

## COMUNICACIONES ORALES

### XLII Congreso Nacional de la SEEIUC

Valencia, 19-22 de junio de 2016

#### ID: 18. REORGANIZACIÓN DEL MATERIAL FUNGIBLE DE UCI: DISMINUCIÓN DE CARGA DE TRABAJO Y REDUCCIÓN DE COSTES

C. Bendito Barber, N. Febrer Juan y N. Carreras Martí

*Hospital Mateu Orfila.*

**Objetivos:** Al iniciar el Proyecto Resistencias Zero, se planteó revisar el protocolo de limpieza de la unidad. Al hacerlo vimos que el material fungible almacenado en el box dificultaba la limpieza. Además de suponer una carga de trabajo importante para el técnico auxiliar de enfermería (TCAE). Por este motivo, nos planteamos: Analizar el uso del material fungible almacenado en los boxes. Diseñar un listado de material basado en los resultados y que evite la reposición de material durante el turno de noche. Comparar costes de las diferentes distribuciones de material.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Duración: 1/2/2014 a 30/3/2014. Lugar: Unidad de cuidados Intensivos (UCI). Hospital Mateu Orfila (Menorca). Descripción: la UCI está dotada de siete boxes. Cada box contiene cinco armarios con material fungible, que es revisado y repostado por los TCAE, al final de cada turno. En cada turno hay dos TCAE, excepto en el turno de noche que hay uno. Recogida de datos: se diseñó un check list donde los TCAE apuntaban el material repostado al final del turno. Análisis: Microsoft Office Excel 2007. Se calculó el total de gasto, la media, desviación estándar, el máximo y mínimo de cada producto. Nivel de confianza 95%.

**Resultados:** El material más utilizado es el relacionado con la higiene de los pacientes (compresas 4,10, gasas 3,38, empapadores 2,72, pañales 0,5) y con la administración de medicación (jeringas 2,06, agujas 1,42). El precio inicial del material almacenado en cada box ascendía a 291,60€. El precio con el nuevo listado fue 147,17€.

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

#### ID: 26. INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

M.I. González Méndez, I. Alonso Araujo, C. Martín Castaño, M.R. Urbán Carmona y M.R. Ferrete Pérez

*Hospital Virgen del Rocío.*

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

**Métodos:** En la elaboración de esta revisión se ha seguido la Declaración Prisma para la publicación de revisiones sistemáticas. Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos (Scopus, Pubmed, Cinahl, Wos). Para ello se desarrolló una estrategia de búsqueda que recogiera todos los aspectos claves de la pregunta de esta revisión. Se realizó una estrategia de búsqueda específica adaptada a cada base de datos incluyendo los siguientes descriptores Mesh: "incidence", "pressure ulcer" or "pressure sores", "critical care" or "intensive care unit". En cuanto a calidad metodológica, utilizamos para la evaluación de la misma la ayuda de la parrilla Critical Appraisal Skills Programme España (CASPe) para la realización del análisis crítico de la literatura científica. Seleccionamos todos los artículos que disponían una puntuación por encima de 6. La revisión de los artículos se ha realizado por pares consensuando los resultados de los mismos. Los datos han sido extraídos por un investigador y comprobados por otro de manera independiente. Han sido recogidos en un registro ad hoc.

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

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

## ID: 27. ASOCIACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O PSICOFÁRMACOS CON EL HISTORIAL DE INCIDENCIA DE TRAUMATISMOS EN PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

S. Cordovilla Guardia<sup>a</sup>, P. Lardelli Claret<sup>b</sup>, C. López Jurado<sup>a</sup>, R. Vilar López<sup>b</sup>, J. Francisco Navas<sup>b</sup>, F. Guerrero López<sup>c</sup> y E. Fernández Mondéjar<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Extremadura. <sup>b</sup>Universidad de Granada.

<sup>c</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

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

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

**Resultados:** De los pacientes analizados 103 (50,5%) dieron positivos a alguna sustancia; 43 (21,1%) a alcohol, 9 (4,4%) a otras drogas, 14 (6,9%) a psicofármacos y 37 (18,1%) a alguna combinación de sustancias de varios de los grupos anteriores. En el grupo de otras drogas la edad fue significativamente menor (media y desviación estándar de 24,8 ± 5,8 años), predominó el sexo masculino (88,9%), y los accidentes de tráfico (55,6%). La detección de consumo se relacionó con mayor incidencia de traumatismos con una Odds Ratio ajustada de multireincidencia en positivos a alguna sustancia de 3,34 (IC95%: 1,44-7,78),  $p = 0,005$ .

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

## ID: 28. INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS POR UN TRAUMATISMO RELACIONADO CON EL CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O PSICOFÁRMACOS. UN "MOMENTO PROPICIO DE ENSEÑANZA" PARA EL INICIO DEL CAMBIO

S. Cordovilla Guardia<sup>a</sup>, R. Vilar López<sup>b</sup>, C. López Jurado<sup>a</sup>, P. Lardelli Claret<sup>b</sup>, J. Francisco Navas<sup>b</sup>, F. Guerrero López<sup>c</sup> y E. Fernández Mondéjar<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Extremadura. <sup>b</sup>Universidad de Granada.

<sup>c</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

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

**Métodos:** Se analizó la presencia de alcohol, otras drogas (cannabis, cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, metadona y opiáceos) y psicofármacos (benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos)

en 204 pacientes ingresados por traumatismos (el 82,7% del total), durante 32 meses no consecutivos (entre noviembre de 2011 a marzo de 2015). Se recogieron prospectivamente variables socio-demográficas y clínicas, y se definieron las que impedían la IM (exitus, traslado a otro centro, secuelas de neurológicas, lesión medular, trastorno psiquiátrico grave).

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

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

## ID: 32. AUTORRETIRADA DE TUBO ENDOTRAQUEAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

M.M. Sánchez-Sánchez<sup>a</sup>, R. Sánchez-Izquierdo<sup>a</sup>, M.P. Fraile-Gamo<sup>a</sup>, S. García-González<sup>b</sup>, S. Barba-Aragón<sup>a</sup>, M.P. García-García<sup>c</sup>, E. Lillo-Montero<sup>a</sup>, S. Arias-Rivera<sup>a</sup> y F. Frutos-Vivar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Getafe. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>c</sup>Hospital Universitario Severo Ochoa.

**Objetivos:** La autorretirada (AUT) de tubos endotraqueales (TET) en el paciente crítico es un indicador de calidad de cuidados de enfermería y de seguridad del paciente. Conocer la tasa de AUT de TET en dos fases consecutivas.

**Métodos:** Estudio cuasi-experimental prospectivo en dos fases observacionales. Primera fase: cálculo de tasas de AUT de TET. Segunda fase: se calcularon tasas tras información al personal de resultados y recomendaciones. Desarrollado en un Servicio de Cuidados Intensivos (18 camas polivalentes)/Unidad de Grandes Quemados (6 camas). Incluidos todos los pacientes con vía aérea artificial. Variables demográficas, diagnóstico médico, SAPS II, Baux Score Modificado, fecha de inserción y retirada de TET, motivo de retirada, reintubación tras AUT, presencia de inmovilización terapéutica, nivel de sedación (Glasgow modificada por Cook y Palma), nivel de sedación/agitación (RASS), esfuerzo terapéutico (NEMS), evento adverso por AUT y reinserción del TET. Análisis: descriptivo y tasa de incidencia por 1.000 días de dispositivo. Comparación de tasas de incidencia mediante  $\chi^2$  Pearson. Aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica del hospital.

**Resultados:** Se siguieron 473 vs 499 TET. Tasa de AUT por 1.000 días de TET: 3,07 vs 3 ( $p = 0,49$ ). Sin diferencias significativas en las variables consideradas. Una reintubación en cada periodo valorado y sin eventos adversos relacionados con reintubación. El 70% de todas las AUT tuvieron lugar durante los dos primeros días de intubación.

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

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

#### ID: 34. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS: EVALUACIÓN DE RIESGO

M. Maqueda Palau y E. Pérez Juan

*Hospital Universitario Son Espases.*

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

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

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

**Conclusiones:** La preparación, administración y duración del tratamiento antibiótico son aspectos determinantes de la respuesta terapéutica. El riesgo de evento adverso es proporcional al número de manipulaciones del fármaco. La matriz de riesgo es una herramienta útil para la prevención de efectos adversos asociados a la administración de antibióticos endovenosos. La estandarización de los procesos de enfermería mejora la calidad asistencial, la gestión de riesgos conciencia a los profesionales sobre la seguridad del paciente.

#### ID: 39. OPINIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA HOJA DE VERIFICACIÓN TRAS EL CAMBIO DE RELEVO EN CUIDADOS INTENSIVOS

J.J. Rodríguez Mondéjar<sup>a</sup>, A. Sánchez Martínez<sup>b</sup>, R. Bermejo Jiménez<sup>c</sup>, T. Herrera Romero<sup>c</sup>, J.M. Martínez Oliva<sup>c</sup>, M. Martínez Guerrero<sup>c</sup>, F.J. López Alacid<sup>c</sup>, A.J. López Amorós<sup>c</sup>, A. Rodríguez Martínez<sup>d</sup> y E.D. Barraza Aguirre<sup>e</sup>

<sup>a</sup>UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y emergencias 061. Servicio Murciano de Salud. <sup>b</sup>UFSP; <sup>c</sup>UCI. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. <sup>d</sup>Área VII-Murcia Este. Servicio Murciano de Salud.

**Objetivos:** En nuestra unidad se implementaba un check list tras el cambio de relevo para comprobación de la seguridad del paciente. Se recogen aspectos como el tratamiento farmacológico, suero-terapia, control del dolor y/o sedación, etc. El objetivo es determinar el grado de apoyo y la utilidad del mismo desde la perspectiva de los profesionales que lo cumplimentan diariamente.

**Métodos:** Diseño: estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Lugar: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente en un Hospital General Universitario (HGU) de nivel II. Temporalidad: octubre y noviembre del 2015. Sujetos o muestra: todos los profesionales de enfermería del servicio. Recogida de datos a través de

cuestionario "ad hoc", con validación interna y siguiendo las normas de calidad según bibliografía. Consta de 9 ítems, 6 preguntas cerradas con 5 alternativas tipo likert, y 3 de contestación libre. Desarrollo: se entregó el cuestionario autoadministrado a todos los profesionales de enfermería del servicio que estaban en activo durante el periodo a estudio, y se recogieron como máximo a los 30 días. La cumplimentación fue voluntaria y anónima. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v.20, con cálculo de medias y desviación estándar en variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para cualitativas. Se aplicaron las normas éticas y protección de datos en el desarrollo del estudio.

**Resultados:** Contestaron correctamente 15 enfermeras/os (68% de participación). Edad 42 años DE8,2 (32-58), mujeres 75%, experiencia media en UCI 9,6 años DE 5,8 (0,2-26). Contestaron que los listados de verificación nos ayudan a mejorar la seguridad del paciente 73,3%. El 100% ha detectado algún error durante su aplicación. El 100% no añadiría más ítems, ni suprimirían ninguno. Hacen aportaciones para mejorar, como cambiar los horarios.

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

#### ID: 40. ESTUDIO DE VALIDEZ DE UN CUESTIONARIO PARA CONOCER LA ADECUACIÓN DE UN SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN INFORMATIZADA (CAPI) POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UCI

M.A. Giménez Lajara<sup>a</sup>, M. Venturas Nieto<sup>a</sup>, S.M. Bosch Collete<sup>b</sup>, S. Fariñas Rodríguez<sup>c</sup>, M.S. Roig Serra<sup>a</sup>, A. Castro García<sup>d</sup> y L. Basco Prado<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico de Barcelona. <sup>b</sup>Inselspital Bern. Suiza. <sup>c</sup>CAP Roquetes-Canterres. <sup>d</sup>Hospital La Paz. <sup>e</sup>Universidad de Barcelona.

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

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

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

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

#### ID: 51. MONITORIZACIÓN DE TOLERANCIA Y COMPLICACIONES DEL PROTOCOLO DE NUTRICIÓN ENTERAL EN UNA UCI DE NEUROCÍTICOS Y POLITRAUMA

F.C. Martínez Huélamo, M.J. López Poveda, I. Santos Tejedor, P.A. Calvo Flores, J. González Robledo, M.A. Benítez de Soto Morán, M.A. Oñiga Polo, L. Lorenzo Rodríguez, S. Sánchez Marín Bustos y C. Sánchez Guevara

*UCI Virgen de la Vega. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

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

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo de tolerancia y complicaciones asociadas a la NE durante cuatro meses en nuestra UCI. Se excluyen pacientes con perfusión continua de insulina. Se recogen datos: Generales: patología de ingreso, sedación, analgesia, ventilación mecánica, tránsito intestinal, tipo de NE y dosis efectiva; administración de procinéticos, fibra y desinfección selectiva digestiva (DSD). Complicaciones: vómitos, diarrea, estreñimiento y residuo gástrico. Todo esto, atendiendo a las definiciones publicadas por SEMICYUC-SENPE.

