso compasivo en las unidades de cuidados intensivos españolas. Existe poca documentación sobre su utilidad en el tratamiento del estado epiléptico superrefractario (EESR), pero parece ser una alternativa terapéutica útil y segura para esta

patología. Pretendemos valorar la efectividad de isoflurano para el control del estatus epiléptico superrefractario.

Metodología/Observación clínica: Análisis retrospectivo de todos los casos en los que se realizó sedación inhalatoria con isoflurano en pacientes con estatus epiléptico súper-refractario. Se evaluó el control de las crisis epilépticas por isoflurano mediante monitorización electroencefalográfica. Datos expresados en frecuencias y porcentajes, índices de tendencia central y de dispersión según su distribución. SPSSv20.

Resultados/Intervenciones: Se incluyeron 7 pacientes (edad media \pm DE $54,8 \pm 12,2$; 57,1% varones; APACHE II $20,2 \pm 6,9$). Los pacientes recibieron VM durante $24,5 \pm 14,0$ días y permanecieron en UCI $4,1 \pm 2,8$ días. Todos los pacientes fueron tratados previamente al uso de isoflurano con la pauta farmacológica antiepileptica habitual en estos casos, usando hasta 3-4 anticonvulsivantes. También recibieron sedación con midazolam y propofol en dosis altas. En el 42,8% de los casos se fue necesario asociar un tercer sedante. El isoflurano se mostró efectivo para el control de las crisis epilépticas, se inició el día $8,5 \pm 10,5$ hasta alcanzar el patrón *burst-suppression* y se administró durante $4,14 \pm 2,85$ días sin objetivarse nuevas crisis epilépticas al retirarlo. A pesar del control de la epilepsia, se objetivó una elevada mortalidad (57,1%). Esto se explica tanto por la mortalidad del EESR como por las patologías subyacentes de los pacientes fallecidos. El uso de isoflurano no presentó complicaciones.

Conclusiones: Los fármacos halogenados pueden ser una alternativa terapéutica efectiva y con un buen perfil de seguridad para el control del EESR.

Palabras clave: Sedación inhalatoria. Estatus epiléptico. UCI.

ID367. PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL USO DE SEDACIÓN INHALATORIA MEDIANTE DISPOSITIVO SEDAONDA® EN UCI

S. Jiménez García y M. Braojos Rubio-Iglesias

Hospital Universitario de Toledo.

Objetivos/Introducción: Diversos agentes anestésicos inhalatorios han demostrado ventajas como sedantes frente a la sedación intravenosa convencional, sobre todo por sus efectos cardioprotectores, neuroprotectores y broncodilatadores. Para la administración de estos gases se ha utilizado el dispositivo SEDAONDA. En nuestra unidad los agentes halogenados utilizados han sido el isoflurano y sevoflurano. Objetivo: analizar la relación entre los conocimientos adquiridos de la sedación inhalatoria con respecto a percepción de la seguridad en el uso de esta terapia por parte del personal de enfermería. Determinar la prevalencia de efectos adversos de los sedantes inhalados en el personal de enfermería.

Metodología/Observación clínica: Estudio observacional transversal mediante encuesta con 6 ítems, en la cual se evalúan variables tales como formación, conocimientos adquiridos, seguridad y efectos secundarios. Revisión bibliográfica sistematizada sobre la seguridad del uso de sedantes inhalados en UCI.

Resultados/Intervenciones: Tras el análisis realizado se detecta que el 32,4% del personal no ha recibido formación específica de la terapia, el 22,6% desconoce la existencia del protocolo clínico y el 77,8% considera que cuenta con los conocimientos básicos sedantes inhalados. Así mismo el 81,8% considera que es una técnica segura, el 85,2% es conocedor que la unidad cuenta con boxes con extracción de gases y un 18,9% ha experimentado un efecto adverso en el que destaca mayormente la cefalea.

Conclusiones: La adquisición de los conocimientos básicos de la técnica y su uso más frecuente, aumentan la percepción de que esta terapia es un método ambientalmente Seguro (81,8%), aunque se debe hacer más énfasis en la formación específica ya que aún existe un alto porcentaje del personal que no ha recibido dicha formación. Además se debe hacer hincapié en la utilización de protocolos y el uso de los sistemas de extracción de gases para así reducir la exposición profesional al máximo posible.