



COMUNICACIONES ORALES

XLIII Congreso Nacional de la SEEIUC

Madrid, 18-21 de junio de 2017

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

M.I. González Méndez^a, C. Martín Castaño^a, I. Alonso Araujo^a, M.R. Urbán Carmona^a, M. Lima Serrano^b y J. S. Lima Rodríguez^b

^aHospital Virgen del Rocío. ^bUniversidad de Sevilla.

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

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

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

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

ID: 425. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY

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

Hospital Virgen del Rocío.

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

Objetivo: Evidenciar los cambios de la piel acontecidos en los pacientes al final de la vida, diferenciar las UPP convencionales de las UTK, conocer el abordaje de los cuidados de los pacientes con este tipo de lesiones y determinar el papel de los profesionales de enfermería en el seguimiento y tratamiento de estas úlceras. Búsqueda electrónica de la literatura de estudios primarios llevada a cabo en las bases de datos Cuiden, Pubmed, the Cochrane Library, Scopus, y Web of Science (WOS), usando el descriptor "Úlcera terminal de Kennedy" o "Kennedy terminal ulcer" incluido en el tesoro MESH. Se ha realizado una búsqueda amplia sin limitaciones. Sólo se han excluido los originales publicados en idiomas distintos al inglés, español o portugués.

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

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

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

F.J. Arroyo Muñoz, M.C. González Delgado, Á. Hurtado Martínez, M.D. González Caro y J. Garnacho Montero

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: Las UCI son espacios cerrados, altamente tecnificados en los que pacientes y familiares mantienen poco contacto físico, emocional y comunicación; estando sometidos a estrictos horarios de visita. La familia es clave en el tratamiento y cuidados del paciente. Resulta necesario tener en cuenta su opinión y grado de satisfacción, con el objetivo de conocer las necesidades reales y prioridades del paciente y su familia, poniendo en evidencia las áreas de mejora en nuestra actividad asistencial.

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

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

Conclusiones: Aunque la valoración global es alta se han identificado las siguientes áreas de mejora: flexibilizar horario de visitas, permitir acompañamiento extendido, mejorar identificación del personal, aumentar información y mejorar nivel acústico, iluminación e intimidad. Consideramos adecuado mantener línea de trabajo del Proyecto hUCI e ir incorporando tendencias actuales de humanización.

ID: 427. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO Y COSTE-EFECTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

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

Hospital Virgen del Rocío.

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

Objetivo: Comparar los indicadores de funcionamiento y realizar un análisis de costo-efectividad de las 10 camas de la UCIN versus 10 camas de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Estudio descriptivo de diseño longitudinal y retrospectivo realizado en una UCI de tercer nivel con 62 camas y una UCIN con 10 camas. El periodo de análisis fue desde diciembre de 2005 hasta diciembre 2016. Los indicadores de funcionamiento han sido recogidos del cuadro de mandos hospitalario. Para el análisis de costo-efectividad se utilizaron datos proporcionados por el programa de contabilidad analítica hospitalaria.

Resultados: En las 10 camas de UCI: media de pacientes ingresados anualmente fue 641, la media de exitus fue de 48 pacientes

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

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

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

M.J. Monaguillo Martitegui, M.P. Sánchez Rubio, R.M. Blanco Zapata, Y. Rodríguez Rodríguez, I. de los Ríos Felipe, M.B. Bengoetxea Ibarondo, M. Cid Sánchez, O. Díez Zaballa, R.M. Fernández Tome y P. Gallego Sanz

Hospital Universitario Cruces-OSI Eskerraldea Enkarterri Cruces.

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

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

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

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

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

L.F. Carrasco Rodríguez-Rey, I. Zaragoza García, F.J. Sánchez Chillón, E. de la Vera Arias y G. Molina Pérez

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: La terapia utilizada para la insuficiencia cardiaca terminal sin posibilidades de tratamiento médico o quirúrgico con-

vencional, es el trasplante cardíaco. Hay un interés especial en conocer y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, habiéndose demostrado su relación con la utilización de recursos sanitarios, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte. Por todo ello se hace necesario conocer la calidad de vida de nuestros pacientes.

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

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

Conclusiones: La calidad de vida relacionada con la salud obtenida de los trasplantados de corazón es similar a la población de referencia española. La independencia mejora al año del injerto.

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

M. Cundín Laguna^a y A. Canga Armayor^b

^aHospital Universitario Cruces. ^bDepartamento de Enfermería de la Persona Adulta. Facultad de Enfermería.

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

Objetivo: Explorar qué intervenciones de enfermería dirigidas a la participación familiar en el cuidado del paciente crítico se han realizado, y conocer su efectividad. Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos: PubMed, CINAHL, PsycINFO y Cochrane Library. Se revisaron las revistas: American Journal of Critical Care, Enfermería Intensiva, y Journal Family Nursing. A partir de los estudios de interés, se realizó una búsqueda con la técnica "snowballing".

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

Conclusiones: La evidencia sobre intervenciones de enfermería que involucren a la familia en el cuidado del paciente crítico es escasa. Las intervenciones identificadas demuestran ser efectivas en la reducción de los niveles de ansiedad de la familia, en una mejora del afrontamiento de la familia ante la situación de ingreso del ser querido, y en el respeto, la colaboración y el apoyo percibido por la familia hacia los profesionales de enfermería. A raíz de estos resulta-

dos se plantea la necesidad de implementar intervenciones de PF, que mediante un ESF, permitan al profesional encontrar, junto a la familia, las estrategias de afrontamiento para hacer frente a la situación de ingreso.

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

Y.G. Santana Padilla^a, L. Santana Cabrera^a, J.D. Martín Santana, B. Guedes Santana^a y J. García García^a

^aHospital Universitario Insular de Gran Canaria. ^bUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria.

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

Objetivo: Analizar las diferencias en la valoración del actual sistema de investigación por parte de enfermería. Estudio descriptivo transversal, realizado en el Complejo Hospitalario Universitario Materno Insular de Gran Canaria. Una muestra de 295 miembros del personal de enfermería con una experiencia en nuestro medio superior a 6 meses. Se utilizó una encuesta anónima, autoadministrada y adaptada al contexto y al colectivo, tomando como base el cuestionario desarrollado por el Grupo de Expertos del III Foro de Ciencia de la Fundación Lilly. La encuesta tenía por objeto recoger la percepción y valoración actual de este colectivo sobre el marco actual en el que se desarrolla la investigación en el seno de los hospitales utilizando una escala de 19 ítems tipo Likert de 10 puntos. Del total de la muestra, el 22% trabaja en una UCI. Ahora bien, del colectivo que trabaja en UCI, el 31,8% tiene experiencia investigadora; mientras que del resto de los servicios el 21,5% cuenta con experiencia.

Resultados: Se presentan en la tabla.

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

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

C.S. Molina Mazón, X. Martín Cerezo, G.D. Nieves de la Vega y S. Asensio Flores

Hospital Universitari de Bellvitge.

Introducción: La inserción de un catéter venoso central (CVC) es una técnica frecuente en las unidades de críticos no exenta de posibles complicaciones mecánicas e infecciosas. Las guías de práctica clínica con nivel de evidencia categoría II, recomiendan el uso de dispositivos de seguridad sin suturas para reducir el riesgo de infección por CVC. Objetivo principal: evaluar la aparición de complicaciones asociadas al catéter, definidas por: desplazamiento del CVC, signos locales de infección y bacteriemia relacionada con el catéter (BRC). Objetivos secundarios: establecer el número de cambios de

Tabla Comunicación ID: 449

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

apósito requeridos y evaluar el grado de satisfacción del personal en base al uso del sistema de fijación adhesivo.

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

Resultados: Muestra = 100 pacientes. Edad 62 ± 13 , 66% hombres. Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a variables demográficas, uso de anticoagulación y días de permanencia del CVC. El desplazamiento del CVC fue significativamente menor mediante empleo del sistema adhesivo (p 0,047). El uso de la fijación con sutura se asoció a un mayor requerimiento de cambio de apósito (p 0,013) y aparición de signos locales de infección (p 0,008). La 3 BRC documentadas pertenecían al grupo sutura. En cuanto a la satisfacción del personal, el 97% de los encuestados (N = 30) recomendarían replazar la sutura por el apósito adhesivo, considerándolo superior en cuanto confortabilidad (86%) y seguridad (67%) para el paciente.

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

ID: 467. AZÚCAR, LA SOLUCIÓN DEFINITIVA EN DOS UPP

J. Rubio Cámara, M.J. Navarro Fernández y A. Escobar Conde

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

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

Objetivo: Demostrar los efectos del azúcar en las heridas. Controlar el riesgo de infección, la curación definitiva de las heridas por 2ª intención y mejorar su calidad de vida. Curas cada 12h hasta el control de la infección y después cada 24h. Formar al cuidador principal para continuar el tratamiento en su domicilio. Programar visitas domiciliarias para seguir la evolución de ambas U.P.P.

Resultados: Cuando ingresó en la UCI por shock séptico, apreciamos el mal estado de las U.P.P. (colonización por SARM). En 48h de iniciado el tratamiento con azúcar, la infección se controla (negativo a bacterias habituales). A los cuatro y cinco meses de evolución favora-

ble, se aproximan los bordes de las ambas heridas, fracasando debido a la presión que se ejerce en la zona, cuando el paciente permanece sentado. Se continúa el tratamiento con azúcar. A los catorce meses se consigue un cierre cercano al 70%, por lo que se decide cerrar por completo una de las heridas, fracasando de nuevo. Tras lo cual, se decide continuar con el tratamiento con azúcar hasta su cierre fisiológico y definitivo, cosa que se consigue dos años después.

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

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

C. Milara Ibáñez, G. Lozano Sernequet, R. Carreño Ponfil, A. Moya Ocaña, M. Vila Rumbo, T. González Torres, S. Palau Planells, S. Palau Osuna, G. Membrilla Quereda y A. García Alonso

Hospital Can Misses.