**Resultados:** Se han recogido datos de 32 pacientes que constituyen el 42,66% de los ingresos en UCI durante el periodo de estudio. Edad media 63,9 años: 53,1% varones y 46,9% mujeres. El tipo de ingreso corresponde a un 78,1% de pacientes con ictus (hemorrágicos e isquémicos), un 18,8% de politraumatizados (traumatismos craneoencefálicos) y un 3,1% quirúrgicos (neurocirugía). Monitorizando un total de 448 episodios, un 65,6% precisó ventilación mecánica, un 37,9% sedación y un 87,1% analgesia (23% opioides). El 51,8% procinéticos intravenosos y se aplicó DSD en un 48,7% de los episodios. La cantidad de NE total administrada fue de 567 litros, siendo Nutrisón Multifibra la dieta más frecuente (31,7%). La dosis efectiva fue del 96,2% y los episodios con residuo gástrico mayor de 200 mililitros fue del 20,5%. Como complicaciones nos hemos encontrado con un 26,3% de estreñimiento, un 22,3% de distensión abdominal, un 3,1% de vómitos y un 2,9% de diarrea.

**Conclusiones:** Atendiendo al protocolo actual en nuestra UCI, el de administración continua de nutrición enteral con comprobación de residuo una vez al día, las complicaciones son similares a las descritas en la literatura sobre la que se asientan nuestras intervenciones. La dosis efectiva conseguida es óptima, un 92,6% de la nutrición total administrada, con escasas complicaciones.

### ID: 53. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE CONTAMINACIÓN Y EFICIENCIA DE LOS HEMOCULTIVOS

M.M. Sánchez-Sánchez<sup>a</sup>, S. Arias-Rivera<sup>a</sup>, S. López-Román<sup>b</sup>, P. Vadillo-Obeso<sup>c</sup>, P. Fraile-Gamo<sup>a</sup>, R. Jareño-Collado<sup>a</sup>, S. García-González<sup>a</sup>, L. Panadero del Olmo<sup>a</sup>, J. Cachó-Calvo<sup>a</sup> y F. Frutos-Vivar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Getafe. <sup>b</sup>Consultorio de Moraleja de Enmedio. <sup>c</sup>Centro de Salud Parque Loranca.

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

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

**Resultados:** Se obtuvieron en el periodo de estudio 841 hemocultivos de 458 pacientes. De ellos, 101 hemocultivos (12%) fueron positivos y 47 FP (5,6%). La evolución en la tasa de hemocultivos contaminados se presenta en la tabla. En el análisis de la eficiencia obtuvimos una tasa de 8,3 hemocultivos por episodio de bacteriemia verdadera.

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

### ID: 54. EVOLUCIÓN DE LA EQUIMOSIS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE ENOXAPARINA EN EL PACIENTE CRÍTICO

R. Jareño-Collado<sup>a</sup>, M.M. Sánchez-Sánchez<sup>a</sup>, S. Barba-Aragón<sup>a</sup>, M.P. Fraile-Gamo<sup>a</sup>, A. López-López<sup>a</sup>, H. Bermejo-García<sup>a</sup>, N. García-Crespo<sup>a</sup>, S. López-Román<sup>b</sup>, I. Martínez-Yegles<sup>c</sup> y S. Arias-Rivera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Getafe. <sup>b</sup>Consultorio de Moraleja de Enmedio. <sup>c</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre.

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

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, desarrollado en una unidad de cuidados intensivos polivalente de 18 camas, desde julio-2014 hasta diciembre-2015. Incluidos todos los pacientes sin hepatopatías ni enfermedad hematológica, sin afectación de la integridad cutánea en la zona de inyección, índice de masa corporal (IMC) > 18,5, con enoxaparina profiláctica, estancia ≥ 72 horas, consentimiento informado y que desarrollaron equimosis. Variables: demográficas, SAPS II, motivo de ingreso, dosis de enoxaparina, IMC, antiagregantes y/o anticoagulantes, aparición de equimosis en la zona de inyección, área de equimosis a las 12, 24, 48 y 72 horas. La enoxaparina se administró según protocolo elaborado, siguiendo la mejor evidencia disponible, identificando la zona de inyección para su posterior seguimiento. Estadística descriptiva básica, datos cuantitativos con media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico), según corresponda. Comparación de grupos mediante test de t de Student para variables cuantitativas. Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del hospital.

**Resultados:** Se incluyeron 86 pacientes, 42% mujeres, edad [media (DE): 69 (14)]; estancia [mediana (RIC): 10 (5-22)]; el 72% tienen un IMC > 25, SAPS [medio (DE): 41 (15)]; dosis de enoxaparina [n (%) = 20 mg: 14 (16); 40 mg: 70 (82); 60 mg: 2 (2)]; pacientes con antiagregantes el 34%. Área de equimosis en mm<sup>2</sup> [mediana (RIC)]: a las 12h [4 (1-6)], 24h [4 (1-9)], 48h [6 (2-16)], 72h [11 (4-30)]. Aparición de equimosis tras la administración de enoxaparina [horas, n (%): 12h = 60 (70); 24h = 16 (19); 48h = 8 (9); 72h = 2 (2)].

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

Tabla Comunicación ID: 53

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



# ID: 55. TASAS DE EQUIMOSIS Y HEMATOMA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE ENOXAPARINA PROFILÁCTICA EN EL PACIENTE CRÍTICO

R. Jareño-Collado<sup>a</sup>, M.M. Sánchez-Sánchez<sup>a</sup>, M.P. Fraile-Gamo<sup>a</sup>, A. López-López<sup>a</sup>, E.I. Sánchez-Muñoz<sup>a</sup>, N. García-Crespo<sup>a</sup>, S. Barba-Aragón<sup>a</sup>, R. Sánchez-Izquierdo<sup>a</sup>, S. García-González<sup>b</sup> y S. Arias-Rivera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Getafe. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Móstoles.

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

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, desarrollado en una UCI de 18 camas, desde julio-2014 hasta diciembre-2015. Incluidos pacientes sin hepatopatías ni enfermedad hematológica, con enoxaparina profiláctica, estancia  $\geq 72$  horas, sin afectación cutánea que impida valoración en zona de punción y con consentimiento informado (aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica). Variables: demográficas, SAPS II, motivo de ingreso, dosis de enoxaparina, índice de masa corporal (IMC), antiagregantes y/o anticoagulantes, aparición de equimosis y/o hematoma en zona de inyección. Enoxaparina administrada por enfermeras del equipo investigador según protocolo basado en la mejor evidencia disponible. Estadística descriptiva básica, datos cuantitativos con media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico). Comparación de grupos mediante test de t de Student.

**Resultados:** Incluidos 189 pacientes, 39% mujeres, edad [media (DE): 68 (15)]; estancia [mediana (RIC): 11 (7-23)]; 67% con IMC  $> 25$ ; SAPS [media (DE): 42 (16)]; dosis de enoxaparina [n (%) = 20 mg: 42 (22); 40 mg: 144 (76); 60 mg: 3 (2)]; pacientes antiagregados: 23%; Presencia de equimosis [n (%): 86 (46)], presencia de hematoma [n (%): 16 (9)]. Tener IMC  $> 25$ , no influye en la aparición de equimosis ( $p = 0,1$ ). De los 86 que desarrollaron equimosis, el 66% tenían prescrito antiagregantes [OR (IC95%): 3 (1,5-6),  $p = 0,002$ ] y el 69% de los que desarrollaron hematoma [OR (IC95%): 9 (3-29),  $p < 0,001$ ].

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

# ID: 59. DESCRIPCIÓN DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

R. Jareño-Collado, H. Bermejo-García, M.P. Fraile-Gamo, G.A. Garrido-Jerez, E. Fernández-Campillo, S. Arias-Rivera, A. Lesmes-González-de-Aledo e I. Alía-Robledo

Hospital Universitario de Getafe.

**Objetivos:** La notificación y análisis de incidentes de seguridad es una oportunidad de mejora en el cuidado del paciente que po-

dría evitar, en base a la experiencia adquirida, que el mismo error se repita. Objetivo: descripción de los incidentes notificados en nuestra unidad durante un año.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo y prospectivo desarrollado en una UCI polivalente de 18 camas desde enero-2015 a diciembre-2015. Se incluyen todas las notificaciones recogidas durante el periodo de estudio. La recogida de datos se realiza a través de las notificaciones realizadas por todo el personal de UCI. Variables: lugar donde se desarrolla el incidente, categoría del que notifica, tipo de incidente y daño. Análisis descriptivo de variables cualitativas con valores absolutos y porcentajes.

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

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

# ID: 64. ANÁLISIS DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M.M. Sánchez-Sánchez<sup>a</sup>, M.P. Fraile-Gamo<sup>a</sup>, S. Arias-Rivera<sup>a</sup>, S. López-Román<sup>b</sup>, P. Vadillo-Obeso<sup>c</sup>, R. Jareño-Collado<sup>a</sup>, S.L. García-González<sup>d</sup>, M.T. Pulido-Martos<sup>a</sup>, J. Cacho-Calvo<sup>a</sup> y F. Frutos-Vivar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Getafe. <sup>b</sup>Consultorio de Moraleja de Enmedio. <sup>c</sup>Centro de Salud Parque Loranca. <sup>d</sup>Hospital Universitario de Móstoles.

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

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

**Resultados:** Se obtuvieron 841 hemocultivos en 458 pacientes. Se diagnosticaron 101 bacteriemias (12%) en 54 pacientes: edad 67 años (DE 11), mujeres 30%, SAPS II 47 (DE 17). Principales diagnósticos al ingreso: cardiovascular 26%, neurológico 24%, digestivo 20%

Tabla Comunicación ID: 64

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

N = 101

y respiratorio 17%. En la tabla se muestran las variables en el momento de la extracción. La mortalidad en los enfermos con hemocultivos positivos fue 28%.

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

## ID: 68. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

J.J. Rodríguez Mondéjar, A. Sánchez Martínez<sup>b</sup>, M.M. Cevidanes Lara<sup>c</sup>, L. Ortín Karnich<sup>b</sup>, M.J. Gómez Ramos<sup>b</sup>, R. Bermejo Jiménez<sup>b</sup>, L. Navarro Sanz<sup>b</sup>, F.J. Paredes Pérez<sup>b</sup>, M. Sánchez Zamora<sup>b</sup> y M. Vigil Velis<sup>b</sup>

<sup>a</sup>UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y emergencias 061. Servicio Murciano de Salud. <sup>b</sup>UCI. Hospital General Universitario Reina Sofía. Servicio Murciano de Salud. <sup>c</sup>Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica del Complejo Hospitalario de Granada. Servicio Andaluz de Salud.

**Objetivos:** La cultura de seguridad de los profesionales es la que marca la que se puede prestar en un servicio, si bien es complejo su desarrollo, es necesario aumentarla en el tiempo para conseguir mayores niveles de calidad en la atención en cuidados críticos. **Objetivo:** analizar y constatar la evolución de la cultura de seguridad en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en una UCI polivalente en un Hospital General Universitario de Nivel II. Temporalidad: noviembre y diciembre del 2015. Sujetos a estudio: profesionales de la UCI que estuvieran en activo. Desarrollo: se ha implementado un cuestionario sobre seguridad del paciente, versión española del Hospital Survey on Patient Safety del Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de 61 ítems, en 12 dimensiones, y se han comparado con otro (parcialmente) realizado en el 2008. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con cálculo de medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Se han aplicado las normas éticas y de protección de datos personales en todo el estudio.

**Resultados:** Muestra 39 y 45 profesionales respectivamente. Experiencia media en UCI: 10,3 años DE 8,9 (0,5-30) y 7,2 DE 4,97 (1-20). No colaboración como equipo 23% (actual) frente 17,8% (2008). Se ponen medidas para evitar incidentes 82% frente 62%. No se buscan culpables en los errores detectados 64% vs 42%. Se pierde información en los relevos 20% vs 55,5%. Se informa de los errores del servicio 59% vs 31%. Con 10 años en el servicio 67% vs 78%. Enfermeros 49% vs 44%. Médicos 26% vs 16%. Los cambios de medicación se informan directamente 39,5% vs 24%.

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

## ID: 100. ENFERMERÍA Y TERAPIA DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA CONTINUA. SITUACIÓN ACTUAL EN CASTILLA-LA MANCHA

M.M. González Valverde<sup>a</sup>, G. Delgado Martínez<sup>b</sup>, M.A. Poyatos Álvarez<sup>b</sup>, H. Escribano Belmar<sup>a</sup>, M. Noheda Recuenco<sup>b</sup>, J.A. Simarro Blasco<sup>b</sup>, C. Checa Osma<sup>b</sup>, M.T. de las Heras Laín<sup>b</sup>, I. Martínez Toledo<sup>b</sup> y R. Checa Osma<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Villarrobledo. <sup>b</sup>Hospital Virgen de la Luz.

**Objetivos:** Las terapias de depuración extracorpórea continua (TDED) proporcionan una herramienta terapéutica utilizada cada

vez más en pacientes con diagnósticos diferentes al fracaso renal agudo en UCI, como sepsis, insuficiencia cardíaca congestiva, etc. Por ello personal de enfermería tiene un papel fundamental en el montaje de los equipos, cuidados y mantenimiento que requiere esta terapia. **Objetivo:** conocer el papel que desempeña la enfermera trabajando con TDEC en Castilla la Mancha (CLM).

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

**Resultados:** Tasa de respuesta del 100%. De los 18 hospitales, 10 realizan la TDEC. En ellos las enfermeras de UCI realizan el montaje, cebado, conexión/desconexión y programación (en base a parámetros médicos). Se imparte formación específica, en 4 hospitales anualmente, en 1 cada año y medio y en 5 no tienen formación programada. Se trabaja con, protocolos de montaje en 8 hospitales, protocolo de cuidados en 6 hospitales y 1 en proceso. Plan de cuidados estandarizado (PCE) en ninguno.

