

**COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA
COMUNICACIONES ORALES BREVES**

**ENFERMERÍA: ABORDAJE DEL PACIENTE
PLURIPATOLÓGICO Y OTRAS ENFERMEDADES
COMPLEJAS**

**ENF-E-03. ICONOGRAFÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE
CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ALTA
COMPLEJIDAD**

C. Núñez Ortiz¹, L. Camacho Guerrero¹, M. Gallego Galisteo²

¹Hospitalización Médica 2. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

²Farmacia. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

- JUVÉ UDINA, E., MATAD CALVO, C., FARRERO MUÑOZ, S., JIMÉNEZ PÉREZ, H., RODRÍGUEZ GÍAS, E., MARTÍNEZ MUÑOZ, M., ET AL. Intensidad de cuidados enfermeros: ¿cargas de trabajo o complejidad individual? En: *Met. Enferm.* 2010,13(8):6-14.
- FERNÁNDEZ-LÓPEZ A, SANZ-AMORES R, CÍA-RAMOS R, BOCETA-OSUNA J, MARTÍN-ROSELLÓ M, DUQUE-GRANADO A ET AL. Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos. En: *Med. Pal*, 15(5), 287-92.

OBJETIVOS: Describir el diseño y el procedimiento de identificación y transferencia de cuidados en una unidad de alta complejidad de cuidados como medida de eficiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: La herramienta de transferencia de información mediante la simbolización de cuidados fue diseñada e implementada por Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) y Enfermeras de una unidad de alta complejidad con pacientes pertenecientes al Servicio de Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas y Cuidados Paliativos.

RESULTADOS: La herramienta consiste en un panel sectorizado (Fig.1), según sectorización funcional de la unidad, identificando el equipo Enfermera/TCAE responsables de los cuidados del paciente cada día.

Se encuentra localizado en el Control de Enfermería de la unidad con fácil acceso a todos los profesionales (personal sanitario, celadores y servicio de limpieza), pero manteniendo la confidencialidad de los datos para el resto de visitantes.

Con el fin de homogeneizar el lenguaje y los cuidados del paciente, estos se han identificado mediante siglas e iconografía sencilla imantada. De este modo, mediante un sencillo código de imágenes, se identifican características relevantes del paciente como:

- Grupo de edad y sexo.
- Riesgo de caídas.
- Incontinencia.
- Nivel de dependencia.
- Grado de movilidad (en cama, con ayuda...).
- Pruebas complementarias (TAC, Resonancia Magnética, CPRE, Cateterismo cardíaco, etc.).
- Recogida de muestras (orina, esputo...).

DISCUSIÓN: El panel de cuidados se ha convertido en una herramienta de gran valor clínico, convirtiéndose en un canal de comunicación ágil y eficiente para el equipo multidisciplinar que desarrolla su actividad asistencial en la unidad de hospitalización.

Ha permitido una comunicación homogeneizada y simple entre todo el equipo, con una asignación por sectores de los recursos en función de la complejidad (1), gracias a ello se ha mejorado la seguridad del paciente y la coordinación eficiente de los recursos de la unidad.

CONCLUSIONES: El panel informativo facilita información actualizada e importante para el proceso del paciente, estando al alcance de todo el equipo de profesionales minimizando el riesgo de olvidos en la prestación de cuidados, limitando errores en la identificación de la complejidad del paciente y favoreciendo una mejora en la productividad y asignación de recursos según carga global de trabajo e incluso por grado de complejidad (2).



Figura 1.

ENF-E-04. ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES FRÁGILES EN UNA UNIDAD DE DÍA DE MEDICINA INTERNA EN EL AGS SUR DE SEVILLA A TRAVÉS DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

J. Doblado Roldán¹, M. Buiza Gandullo¹, E. Bayol Serradilla¹, A. Ruiz Acosta¹, M. Gómez Sánchez¹

¹Medicina Interna. Hospital de El Tomillar. Dos Hermanas (Sevilla).

- AYUSO MURILLO D, DE ANDRÉS GIMENO B. *Gestión de la Calidad de Cuidados en Enfermería. Seguridad del paciente*. Barcelona: Diaz de Santos. 2015.
- *Ley de Protección de Datos* (15/1999 de 13 de Diciembre).
- *I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia, 2016-2020*.

OBJETIVOS:

- Controlar el flujo de pacientes frágiles en el manejo de sus exacerbaciones y permitir ingresos hospitalarios evitando el paso por el Servicio de Urgencias hospitalario
- Convertirse en el nexo de unión entre Atención Primaria y Atención Especializada, coordinando a todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes pluripatológicos crónicos y frágiles, a través de la continuidad de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descriptivo observacional retrospectivo, donde se lleva a cabo un resumen objetivo de las actividades que se llevan a cabo en la Unidad de Día, así como la evolución de los cuidados en los últimos años en los pacientes pluripatológicos complejos y en los paliativos del Área Sur de Sevilla.

RESULTADOS: Hospitalización directa del 47% de los ingresos totales del servicio de Medicina Interna del Hospital el Tomillar. Soporte domiciliario telefónico.

Realización de pruebas complejas que evitan la hospitalización.