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

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

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



Conclusiones: La musicoterapia recibe una valoración muy positiva por parte de los pacientes y de los cuidadores de los pacientes ingresados en la UCI. La totalidad de los encuestados han manifes-

tado la necesidad de aumentar el número de sesiones de musicoterapia en la UCI.

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

M. Ortiz Polán, F.J. Vega Vázquez y J.R. Jiménez del Valle

Hospital Universitario Virgen Macarena.

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

Objetivo: Valorar la necesidad de impartir una formación sobre estrategias de comunicación del paciente sordo al personal sanitario perteneciente a la UCI del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla). Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado entre los meses de septiembre-noviembre del 2016. De las 143 encuestas se recogen un total de 102. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario de elaboración propia enfocado a la comunicación profesional-paciente sordo crítico, donde se redactan 6 ítems con respuestas cerradas.

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

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

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

C. Rodríguez Núñez, M. Martín Martínez, G. Dean Gutiérrez, G. Ruiz Pérez de Nanclares, I. Santamaría Durana, J. Irigoien Aguirre, M. García Corres, A. Iglesias Rodríguez, R. Macías Jorge y N. Sanz Díaz

Hospital Universitario Araba.

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

Objetivo: Analizar el cumplimiento de las medidas de fomento del descanso-sueño tras la aplicación de un nuevo protocolo en UCI. Conocer el tratamiento farmacológico inductor del sueño utilizado UCI. Tipo de estudio: observacional descriptivo prospectivo longitudinal. Población: pacientes que ingresan en la UCI del Hospital Universitario Araba (HUA). Criterio exclusión: ingreso menor a 24 horas. RASS mayor a -3. Periodo estudio: enero 2017. Variables: cierre puertas y persianas (CPP), monitores en silencio (MS), espaciar constantes (CTES), ajustar tratamiento entre las 00h y 07h (AT), ofrecer tapones (T), apagar luces boxes y controles (LB), Administración inductores sueño (AM), y cuales.

Herramientas: Programa informático Metavision, check list *ex profeso*, análisis estadístico con SPSS 23.0. Aprobación Comité de Ética HUA.

Resultados: Se realizaron 229 revisiones. En un 60,7% se habían cerrado puertas de boxes y persianas. Los monitores en modo silencio alcanzó un 79%. En un 22,7% se espaciaron constantes (diuresis y presión arterial), 14,8 no fue posible por inestabilidad hemodinámica, 46,7% no se tuvo en cuenta esta medida. Se ajustó tratamiento farmacológico en un 64,2%. No se ofrecieron tapones en un 88,2%. Las luces se apagaron en un 95,6%. Un 54,6% de los pacientes se les administró inductores del sueño. Los fármacos más usados fueron: lorazepam (21%), zolpidem (14%). Un 92,6% no tuvieron un segundo tratamiento asociado.

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

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

G. Vía-Clavero^a, M. Sanjuán-Naváis^b, M. Romero-García^a, L. de la Cueva-Ariza^a, C. Utrilla-Antolín^c, V. Gómez-Simón^d, J. Guardia-Olmos^e y P. Delgado-Hito^a

^aEscuela Universitaria de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona-GRIN-IDIBELL.

^bUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari de Bellvitge-GRIN-IDIBELL. ^cUnidad de Cuidados Intensivos. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. ^dUnidad de Cuidados Intensivos. Corporació Sanitària Parc Taulí. ^eFacultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

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

Objetivo: Identificar las creencias conductuales, normativas y de control que subyacen a la intención de usar contenciones mecánicas por parte de las enfermeras de cuidados intensivos desde la teoría del comportamiento planificado (TCP). Estudio cualitativo descriptivo de elicitación de creencias llevado a cabo en cinco UCI de tres hospitales. Se realizó un muestreo intencional por propósito (n = 26 enfermeras) de acuerdo a los criterios de sexo, turno de trabajo y años de experiencia profesional. Las respuestas se obtuvieron a partir de un cuestionario cualitativo de 9 preguntas abiertas y de un grupo de discusión. El marco teórico de la TCP guió tanto la estructura de las preguntas como el análisis de contenido que fue realizado por dos investigadoras independientes.

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

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

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

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

C. Rodríguez Núñez, M. García Corres, J. Irigoien Aguirre, M. Martín Martínez, A. Iglesias Rodríguez, E. Unzalu Lerma, L. Samaniego Bóveda, M.C. García Ares, J. Aspuru Pérez y E. Bezars Arrue

Hospital Universitario Araba.

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

Objetivo: Analizar la causa de PCR, turno de trabajo y unidad hospitalaria donde se atendió por las enfermeras de UCI-HUA durante los años 2000-2015. Determinar si se produjo ingreso en UCI tras la asistencia de la PCR. Tipo de estudio: observacional descriptivo longitudinal retrospectivo. Población estudio: Pacientes hospitalizados en el HUA. Muestra: pacientes que sufrieron PCR. Periodo: entre los años 2000-2015. Variables: sexo, turno de trabajo, servicio en el que ocurrió PCR, ingreso en UCI, causa PCR. Material y método: se analizaron las variables descritas en el registro enfermero de PCR atendidas por el personal de UCI y posteriormente se procedió al análisis estadístico SPSS 23.0.

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

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

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

F.J. Clemente López^a, Y. de León Martín^a, R. Seijo Bestilleiro^b, S. Ladrón Arana^c, J.L. Cobo Sánchez^d, R. Álvarez Díaz^a, E. García Rufián^a y N. Clemente López^e

^aHospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria. ^bComplejo Hospitalario Universitario A Coruña. ^cComplejo Hospitalario de Navarra. ^dHospital Universitario de Valdecilla. ^eHospital General Universitario Morales Meseguer.

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

Objetivo: Encontrar evidencia científica que avale la efectividad de usar protocolos de weaning guiados por Enfermería respecto al destete convencional. Revisión exhaustiva por pares (no sistemática) de ensayos clínicos, estudios observacionales y/o descriptivos, en bases de datos MEDLINE, CINAHL, EMBASE, Scopus y

Tabla Comunicación ID: 506

Autor	Año	N ptes	Resultados	PAIS	Tipo Unidad	Tipo protocolo
Esley	1996	300	108 h (4,5 días) menos de VM. Sin diferencias tasa reintubación. Ahorro entre 15.700-21.000\$	EEUU	UCI	Cpap 5 cmH2O > 2h. Extubación previo consentimiento médico
Kollef	1997	357	10 h menos de weaning. Sin diferencias tasa reintubación. Ahorro estimado durante el estudio: 42.000\$	EEUU	UCI posquirúrgica	Cpap 5 cmH2O > 1h/PS > 7/Tubo "T"/Extubación
Marelich	2000	335	56h menos de VM	EEUU	UCI-Trauma	Cpap 5 cmH2O > 1h o PS > 7/Tubo "T". Extubación previo consentimiento médico
Krisnan	2004	299	8h menos de weaning	EEUU	UCI	Usan índice de Yang y Tobin. Cpap 5 cmH2O > 1h. Extubación previo consentimiento médico
Dries	2004	650	40h menos de estancia UCI. Redujo la incidencia de reintubación (de 43 pacientes en gr. Control a 25)	EEUU	UCI posquirúrgica	PS o tubo en "T" (no especifica más]
Roj	2012	122	22h menos de weaning. En tres casos, el weaning fue dificultoso y lo manejó el médico	K.o re<1	UCI	Controlada/PS/CPAP/Tubo "T"/Extubación. No especifican más
Danckers	2013	202	2,5h menos weaning. Sin diferencias tasa Reintubación o neumonía	EEUU	UCI	Usan índice de Yang y Tobin. Enfermería maneja sedación según "Sedation Agitation Scale". Cpap 5 cmH2O o PS > 7/tubo en "T" > 30 min. Extubación previo consentimiento médico

CUIDEN PLUS con los criterios de búsqueda: términos mesh "Ventilator Weaning", "Critical Care Nursing" y el texto libre "protocol". No se aplica restricción de idioma. Se excluyen estudios con pacientes pediátricos y con ventilación mecánica no invasiva. Se atienden las variables: tipo de protocolo, días/ horas de VM, tiempo (horas) de weaning y necesidad de reintubación.

Resultados: De 545 referencias, se incluyen 7 estudios con un total de 2265 pacientes (entre 650 y 122 pacientes/estudio). El protocolo más usado es PS/pieza en "T". Se redujo tiempo de VM en 82 horas (h) de media (2 estudios; rango 56-108h), se redujo weaning en 10,6h (4 estudios; rango 2,5-22h). Un estudio refleja reducción de estancia en UCI de 40 h. 4 estudios sostienen que no existe diferencia significativa en tasa de reintubación y 1 que se reduce ésta a favor del protocolo enfermero. Retirado el soporte ventilatorio, 4 estudios extuban al paciente tras consentimiento médico. Uno sostiene que se reducen costes entre 15.700-21.000\$.

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

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

C. Lázaro Pérez^a, J.J. Rodríguez Mondéjar^b, J.G. Lasheras Galacho^c, A. Pérez Olmos^c, M. Martínez Guerrero^c, Á.J. López Amorós^c, M.A. Bote Díaz^a, L. Ortín Katnich^c, J.C. Pardo Talavera^c e I. Cremades Navalón^c

^aUniversidad de Murcia. ^bUME-2 Alcantarilla. Gerencia 061-Murcia. ^cUCI Hospital General Universitario Reina Sofía.

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

Objetivo: Medir la ansiedad ante la muerte del personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente. Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y transversal. Lugar: UCI metro-

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

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

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

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

C. Lázaro Pérez^a, J.J. Rodríguez Mondéjar^b, A. Pérez Olmos^c, J.G. Lasheras Galacho^c, Á.J. López Amorós^c, M. Martínez Guerrero^c, M.A. Bote Díaz^a, J.C. Pardo Talavera^c I. Cremades Navalón^c y L. Ortín Katnich^c

^aUniversidad de Murcia. ^bUME-2 Alcantarilla. Gerencia 061-Murcia. ^cUCI Hospital General Universitario Reina Sofía.