**Conclusiones:** La TDEC está presente en más del 50% de los hospitales de la red pública de CLM. En ellos el personal de enfermería es responsable tanto de la preparación como del mantenimiento. Sólo la mitad realizan la formación de forma programada. El conocimiento, alcanzado a través de talleres teórico-prácticos, supone que el personal de enfermería logre el éxito de la técnica de manera eficaz. En ningún hospital se trabaja con PCE, por ello se deben abrir líneas de trabajo dirigidas a la creación de estos, pues unificar el lenguaje y practica en áreas de trabajo tan específicas como esta.

## ID: 102. RECURSOS PERSONALES PARA PREVENIR LA APARICIÓN DEL BURNOUT EN LOS PROFESIONALES ENFERMEROS DE INTENSIVOS

O. Arroqante Maroto<sup>a</sup> y E.G. Aparicio Zaldívar<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija. Universidad Nebrija. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**Objetivos:** Determinar las diferencias en apoyo social, afrontamiento, resiliencia y las tres dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales enfermeros de servicios especiales y de hospitalización. Establecer un modelo predictivo en el que se incluyan los recursos personales que predicen el burnout en los profesionales de Enfermería.

**Métodos:** Diseño: estudio cuantitativo correlacional de corte transversal. Participantes: 133 profesionales de Enfermería del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), de los cuales 30 pertenecían a intensivos, 31 a otros servicios especiales y 72 a servicios de hospitalización. Instrumentos y variables: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), Subescala de Apoyo Social, 10-Item CD-RISC (resiliencia), Brief-Cope (afrontamiento). Procedimiento: distribución de los cuestionarios para su depósito posterior en una urna ubicada en los controles de Enfermería de cada servicio. Análisis de las diferencias mediante ANOVA y análisis de regresión lineal múltiple mediante el método de pasos sucesivos (SPSS v.21).

**Resultados:** No se encontraron diferencias en ninguna de las variables evaluadas en función del servicio hospitalario. Se encontró un modelo predictivo en el que el apoyo social (beta = -0,21), el afrontamiento de apoyo (beta = -0,22) y el de falta de compromiso (beta = 0,22) predijeron el agotamiento emocional; la resiliencia (beta = -0,22) y el afrontamiento de falta de compromiso (beta = 0,30) predijeron la despersonalización; y el afrontamiento de compromiso (beta = -0,55) predijo la falta de realización personal.

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

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

### ID: 107. ESTUDIO NACIONAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERAS DE CUIDADOS CRÍTICOS FRENTE A ENFERMERAS DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

J.A. Simarro Blasco, M. Bascaña Blasco, M. Noheda Recuenco, A.T. Ruiz Durán, I. Martínez Toledo, N. Abanades Bascaña, S. Martínez Soriano, A.M. Martínez de Lucas, A. Álvarez Fiaño y M.T. Ballesteros Olivares

*Hospital Virgen de la Luz.*

**Objetivos:** Conocer la calidad de vida profesional (CVP) en enfermeras de cuidados críticos en España. Identificar las posibles diferencias en CVP entre enfermeras UCI y de hospitalización (EH) en España.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal de la CVP percibida por enfermeras de toda España durante los meses enero-marzo 2015. Se utilizó el cuestionario CVP-35, se hizo anónimo on-line con variables demográficas y laborales. Se difundió por facebook en grupos profesionales de enfermería. Se valoraron los cuestionarios que habían contestado la unidad de trabajo. Análisis estadísticos SPSS 15.0 mediante prueba de ANOVA y el test de Kruskal-Wallis. Significación  $p < 0,05$ . Intervalo confianza 95%.

**Resultados:** Cuestionarios válidos 1.514, 385 trabajaban con críticos. Dimensión (D) Apoyo directivo  $4,35 \pm 1,37$ ; D. Cargas de trabajo  $7,02 \pm 1,26$ ; D. Motivación intrínseca  $7,39 \pm 1,12$ ; Calidad de vida profesional  $4,41 \pm 2,2$ . Diferencias principales UCI vs E.H.: Motivación intrínseca ( $7,02$  vs  $6,45$ ,  $p < 0,01$ ); Calidad de vida de mi trabajo ( $4,41$  vs  $5,00$ ,  $p < 0,01$ ); Estrés ( $8,29$  vs  $7,61$ ,  $p < 0,01$ ); Falta de tiempo ( $8,22$  vs  $7,36$ ,  $p < 0,01$ ); Ser creativo ( $3,55$  vs  $3,91$ ,  $p < 0,01$ ); Mi trabajo tiene importancia para la vida de las personas ( $9,13$  vs  $8,80$ ,  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La CVP entre las enfermeras es similar a otros estudios locales realizados en España. Destaca la baja percepción de los ítems relacionados con el apoyo directivo. Hay un considerable aumento en ítems, como el estrés, propios de atención al paciente crítico. Direcciones y colectivos profesionales deberían hacer una evaluación más exhaustiva de los problemas laborales y mejorar la CVP, con lo que aumentaría la calidad en cuidados y atención sanitaria.

### ID: 125. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DE MANOS

J.I. Torres González<sup>a</sup>, A. Palomar Santamaría<sup>b</sup>, R. Lastras Ortiz<sup>a</sup>, A. Martín León<sup>a</sup>, E. Plaza Pastor<sup>a</sup>, J.A. González Sánchez<sup>a</sup> y M. Bringas Bollada<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico San Carlos. <sup>b</sup>Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

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

**Métodos:** Estudio transversal prospectivo (mayo 2012, junio 2013). Se recogieron variables demográficas (sexo, categoría profesional y años de experiencia en UCI) y 10 preguntas de conocimientos sobre higiene de manos. Se administró cuestionario anónimo, extraído del curso de formador de formadores sobre higiene de manos de la Comunidad de Madrid, antes de comenzar el periodo de formación, tras finalizar cada sesión formativa, y al año de las sesiones; a enfermeras (DUE), auxiliares (AE) y celadores

de la UCI Sur. Las variables cuantitativas se expresan en media (intervalo confianza) y las cualitativas en porcentaje. Análisis univariante mediante test chi-cuadrado para variables discretas y t-Student para muestras independientes o Anova en variables continuas. Análisis multivariante mediante regresión logística (RL). Nivel de significación  $p < 0,05$ . Programa estadístico SPSS 15.0.

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

**Conclusiones:** Las sesiones formativas aumentan el grado de conocimiento, aunque con el tiempo se aprecia una reducción del mismo. La categoría profesional y la formación influyen en la evolución del conocimiento en HM. Se precisan sesiones formativas periódicas a todos los profesionales para mantener su nivel de conocimiento.

### ID: 145. VALIDEZ DEL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER (MTS) EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO

G.M. González Romero<sup>a</sup>, O. Arrogante Maroto<sup>a</sup>, E. Sáez Tomé<sup>b</sup>, S. Muñoz Boronac<sup>c</sup>, R. Gaeta Carrillo<sup>c</sup> y A. Martínez Pastor<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija. Universidad Nebrija. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Móstoles.

<sup>c</sup>Hospital Clínico San Carlos.

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

**Métodos:** Estudio de cohorte clínica prospectiva. Participantes: 339 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Instrumentos: Se utilizó el MTS y un triaje clínico, basados ambos en los mismos 5 niveles de triaje y tiempos de espera. Procedimiento: triaje de Enfermería con el MTS vs triaje clínico por el médico asistencial. Análisis: La validez fue valorada definiendo como gold standard la figura del médico asistencial recodificando la variable principal de prioridad en 2 subdivisiones: una codificando los niveles I-III como Urgentes y el resto como No urgentes. Se estudió la sensibilidad, especificidad, valores predictivos, las razones de verosimilitud, y sus intervalos de confianza, así como el porcentaje total de acuerdo.

**Resultados:** Los resultados muestran una alta sensibilidad y especificidad de la herramienta. Con un valor predictivo negativo, casi del 100%.

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

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



**Conclusiones:** El proceso de triaje es fundamental en la atención hospitalaria, y especialmente en la detección precoz del paciente crítico. En ello radica la importancia de utilizar sistemas válidos y que concuerden con la realidad clínica. El Sistema Manchester es válido para la detección precoz del paciente crítico. En este trabajo se presenta una mejor validez que otros estudios, relacionándolo con el gold standard. Tendencia al supratriage de los triajes estandarizados, con objetivo de evitar el infratriaje. Enfermería es un profesional adecuado para llevar a cabo este proceso y detectar al paciente crítico.

#### **ID: 148. CUMPLIMIENTO PRÁCTICO DEL PROCEDIMIENTO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES FRENTE AL CONOCIMIENTO TEÓRICO**

C. Turégano Duaso<sup>a</sup>, R. Jam Gatell<sup>a</sup>, R. Pedregosa Muro<sup>a</sup>, E. Carrillo Santín<sup>a</sup>, O. Hernández<sup>a</sup>, J. García García<sup>a</sup>, L. Martí Hereu<sup>a</sup>, J. Vallés Daunis<sup>a</sup> y P. Delgado Hito<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Corporació Hospitalària Parc Taulí. <sup>b</sup>Universitat de Barcelona.

**Objetivos:** Analizar el grado de cumplimiento práctico del procedimiento de aspiración de secreciones. Determinar el grado de conocimiento teórico del aspirado de secreciones.

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

**Resultados:** Del total 67 enfermeras, 54 (80,59%) recibieron la formación y de estas 49 (90,74%) fueron observadas. Cuestionario conocimientos: 98% respuestas correctas. La puntuación media fue 5,73 ( $\pm$  0,49) sobre 6. Observación aplicación procedimiento. 160 observaciones. Lavado de manos 11,25% pre y 37,5% post aspiración. El 98,1% de enfermeras respondieron correctamente. Utilización mascarilla fue 33,12% y gafas 58,12%. Un 94,4% de las enfermeras respondió correctamente. Utilización sonda estéril fue del 96,8% y guantes estériles del 93,12%. Un 94,4% de las enfermeras respondió correctamente. Análisis estadístico: variables cuantitativas: media, mediana, desviación estándar, porcentajes.

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

#### **ID: 156. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA PREVENTIVA DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA: MANTENIMIENTO CABEZAL A 30-45°**

R. Jam Gatell<sup>a</sup>, O. Hernández Vian<sup>b</sup>, C. Turégano Duaso<sup>a</sup>, R. Pedregosa Muro<sup>a</sup>, E. Carrillo Santín<sup>a</sup>, N. Simón<sup>a</sup>, V. Gómez Simón<sup>a</sup>, J. Vallés Daunis<sup>a</sup> y P. Delgado Hito<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Corporació Hospitalària Parc Taulí. <sup>b</sup>ICS. <sup>c</sup>Universitat de Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la adherencia a la medida de mantenimiento cabecero 30-45°. Determinar el número de horas totales de permanencia cabecero 30-45°. Determinar el conocimiento de las enfermeras sobre MP mantenimiento cabecero 30-45°.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Realizado en UCI médico-quirúrgica adultos de 16 camas entre octubre-

diciembre 2014. Población: enfermeras UCI (n = 67). Pacientes ventilados mecánicamente  $\geq$  48h. Fases estudio: 1-fase. Sesiones formativas a las enfermeras sobre MP de NAVM, éstas cumplimentaron cuestionario de conocimientos tras haber recibido la formación. 2-fase. Observación grado inclinación cabezal 30-45° mediante corte transversal y recogida de número de horas de permanencia/24h. Variables. Variable dependiente: recogida grado elevación cama como variable dicotómica Sí/No y, como horas totales correctas/día de permanencia. Variables independientes: nivel de conocimiento, evaluado mediante cuestionario. Estudio aprobado Comité Ético de Investigación Clínica. Análisis estadístico: variables cuantitativas: media, mediana, desviación estándar, porcentajes.

**Resultados:** De 67 enfermeras, 54 (80,59%) recibieron formación y de estas fueron observadas 41 (75,92%). Observación grados cabezal. 72 observaciones. Corte transversal. 88,8% correcto (30-45°). Número de horas de permanencia del cabezal/día: media de 14,49 horas. Cuestionario conocimiento: media = 5,73 ( $\pm$  0,49) sobre puntuación máxima de 6. Respuestas correctas: 98,14%.

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

#### **ID: 160. USO DE TERAPIAS AUDIOVISUALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA**

N. Láiz Díez, M. Acevedo Nuevo, E.P. Garzón Arranz y M.J. Morales Rodríguez

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

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

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

**Resultados:** Entre los 11 artículos seleccionados se encuentran 2 revisiones sistemáticas, 7 ensayos clínicos y 2 estudios de intervención, todos ellos centrados en el uso de la musicoterapia. No se localizaron referencias que analizasen intervenciones basadas en el uso de la televisión. Todos los estudios coinciden en la disminución de la ansiedad (medida mediante variables fisiológicas o escalas) en los pacientes críticos a los que se les aplican intervenciones de musicoterapia.

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



## ID: 164. FAMILIA VS ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN EN UCI

M.A. Hernado Cotillas, I. López Alonso, S. Puerto Corrales, O. Badallo Arévalo, M.E. Perea Rodríguez, M.V. Conde González e Y. Palacios del Río

UCI. Hospital Universitario de Burgos.

**Objetivos:** Identificar las percepciones de familiares (Fam) de los pacientes ingresados en nuestra unidad, respecto al entorno ambiental, relación con enfermería, cuidados e información recibida. Conocer la percepción del personal sanitario (Per) de UCI. Establecer comparativas. Detectar carencias sobre atención prestada.

**Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo, observacional. Se realizó la encuesta Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) modificada a 107 familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Burgos y a 98 miembros de plantilla. Estudio: dos meses. Estadística: conversión del formato de las respuestas a escala numérica (0-100). Las variables continuas expresadas en media  $\pm$  DE, mediana y rango intercuartílico (IQR). Comparación de medias entre dos muestras independientes: U de Mann-Whitney o t de Student. Comparación de proporciones: prueba de ji cuadrado o test exacto de Fisher. Nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Entorno ambiental: Sala de espera: comodidad 6,37 (DE 2,09), intimidad 4,81 (DE 3,08), equipamiento 7,01 (DE 2,38); Box: orden y limpieza 9,13 (DE 15,71), ruidos 8,15 (DE 2,01); Iluminación 8,78 (DE 1,42); Comodidad 9,13 (DE 1,27); Intimidad 8,56 (DE 1,50). Enfermería y atención: Preocupación por familiar: Fam: 87,09 (DE 16,22), Per: 78,22 (DE 16,45); Profesionalidad Enfermería: Fam: 9,478 (DE 0,95) Per: 7,68 (DE 1,22); Trato Enfermería: Fam: 9,54 (DE 0,85), Per: 7,82 (DE 1,22); Consideración de los cuidados: Fam: 91,51 (DE 14,52), Per: 81,14 (DE 16,41); Información cambia según enfermera: 2,13% nada, 41,49% poco, 45,74% bastante, 10,64% mucho; Asistencia cambia según enfermera: 3,16% nada, 35,79% poco, 49,79% bastante, 11,58% mucho; Hablar con enfermera: 67,02% fácil 32,98% muy fácil. Deseo participación en Cuidados: Fam 29,85% sí, Per 74,74% sí; Oportunidad participación: Fam 47,88 (DE 32,41), Per 40,48 (DE 22,87).

**Conclusiones:** Condiciones sala de espera: no son las idóneas para UCI. Los familiares no desean participar en cuidados. ¿Análisis motivos? Diferentes puntuaciones entre familiares y enfermería respecto al cuidado y profesionalidad. ¿Auto exigencia de enfermería y desconocimiento del medio y trabajo por los familiares?

## ID: 170. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE INSULINA INTRAVENOSA EN PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN ARTIFICIAL

A.M. Joyas Collado, R.M. Gastaldo Simeó y M. Vives Collado

Hospital de Manacor.

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

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, de una muestra de 28 pacientes con nutrición artificial e insulina intravenosa entre marzo y diciembre del 2014 en Cuidados Intensivos del Hospital de Manacor. Revisamos las historias clínicas informatizadas, recogiendo cada determinación de glucemia, soporte nutricional y Scores de gravedad. Se analizaron tasas de hipoglucemia ( $< 60$  mg/dl), glucemias en rango (140-180 mg/l), glucemia media y tiempo hasta entrar en rango. Realizamos un análisis descriptivo mediante Excel.

**Resultados:** Recogimos 69 pacientes con nutrición artificial, de los cuales 28 requirieron perfusión de insulina. El 75% eran varones y el 25% mujeres con una edad media 65,6 años, con un total de 11.280 horas de infusión y 3.953 determinaciones de glucemia. La tasa de hipoglucemias fue 0,048%. El 43% de las glucemias estuvie-

ron entre 140-180 mg/dl y el 71% entre 80-180 mg/dl. La glucemia media fue de  $165 \pm 37$  mg/dl. El tiempo medio para conseguir glucemias dentro de rango fue de  $7,7 \pm 4,9$ h. El soporte nutricional incluyó nutrición enteral (36%), parenteral (29%) y mixta (36%). El APACHE II medio fue 20,5 y SAPS III 74,1.

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

## ID: 171. HABILIDADES NO TÉCNICAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO

L. Fernández Blanco, M.A. Guerra Martínez, A. Larrasquitu Sánchez, A. Rojas Rudilla y A.B. Romay Pérez

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

**Objetivos:** En los últimos años se están desarrollando programas de formación de habilidades no técnicas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se ha demostrado que su perfeccionamiento aumenta la seguridad y disminuye la estancia, obteniendo un efecto positivo en los resultados de los pacientes, mejora de la satisfacción y en definitiva un aumento en la calidad de la atención. Describir las diferentes valoraciones e intervenciones empleadas para el desarrollo de habilidades no técnicas en UCI será el objetivo de esta revisión.

**Métodos:** Revisión bibliográfica en bases de datos, como PubMed-MEDLINE, CINAHL, Cochrane y Joanna Briggs Institute; posteriormente se realizó una búsqueda dirigida en publicaciones especializadas en UCI. Se utilizaron descriptores MESH: "Non-technical skills", "Intensive Care Unit", "Communication", "Critical situation"; combinados con los operadores booleanos "AND" y "OR". Se incluyeron artículos publicados en los últimos diez años desarrollados en UCI de adultos.

**Resultados:** Se seleccionaron 17 publicaciones, que cumplían los criterios de selección, localizados por descriptores en revistas y bases de datos. El análisis de las llamadas "habilidades no técnicas" identificó dos categorías que abarcan: habilidades interpersonales (comunicación, trabajo en equipo y liderazgo) y habilidades cognitivas (gestión de tareas, conocimiento de la situación y toma de decisiones). Se describen escalas de tipo observacional: Sistemas ANTS y EPOC, para valorar las habilidades no técnicas a través de la evaluación de marcadores conductuales y las siguientes intervenciones: Rondas interdisciplinarias, Hojas de metas, Diario (herramienta terapéutica) y técnica SBAR.

**Conclusiones:** Tras la revisión bibliográfica podemos concluir que un entrenamiento adecuado y una formación del personal sanitario en la adquisición de habilidades no técnicas favorece la comunicación eficaz y segura, aumentando la seguridad. Ayuda a rebajar el estrés, los incidentes críticos y los eventos adversos. No obstante, no hay suficiente evidencia científica, por lo que futuras investigaciones deberían orientarse a protocolizar y evaluar dicho entrenamiento.

## ID: 172. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

E. Guzmán Unamuno, L. Casajús Sola, E. Yoldi Arzoz, T. Aquerreta Larraya, P. Fernández Sangil, B. Mailén Moyano Berardo, E. Regaira Martínez y R. Goñi Viguria

Clínica Universidad de Navarra.

**Objetivos:** Los pacientes ingresados en UCI son susceptibles de complicaciones pulmonares por múltiples causas (enfermedad de base, inmovilización, riesgo de infección, etc.). La principal inter-

vención para prevenirlas y tratarlas es la fisioterapia respiratoria (FR), práctica habitual en el día a día de enfermería. Por ello se realizó esta revisión bibliográfica, con el objetivo de describir los métodos de FR más eficaces, para la prevención y tratamiento de las complicaciones pulmonares en los pacientes ingresados en UCI, diferenciando paciente intubado y no intubado.

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

**Resultados:** La VMNI, la tos, el drenaje postural, la espirometría incentiva y la presión espiratoria positiva intermitente, son eficaces para disminuir las complicaciones pulmonares. El clapping y la inspirometría incentiva, a pesar de su amplio uso, no cuentan con una evidencia clara. Las técnicas de FR más efectivas en el paciente intubado son: hiperinsuflación manual y aspiración de secreciones. Tanto en el paciente intubado como en el extubado, vibración, ejercicios torácicos, percusión y cambios posturales por sí solos no son métodos de FR efectivos. En ambos casos una FR individualizada y la combinación de múltiples ejercicios es el método más eficaz.

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

#### ID: 174. ANÁLISIS DE LA PÉRDIDA DE DISPOSITIVOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

C. Rodríguez Núñez, A. Iglesias Rodríguez, M. García Corres, J. Irigoien Aguirre, M. Martín Martínez, O. Vega Gómez, M. Cambón Sande, L. Trapote Eguren, M.J. Rodríguez Borrajo y V. Boloix Gil

*Hospital Universitario Araba.*

**Objetivos:** La declaración de pérdida de dispositivos es una herramienta clave en seguridad clínica y calidad asistencial. Es importante su análisis, difusión y elaborar medidas de prevención. Objetivo: determinar la incidencia de pérdida de dispositivos, qué tipo y complicaciones. Analizar las medidas preventivas existentes previas a la pérdida del dispositivo.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo desde el 1 enero de 2015 al 31 diciembre de 2015 en la UCI HUA-Txagorritxu. Se incluyeron todos los pacientes ingresados con pérdida de dispositivos durante el período de estudio. Variables: tipo de dispositivo, acciones, evitabilidad, sedación, sujeción mecánica, causa de la pérdida y complicaciones. Método y recogida de datos: a través de los registros informatizados del programa Metavisión. Análisis de los datos con SPSS versión 22.0.

**Resultados:** Se declararon 115 pérdidas de dispositivos, con una incidencia de 10,37%. El 64,3% fueron sondas nasogástricas; 24,3% fueron accesos venosos; drenajes un 3,5% y tubos orotraqueales un 7,8%. En un 60,9% fue preciso volver a colocar el dispositivo. En un 62,6% pudo ser evitable. En un 76,5 no existía sedación y el nivel de sedación frecuente fue despierto y tranquilo, y un 21,7% inquieto. Un 27% presentaba algún tipo de contención mecánica, siendo la más frecuente la parcial en un 40,9%. El turno en el que más dispositivos se perdieron fue durante el turno diurno en un 93%. En un 95% no hubo complicaciones en el paciente.

**Conclusiones:** Ha aumentado la incidencia de pérdida de dispositivos. La introducción de nuevas técnicas y protocolos y una mayor rotación de personal tanto médico como de enfermería pueden ha-

ber influido. Resaltar que durante el turno de mañana se pierden más dispositivos. Es importante la formación continuada y de una mayor difusión de los incidentes más importantes dentro del servicio dado que en un alto porcentaje se declaró que podían ser evitables.

#### ID: 175. ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL EN CUIDADOS INTENSIVOS

C. Rodríguez Núñez, M. García Corres, J. Irigoien Aguirre, A. Iglesias Rodríguez, M. Cambón Sande, G. Ruiz Pérez de Nanclares, R. Ordás Linacero, M. Martín Martínez, L. Samaniego Bóveda y M. Gómez Pablos

*Hospital Universitario Araba.*

**Objetivos:** La limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) es una práctica habitual en las unidades de críticos. El objetivo es no alargar un proceso inevitable de muerte y respetar los deseos del paciente, procurando una muerte sin sufrimiento ni dolor, con el acompañamiento de sus seres queridos. Objetivo: determinar la Incidencia de LTSV. Analizar qué tipo de acuerdo y decisión de LTSV. Determinar en qué medida la LTSV se retiran o no se inician.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo desde el 1 enero de 2015 al 31 diciembre de 2015 en la UCI Hospital Universitario Araba-Txagorritxu. Se incluyeron todos los pacientes ingresados con criterios de LTSV durante el período de estudio. Variables: tipo de decisión, acuerdo de LTSV, no inicio y retirada de TSV. Método y recogida de datos: a través de los registros informatizados del programa Metavisión. Análisis descriptivo de los con SPSS versión 22.0.

**Resultados:** Se decidió LTSV en un 9,56% de los pacientes. Las LTSV más frecuentes no iniciadas fueron técnicas de diálisis e intubación. En un 70,8% no hubo retirada de TSV y la retirada de TSV más frecuente fueron los fármacos vasoactivos en un 13,2%. No se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) en un 88,7%.

	Porcentaje
Acuerdo con el representante	
Conseguido	73,6%
No buscado	10,4%
Voluntades anticipadas	3,8%
No registrado	12,3%
Tipo de decisión	
Médico responsable	44,3%
Sesión clínica	53,8%
Sin registro	1,9%
Tratamiento soporte vital	
No aumentar ningún tratamiento	48,1%
Se permite aumentar algún tratamiento	34,9%

**Conclusiones:** Existe un alto porcentaje de acuerdo con el representante legal en LTSV, las decisiones se consensuaron en sesión clínica en su mayoría. El no aumento de TSV resultó el más alcanzado. Como aspectos de mejora, proponemos mayor implicación del personal de enfermería en la sesión clínica referente a la decisión de LTSV.

#### ID: 178. ¿TIENEN LOS PACIENTES OBESOS MÁS COMPLICACIONES EN LA UCI?

L. Hernández Ruiz y N. Zuazo Espinosa

*Hospital Universitario de Burgos.*

**Objetivos:** La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial y un problema de salud muy importante, debido a la morbilidad

dad que acarrea y al impacto económico que supone. La capacidad de adaptación al estrés del paciente crítico obeso puede verse afectada por las alteraciones que a nivel fisiológico produce la obesidad. **Objetivo:** explorar si existe evidencia científica sobre un aumento del número de complicaciones que puede sufrir un paciente adulto obeso ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

**Métodos:** Los términos MeSH utilizados fueron: “obesity”, “complications”, “intensive care unit”, “critical care” y “ICU”. Las bases de datos consultadas fueron Tripdatabase, Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed y Google Académico durante el periodo de tiempo comprendido entre el 15 de julio y el 30 de agosto de 2015. Se encontraron un total de 51 artículos, de los cuales se excluyeron 20 por estar repetidos en las bases de datos, no estar relacionados con el ámbito de estudio y por no poder obtenerlos.

**Resultados:** Los artículos revisados para este trabajo se dividen en tres grupos en función de sus conclusiones: 1. Los que muestran un aumento de la mortalidad y la morbilidad. 2. Los que encuentran una mayor morbilidad pero ninguna asociación con la mortalidad. 3. Los que demuestran una mayor supervivencia entre los pacientes obesos.