Introducción: El equipo que forma la enfermería que cuida al paciente en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) desarrolla

distintas respuestas ante el afrontamiento de la muerte de sus pacientes. Este hecho puede aumentar los niveles de burnout y pasar desapercibido por interiorizarse y no manifestarse, ni verbalizarse.

Objetivo: Evaluar el nivel de burnout del personal de enfermería de una UCI polivalente dentro de un estudio de afrontamiento ante la muerte. Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y transversal. Lugar: UCI metropolitana de nivel II en hospital general universitario. Sujetos: personal de enfermería. Temporalidad: Primer semestre del 2015. Desarrollo: cuestionario autoadministrado con datos sociodemográficos, y se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) (1996), versión española. Consta de 22 ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones. Se agrupan en tres subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal). Procesamiento: IBM-SPSS con cálculo de datos descriptivos en cuantitativas, y aplicación de estadística inferencial con χ^2 para cualitativas. Se guardaron las normas éticas y de protección de datos.

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

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

ID: 510. TOLERANCIA DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES CRÍTICOS

M.M. Sánchez Sánchez, E. Casado Osa, F. Gracia Puerto, C. Toledo Cantó, V. López López, M.C. Gómez Torrijos, C. Rangil del Castillo, G. Pérez Corrales, R. Herrero Hernández y M.T. Río Ramírez

Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: El lavado broncoalveolar (BAL) permite estudiar el componente celular y aislar los patógenos del tracto respiratorio inferior, siendo útil para diagnosticar enfermedades pulmonares. La tolerancia clínica y complicaciones, en el paciente crítico, no son del todo conocidas. El objetivo es determinar la respuesta clínica, eventos adversos (EA) y tiempo de recuperación del paciente grave tras un BAL.

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

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

Conclusiones: La realización del BAL en nuestra cohorte de pacientes, no supuso EA graves para el paciente, observándose una

recuperación completa a las 24 horas, en los parámetros valorados, no precisando de cuidados de enfermería adicionales.

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

R. Jareño Collado, M.M. Sánchez Sánchez, M.P. Fraile Gamó, N. García Crespo, S. Barba Aragón, H. Bermejo García, R. Sánchez Izquierdo, E.I. Sánchez Muñoz, A. López López y S. Arias Rivera

Hospital Universitario de Getafe.

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

Objetivo: Observar tasa de incidencia y tamaño de equimosis/hematoma tras administración de enoxaparina profiláctica en abdomen vs brazo, con técnica de inyección basada en la mejor evidencia hallada. Ensayo clínico aleatorizado en dos ramas (inyección abdomen vs. brazo), entre julio-2014 y enero-2017, en unidad polivalente de 18 camas. Incluidos pacientes con enoxaparina profiláctica e ingreso > 72h. No incluidos pacientes hepatópatas, hematológicos, con índice de masa corporal (IMC) < 18,5, embarazadas, menores de edad o con lesiones cutáneas que impidan valoración. Excluidos exitus o traslados de hospital antes de finalizar la valoración. Estudio aprobado por CEIC y con consentimiento firmado de pacientes/familiares. Recogidas variables demográficas, clínicas y aparición de equimosis y/o hematoma en lugar de inyección a las 12, 24, 48 y 72 horas. Análisis descriptivo y comparación de grupos mediante χ^2 -cuadrado y U Mann-Whitney.

Resultados: Obtuvimos 301 casos (11 excluidos): 149 en abdomen vs 141 en brazo. Sin diferencias significativas en variables demográficas, clínicas, IMC, dosis de enoxaparina y administración de antiagregantes. Equimosis en 48% de los pacientes y hematoma en 8%, sin diferencias estadísticas abdomen vs brazo [equimosis, abdomen vs brazo, n (%): 66 (44) vs 72 (51), p = 0,25], [hematoma abdomen vs brazo, n (%): 9 (6) vs 14 (10), p = 0,2]. Se halla significación estadística en el tamaño, hematoma a las 72h: [área de hematoma (mm²) abdomen vs brazo, mediana (RIC): 2 (1-5,25) vs 20 (5,25-156), p = 0,027].

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

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

M.D. Bernat Adell^a, A. Melgarejo Urendez^b, A. Monfort Lázaro^b, M.Á. Morán Marmaneu^b, L. Galarza Barrachina^b, G. Pages Aznar^b y S. Poveda Gutiérrez^b

^aUnidad Predepartamental de Enfermería. Universitat Jaume I.

^bServicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Castellón.

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

Objetivo: Identificar factores del entorno que interfieren en calidad del sueño mediante cuestionario Freedman. Observar la relación entre factores del entorno, calidad de sueño y somnolencia. Estudio descriptivo y transversal. Realizado entre enero y diciembre de 2016 en una UCI polivalente. El cuestionario se administró el primer y segundo día, y previo al alta. Mediante correlación de Spearman se analizó la influencia de los factores ambientales. Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS v.23, nivel de significación de p ≤ 0,05.

Resultados: El ruido con valores medios de 2,65 en los tres tiempos, y la luz con valores de 2,33 fueron los factores ambientales más molestos. Las alarmas con valores medios 2,9 así como escuchar gente hablando (valores medios 2,29) resultaron los que más contribuyeron a generar ruido. Destacó una correlación entre ruido y calidad del sueño Rho -0,35 ($p = 0,002$) y con escuchar gente hablando Rho -0,24 ($p = 0,03$) en la tercera evaluación. Los cuidados de enfermería afectaron en los tres tiempos de evaluación Rho -0,23 ($p = 0,048$), -0,29 ($p = 0,011$), -0,31 ($p = 0,007$). El ruido causado por alarmas se correlacionó negativamente con calidad del sueño el primer y tercer día Rho -0,28 y -0,31 ($p = 0,015$ y $p = 0,006$). La luz interfirió negativamente en somnolencia al alta Rho -0,27 ($p = 0,019$).

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

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

M.D. Bernat Adell^a, A. Melgarejo Urendez^b, E. Bisbal Andrés^b, M.Á. Morán Marmaneu^b, A. Monfort Lázaro^b y S. Poveda Gutiérrez^b

^aUnidad Predepartamental de Enfermería. Universitat Jaume I.

^bServicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Castellón.

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

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

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

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

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

O. Vallès Fructuoso, L. Costa Capella, V. Fuentes Milà y B. Vázquez Guillamet

Hospital Universitari de Bellvitge.

Introducción: Los familiares de pacientes que se recuperan de una enfermedad crítica corren el riesgo de desarrollar síndrome de estrés postraumático (SEPT).

Objetivo: Explorar las experiencias de los familiares que redactaron un diario que describe la estancia de su familiar en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Estudio cualitativo, descriptivo y hermenéutico. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas ($n = 4$) a los familiares de un paciente que permaneció más de 72 horas en una UCI de un hospital universitario. Las transcripciones se analizaron mediante el procedimiento de siete pasos de Colaizzi.

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

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

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

M. Orejana Martín, C. Cornejo Bauer, C. García Fuentes, S.A. Torrente Vela, C. López López y J.C. Montejo González

Hospital 12 de Octubre.

Introducción: La entrega efectiva de la nutrición enteral (NE) en las unidades de cuidados intensivos (UCI), se ve afectada por facto-

Tabla Comunicación ID: 521

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

res relacionados con el paciente, variabilidad en la práctica clínica, métodos de NE y su correcta prescripción y manejo.

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

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes, el 79,71% eran hombres, con una mediana de edad de 46 (34-58) años. Se monitorizaron un total de 1.112 días de NE. El porcentaje de diferencia calórica de NE a partir del día 3, entre lo prescrito y administrado, fue 92,43 (72,76-97,47). A partir del día 3, se consigue un objetivo calórico óptimo (> 80%) en el 67,9% de los días. Observamos como causa más frecuente de interrupción de la NE los procedimientos no relacionados con la vía aérea 38,2% de los días con interrupción con un tiempo de parada 3 (1-7,25) horas.

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

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

M. Llauredó Serra, E. Rodríguez Higuera, M. Virumbrales Cancio, A. Gallart Fernández-Puebla, A. Aliberch Raurell y J. Castillo García

Universitat Internacional de Catalunya.

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

Objetivo: Estudio casi-experimental realizado entre 2013-2015 en la Universitat Internacional de Catalunya con estudiantes de 1er curso de Enfermería que recibieron un curso homologado de SVB-DEA, según que su composición fuera exclusivamente de En-

fermería (grupo control, 34 alumnos) o conjunto con estudiantes de Medicina (grupo interdisciplinar, 84 alumnos). Se puntuaron según una escala numérica de 0 a 10 los conocimientos teóricos evaluados con un cuestionario de 11 preguntas, las habilidades prácticas valoradas por los instructores valorando 35 ítems, y los parámetros de la ventilación artificial y compresiones torácicas objetivados mediante maniquís-monitores (sistema SkillReporter de Laerdal). Todas las puntuaciones se realizaron al finalizar el curso y 6 meses después. Los valores se exponen en media (DE) y se analizan estadísticamente mediante la prueba t de Student.

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

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

ID: 524. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL NAS-CASTELLANO SEGÚN GRUPOS DIAGNÓSTICOS

M.P. Fraile Gamo^a, S. Arias Rivera^a, M.M. Sánchez Sánchez^a, I.J. Thuissard Vasallo^b y F. Frutos Vivar^a

^aHospital Universitario de Getafe. ^bUniversidad Europea de Madrid.

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

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

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

Tabla Comunicación ID: 524

	Pacientes, n	Registros NAS, n	Fiabilidad (α Cronbach)	Validez de constructo (Kaiser-Meyer-Olkin)	Validez convergente (Spearman)
Global	955	7.063	0,509	0,738	0,565
Básico	336	982	0,515	0,690	0,539
Neurológico	122	987	0,473	0,712	0,580
Cardiovascular	112	810	0,390	0,655	0,488
Respiratorio	112	1.121	0,393	0,626	0,487
Digestivo	77	579	0,459	0,669	0,588
Traumatológico	65	475	0,520	0,706	0,538
Quemados	74	1.414	0,495	0,775	0,620
Sepsis	51	664	0,361	0,618	0,539

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

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

M. Martín Herrero, L. Pérez Gutiérrez, A. Hernández Regalado, R. Pérez de las Heras, L. González Blanco, A.M. Ruiz Ruiz y E. Ots Ruiz

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción: La preeclampsia es un síndrome sistémico del embarazo y puerperio, se presenta una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste. Describir las características socio-demográficas de las pacientes ingresadas con preeclampsia. Identificar y describir la clínica más frecuente asociada al proceso hipertensivo en el embarazo. Conocer la mortalidad asociada al proceso.