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

#### ID: 180. FACTORES DETERMINANTES DE LA COMUNICACIÓN EN USUARIOS INTUBADOS Y DESPIERTOS

C. Perelló Campaner<sup>a</sup>, J.V. Val Pérez<sup>b</sup>, N. Martorell Dols<sup>c</sup>, J. Molina Mula<sup>d</sup>, C. Alorda Terrassa<sup>d</sup>, M. González Gascue<sup>e</sup>, J. Pérez Castelló<sup>d</sup>, J.M. Morales Asencio<sup>f</sup>, P. Martorell Servera<sup>e</sup> y E. Barceló Llodrà<sup>g</sup>

<sup>a</sup>061-GAU Balears. <sup>b</sup>Hospital Son Llàtzer. <sup>c</sup>Hospital General.

<sup>d</sup>Universitat de les Illes Balears. <sup>e</sup>Hospital Universitari Son Espases. <sup>f</sup>Universidad de Málaga. <sup>g</sup>Hospital de Manacor.

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

**Métodos:** Estudio cualitativo fenomenológico, basado en el análisis de discurso de dos fuentes: (1) profesionales de enfermería de UCI que atienden a usuarios intubados y despiertos y 2) pacientes de UCI que sufrieron deterioro comunicativo mientras estaban intubados, entrevistados junto con un familiar. El estudio se desarrolló en tres hospitales de Mallorca. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 9 usuarios/familiares y 11 profesionales, seleccionados progresivamente mediante muestreo intencional por miembros del equipo investigador que trabajaban en las unidades a estudio. El proceso de análisis de los datos, simultáneo a su recogida, incluyó la preparación de los datos, codificación, organización y reducción de códigos y categorías, búsqueda de relaciones y relativización de los hallazgos. Se garantizó el rigor metodológico mediante los criterios de Lincoln y Guba (credibilidad, transferibilidad, consistencia y neutralidad del investigador). Se obtuvo aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Illes Balears y las comisiones de investigación de los centros implicados. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los mismos.

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

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

#### ID: 182. A PROPÓSITO DE UN CASO: PROCESO DE CUIDADOS A UNA PACIENTE CON UN SHOCK ANAFILÁCTICO EN UCI

G. Zariquiey Esteva<sup>a</sup> y P. Santa Candela<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. <sup>b</sup>Hospital de Figueras.

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

**Métodos:** Al ingreso se realizó una valoración donde destacaron tres necesidades alteradas: respiración y circulación (precisó ventilación mecánica invasiva y perfusión de noradrenalina), eliminación (requirió furosemida para mantener diuresis horarias aceptables) e higiene y protección de la piel (presentó hiperemia generalizada, edema labial, lingual y orofaríngeo). El Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital solicitó el consentimiento informado de la paciente para el acceso a la historia clínica.

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

**Conclusiones:** La comparación de puntuaciones de los criterios de resultado al ingreso y a las 24 horas evidenció una evolución favorable: se consiguió extubar a la paciente a los nueve días, ventilando correctamente con una FiO<sub>2</sub> de 0,35. Como limitación de este caso, no se dispuso de niveles plasmáticos seriados de histamina y triptasa para valorar la evolución del cuadro anafiláctico. La bibliografía evidencia que es un indicador a tener en cuenta. Con sus antecedentes, sorprende la falta de conciencia y educación sanitaria dado que reconoció que la adrenalina autoinyectable estaba caducada.

#### ID: 184. INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

C. Rodríguez Núñez, A. Iglesias Rodríguez, J. Irigoien Aguirre, M. García Corres, M. Martín Martínez, O. Vega Gómez, M. Cambón Sande, A. Carrera Caballer, M. Fernández Martínez y R. Garrido García

Hospital Universitario Araba.

**Objetivos:** Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de Salud Pública que afecta a millones de personas en el mundo perturbando su salud, su calidad de vida y que pueden conducir a la discapacidad o a la muerte. **Objetivo principal:** analizar la Incidencia de UPP en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Araba-Sede Txagorritxu. **Objetivos secundarios:** determinar que categoría de UPP es más frecuente y su localización.

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



**Resultados:** La incidencia de UPP durante el periodo de estudio fue del 10,55%. Un 20% correspondió a UPP categoría I, un 70% UPP categoría II, un 18,3% UPP categoría III, y un 11,7% a las de categoría IV. La localización más frecuente fue en el sacro en un 38,3%, seguido de talones con un 18,3%.

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

### ID: 188. APROXIMACIÓN PROACTIVA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA TRAUMÁTICA GRAVE

M. Orejana Martín, C. Morales Sánchez, C. Cornejo Bauer, C. López López, A. Murillo, S.A. Torrente Vela, M. García Iglesias, C. García Fuentes, M. Chico y M. Cuenca Solanas

*Hospital Universitario 12 de Octubre.*

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

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

**Resultados:** Un total de 51 pacientes se incluyeron en el estudio, un 78,8% son hombres, la mediana de edad fue 44,5 (34,25-59,25) y de ISS 30 (23-43). Las medianas de dosis de fármacos totales administradas durante el periodo de estudio fueron de midazolam 1.409 mg (388,2-2.445,7), de propofol al 2% 7.310 mg (1.259,5-14.075), de cloruro morfínico 255 mg (160,15-460,67), de cisatracurio 80 mg (20-625) y de fentanilo 1.163 µg (462,5- 1.900) durante una media de días de estancia de 16 ± 9,6. La incidencia de estreñimiento se situó en el 38,5% (20), 9 pacientes requirieron uso de laxante estimulante, siendo efectivo en el 77,8% (7). El 42,3% (22) presentaron diarrea, a 19 solo se les había administrado polietilenglicol y 3 habían recibido, además, al menos una dosis de senósidos A-B. El protocolo se sigue de forma correcta en el 73,1% (38).

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

### ID: 198. ¿EXISTE UNA DISMINUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN LA INSERCIÓN DE PICC (CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA) CON LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE NAVEGACIÓN?

M.J. Ruiz García, J. García-Casarrubios Jiménez, M.D. Rodríguez Carcelén, T. López García y E.M. Torres Sánchez

*UCI Coronaria. Hospital General Universitario de Albacete.*

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

**Métodos:** Habiendo observado ciertas complicaciones relacionadas con la inserción de PICC como serían migración a yugular y progresión a aurícula. Desde diciembre de 2014 y tras un periodo de formación, se comenzó a utilizar el sistema de navegación Sherlock. Su uso estaría indicado para evitar dichas complicaciones. Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 200 pacientes a los que se les había insertado un PICC desde diciembre de 2014 hasta diciembre de 2015. Se utilizó el sistema operativo SPSS.19.

**Resultados:** Se realizó seguimiento de 200 pacientes durante un año a los que se les había canalizado PICC con punción ecoguiada y sistema de navegación. Este sistema de navegación mostró tres parámetros que nos indicaron la orientación de la punta del catéter durante la inserción y fueron: Lupa amarilla que nos indicó que el catéter no fue hacia yugular. ECG de superficie e intravascular y se comprobó el crecimiento de la onda P a medida que nos acercábamos a aurícula. Columna indicadora de la profundidad del vaso por donde discurría el catéter. El catéter se podría utilizar desde el momento de la implantación, si todo es correcto, sin demora por la Rx de tórax; aunque se realizó en todos los casos antes de que se utilizara el catéter y así comprobamos la correcta interpretación de la información aportada por el sistema de navegación. En los resultados se objetivó una disminución de las complicaciones.

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

### ID: 203. EVALUACIÓN Y ABORDAJE DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE CRÍTICO

J. Pérez Sánchez, J. Fernández Boronat, E. Martínez Méndez, M.L. Marín Cagigas, D. Mota Puerto, M.C. Pérez Román y G. Martínez Estalella

*Hospital Universitari de Bellvitge.*

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

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en UCI polivalentes de un hospital de tercer nivel del 2013-2015. Criterios de inclusión: < 18 años, estancia superior a 7 días, conectados a ventilación mecánica invasiva y portadores sonda nasogástrica Salem y nutrición enteral (NE) o mixta. Se excluyeron pacientes con patología digestiva, encefalopáticos, portadores de yeyunostomía o ileostomía. Las variables estudiadas (edad, sexo, peso, talla, patología, tratamiento médico, tipo de NE y volumen, características de heces, cantidad y frecuencia, medidas correctoras y complicaciones) se recogieron mediante una parrilla de datos ad hoc. Dispone de autorización CEIC.

**Resultados:** Se analizaron 139 pacientes (92 hombres) con edad media de 62 años y estancia media de 11 días; un 63% padecieron estreñimiento. Las patologías más comunes fueron cardiología (34%), neurología (29%) y neumología (24%). Los opiáceos y los antiácidos fueron los fármacos más administrados (99%), aunque los pacientes que tomaron relajantes musculares, suplementos de hierro y/o calcio y antihipertensivos fueron los que padecieron más estreñimiento (77%; 75%; 70%). La NE sin fibra fue la más utilizada, 48% (60% estreñidos), seguida de dieta con fibra, 29% (51% estreñidos), y la combinación de ambas, 23% (85% estreñidos) Un 56% usó laxantes como medida correctora, siendo el hidróxido de magnesio el más utilizado (61%). Solo un 54% iniciaron medidas correctoras el primer día de NE. La retención gástrica fue la complicación más relevante (52%).

**Conclusiones:** El estreñimiento es un problema real generado por la combinación de varios factores. Concluimos que: as dietas con fibra favorecen la normalización y frecuencia deposicional. La aplicación precoz de medidas correctoras mejoraría la motilidad gastrointestinal y evitaría la instauración del estreñimiento. Un



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

## ID: 205. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CULTIVOS DE INGRESO. RESISTENCIA ZERO

X. Sist Viaplana, N. Alonso León, L. Bancó Tura, S. Fernández Rozas y C. Sibina Machengs

*Hospital General de Granollers.*

**Objetivos:** Conocer el grado de cumplimiento de los cultivos al ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General de Granollers (HGG). Conocer el número de pacientes colonizados en el ingreso y el microorganismo causantes.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional prospectivo. Muestra: pacientes ingresados en la UCI del HGG durante el 2015 (n = 380). Variables: fecha de ingreso en el hospital y en la UCI, diagnóstico, edad, procedencia (hospital y servicio), cultivos realizados, resultados y fecha. Método: al ingreso de los pacientes se procede a realizar cultivos que consiste en frotis nasal/nasofaríngeo y rectal. A esto se le añade urinocultivo si es portador de Sonda vesical de una semana de duración.

**Resultados:** Pacientes de media de edad de 63 años (60% hombres y 40% mujeres), con un diagnóstico médico en un 60,5% (quirúrgico 34%, traumatológico 5,5%). El 87,5% provienen de nuestro propio hospital, del Hospital de Sant Celoni un 4%, del Hospital del Mollet un 2% y un 4% de otros. Proviene de servicios como 46,77% de urgencias, 35,82% de quirófano y planta de cirugía, 6,97% de medicina interna, 5,47% de semicríticos, 1,49% de traumatología y un 3,48% de otros. Se realizó frotis nasal/nasofaríngeo al 96% de nuestros pacientes, frotis rectal al 95% de los pacientes y además a un 10% se realizó urinocultivo para la detección de multirresistentes. El resultado de los cultivos se obtuvo como media a las 48-72h. Los resultados del frotis nasal/nasofaríngeo fueron: 98% negativo, 2% positivo y los frotis rectal: 91% negativo, 9% positivo. Todas las muestras de urinocultivos fueron negativas.

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

## ID: 208. INCORPORACIÓN DEL ECÓGRAFO EN LA INSERCIÓN PERIFÉRICA DE VÍAS CENTRALES: UN NUEVO RETO PARA ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

M. Marraco Boncompte, B.I. Lorente Roda, M. Echamendi Hernández, A. Yagüe Gastón, I. Martínez Arangoa y M. Lerín Lebrero

*Complejo Hospitalario de Navarra.*

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

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

viación estándar para variables cuantitativas. Para el análisis bivariable se utilizó el estadístico Ji-cuadrado y la prueba t de Student.

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

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

## ID: 215. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

P. Sáez Paredes<sup>a</sup>, J.D. Abenza Hurtado<sup>a</sup>, M.J. García Giménez<sup>a</sup>, O. Piqueras Abenza<sup>b</sup>, J.J. Gaspar Martínez<sup>a</sup> y R. Montoya Muñia<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Morales Meseguer. <sup>b</sup>Consejería de Educación. <sup>c</sup>Centro de Coordinación de Emergencias de la Región de Murcia.

**Objetivos:** Determinar los principales factores cardiovasculares en el síndrome coronario agudo en UCI. Mostrar la prevalencia de cada factor de riesgo cardiovascular en el síndrome coronario agudo.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva (registro ARIAM) de pacientes ingresados en una UCI polivalente durante el año 2015 con esta patología. Se asume que en la muestra al menos el 50% de los pacientes presenta un factor de riesgo, con un riesgo alfa del 5% y beta del 20%, precisando 180 pacientes, de forma aleatoria mediante aplicación informática. Se han seleccionado 9 factores de riesgo asociado al síndrome coronario agudo (SCA) (género, índice de masa corporal, tabaquismo, antecedentes familiares de SCA, hipertensión arterial (HTA), diabetes, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia y número de factores. Los datos se extrajeron de la historia clínica del paciente o datos de laboratorio que presenta al alta. Las variables se expresan como medias  $\pm$  desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas. La comparación entre variables se realiza mediante prueba de  $\chi^2$  de Pearson y t de Student con contraste bilateral mediante SPSS 22.0.

**Resultados:** La muestra presenta una edad media de 65  $\pm$  15 años, de los cuales el 72,8% son hombres. El tabaquismo está presente en 116 pacientes (64,4%), obesidad en 59 (32,8), antecedentes familiares de SCA en 60 (33,3%), HTA en 118 (65,5%), diabetes en 70 (38,9%), hipertrigliceridemia en 25 (13,9%) e hipercolesterolemia en 23 (12,8%). Un paciente no presenta ningún factor de riesgo, 31 (17,2%) un factor, 53 (29,4%) 2 factores, 57 (31,7%) 3 factores, 29 (16,1%) 4 factores, 7 (3,9%) 5 factores y 2 pacientes (1,1%) 3 factores.

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

## ID: 217. ANÁLISIS DE LA VARIACIÓN DE LAS VARIABLES CLÍNICAS ANTE DOS PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN EL PACIENTE CON TRAUMA GRAVE NO COMUNICATIVO

C. López López<sup>a</sup>, T. Pérez Pérez<sup>b</sup>, J.L. García Klepzig<sup>c</sup> y J.V. Beneit Montesinos<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. <sup>b</sup>Madrid. <sup>c</sup>Facultad de Estudios Estadísticos. <sup>d</sup>Universidad Complutense de Madrid.

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

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo longitudinal, en pacientes con trauma grave no comunicativos, de febrero de 2013 a noviembre de 2014. Se recogieron variables clínicas: tensión arterial media (TAM), frecuencia cardíaca (FC) y frecuencia respiratoria (FR) ante estimulación dolorosa (movilización y aspiración), en tres momentos de valoración: antes, durante y después y en distintos días de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos: día 1, día 3 y día 6. Análisis estadístico: estimación e intervalo de confianza del dolor medio utilizando el método de estimación de ecuaciones generalizadas (GEE), así como análisis descriptivo de las variables.

**Resultados:** Se analiza una muestra de 124 pacientes con trauma grave, Injury Severity Score de 32,97 (10,02). Distribución de sexo: 28 (22,6%) mujeres y 96 (77,4%) hombres. Edad media de 45,93 (16,43). La lesión anatómica que predomina es el trauma craneal, 103 (83,1%). Al construir el modelo multivariante GEE para las variables clínicas, incluyendo como variables independientes el procedimiento (movilización y aspiración), el día de valoración (día 1, día 3 y día 6) y el momento (antes, durante y después) de realización, se observa un aumento significativo de los valores medios de TAM durante el procedimiento ( $p < 0,01$ ) así como el día 3 y el día 6 respecto al día 1 de valoración ( $p < 0,01$ ). Para la FC solamente se encuentran diferencias significativas durante el procedimiento ( $p < 0,01$ ). Finalmente se observa que los valores medios de FR son significativamente superiores durante ( $p < 0,01$ ) y después ( $p < 0,01$ ) de realizar el procedimiento, así como el día 6 de valoración ( $p < 0,01$ ).

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

#### ID: 224. CARGAS DE TRABAJO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CUANTIFICADAS MEDIANTE LA NURSING ACTIVITIES SCORE

T.D. Sanjuán Arnedo<sup>a</sup>, J. Ortiz Pla<sup>b</sup>, A. Domínguez Romero<sup>a</sup>, C. Hurtado Navarro<sup>a</sup> y F.J. Domínguez Domingo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. <sup>b</sup>Instituto ITACA. Universidad Politécnica de Valencia.

**Objetivos:** Las cargas de trabajo de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) influyen en la calidad asistencial. Utilizamos la Nursing Activities Score (NAS) en la UCI del Hospital Doctor Peset para: 1. Estimar la carga de trabajo media por enfermo en turnos diurno y nocturno. 2. Determinar la carga soportada por enfermería según grado de ocupación y turno. 3. Estimar el ratio enfermera/turno para no superar la carga de trabajo óptima

**Métodos:** Estudio analítico, observacional y transversal en UCI polivalente de 16 camas durante el periodo del 25/12/2015 al 24/01/2016. Se calculó el índice de ocupación y los distintos ratios de enfermería para turnos diurnos laborales y festivos y turnos nocturnos, y el ratio NAS/enfermera. Se estableció el ratio óptimo en 94,4 puntos, que deja 40 minutos de descanso en la jornada. Se utilizó la media y la desviación típica como medidas descriptivas. El análisis se realizó con el test ANOVA utilizando los programas Microsoft Excel y MatLab. El nivel de significación estadística se estableció en 0,05.

**Resultados:** Se recogieron 360 valores NAS (169 diurnos). El índice de ocupación promedio en ambos turnos fue 76,7%. Hubo ocupación máxima en el 18,97% de los días. El ratio de enfermería fue 6,58 (laborables diurnos) y 6 (festivos y nocturnos). La puntuación NAS/paciente fue de  $49,80 \pm 0,19$  diurna y de  $42,59 \pm 0,17$  nocturna (diferencias estadísticamente significativas). Los ratios NAS/enfermera para los niveles de ocupación y turnos de trabajo fueron (tabla 1). Para cumplir el ratio óptimo propuesto, se necesitaría la siguiente distribución de personal de enfermería (tabla 2).

Tabla 1

	Laborable	Festivo	Nocturno
Oc. media	93,01	102,06	86,99
Oc. máxima	121,03	132,80	113,55

Tabla 2

	Diurno	Nocturno
Oc. media	6,48	5,51
Oc. máxima	8,44	7,22

**Conclusiones:** Los días de ocupación máxima y diurnos festivos se supera la carga óptima para enfermería. Esto debe tenerse en cuenta para planificar plantillas de trabajo que aseguren la calidad asistencial.

#### ID: 234. EFECTOS DEL YOGA Y LA MEDITACIÓN (MINDFULNESS) SOBRE EL ESTRÉS EN PROFESIONALES SANITARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

M.S. Martínez Ávila, D. Gómez Pérez, A. Arranz Esteban, M. Martínez Ureta, S. Botica Moros, D. Paniagua y R. Peiró Pastor

Hospital Universitario 12 de Octubre.

**Objetivos:** Objetivos generales. 1. Conocer el efecto de la práctica de yoga y meditación sobre los profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos del Hospital Universitario 12 de Octubre. 2. Conocer la valoración que dan los profesionales sanitarios a este tipo de programas. Objetivos específicos: 1. Valorar si existe síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios. 2. Analizar si se producen cambios en las variables fisiológicas: niveles de cortisol en sangre, tensión arterial y frecuencia cardíaca.

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

**Resultados:** Se realizó un ANOVA de MMRR para cada variable. Los supuestos de la prueba fueron contrastados. Los cambios registrados para la variable cortisol en sangre arrojan un efecto de la interacción Grupo x Momento ( $F(1,55) = 6,457$ ;  $p = 0,014$ ;  $\chi^2 = 0,105$ ), así como para la tensión arterial sistólica ( $F(1,41) = 4,254$ ;  $p = 0,046$ ;  $\chi^2 = 0,094$ ) y diastólica ( $F(1,47) = 6,019$ ;  $p = 0,018$ ;  $\chi^2 = 0,114$ ). Sin embargo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para las variables frecuencia cardíaca ni las distintas subescalas del MBI (nivel de significación  $> 0,05$ ).

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

### ID: 246. ACCESOS VASCULARES GUIADOS CON ULTRASONIDOS EN POBLACIÓN INFANTIL: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

D. Rodríguez Huerta<sup>a</sup>, L. García Pérez<sup>b</sup>, M. Martín Rodríguez<sup>c</sup>, M. Fernández Izquierdo<sup>d</sup> y L. Cuéllar Pompa<sup>b</sup>

<sup>a</sup>UCI. Hospital Universitario La Princesa. <sup>b</sup>Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud. <sup>c</sup>Estudiante de Enfermería. Universidad Pontificia de Salamanca. <sup>d</sup>Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

**Objetivos:** La evidencia existente sobre efectividad de los ultrasonidos (US) en la canalización vascular en niños es escasa y con resultados discordantes. Se han informado cifras de complicaciones del 3,1% en cateterización de vena femoral y del 34% en subclavia para esta población. **Objetivo:** identificar y evaluar la evidencia sobre efectividad y seguridad de la canalización vascular con guía ecográfica en niños.

**Métodos:** Revisión sistemática (RS) de RS y ensayos clínicos aleatorizados (ECA) posteriores a dichas RS que comparaban el uso de US frente a la técnica tradicional. Bases: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, DARE y HTA (mayo de 2015). MeSH: central venous catheter, Intravascular catheter, Cannulation, Artery catheterization, ultrasound guidance y sinónimos. La calidad metodológica se evaluó según criterios SIGN.

**Resultados:** Se incluyeron 5 RS y 1 ECA de 363 referencias identificadas. CVC: solo una RS observó diferencia significativa para fallo de inserción y riesgo de complicaciones a favor del grupo de US. Los resultados del ECA mostraron mayor incidencia de éxito al primer intento ( $p = 0,021$ ) en el grupo de US sin observar diferencia en proporción de complicaciones. CA: las 2 RS incluidas muestran que el uso de US aumenta la proporción de éxito en el primer intento:  $RR = 1,88$  (IC95%: 1,07-3,31)  $RR = 1,73$  (IC95%: 1,35-2,21). No hubo análisis de complicaciones por grupos de edad.

**Conclusiones:** Los trabajos identificados en niños son escasos. Sobre CVC centrados en yugular interna, heterogéneos a nivel individual y con resultados contradictorios tanto para efectividad como para seguridad. Los resultados sobre CA son consistentes a favor del uso de US para efectividad, pero no se informan datos sobre riesgo de complicaciones. La evidencia sugiere la necesidad de más estudios dirigidos a las distintas edades pediátricas para evaluar el papel que juegan los US en esta población

### ID: 248. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA CANALIZACIÓN VASCULAR CON GUÍA ECOGRÁFICA EN ADULTO. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

D. Rodríguez Huerta<sup>a</sup>, L. García Pérez<sup>b</sup>, M. Martín Rodríguez<sup>c</sup>, M. Fernández Izquierdo<sup>d</sup> y L. Cuéllar Pompa<sup>b</sup>

<sup>a</sup>UCI. Hospital Universitario La Princesa. <sup>b</sup>Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud. <sup>c</sup>Estudiante de Enfermería. Universidad Pontificia de Salamanca. <sup>d</sup>Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

**Objetivos:** El riesgo de complicaciones en la canalización vascular está entre el 0,5% y 15%, aumentando hasta seis veces con más de 3 intentos, y un 35% de fallo en la inserción. Actualmente se recomienda el uso de ultrasonidos (US) en la canalización vascular favoreciendo la seguridad del paciente, apoyándose en los resultados de numerosos estudios. Sin embargo, la mayoría están centrados en catéter venoso central (CVC) en vena yugular interna, siendo más escasa para otros accesos vasculares. **Objetivo:** evaluar la evidencia científica disponible sobre efectividad y seguridad de la canalización guiada con US de CVC y catéter arterial (CA) en población adulta.

**Métodos:** Revisión sistemática (RS) con síntesis narrativa de resultados a través de MEDLINE, EMBASE, CINAHL, DARE y HTA en mayo de 2015 incluyendo RS y ensayos clínicos aleatorizados (ECA) posteriores a dichas RS, comparando la técnica guiada con US frente a la tradicional. La calidad metodológica se evaluó según criterios SIGN. MeSH: central venous catheter, Intravascular catheter,

Cannulation, Artery catheterization, ultrasonography, ultrasound guidance y sinónimos.

**Resultados:** Se incluyeron 7 RS y 2 ECA, de calidad media y alta, de las 363 referencias recuperadas: 4 RS y 2 ECA sobre CVC, 3 RS sobre CA. Efectividad: los resultados globales y para CVC en yugular son consistentes a favor del uso de US (disminución riesgo fallo > 80%), así como para CA aunque la evidencia no es abundante. Sin embargo para CVC en subclavia y femoral son escasos y contradictorios. Seguridad: aunque con resultados menos consistentes, la evidencia sugiere mayor seguridad asociada al uso de US.

**Conclusiones:** Se identifica amplia evidencia que apoya el uso rutinario de US para CVC en yugular interna, siendo limitada para femoral y subclavia. La evidencia identificada muestra que el uso rutinario de US para CA podría ser más efectivo y seguro que la técnica tradicional.

### ID: 276. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LA AMPLIACIÓN DEL HORARIO DE VISITAS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS QUIRÚRGICOS (UCQ)

A. Carrillo Plazuelo, M. de la Matta Canto, L. Iglesias Gallego, B.E. Martín Rivera, C. Gaviero García, M. Alonso Valledor, E. Pérez Tris, M. Jimeno Ruiz, A. Castillo Ayala y C. Pascual Pascual

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

**Objetivos:** La humanización de los cuidados supone proporcionar unos cuidados de calidad, desde una perspectiva bio-psico-social. Numerosas Unidades de Cuidados Intensivos españolas siguen manteniendo un horario de visitas restrictivo por variados motivos, pese a los beneficios demostrados que supone para los pacientes y los familiares la ampliación del horario. El objetivo del estudio consiste en conocer la opinión de los profesionales sanitarios, sobre los beneficios e inconvenientes de la ampliación del horario de visitas en la Unidad de Críticos Quirúrgicos (UCQ) del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

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

**Resultados:** Respondieron 85 profesionales (DUE/GE: 52,9%, TCAE: 31,8% y FEA/MIR 15,3%) con edad media de 37 años y experiencia laboral entre 11-20 años (34,1%). Beneficios: ampliar el horario de visitas sería beneficioso para el paciente, genera mayor tranquilidad en la familia (68,2%) y aumenta la confianza en los profesionales (38%). Inconvenientes: un horario de visitas abierto dificulta el ritmo de trabajo (81,2%), aumenta la demanda de información (83,6%) y genera incomodidad al realizar técnicas delante de los familiares (68,2%). El 90,6% de los profesionales indicó que era necesario formarse en estrategias sobre comunicación. No se halló significación según categoría profesional o tiempo trabajado.