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

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

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

ID: 549. EXPERIENCIA EN LA VALORACIÓN CON LA ESCALA DE SEDACIÓN-AGITACIÓN DE RIKER DE 2 GRUPOS DE PACIENTES CRÍTICOS CON DELIRIO

J.J. Rodríguez Mondéjar^a, M.J. López Montesinos^b, A.M. Seva Llor^b, J.A. Sánchez Pérez^b, G. Muñoz Pérez^b, J.M. Xandri Graupera^b, I.M. Pérez Moya^b, C. Alonso Villa^c, M. García Méndez^d y R. Martínez Castillo^d

^aUME-2 Alcantarilla. Gerencia 061-Murcia. ^bFacultad de Enfermería. Universidad de Murcia. ^cUCI Hospital General Universitario Reina Sofía. ^dServicio Murciano de Salud.

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

comparar sus resultados en dos grupos de pacientes que desarrollaron el delirio en la UCI.

Objetivo: Estudio experimental, prospectivo y longitudinal, en una UCI polivalente de un Hospital General Universitario. Temporalidad: 25 meses continuados. Sujetos a estudio: pacientes que desarrollaron SCA en UCI con más de 24h de ingreso, y cumplían criterios de inclusión y no de exclusión. Desarrollo: se aplicó instrumento validado CAM-ICU, con la escala SAS (Sedation-Agitation Scale) de Riker. Procesamiento estadístico: IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con medias y DE para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes en cualitativas. Estadística inferencial con prueba de χ^2 aceptando significación estadística si $p < 0,05$. El estudio contó con la aprobación del CEIC del área VII de SMS.

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

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

ID: 553. ACTUALIZACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA UCI

C. Rodríguez Núñez^a, A. Iglesias Rodríguez^a, J. Irigoien Aguirre^a, M. García Corres^a, M. Martín Martínez^a, P. Paz López^b, V. Pérez González^b, A. Carrera Caballer^b, A. Picón Santamaría^a y M. Cambón Sande^a

^aHospital Universitario Araba. ^bHospital Universitario de Canarias.

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

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

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

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

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

J. Bejarano, S. Domínguez y V. Delgado

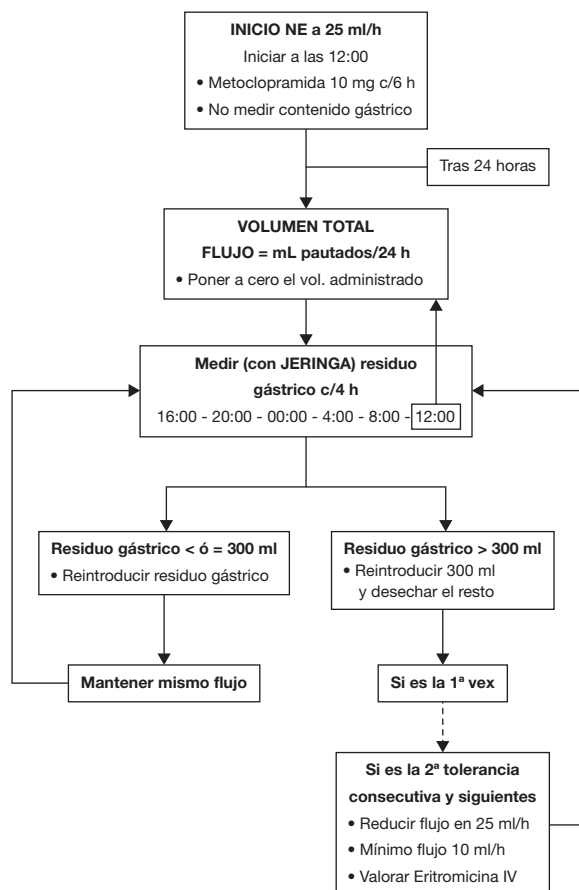
Hospital Infanta Elena.

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

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

Resultados: Con un total de 40 pacientes (57,5% hombres y 42,5% mujeres), un 62,5% recibió NE precoz. En ellos, se logró una media de administración del 87,6% de las necesidades calóricas durante el ingreso (DE 8,65). El grupo de NE precoz disminuyó los días de estancia, ventilación mecánica y sedoanalgesia, aunque sin significación estadística. Sin embargo, también redujo, con significación estadística, los días en los que se precisaron catecolaminas ($p = 0.000$) (tabla). La mortalidad fue inferior en el grupo de NE (12,0%) respecto al de nutrición parenteral (66,6%).

ALGORITMO NUTRICIÓN ENTERAL



PROTOCOLO NUTRICIÓN ENTERAL

HOJA Nº: _____
 NUTRIC SCORE: _____
 FECHA DE INGRESO EN UCI: _____
 DIAGNÓSTICO: _____
 AP: _____

PEGATINA DEL PACIENTE

GRUPO NUTRICIONAL: Nutrición total
 Nutrición trófica
 NPO/NPT

FECHA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
NUTRICIÓN SI NE (PAUTADO PROCNÉTICO? (N/A))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOL. PAUTADO							
VOL. ADMINISTRADO							
RESIDUO < 300 mL (Tolera Sí/No)							
	12h						
	16h						
	20h						
	24h						
	4h						
	8h						
M E D I C A C I Ó N							
DROGAS VASOACTIVAS*							
FENTANEST							
MIDAZOLAM							
PROPOFOL							
NIMBEX							
INSULINA							
VÓMITO (Sí/No)							
DIARREA (Sí/No)							
TIPO VENTILACIÓN**							

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

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

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

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

Ó. Segura Alba y J.J. Rodríguez Mondéjar

Gerencia de Urgencias y Emergencias 061-Murcia.

Introducción: La capnografía como monitorización del paciente crítico debe ser tenida en cuenta y utilizada correctamente, y ello empieza por una buena formación de sus aportaciones al cuidado del enfermo que tiene comprometida su ventilación. Esto puede ayudar a mejorar la seguridad del paciente al tener mayor control del paciente. El objetivo es analizar la formación y conocimientos sobre capnografía en un grupo de profesionales de la salud con actividad en urgencias y cuidados críticos.

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

Resultados: Muestra 34 profesionales, 17 (50%) son enfermeras. Edad media 38,44 DE 8,6 (22-60), varones 58,8%. Tiempo de profesional 13,2 años DE 8,6 (1-34). 91% trabajan en cuidados críticos y urgencias. 14 (41,2%) en la Gerencia de Urgencias y Emergencias. Año final de estudios entre 1982 y 2015. Formación específica del empleo de la monitorización capnográfica 2 (6%). 35,3% desconoce las limitaciones de la capnografía. Un 56% desea recibir formación sobre capnografía. Describen correctamente la causa que puede disminuir el CO₂ medido por un capnógrafo en un paciente intubado, sedado y ventilado mecánicamente 25 (73,5%). Consideran que tienen conocimientos suficientes o muy buenos sobre el tema 22 (64,7%). No han realizado escenarios de simulación 19 (57%).

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

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

M. Martín Martínez, C. Rodríguez Núñez, M. Gómez Pablos, A. Iglesias Rodríguez, M. García Corres, J. Irigoien Aguirre, A. Picón Santamaría, E. García Gonzalo, I. Cenea González de Garibay y M.I. Acebes Fernández

Hospital Universitario Araba.

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

Objetivo: Conocer el uso de dexmedetomidina en paciente con ventilación mecánica (VM). Describir la evolución de sedación y agitación mediante la Richmon Agitation-Sedation Scale (RASS). Analizar los efectos adversos descritos por el uso del fármaco. Describir los fármacos más comunes asociados a dexmedetomidina. Tipo de estudio: Observacional descriptivo retrospectivo longitudinal. Población: todos los pacientes que ingresan en Cuidados Intensivos (UCI) Hospital Universitario Araba. Muestra: todos los pacientes con perfusión continua de dexmedetomidina. Periodo de estudio: mayo 2014-septiembre 2016. Material y método: check list de recogida de

datos realizado por los investigadores *ex professo*, compuesto por 5 variables. Los datos recogidos de historia clínica digital (Metavision). Variables: VM, Reacciones adversas (RA), RASS basal (RASS-B) y RASS a las 24 horas inicio perfusión continua (PC) de dexmedetomidina (RASS-D) y fármacos asociados (FA). Tratamiento estadístico: SPSS23.0.

Resultados: Se revisaron 29 pacientes, un 75,9% fueron hombres. En un 75,2% los pacientes estaban con VM (Invasiva o no invasiva). El RASS-B fue 24,1% ansioso, inquieto (+1) y en otro 24,1% agitado (+2). El RASS-D fue de un 55,2% despierto y tranquilo (0), seguido de un 13,8% adormilado (-1). No existieron RA en un 72,4%, y la más frecuente fue hipotensión arterial (17,2%), y bradicardia (6,9%). En un 31% no existieron PC asociadas, remifentanilo (24,1%), midazolam (20,7%).

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

ID: 565. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA HABITUAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA EN EL PACIENTE CRÍTICO: ACCIÓN DE MEJORA EN CUIDADOS INTENSIVOS

A. Puebla Martín, I. Vázquez Rodríguez-Barbero, M.T. Franco Sereno, R. Pérez Serrano, M.Á. Puebla Martín, M.M. del Fresno Sánchez, J.P. Trujillo Juárez, M.P. Rubio Serrano, M. Castillo Rodríguez y G. Castellanos Soriano

Hospital General de Ciudad Real.