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

### ID: 286. CONTROL GLUCÉMICO DEL PACIENTE CRÍTICO PORTADOR DE INSULINA ENDOVENOSA. PROTOCOLO COLABORATIVO

E. Barceló Llodrá, M. Cruces Cuberos, M.A. Rodríguez Calero y M.A. Pérez Axartell

Hospital de Manacor.

**Objetivos:** La hiperglucemia del enfermo crítico es frecuente en cuidados intensivos y se asocia a mayor mortalidad, riesgo de com-



plicaciones, utilización de recursos y estancia hospitalaria prolongada. La terapia con insulina endovenosa (IE) resulta útil, aunque precisa un control estricto. El efecto adverso más común de la IE es la hipoglucemia, que supone un factor de riesgo independiente de morbilidad. Los objetivos de este protocolo incluyen: Optimizar el perfil glucémico manteniendo niveles de glucemia diana. Evitar la variabilidad glucémica y unificar sistemas de determinación. Minimizar el riesgo de hipoglucemia.

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

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

**Conclusiones:** Los riesgos atribuibles a la hipoglucemia secundaria al tratamiento con IE pueden reducirse implementando algoritmos terapéuticos adecuados, minimizando errores de monitorización y evitando la sobre Corrección de la hipoglucemia. Los indicadores de control de calidad incluyen: incidencia de hiperglucemia e hipoglucemia graves ( $> 200$  o  $< 40$  mg/dl) e incidencias acumuladas de glucemia dentro de rango en periodos de 5 meses.

#### ID: 288. PERCEPCIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

M. Iribarren, I. Luquin, I. Martín y A. Tainta

*Clínica Universidad de Navarra.*

**Objetivos:** Conocer la evidencia existente sobre la percepción del paciente ingresado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), en relación a los cuidados de enfermería.

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL y Psycinfo. Se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda: “patient perception”, “patient perspective”, “quality of care”, “patient satisfaction” (combinados con el booleano “OR”), “nursing care” y “nursing attention” (combinados con “OR”), “intensive care”, “critical care” e “ICU” (combinados con “OR”) y los tres grupos combinados con “AND”. Los límites fueron la edad (paciente adulto), el idioma (inglés y español) y la evidencia de los últimos 10 años.

**Resultados:** Se seleccionaron 5 artículos. La mayoría de estos estudios de carácter cualitativo ( $n = 4$ ). Tras su análisis se ha identificado que, la literatura muestra dos términos íntimamente relacionados con la percepción del paciente sobre los cuidados de enfermería en la UCI. Estos términos son la calidad del cuidado y la satisfacción. Y, a pesar de que se conoce que la percepción del paciente sobre los cuidados de enfermería es la mejor guía para llevar a cabo mejoras en la práctica diaria, existe un vacío en la literatura acerca de cómo evaluar dicha satisfacción y calidad.

**Conclusiones:** Es necesario llevar a la práctica un instrumento centrado en el paciente en el contexto exclusivo de Cuidados Intensivos para valorar su percepción sobre la atención recibida por el personal de enfermería durante su ingreso. Para una futura investigación, se ha encontrado en la literatura un instrumen-

to validado en proceso de publicación, que completaría el objetivo de esta revisión. Esto, a su vez, contribuirá a las mejoras en la práctica diaria, basadas en los datos objetivos aportados por el paciente.

#### ID: 291. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: ACTITUD DE LAS ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

T. Raquel Velasco Sanz<sup>a</sup>, R. Toro Flores<sup>b</sup>, P. Bravo Agüi<sup>c</sup>, V. Catalán Gómez<sup>d</sup>, M. González Hernando<sup>e</sup>, M.J. Guijarro Cenisergue<sup>e</sup>, M. Moreno Vázquez<sup>b</sup> e I. Roch Hamelín<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos. <sup>b</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. <sup>c</sup>Hospital Universitario La Paz. <sup>d</sup>ESAD Torrejón de Ardoz. <sup>e</sup>Hospital Fundación Alcorcón.

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

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

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

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

#### ID: 292. ESTREÑIMIENTO EN UCI: ¿CUÁLES SON LOS FACTORES PREDISPONENTES?

E. Fuentes Fuentes, T.R. Velasco Sanz y A.L. Blesa Malpica

*Hospital Universitario Clínico San Carlos.*

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

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante los meses de marzo-junio de 2015. Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina intensiva más de 4 días. Variables: socio-demográficas; tipo de patología; días de ventilación mecánica (VM), nutrición enteral, nutrición parenteral, nutrición oral, medicación durante el ingreso; presencia de estreñimiento y número de episodios. Análisis estadístico descriptivo con porcentajes, media, desviación estándar y análisis inferencial con t de Student y ji-cuadrado, tomando como significativos valores  $p < 0,05$  con el programa estadístico SPSS v.18.0.



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

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

## ID: 298. EL DUELO Y LA MUERTE EN CUIDADOS INTENSIVOS: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

T.R. Velasco Sanz<sup>a</sup>, M.R. Delgado de la Fuente<sup>a</sup>, D. Gómez Pérez<sup>b</sup>, F. Lozano García<sup>a</sup>, B. Herreros Ruiz-Valdepeñas<sup>c</sup>, M.A. Sánchez González<sup>d</sup>, B. Moreno Millán<sup>e</sup>, M.J. Pascual Segovia<sup>f</sup> y C. Coca Pereira<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos. <sup>b</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. <sup>c</sup>Hospital Fundación Alcorcón. <sup>d</sup>Universidad Complutense de Madrid. <sup>e</sup>Hospital La Fuenfria. <sup>f</sup>Unidad de Comunicación de Madrid Salud. <sup>g</sup>Instituto de Ética Clínica.

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

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, desarrollado en tres hospitales de la Comunidad de Madrid desde junio de 2014 hasta febrero 2015. Criterios de inclusión: todos los enfermeros y médicos con más de 1 año de experiencia en intensivos, excluyendo aquellas personas que hayan sufrido un duelo en los 12 meses previos a la investigación. Se administró una encuesta ad hoc autocumplimentada, con respuesta múltiple y escala tipo Likert con variables socio-demográficas, y aspectos de afrontamiento de la muerte y el duelo. Se realizó un análisis estadístico con medias, desviación estándar y porcentajes, aplicando la prueba de ji-cuadrado y la t de Student y ANOVA tomando como significativo  $p < 0,05$  con el programa SPSS v.18.0.

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

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

## ID: 299. ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UCI: EN BUSCA DE LA ESCALA DE RIESGO ADECUADA

T.R. Velasco Sanz, A. García Ramos, P. Gómez Ferrer, D. Menés Medina, M. Mialdea Alcocer, A.B. Sánchez de la Ventana y A. Solsona Cercos

*Hospital Universitario Clínico San Carlos.*

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

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo realizado en el Hospital Clínico San Carlos durante diciembre de 2015 y enero de 2016, a todos los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos con estancia mayor a 24 horas y sin UPP previas al ingreso. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario ad hoc con variables socio-demográficas (sexo, edad, motivo de ingreso, patología, estancia y motivo de alta) e incluyendo los sistemas de evaluación de riesgo de UPP: NORTON modificada, BRADEN, EVARUCI y EMINA. También se registró la presencia de UPP, grado y tipo de tratamiento. La valoración se realizó cada 24 horas. El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS ver 18.0 con porcentajes, medias, desviación estándar, prueba de ji-cuadrado y t de Student, tomando como significativos valores  $p < 0,05$ .

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

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

## ID: 300. DETECCIÓN Y VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL DELIRIUM SUBSINDRÓMICO I DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO

M. Nolla Benavent<sup>a</sup>, M. Llauredó Serra<sup>b</sup>, Y. Alabart Segura<sup>a</sup>, X. Alabart Lorenzo<sup>a</sup>, L. Bordonado Pérez<sup>a</sup>, M. Paco Sánchez<sup>a</sup>, A. Prieto Traba<sup>a</sup>, C. Portal Porcel<sup>a</sup>, J.C. Val Muñoz<sup>a</sup> y D. Gil Castillejos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Joan XXIII. <sup>b</sup>Departamento de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili.

**Objetivos:** Detectar el delirium en UCI con la escala CAM-ICU (Metodo Valoración Confusión a UCI) y el delirium subsindrómico (DSS) con la escala checklist ISCDC (Intensive Care Delirium Screening Checklist). Valorar el tratamiento farmacológico y no farmacológico instaurado.

**Métodos:** Estudio observacional, longitudinal y prospectivo realizado en una UCI polivalente de 30 camas. Se incluyen los pacientes con RASS (-2 a +4) con fluctuación del nivel de conciencia, ingresados en los últimos 4 meses. Se excluyen los pacientes con patología neurológica, con antecedentes psiquiátricos, y con historia de abuso de sustancias tóxicas. Se aplicaron las escalas CAM-ICU y ISCDC al menos una vez al día, preferiblemente tarde-noche, hasta la resolución de los síntomas y se registraron los fármacos y las estrategias no farmacológicas instauradas. Se definió el delirio como CAM-ICU 3-4 puntos, y el delirio subsindrómico como ISCDC 1-3 puntos. Se realizó un análisis descriptivo.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes representando 78 valoraciones. 56% hombres, edad media 72,5 (DE 11,9) años. Se realiza-

ron una mediana de 2 (1-4) valoraciones a cada paciente de ambas escalas. La puntuación mediana de la escala CAM-ICU fue 1 (0-2) puntos y de la ISCDC de 3 (3-5) puntos. En las valoraciones, 11 (14,1%) mostraron presencia de delirio y 37 (47,7%) delirio subsindrómico. En 24 observaciones se inició tratamiento farmacológico, en el 58,4% de las ocasiones solamente un fármaco. Los principales fueron neurolépticos (50%) y/o benzodiacepinas (41,6%). Las estrategias no farmacológicas más registradas fueron: ampliar los horarios de visita para el apoyo de la familia.

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

### ID: 301. VALORACIÓN DEL IMPACTO DE INTERVENCIONES DE MEJORA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M.A. de Gracia Ballarín, D. Gil Castillejos, L. Labad Boix, L. Bordonado Pérez, B. Gabasa Cano, V. Noguero Cámara, S. Baena González, J. Castilla Román, P. Doblado García y M.M. Olona Cabases

*Hospital Joan XXIII.*

**Objetivos:** La satisfacción familiar de los pacientes ingresados es un indicador de calidad asistencial. Conocer la calidad percibida posibilita la implantación de intervenciones encaminadas a optimizar nuestra asistencia a las familias dentro del marco de la humanización de los cuidados. El objetivo del estudio es comparar la satisfacción familiar de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos tras intervenciones de mejora y su impacto sobre el resultado final de su evolución (pacientes vivos o fallecidos).

**Métodos:** Estudio de intervención antes-después (2014-2015). Periodo de estudio: 6 meses. Se realizó estudio basal de satisfacción familiar al alta (incluyendo familiares de fallecidos) mediante encuesta validada. Posteriormente, se realizaron sesiones formativas al personal de enfermería encaminadas a mejorar la comunicación, la atención específica a pacientes paliativos y la percepción de la confortabilidad. Finalmente, se evaluó de nuevo la satisfacción familiar. Se realizaron 100 encuestas pre y 100 postintervención. Análisis descriptivo y univariable. Grado de significación estadística  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Comparando los resultados pre y postintervenciones se detectaron diferencias significativas ( $p \leq 0,05$ ) en conocer el nombre del personal de enfermería (29% vs 48%), en la fluidez de la relación enfermería-familia (84% vs 90%) y en la ayuda para facilitar la comunicación familiar-paciente (38% vs 5%). La percepción sobre la duración de la visita familiar es valorada muy positivamente (52% vs 75%) y la satisfacción con el número de familiares que se permite acompañar al paciente ha mejorado considerablemente al comparar entre los familiares de los pacientes vivos y los fallecidos post- intervención (95% vs 27,5%).

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

### ID: 304. LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN EL CONTEXTO DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

M.M. González López<sup>a</sup>, M. Jaume Literas<sup>a</sup>, D. Estrada<sup>a</sup>, L. de la Cueva-Ariza<sup>b</sup>, M. Romero-García<sup>c</sup> y P. Delgado-Hito<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico. <sup>b</sup>Escuela de Enfermería. <sup>c</sup>Universidad de Barcelona.