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

Objetivo: Conocer la opinión, práctica habitual en preparación/administración de fármacos SNG y grado de conocimiento del personal de enfermería para establecer posibles acciones de mejora. Estudio transversal y descriptivo (abril 2016) mediante una encuesta escrita distribuida al personal de enfermería de UCI del Hospital General de Ciudad Real. La encuesta fue diseñada desde el Servicio de Farmacia, formada por 16 preguntas agrupadas en 4 bloques: generales, administración, preparación y conocimientos.

Resultados: De los 50 enfermeros que trabajaban en UCI, la encuesta fue completada por 42 (84%). Se elabora un cuadro-resumen con los resultados obtenidos. De entre las respuestas destaca que: el 73,8% triturar todo tipo de comprimidos sin planteárselo y el 71,4% abren las capsulas sin dudarlo; el 71,4% no lava la sonda entre fármacos y el 69% detenían ocasionalmente la NE ante la administración de un fármaco; el 95,2% contestó incorrectamente a una pregunta sobre los fármacos con los que hay que interrumpir la NE; el 28,6% antes de administrar tritura los comprimidos sin tener en cuenta si existen recomendaciones específicas. Ante la necesidad de elaborar una guía de administración por SNG para enfermería: 9,2 puntos sobre 10.

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

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

C. Rodríguez Núñez^a, M. García Corres^a, J. Irigoien Aguirre^a, D. Muñoz Martín^b, M. Martín Martínez^a, E. Pérez Berciano^a, N. Ayllón Garrido^a, Á. Ramos Rendo^a, M. Vila Gómez^a y S. Chaparro Toledo^a

^aHospital Universitario Araba. ^bHospital 12 de Octubre.

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

Objetivo: Analizar si una intervención de refuerzo positivo por la ER-UCI es beneficiosa en la actualización de la valoración, cuida-

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

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

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

Tabla 3 Comunicación ID: 582

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

tros técnicas (23). Valoración enfermera (11). Análisis estadístico: SPSS23.0. Aprobación Comité Ética HUA.

Resultados: Los resultados obtenidos con intervención y sin ella se describen en las tablas. Cuidados enfermería (N = 64), Valoración enfermería (N = 65), Registros enfermeros (variable entre N = 65 y N = 2).

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

ID: 589. CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

I. Palomino Sánchez, M. Poyo Tirado, M.A. Murillo Pérez, M. del Barrio Jiménez, M. Sánchez Pozo y M. Chico Fernández

Hospital Universitario 12 de Octubre.

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

Objetivo: Analizar el nivel de cultura de seguridad del equipo multidisciplinar en una UCI. Estudio transversal descriptivo en una UCI de un hospital de tercer nivel (octubre-diciembre 2016). Instrumento: "Versión española del Cuestionario Hospital Survey on Pa-

tient Safety sobre seguridad de los pacientes". El cuestionario consta de 61 ítems con 5 opciones de respuestas tipo Likert estructurados en 12 dimensiones: notificación de eventos relacionados con seguridad, percepción global de seguridad, expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad, aprendizaje organizacional/mejora continua, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación errores, respuesta no punitiva a errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia/hospital en seguridad del paciente, trabajo en equipo, problemas en cambios de turno. Se autoadministró a todo el equipo de la UCI. Análisis descriptivo de variables.

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

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

ID: 614. ¿QUÉ DEMANDAN NUESTRAS FAMILIAS?

G. Tenor Salas y A. Gómez Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

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

Objetivo: Conocer las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en las UCIs del Complejo Hospitalario Universitario Huelva (CHUH). Estudio descriptivo prospectivo realizado desde junio a diciembre de 2016. Durante el periodo de estudio se entregó una encuesta anónima a los familiares de pacientes ingresados más de 48 horas. Variables estudiadas: demográficas (edad, sexo, parentesco, estudios), relacionadas con la información, cuidados, horario de visita y sala de espera.

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

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

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

Ó. Arrogante^a y E.G. Aparicio-Zaldívar^b

^aCentro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija. ^bUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Introducción: El síndrome de burnout (constituido por las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) puede llegar a tener consecuencias negativas en la salud (física y mental) y en el bienestar (subjetivo y psicológico) de los profesionales que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Los objetivos son: analizar las relaciones entre el burnout, la salud y el bienestar; y determinar las dimensiones del burnout que predicen, tanto la salud como el bienestar, de una muestra de profesionales de intensivos.

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

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

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

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

L. Labad Boix, M.Á. de Gracia Ballarín, D. Gil Castillejos, L. Bordonado Pérez, B. Gabasa Cano, V. Noruego Cámara, S. Baena González y M.M. Olona Cabases

Hospital Universitari Joan XXIII.

Introducción: En un medio altamente tecnificado disponer de datos objetivos sobre aspectos tan subjetivos como la satisfacción familiar, nos permite desarrollar prácticas asistenciales de calidad e implantar medidas de mejora. La satisfacción familiar de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) es un indicador de calidad asistencial. Conocer la calidad percibida anualmente y compararla, posibilita la implantación de intervenciones encaminadas a optimizar nuestra asistencia a las familias dentro del marco de la humanización de los cuidados. El objetivo es conocer y analizar la evolución de la satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en un SMI, monitorizando el grado de satisfacción de forma seriada anual para evaluar los paquetes de acciones aplicadas.

Objetivo: Estudio transversal anual. Periodo de estudio 2014-2015-2016. Muestra (n: 100-100-37). Se utilizó una encuesta validada distribuida a los familiares de pacientes al alta del servicio (incluyendo fallecidos) previo consentimiento informado. La encuesta incluía datos de ingreso, del entorno, la información y la relación con el personal sanitario y sobre la organización de las visitas. Análisis descriptivo y univariable. Grado de significación estadística $p \leq 0,05$.

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

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

ID: 643. ESTUDIO DE LAS MEDIDAS CORRECTORAS IMPLANTADAS TRAS EL ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS DECLARADOS

E. Ruiz de Ocenda Sanz, S. Castaño Ávila, M. Martínez Martínez, A. Rivera Hernando, B. San Martín Garaluce y S. Sarraide Pérez de San Román

HUA-Santiago. OSI Araba.

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

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

Resultados: Recogida de eventos declarados (109). 100% se consideran evitables y llegan al paciente 77,98%. Se codifican según daño o repetición: verdes (leves): 6, amarillos (moderados): 81 y rojos (graves): 22. Por factor contribuyente: Equipos/dispositivos 37,6%, protocolos 21,1%, formación/aprendizaje 9,1%, comunicación interprofesional y trabajo en equipo 8,2%, fármacos 7,3%, recursos humanos 3,6%, relacionados con paciente 3,6%, factores ambientales e individuales de los profesionales 0,9%, situación de emergencia 0,9% y otros 7,3%. Acciones correctoras: participación en la mejora del traslado de pacientes entre el equipo de seguridad de quirófano y cuidados intensivos. Cambio de materiales: palos de gotero, bolsas colectoras, timbres. Elaboración de un informe enviado a la Comisión de Seguridad y gerencia, sobre eventos relacionados con la formación específica en cuidados intensivos. Modificación de protocolos (3 relacionados con cuidados respiratorios, 1 con administración de medicamentos, 1 con nutrición parenteral) Colaboración en la revisión del protocolo de seguridad de transfusión (GRICODE).

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

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

V. Moles Martorell, L. Claramunt Domènech, B. Coloma-Gómez, G. Benach-Sas, L. Bordonado Pérez, M.L. Fortes del Valle y M. Olona Cabases

Hospital Universitari Joan XXIII.

Introducción: En UCI existe alto riesgo de transmisión cruzada de bacterias multiresistentes (BMR). Una de las medidas recomendadas

para su prevención, es la realización de cribaje y aislamiento de contacto preventivo al ingreso en pacientes con alto riesgo de presentar colonización por BMR. Nuestro objetivo es evaluar el impacto de la implantación del protocolo de cribaje y aislamiento preventivo al ingreso en UCI.

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

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

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

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

C. Fuentes Pumarola^a, C. Malagón Aguilera^a, A. Castanera Duro^a, L. Bordonado Pérez^b, R. Güell Baró^c, M.L. Fortes del Valle^b, M. Llauradó Serra^d, I. Sandalinas^c, M. Pi^b y M.F. Jiménez Herrera^c

^aDepartament d'Infermeria Universitat de Girona. ^bUnitat de Cures Intenses. Hospital Universitari Joan XXIII. ^cTarragona. ^dInstitut d'Investigació Sanitària Pere Virgili.

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

sociodemográficas y laborales.

Objetivo: Determinar el SOC de las enfermeras/os de cuidados intensivos y unidades de semicríticos de Cataluña y establecer posibles relaciones con variables. Estudio multicéntrico, descriptivo y transversal. Población de estudio: Enfermeras/os de cuidados intensivos y unidades de semicríticos de Cataluña. Instrumento: Cuestionario SOC-13 validado en castellano en población enfermera por Malagón et al. (2012). Se ha realizado un análisis descriptivo univariante y bivariante (t de Student ANOVA con prueba post-hoc Scheffé).

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

Conclusiones: La media de SOC se eleva en relación a otros estudios en enfermeras. Destacamos que la dimensión donde más puntúan es la comprensibilidad. Las enfermeras que conviven con el

padre-madre de sus hijos presentan un SOC mayor, en este sentido otros estudios relacionan el SOC con el apoyo familiar. Las participantes con familiares a cargo presentan un SOC más bajo, esta asociación no se ha identificado en otros estudios.

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

C. Fuentes Pumarola^a, C. Malagón Aguilera^a, A. Castanera Duro^a, E. Planella Albi^b, A. Lobo Civico^b, V. Cruz Díaz^b, J.A. Borralló López^b e I. Martín Girón^c

^aDepartament d'Infermeria Universitat de Girona. ^bUnitat de Cures Intensives. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. ^cUnitat Coronària. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta.

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

Objetivo: Determinar el SOC de las enfermeras/os de unidades de críticos/semicríticos y de hospitalización, analizando posibles diferencias en función de las unidades de trabajo, variables socio-demográficas y laborales. Estudio descriptivo y transversal. Población de estudio: Enfermeras/os de unidades de críticos/semicríticos y hospitalización de un Hospital de nivel 2B. Instrumento: Cuestionario SOC-13 validado en castellano en población enfermera. Se ha realizado un análisis descriptivo univariante y bivariante.

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

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

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

T. Esteban Gabete, V. Arnaiz Arnaiz y P.M. Olaechea Astigarraga
Hospital Galdakao-Usansolo.

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

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

chi cuadrado para las variables cualitativas. Metodología específica para preguntas abiertas.

Resultados: En el estudio han participado 58 profesionales: 14 auxiliares, 26 enfermeras y 18 médicos. El 66,5% no están satisfechos con el horario vigente. El 77% opinan que se debería cambiar. La opción preferida (52%) es la ampliación más restrictiva (2 horas mañana y 2 por la tarde). El 21,7% señala el horario libre. El 53,5% está en desacuerdo con la presencia de familiares durante la noche, pero si el paciente lo necesita o está cercano al fallecimiento el 86,2% y el 94,8%, respectivamente, están de acuerdo con la libre permanencia de familiares. El 74% cree que la presencia de familiares es buena para pacientes. Pero el 39,7% cree que puede aumentar los conflictos. El problema más mencionado es el aumento de las cargas de trabajo. La sugerencia más citada es la flexibilización de horarios con un protocolo general de actuación.

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

ID: 680. VARIACIÓN DEL TEST DE LAVADO DE ONDA CUADRADA TRAS LOS 4 PASOS FUNDAMENTALES EN EL CUIDADO DE UN SISTEMA DE PRESIÓN

R. Álvarez Díaz, A.M. Leal Pérez, V. Padrón Noda, F.J. Clemente López, H. Martín Ávila y Z. Álvarez Díaz

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Introducción: El correcto cuidado de un sistema de presión por parte de enfermería es primordial a la hora de interpretar los datos

Arterias analizadas	
Femoral derecha	18,3%
Femoral izquierda	18,3%
Radial derecha	36,7%
Radial izquierda	25%
Humeral derecha	1,7%
Pasos	
Nivel	
OK	60%
Ajustados	40%
Suero fisiológico	
OK	80%
Cambiados	20%
Presión manguito	
OK	33,3%
Ajustados	66,7%
Cero	
OK	98%
No realizado	2%
Test lavado inicial	
Óptimo	46,7%
Resonante	3,3%
Ligeramente amortiguado	38,8%
Amortiguado	6,7%
Amortiguación grave	5%
Test lavado final	
Óptimo	86,7%
Resonante	3,3%
Ligeramente amortiguado	6,7%
Amortiguado	1,7%
Amortiguación grave	1,7%
$\chi^2 = 124,831$	$p = 0,000$

hemodinámicos. Los cuatro pasos fundamentales son: nivelación, estado correcto del manguito de presión, cero y test de lavado de onda cuadrada.

Objetivo: Determinar si hay variación entre el test previo y final del lavado de onda cuadrada tras los pasos fundamentales. Estudio descriptivo, transversal y observacional de 60 pacientes seleccionados aleatoriamente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra señora de la Candelaria. Estudiamos el test de lavado de onda cuadrada que nos encontramos inicialmente y también tras la realización de los cuatro pasos fundamentales, observando si dicho test ha variado. Se realiza test de chi cuadrado (χ^2) y t-Student de medias para muestras seleccionadas. Significación $p < 0,05$.

Resultados: Se presentan en la tabla. Existe relación significativa entre tensión arterial sistólica (correlación = 0.908 $p = 0.001$) y diastólica (correlación = 0.903 $p = 0.001$) iniciales y finales.

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

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

L. Tornero Sánchez, C. Carrilero López, M.D. Castillo Lag, V. Rojano Ibáñez, J. García Vitoria, I. López Sánchez, Á. Prado Mira, M.D. Saiz Vinuesa, E. Ruiz-Escribano Taravilla y P. Córcoles Jiménez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

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

Objetivo: Evaluar el nivel de implantación de las recomendaciones GBP "Valoración y manejo del dolor" en UCI. Metodología: estu-

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

Resultados: 140 pacientes, 60,7% hombres. El 32,9% fueron intervenidos quirúrgicamente. Edad media: 61,62 años (d.t. = 15,35). Estancia media: 4,75 días (d.t. = 5,31). Se realizó intervención diaria de detección de dolor en 95,7% pacientes; valoración de dolor con escala en 97,1%. Se realizaron reevaluaciones periódicas en 81,3%. No se realizó planificación de cuidados. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los meses. Un 66,4% de los pacientes tuvieron dolor, cuya intensidad máxima en el ingreso fue superior a 5 en un 27,9%.

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

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

N. López-Caballero y Ó. Arrogante

Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija.

Introducción: La terapia MARS® (Molecular Adsorbent Recirculating System) es de reciente aplicación en las unidades de cuidados

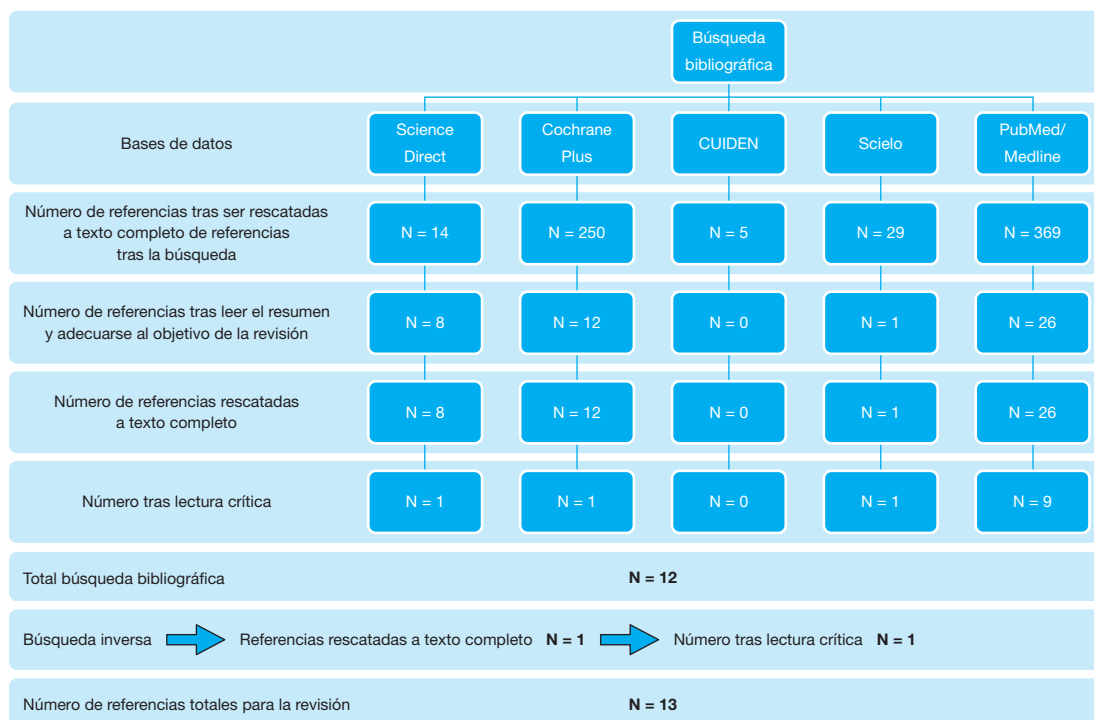


Figura Comunicación ID: 692

intensivos, siendo una de sus indicaciones principales el tratamiento de pacientes con insuficiencia hepática aguda (IHA). En este tipo de pacientes constituye una alternativa a la espera de trasplante hepático. Los objetivos son: analizar la eficacia en la práctica clínica de la terapia MARS® en pacientes con IHA según parámetros de aclaramiento de sustancias, supervivencia, efectos clínicos y seguridad. Determinar los cuidados enfermeros que requiere la terapia.

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

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

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

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

M. Maqueda Palau y E. Pérez Juan

Hospital Universitari Son Espases.

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

Objetivo: Calcular el número de analíticas y el volumen de sangre extraído durante las primeras 24 horas de ingreso en la UCI. Analizar los valores de hemoglobina basal y a las 24 horas, relacionarlas con: pérdidas sanguíneas, balance ponderal e índices de gravedad. Estudio descriptivo observacional prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con estancia \geq 24 horas. Variables a estudio: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, tipo de analítica extraída, cantidad de desecho antes de la extracción de muestras, volumen de sangre total extraída en 24 horas, balance ponderal, APACHE, SAPS, hemoglobina basal y a las 24 horas. Análisis estadístico con SPSS vs20.0: correlaciones de las variables sexo, balance, número de analíticas y variación de hemoglobina.

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

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

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

E. Pérez Juan y M. Maqueda Palau

Hospital Universitari Son Espases.

Introducción: Analizar las técnicas de extracción de muestras sanguíneas en la unidad de cuidados intensivos. Determinar el volumen de sangre total extraída: volumen útil y volumen desechado. Relacionarlos con el tipo de catéter, analítica y experiencia del profesional que realiza la extracción.

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

Resultados: Se registraron un total de 865 extracciones. El 41,2% se obtuvieron de catéter venoso periférico y un 33,5% de cánula arterial. Se extrajeron 1667 muestras: 44% bioquímica, 28,6% gasometrías, 17,2% hematología y 17% coagulación. La técnica de extracción más utilizada fue el sistema a vacío tipo vacutainer® (88,4%). Solamente el 10,8% utilizaron métodos que no se desechaba sangre. El volumen de sangre total media por extracción fue de 11,03 ml (\pm 6,11), la sangre útil 6,68 ml (\pm 5,57) y el desecho 4,34 ml (\pm 2,19). Existen diferencias significativas entre la cantidad de desecho y el tipo de catéter, desechándose mayores volúmenes en los catéteres venosos centrales y catéteres centrales de acceso periférico ($p = 0,000$). Los profesionales con menor experiencia son los que más desecharon ($p = 0,001$).