**Objetivos:** Determinar la intensidad de colaboración (IdC) entre las enfermeras y médicos de cuidados intensivos. Determinar la relación entre IdC y variables socioprofesionales. Estimar la fiabilidad

del cuestionario de Intensidad de Colaboración Interprofesional en Salud (INCINS) en el contexto de cuidados intensivos

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

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

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

### ID: 317. INCIDENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M. del Cotillo Fuente, J. Valls Matarín, M. Pujol Vila, R. Ribal Prio e I. Sandalinas Mulero

*Hospital Universitari Mútua Terrassa.*

**Objetivos:** Determinar la incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) en el área del pañal y factores predisponentes en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal (junio 2014-abril 2015) en una UCI polivalente. Se incluyeron pacientes con estancia > 48 horas y sin lesiones cutáneas previas. Se inspeccionó diariamente la piel hasta la aparición de LESCAH, alta o un máximo de 14 días. Se recogieron datos demográficos y se evaluó el tipo de LESCAH: dermatitis asociada a la incontinencia (DAI), dermatitis intertriginosa (DI) y dermatitis asociada al exudado (DAE), índice de masa corporal (IMC), incontinencia (urinaria/fecal/mixta), número de deposiciones y consistencia y escala Braden. Estadística descriptiva según tipo de variables, análisis bivariable con t-Student, pruebas no paramétricas y prueba de  $\chi^2$ . Análisis multivariable con regresión logística.

**Resultados:** Se estudiaron 145 pacientes, el 29% (42 pacientes) presentaron LESCAH, siendo el 54,8% DI. La tabla 1 muestra el análisis descriptivo y la tabla 2 el análisis bivariable relativo a la DAI y DI. El análisis multivariable seleccionó la incontinencia fecal (OR = 5,4; IC95%: 1,1-26) y el número de deposiciones (OR = 1,1; IC:1,0-1,2) como variables independientes para desarrollar DAI y la obesidad (OR = 2,8; IC95%: 1,0-8,2) y Braden (OR = 0,8; IC95%: 0,7-1,0) para desarrollar DI.

**Conclusiones:** Los pacientes estudiados presentan una elevada incidencia en LESCAH, siendo la más frecuente la DI. La incontinencia fecal y número de deposiciones son factores de riesgo para desarrollar DAI. La obesidad y una puntuación baja en la escala Braden predisponen a sufrir DI.

Tabla 1

	N (%)
Hombres	96 (66,2)
Obesidad (IMC > 30)	41 (29,9)
Tipo LESCAH	
DAI	14 (33,3)
DI	23 (54,8)
DAE	5 (11,9)
	Media (DE)
Braden	12,8 (2,5)
	Mediana (P25-P75)
Edad (años)	69 (56,5-76)
Estancia (días)	5 (3-11,25)
Tiempo aparición lesión (días)	4 (2,5-6)

Tabla 2

Factores DAI		Factores DI	
OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Incontinencia	< 0,001	Obesidad	2,6 (1,0-6,4) 0,04
Urinaria 4,2 (1,23-14,0)			
Fecal 14,5 (7,2-29,1)			
Variables cuantitativas			
Estancia	0,01	Escala Braden	0,02
Número deposiciones	< 0,001	Estancia	0,09
Deposiciones diarreas	< 0,001		
OR: Odds ratio.			

### ID: 318. ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS DE SEDACIÓN EN UNA UCI CON PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

D. Gil Castillejos<sup>a</sup>, C. Ferri Riera<sup>a</sup>, R. Enríquez Sanchez<sup>a</sup>, S. Rosich Andreu<sup>a</sup>, M.L. Fortes del Valle<sup>a</sup>, M.A. Bodí Saera<sup>a,b</sup> y A. Sandiumenge Camps<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Joan XXIII. <sup>b</sup>IISPV/URV. <sup>c</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** La implementación de protocolos multidisciplinarios reducen el consumo de sedantes, tiempo de ventilación mecánica (VM) y complicaciones asociadas. Describimos las prácticas de sedación en una UCI donde el médico prescribe el nivel de sedación y enfermería lo evalúa y lo registra modificando las dosis según el protocolo.

**Métodos:** Análisis descriptivo y prospectivo (junio-diciembre 2015) de las prácticas de sedación en pacientes con VM y sedación > 48h en una UCI 14 camas. Definimos Agitación RASS > 1, Alerta (A) (RASS 0), Sedación ligera (SL) (RASS -1,-2), Sedación moderada (SM) (RASS -3) y Sedación profunda (SP)(RASS -4,-5). Sobresedación: RASS real < RASS prescrito, e infrasedación: RASS real > RASS prescrito. Variables expresadas en (media ± DE) y [mediana; (mín-máx)] según su distribución. SPSSv.20.

**Resultados:** 57 pacientes (56,63 ± 13,19 años; 68% varones; 42% patología médica; APACHEII 27,47 ± 8,5). Tiempo de VM 34,3 ± 32,5 días, de sedación 25,429h y estancia en UCI 18,93 ± 15,20 días. Todos los pacientes recibieron midazolam durante [70,5 (7-550) horas] a 0,19 ± 0,05 mg/kg/h seguido de propofol (n = 33, [72 (7-495) horas], (2,04 ± 0,50 mg/kg/h)), dexmedetomidina (n = 3, [91(52-133) horas], (0,98 ± 0,33 µg/kg/h)) y remifentanilo (n = 3, [46 (20-65)horas], (4,73 ± 0,48 µg/kg/h)). El nivel A de sedación fue el más

frecuentemente pautado [54,36 (24-80)% del tiempo de ingreso], seguido de SL [14,29 (3-100)], SM [11,11 (2-100)] y SP [18,82 (2-88)]. Se monitorizó el nivel de sedación cada 3,70 ± 0,42 horas registrando SP el 7,72% del tiempo de ingreso (2.000h), SM 10,91% (2.825h), SL 21,40% (5.541h), A 12,06% (3.124h) y con RASS > 0 1,64% (427h), y predominando SL en todos los turnos. 48 pacientes presentaron sobresedación [73 (2-626) horas] y 26 infrasedación [24,5 (2-101) horas]. En 46, 45 y 7 pacientes se realizó stop diario, descenso progresivo o sedación secuencial para prevenir la sobresedación. 8 (14,03%) pacientes presentaron sedación difícil y 6 (10,52%) delirium.

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

### ID: 326. INTEGRACIÓN DE LA ENFERMERA CLÍNICA ESPECIALISTA (CNS): PERCEPCIONES DEL EQUIPO

R. Goñi Viguria y C. Oroviogoicoechea Ortega

*Clínica Universidad de Navarra.*

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

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

**Resultados:** Del análisis de los artículos seleccionados se identificaron tres áreas principales de la percepción de los miembros del equipo acerca de la CNS: 1. Percepciones relacionadas con el cuidado del paciente. 2. Percepciones relacionadas con el desarrollo profesional. 3. Aceptación del rol por los miembros del equipo.

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

### ID: 332. PREVENCIÓN DE LA POLINEUROPATÍA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

M.J. Bueno Muñoz, M.L. Bravo Arcas y S.A. Ruiz Ruiz

*Hospital Clínico San Carlos.*

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



costes. **Objetivo:** conocer evidencia científica actual sobre prevención en PPC.

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

**Resultados:** Localizados 147 artículos, 24 cumplen criterios de inclusión. El control estricto de glucemia con terapia intensiva de insulina es condición básica en todos los estudios para controlar la PPC, reduciendo la incidencia al 25-51%. Además, movilización precoz y terapia física intensiva, previenen la PPC disminuyendo el uso de VM.

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

#### ID: 354. RELACIÓN ENTRE PRESIÓN VENOSA CENTRAL Y PRESIÓN VENOSA PERIFÉRICA EN EL MISMO PACIENTE

A. Puebla Martín, I. Vázquez Rodríguez-Barbero, M.A. Puebla Martín, M.P. Rubio Serrano, M.M. del Fresno Sánchez, J.P. Trujillo Juárez, J.M. Pacheco Salgado, M.L. Moreno Grande, A. Villafranca Casanoves y S. García del Castillo Muñoz

*Hospital General de Ciudad Real.*

**Objetivos:** Para la medición de la presión venosa central (PVC) es necesario un catéter venoso central (CVC) pero hay ocasiones que no disponemos de dicho catéter bien porque son enfermos estabilizados que han superado la fase crítica o enfermos que sencillamente solo portan un catéter venoso periférico (CVP). **Objetivo:** analizar y determinar la relación entre los valores de PVC tomados con un CVC y los valores de presión venosa periférica (PVP) tomados con un CVP.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General de Ciudad Real, durante los meses de septiembre-diciembre de 2015. Se incluyen los pacientes con CVC que al mismo tiempo porten un catéter venoso periférico CVP, tomándose PVC y PVP. Se excluyen aquellos cuyo catéter tanto central como periférico no registra una buena curva de presión. Se utiliza el software de análisis de datos estadísticos SPSS versión 18,1, con el test de t Student para muestras pareadas.

**Resultados:** Se recogen 80 pares de valores (PVC y PVP), siendo 37 varones de  $61,1 \pm 14,7$  años y 43 mujeres de  $62,8 \pm 16,1$  años. Los CVC fueron: 18 yugulares, 56 subclavia y 6 catéter venosos centrales de acceso periférico (PICC). Los CVP fueron: 52 del calibre 18G, 20 del 20G y 8 del 22G. Realizada prueba t para muestras independientes de las presiones venosas tomadas con CVP de distinto calibre, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ellos. El test t de Student para muestras relacionadas muestra diferencias significativas, ( $p = 0,0001$ ), entre las presiones tomadas en vía central y periférica con una diferencia media de 4,73 mmHg por encima en PVP, error estándar 0,43. Para 95% el intervalo de confianza -5,61-3,86.

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

#### ID: 402. BACTERIEMIAS DETECTADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE UN AÑO

C. Hurtado Navarro, F.J. Domínguez Domingo, A. Domínguez Romero, C. García Alonso y T. Sanjuán Arnedo

*Hospital Universitario Dr. Peset.*

**Objetivos:** Describir las características clínico-microbiológicas de las bacteriemias detectadas en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Analizar la mortalidad de los pacientes con bacteriemia y su relación con el motivo de ingreso en UCI.

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

**Resultados:** En el año 2014 ingresaron en UCI 1.170 enfermos. Se realizaron 302 hemocultivos, de los que 30 (9,93%) fueron positivos. El 50% fueron bacteriemias nosocomiales. Los días de estancia en el hospital en el momento del diagnóstico de la bacteriemia nosocomial fueron 11 (6-20) y en UCI 7 (1-13). El motivo de ingreso más frecuente (50%) fue el shock séptico (SS) seguido de la neumonía (13,3%). Las bacteriemias primarias fueron el 50%, las de foco urinario 16,7% y las asociadas a catéter el 10%. Los microorganismos multirresistentes representaron el 23,3% (3 SAMR, 2 Pseudomonas aeruginosa multirresistentes, 1 Escherichia coli BLEE y 1 Klebsiella pneumoniae BLEE). El 42,9% de ellas fueron bacteriemias primarias. En 6 (20%) pacientes las bacteriemias se debieron a Staphylococcus coagulasa negativo. 4 de ellos eran portadores de catéter central. La mortalidad global (40%) fue mayor que la de UCI ese año (8,1%). Fue mayor en las bacteriemias nosocomiales (57,1%) que en el resto (25,0%). El diagnóstico con mayor mortalidad (53,3%) fue el SS. No hubo significación estadística, probablemente debido al reducido tamaño de la muestra.

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

#### ID: 407. EL OPTIMISMO DISPOSICIONAL: UN RASGO DE PERSONALIDAD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS

L. Andreu, C. Moreno, M.A. Hidalgo y A. González

*Universitat de Barcelona.*

**Objetivos:** Conocer el grado de optimismo disposicional (OP) que presentan los profesionales de enfermería que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de un hospital de nivel 3. Comparar el grado de OP que tiene los profesionales de enfermería de UCIs con los de Consulta Externa (CE).

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

**Resultados:** Respondieron el cuestionario 132 profesionales (106 mujeres). Edad: menos de 30 años (57) entre 30 y 50 años (46) y más de 50 años (29). Tiempo trabajado en UCI/CE: menos de 1 año (14) entre 1 y 3 años (30) más de 3 años (77). La mediana en el (LOT-R) 2, fue de 15 (rango: 6-24). Se clasificaron como optimismo



alto (43) medio (55) y bajo (33). Los profesionales de UCIs eran significativamente más jóvenes que los de CE y llevaba menos tiempo trabajado. No fue significativa la puntuación obtenida respecto a la puntuación LOT-R entre los dos ámbitos laborales.

**Conclusiones:** Al ser el optimismo OP un rasgo de personalidad que se ha relacionado significativamente con el grado de bienestar psicológico y físico percibido por las personas y puede ser útil para afrontar adecuadamente la actividad laboral. El OP es mayoritariamente alto o medio alto en las enfermeras en UCIs y CE, siendo mayor en las más jóvenes que han trabajado menos tiempo.

#### **ID: 409. DOLOR EMOCIONAL EN EL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

M.M. Román López y E. Muñoz Arranz

*Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.*

**Objetivos:** El ingreso en UCI con infarto agudo de miocardio (IAM) supone una ruptura con la cotidianeidad, el sujeto adopta un rol para el que no está preparado, adaptándose de forma brusca e inesperada. Describir y conocer el dolor emocional que supone el ingreso en UCI de los pacientes diagnosticados de IAM, a partir de las vivencias, sensaciones, experiencias o emociones del mismo.

**Métodos:** Método etnográfico de finalidad descriptiva con enfoque cualitativo, en una UCI polivalente de 8 boxes. Desde el

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

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

**Conclusiones:** Estudiar la subjetivización del proceso desde el punto de vista del sujeto nos hace poder comprender y entender sus miedos, sus preguntas, sus incertidumbres, la construcción propia que realizan del contexto. El dolor emocional no se puede cuantificar ya que cada sujeto vive la situación de una manera particular relacionada con su proceso de socialización.