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

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

Z. Ramos Rodríguez, A. Arasa Muñoz, M.T. Cabas Cuevas, J. Mariné Vidal, A. Piquer Sanz, M.L. Fortes del Valle, A. Rojas Camarero, P. Perelló González y M. Magret Iglesias

Hospital Universitario Joan XXIII.

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

Objetivo: Describir los cuidados de enfermería que implican la implementación de un protocolo de movilización precoz y valorar la seguridad de este procedimiento. Estudio descriptivo y prospectivo realizado en una UCI polivalente durante un periodo de 6 meses. Previo a la implementación del protocolo se realizaron sesiones formativas a todo el personal implicado. Los cuidados de enfermería se basan en: control hemodinámico, control respiratorio (aspiración de secreciones, control del neumotaponamiento, modalidad ventilatoria, sujeción de traqueotomía o tubo), control de dispositivos (sujeción de bombas, sondas, drenajes), control de grúa, arnés y calzado, acompañar con silla de ruedas de manera preventiva durante la

deambulaci3n, control del dolor y preservar el descanso nocturno del paciente. Se definieron tres etapas de movilizaci3n activa: sedestaci3n en silla, bipedestaci3n y deambulaci3n. Los eventos adversos que se pueden contemplar: arritmias, caídas, retirada de dispositivos, hipertensi3n (sist3lica > 200 mmHg), hipotensi3n arterial (sist3lica < 90 mmHg), desaturaci3n (< 80%) y extubaci3n. Los datos se analizaron mediante frecuencia absoluta y porcentaje.

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 24 pacientes. Se realizaron un total de 82 movilizaciones activas: sedestaci3n en silla (37,8%), bipedestaci3n (40,2%) y deambulaci3n (22%). En un 44,4% de las deambulaciones los pacientes estaban ventilados. Durante el periodo de estudio hubo un evento adverso (desaturaci3n) relacionado con las movilizaciones (1,2%).

Conclusiones: Una vez formado el personal llegamos a la conclusi3n de que la pr3ctica de este protocolo es segura.

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

A. Puebla Mart3n, I. V3zquez Rodr3guez-Barbero, M.Á. Puebla Mart3n, M.M. del Fresno S3nchez, M.P. Rubio Serrano, J.P. Trujillo Ju3rez, F. Benito Hondarza, M.Á. Ram3rez de Orol, S. Garc3a-Velasco S3nchez-Morago y E. Migall3n Buitrago

Hospital General de Ciudad Real.

Introducci3n: El electrocardiograma (ECG) es el registro de la actividad el3ctrica del coraz3n, proporcionando una informaci3n b3sica y fundamental que no es posible obtener a trav3s de ninguna otra exploraci3n. Una interpretaci3n correcta del ECG es fundamental pero no menos importante es que el ECG se haya realizado correctamente, una realizaci3n cuya competencia es de enfermer3a.

Objetivo: Conocer la pr3ctica habitual de enfermer3a en la identificaci3n y realizaci3n del ECG, haciendo especial hincapi3 en el conteo de los espacios intercostales, todo ello para establecer posibles acciones de mejora. Estudio transversal y descriptivo (enero 2017) mediante una encuesta escrita distribuida al personal de enfermer3a de UCI del Hospital General de Ciudad Real. Encuesta formada por 12 preguntas agrupadas en 4 bloques: generales (4), identificaci3n del ECG (3), realizaci3n del ECG (3), conocimientos (2).

Resultados: De los 50 enfermeros que trabajaban en la UCI, se obtuvieron 44 encuestas. El 77,2% hab3a recibido formaci3n en cuanto a la realizaci3n del ECG durante la universidad y el 47,7% formaci3n posgrado. Destaca que el 52,2% no revisaba la hora y fecha del aparato. Solo el 27,2% se aseguraba haber puesto correctamente las derivaciones de los miembros examinando el trazado. Un 47,7% cuenta los espacios intercostales siempre o la mayor3a de las veces. Un 70,4% cree que es necesario contar los espacios intercostales siempre. El 79,5% cree que no contar los espacios intercostales influye en el resultado del ECG.

Conclusiones: El 52,2% de los encuestados cuentan rara vez o nunca los espacios intercostales. Positivo destacar que aproximadamente el 75% cree que es necesario contarlos siempre y que no contarlos influye en el resultado del ECG, estableciendo como acci3n de mejora la importancia de una correcta realizaci3n del ECG seg3n la American Heart Association para una mejor atenci3n de nuestros pacientes.

ID: 698. NECESIDADES DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA AL FINAL DE LA VIDA EN CUIDADOS INTENSIVOS

M. Mendivil P3rez, M. Tainta Cuezva, E. Gonz3lez Thomas, C. de Vitoria Iturralde y M. del Barrio Linares

Clinica Universidad de Navarra.

Introducci3n: Una de las competencias de los profesionales de la salud en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es proporci-

onar unos cuidados adecuados al final de la vida para que el paciente tenga una muerte digna en este entorno. Actualmente, el cuidado del paciente es inherente al de su familia, por ello, es imprescindible conocer las necesidades de ambos. El objetivo de este trabajo es identificar y describir las necesidades del paciente y su familia en una unidad de cuidados intensivos durante el proceso del final de la vida.

Objetivo: Se llev3 a cabo una revisi3n bibliogr3fica de la literatura en las bases de datos electr3nicas PubMed y CINAHL. La combinaci3n de palabras clave se llev3 a cabo con los operadores booleanos "and", "or" y "not". Los l3mites de las b3squedas fueron el a3o de publicaci3n (2006-2016) y el idioma (ingl3s y espa3ol). Se excluyeron estudios realizados en UCIs pedi3tricas y neonatales. Tras realizar la b3squeda se obtuvo un total de 167 art3culos en Pubmed y 48 en Cinahl de los cuales, tras la lectura del t3tulo, resumen y texto completo disponible se seleccionaron un total de 27 art3culos.

Resultados: Del an3lisis de los estudios seleccionados se identificaron un total de 9 grupos de necesidades comunes al paciente y su familia que son: una formaci3n adecuada de los profesionales, una comunicaci3n e informaci3n apropiada, recibir apoyo emocional y espiritual, la toma de decisiones compartida con los profesionales, un buen control de s3ntomas, la adecuaci3n del entorno de UCI, conocer sus deseos y valores, la presencia de la familia e implicaci3n de 3sta en los cuidados.

Conclusiones: Para alcanzar una muerte digna en UCI es indispensable que los profesionales tengan en cuenta y cubran estos 9 grupos de necesidades tanto del paciente como de la familia.

ID: 711. RELACI3N ENTRE CARGA LABORAL Y ADHESI3N A LAS MEDIDAS NO FARMACOL3GICAS PARA LA NEUMON3A ASOCIADA A VENTILACI3N MEC3NICA. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTIC3NTRICO

R. Jam Gatell, J. Mesquida Febrer, I. Sandalinas Mulero, C. Tur3gano Duaso, 3. Hern3ndez Vian, E. Carrillo Sant3n, R. Pedragosa Muro, J. Valls Matar3n, M. Salamero Amor3s y P. Delgado Hito

Parc Taul3 Hospital Universitari.

Introducci3n: La neumon3a asociada ventilaci3n mec3nica (NAVM) es la principal infecci3n adquirida en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La carga de trabajo de las enfermeras es considerada como uno de los factores determinantes para el cumplimiento de medidas preventivas no farmacol3gicas (MPNF) de NAVM.

Objetivo: Analizar el efecto de la carga de trabajo de la enfermera en relaci3n con el cumplimiento de MPNF de NAVM. Estudio observacional, transversal, prospectivo de las enfermeras de dos UCI adultos m3dico-quir3rgica. Poblaci3n estudio. Las enfermeras que ten3an a su cargo pacientes con VM y/o respiraci3n espont3nea con v3a a3rea artificial. 1ª fase: realizaci3n cuestionario conocimientos sobre la NAVM. 2ª fase (12 meses): observaci3n de c3mo las enfermeras en su pr3ctica real aplicaban las MPNF. Variables. Datos demogr3ficos enfermeras. MPNF: relacionadas al procedimiento aspiraci3n secreciones endotraqueales (lavado manos pre-post, uso sonda est3ril y manipulaci3n as3ptica, uso mascarilla y guantes); c3becera 30-45°; control neumatoponamiento tubo endotraqueal; higiene bucal con soluci3n clorhexidina 0,12-0,2%. Carga trabajo cuantificada mediante Nine Equivalents of Nurse Manpower Use Score (NEMS).

Resultados: De un total 96 enfermeras, se obtuvieron datos de 75 (78%), con un total de 328 observaciones. Aunque, en las enfermeras incluidas en el estudio, las respuestas correctas de los cuestionarios estuvieron entre el 91% y 100%, el cumplimiento observado de MPNF fue del 66%, con gran variabilidad en funci3n de la medida evaluada (desde 12% para lavado manos pre-aspiraci3n a casi un 100% para el uso de sonda de aspiraci3n est3ril). El an3lisis

multivariado detectó una asociación significativa entre menor cumplimiento de las MPNF con mayor edad y menor carga de trabajo.

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

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

L. Carrera Hernández, E. Aizpitarte Pejenaute, N. Zugazagoitia Ciarrusta y R. Goñi Viguria

Clinica Universidad de Navarra.

Introducción: El descanso nocturno de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede sufrir interrupciones debido a los múltiples factores presentes en este tipo de unidades, además de las ligadas al propio proceso de enfermedad. Un sueño de calidad evita la aparición de delirio además de favorecer la recuperación del paciente. Los objetivos de este estudio son: 1) describir las percepciones de los pacientes en relación al sueño nocturno y 2) elaborar un plan de cuidados que favorezca el descanso.

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

Resultados: El 48,3% de los pacientes refiere haber tenido un sueño de profundidad media quedándose dormidos casi de forma inmediata. Si se despertaban, les costaba relativamente poco volver a conciliar el sueño (49,4%). En general, el 43,7% de los pacientes, refiere haber dormido bien. Al analizar la relación entre el sueño y las diferentes variables, no hubo diferencias significativas entre días de estancia en UCI ($p = 0,443$), motivo de ingreso (médico-quirúrgico) ($p = 0,361$), edad ($p = 0,274$), género ($p = 0,36$), uso de medias de compresión neumática ($p = 0,254$) y presencia de oxigenoterapia ($p = 0,473$). Entre los factores que significativamente influyeron en el sueño, destaca la preocupación/nerviosismo ($p = 0,04$) y los ruidos de los monitores/alarmas/aparatos ($p = 0,017$).

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

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

C. Brañas Oliveras, A. Coronado Graña, N. Lauriño Verdugo, O. Terrades Matías, E. Gallart Vivé y M.A. Riera Badia

Hospital Universitari Vall d'Hebron.

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

Objetivo: Determinar la prevalencia de fatiga compasional y de distrés moral entre las enfermeras de la UCI del Hospital Vall d'Hebron. Estudio observacional descriptivo y transversal llevado a cabo en la UCI del Hospital Universitario Vall d'Hebron en enero de 2017. Los sujetos han sido todas las enfermeras de la UCI que han querido participar en el estudio voluntariamente. Variables principales: edad, sexo, turno de trabajo, experiencia en el lugar de trabajo, tipo de contrato y puntuación en las escalas Moral Distress Scale

Revised en Español y Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción ProQOL-VIV (Quality of Life Compassion Satisfaction and Fatigue Subescalas). Se ha realizado un análisis descriptivo con SPSS 21.

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

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

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

D. Gil Castillejos^a, M.Á. de Gracia Ballarín^a, C. Ferri Riera^a, R. Enríquez Sánchez^a, S. Rosich Andreu^a, M.L. Fortes del Valle^a, M.A. Bodí Saera^a y A. Sandiumenge Camps^b

^aHospital Universitario Joan XXIII. ^bHospital Universitari Vall d'Hebron.

Introducción: La sedación difícil (SD) engloba las situaciones en que el paciente, en ventilación mecánica (VM), necesita mayores dosis de sedantes para conseguir la profundidad de la sedación deseada, o cuando aparece privación al descender las dosis de los sedantes administrados (Chamorro et al. Med Intensiva. 2008;32 Supl 1:31-7). La SD aumenta la morbimortalidad, los efectos farmacológicos adversos y prolonga el tiempo de VM, estancia en UCI y hospitalaria. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de la SD sobre la evolución de aquellos que la sufrieron.

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

Resultados: Se presentan en las tablas.

Impacto	SD	No SD	Sig
Tiempo VM (horas), mediana [máx, min]	413,4 [2.133,4; 66,3]	155,4 [24,0; 1.111,2]	0,001
Estancia (horas), mediana [máx, min]	669,5 [2.133,4; 143,9]	319,2 [67,2; 1.454,4]	0,003
Traqueotomías (%)	66,7%	30%	0,004
Complicaciones agudas (%)			
Extubación no programada	90%	3,3%	0,000
Retirada accidental			
Dispositivos			
Agitación			
Agresión			
Complicaciones crónicas (%)			
Infecciosas	73,3%	6,7%	0,000
Debilidad adquirida			
Lesiones derivadas de la dependencia			

Datos epidemiológicos	SD	No SD	Sig
Edad (media ± DE)	58,44 ± 116,82	64,2 ± 11,5	NS
IMC (media ± DE)	26,50 ± 4,03	27,1 ± 6,31	NS
Sexo (%)	56,7% varón	63,3% varón	NS
Tipo de paciente (%)	40% médico	46,6% médico	NS
	40% quirúrgico	53,3% quirúrgico	NS
	20% traumático	0% traumático	NS
APACHE II (media ± DE)	24,56 ± 9,40	28,7 ± 8,7	NS
Tabaco (%)	43,3%	26,7%	NS
Alcohol (%)	30%	16,7%	NS
Drogas de abuso (coca, opiáceos, alucinógenos) (%)	10%	0%	NS
Sustancias psicoactivas prescritas (benzodiacepinas, neurolepticos, antidepresivos) (%)	16,7%	10%	NS

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

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

C. Carrilero López^a, M.D. Castillo Lag^a, J. García Vitoria^a, E. Ruiz-Escribano Taravilla^a, M.D. Saiz Vinuesa^a, V. Rojano Ibáñez^a, I. López Sánchez^a, L. Tornero Sánchez^a, Á. Prado Mira^a y B. Bonaga Serrano^b

^aComplejo Hospitalario Universitario de Albacete. ^bHospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

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

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

Resultados: 140 pacientes, 60,7% hombres. 66,4% tuvieron dolor, siendo el 32,9% postoperatorio. Edad media 61,62 años (d.t. = 15,35), IC95% [59,05-64,18] con estancia media 4,75 días (d.t. = 5,31; IC95% [3,86-5,64]). APACHE II medio 16,40 (d.t. = 7,13; IC95% [10,25-21]). Ventilación mecánica 33,6%. Valoraciones dolor con escala en el 97,1%, y reevaluaciones periódicas. Un 21,8% presentaron dolor intenso primeras 24h del ingreso, un 28,7% dolor intenso durante el ingreso. Los posquirúrgicos presentan mayor intensidad de dolor en

las primeras 24 horas, p = 0,002 sin relación entre el máximo dolor y el sexo. Los más graves presentan mayor estancia, p = 0,000 (r = 0,33) y tienen menor intensidad de dolor en las primeras 24h, p = 0,004 (r = -0,25) relacionados con mayor necesidad de VM (dt: 3,1).

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

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

M. García González, C. Javier Corchete, M.D. Castro González y Ó. Rina

Complejo Hospitalario de Toledo.

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

Objetivo: Medición de las cargas de trabajo de enfermería en UCI de nivel III mediante escalas NAS y NEMS. Estudiar la relación y comparación de resultados entre ambas escalas. Conocer las cargas de trabajo de enfermería de nuestra UCI y relacionarlo con la dotación de personal de enfermería. Estudio observacional descriptivo prospectivo, muestra: 400 pacientes ingresados más de 24 horas; periodo de tiempo: 8 meses. Revisión bibliográfica sobre cargas de trabajo en las UCI. Medición escalas NAS y NEMS en días y pacientes aleatorios. Análisis estadístico mediante SPSS17. Visto bueno del comité de ética y unidad de investigación del hospital.

Resultados: Los resultados obtenidos indican una variabilidad superior a lo esperado entre ambas escalas de medición. Se diferencian también las puntuaciones si se trata de un ingreso o de un paciente que lleve días ingresado en la UCI. Se obtiene un p < 0,05 en medición de cargas entre una escala y otra.

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

ID: 761. REGISTRO ESPAÑOL DE PCR EXTRAHOSPITALARIA: COMPARATIVA CON BALEARES

N. Martínez Cuellar, I. Cenicerros Rozalén, P. Rubio Roca, C. Escoda Francolí, J. Santalieu Grau, R. Martín Brigidano e I. Rubí Alzugarai

GAU 061-Baleares.

Introducción: El registro nacional de PCR a nivel extrahospitalario OHSCAR contiene datos sobre la actuación de los diferentes sistemas de emergencias, y la evolución de los pacientes que han recuperado la circulación espontánea (RCE) tras ingresar en las unidades de cuidados intensivos. Analizar la evolución de los pacientes que han sufrido una PCR en nuestra comunidad, respecto a la media nacional.

Objetivo: Estudio descriptivo progresivo de PCR atendidas de octubre 2013 a octubre de 2014 en las 17 Comunidades Autónomas españolas. Se incluyeron las PCR atendidas por lo EE y las recuperadas por otro interviniente: Se excluyen las reanimaciones fútiles. Variables: clínicas epidemiológicas de pacientes incluidos, incluidas en Ohscar, con

medidas de tendencia central y desviación para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.

Resultados: Se realiza una comparativa entre los datos a nivel nacional y en nuestra comunidad autónoma Baleares. El total de PCR incluidas fueron 9.347 de la cuales 404 (3,5%) fueron registradas en Baleares. Se realizó soporte vital básico antes de la llegada de los EE en 4980 a nivel nacional (56,7%) bien por testigos, personal sanitario u otros organismos públicos no sanitarios, y en Baleares en el 72%. El ritmo PCR registrado fue desfibrilable en el 22,1% y 26.4% respectivamente. RCE al ingreso en hospital: 30,5 y 42,1% respectivos siendo hasta 50,6 y 57,1 si el ritmo inicial era desfibrilable y de estos, al alta con buen nivel neurológico tenemos 86,1 y 86,9%.

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

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

J.M. Blanco Colange, J.A. Simarro Blasco, M. Noheda Recuenco, I. Martínez Toledo, M. Escamilla Saiz, M. Abanades Contreras, M.T. de las Heras Laín, M. Bascañana Blasco, C. Checa Osma y V. Osma Pérez

Hospital Virgen de la Luz.

Introducción: La aerosolterapia es un pilar fundamental para la administración de fármacos específicos en el tratamiento de patolo-

gía pulmonar. En pacientes ventilados invasivamente se consigue la máxima eficacia terapéutica del fármaco evitando las dificultades que afectan a la entrega.

Objetivo: Elaborar una revisión bibliográfica para determinar la manera más efectiva de entregar medicación por medio de aerosoles en el paciente con ventilación mecánica invasiva. Conocer la evidencia científica para optimizar la entrega del fármaco aerosolizado. Identificar los factores modificadores de la entrega de fármaco. Revisión en bases de datos Pubmed, Lilacs, tripdatabase y Cochrane plus. La escala PEDro para evaluar la validez. En marzo 2016. Datos de estudios in vivo e in vitro con ventilación mecánica. Los factores estudiados han sido: el tipo de dispositivo que genera el aerosol acompañado o no de cámara espaciadora, los parámetros del ventilador, la aplicación de humidificador y la densidad del gas utilizado. Criterios de exclusión: ventilación mecánica no invasiva y menores de 18 años.

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

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