DISCUSIÓN: El papel de la Enfermería es fundamental en una Unidad de día integrada y polivalente.

CONCLUSIONES: Manejo ambulatorio de pacientes frágiles aumentando la actividad externa dentro del hospital y disminuyendo la estancia media.

Participamos activamente en la tutela compartida del paciente.

ENF-E-06. DETERIORO COGNITIVO LEVE. IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

L. Espejo Rodríguez¹, M. del Olmo Rodríguez²

¹Cirugía. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

²URG. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén).

- ROBLES MJ, FORT I. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. En: *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009;44:2-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X09002145>

OBJETIVOS:

- Conocer la enfermedad para la identificación precoz de la misma
- Identificar las diferencias entre envejecimiento normal, delirium y deterioro cognitivo leve.
- Detectar los principales factores predictivos del deterioro cognitivo leve.

- Exponer las intervenciones de enfermería una vez instaurada la enfermedad para evitar su progresión, sea cual sea su estado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos (PubMed, ScienceDirect, SciELO), limitando la búsqueda a artículos publicados en español e inglés y aquellos con fecha de publicación posterior al año 2010. Se utilizaron como palabras clave: Deterioro cognitivo leve, demencia, cuidados de enfermería (Cognitive Dysfunction, nursing care, dementia).

RESULTADOS: El deterioro cognitivo leve (DCL) se corresponde a un estadio intermedio que se sitúa entre el estado cognitivo normal y la demencia que se caracteriza por presentar un alteración mensurable en una o más funciones cognitivas superiores, frecuentemente con afectación aislada de la memoria episódica (DCL amnésico, cuyo seguimiento evolutivo, en múltiples ocasiones lleva a la enfermedad de Alzheimer) frente a otras formas tales como lenguaje, funciones ejecutivas, visuales o praxias (DCL no amnésico). (1).

DISCUSIÓN: Son diversos los factores predictores y de riesgo biológicos/orgánicos: Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus tipo 2, Obesidad y síndrome metabólico, Insuficiencia cardíaca y FA, ejercicio, así como los predictores psicológicos: Factores como tener una capacidad lingüística disminuida, un bajo nivel intelectual durante la infancia y un potencial de aprendizaje bajo (plasticidad cognitiva) puede ser un predictor de deterioro cognitivo, estrechamente relacionados con los sociodemográficos que resultan muy importantes para la detección precoz.

CONCLUSIONES: Todo lo anterior expuesto conlleva a una serie de intervenciones de enfermería (NIC) que ayudarán a una mejor progresión de la enfermedad, tales como:

- Control de factores del riesgo cardiovascular
- Ejercicio físico: [5360] Terapia de entretenimiento [200] Fomento del ejercicio
- Intervenciones cognitivas: Estimulación cognitiva [6450] Manejo de las ideas delirantes
- Intervenciones psicosociales: [5330] Control del estado de ánimo [5250] Apoyo en la toma de decisiones.

ENF-E-07. REGISTROS INFORMATIZADOS DEL DOLOR EN PACIENTES PALIATIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

C. Hurtado Pedrosa¹, A. Arroyo Rodríguez²

¹Medicina Interna. Hospital San Juan De Dios Del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

²Departamento Enfermería. Centro Universitario de Enfermería "San Juan De Dios". Bormujos, Sevilla.

- PLAZZOTTA F, LUNA D, GONZÁLEZ BERNALDO DE QUIRÓS F. Sistemas de Información en Salud: Integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. En: *Rev. perú. med.exp. salud* 2015; 32 (2).

OBJETIVOS: Analizar los registros informatizados de enfermería en las unidades de Medicina Interna del HSJDA a la hora de anotar el dolor referido por los pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos y su repercusión a la hora de la toma de decisión en la administración de analgesia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de casos mediante la revisión de 217 historias clínicas.

RESULTADOS: En el 58,5% de los registros de enfermería, tanto en la actividad "Cuantificación del dolor" como en evoluciones, hay referencias a sintomatología dolorosa, por ello no debemos dejar de tener en cuenta este síntoma en el paciente

paliativo oncológico y no oncológico. Sólo en el 30,87% se anotó en la historia clínica en la actividad de enfermería "Cuantificación del dolor". Por otro lado, en el campo de evoluciones de enfermería encontramos alguna referencia al "dolor" del paciente en el 27% de los casos. En el 52,6% de los casos en los que no se registró ningún valor en la actividad de enfermería "Cuantificación del dolor" tenían como analgesia de rescate morfina, y se registró su administración en un 34,1% de los casos.

DISCUSIÓN: Por tanto, estamos de acuerdo con el estudio de Plazzotta et al. cuando concluye diciendo que si bien los beneficios de las TIC resultan claros y suficientes, la evidencia demuestra que la adopción de nuevos sistemas de información en la capa clínica no es una tarea fácil y las tasas de utilización no son las esperadas para el momento tecnológico que estamos viviendo.

CONCLUSIONES: El dolor es uno de los síntomas destacados a tratar en los pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos, por tanto, no debe dejar de realizarse una correcta valoración y registro de este síntoma ya que su manejo adecuado supondrá para el paciente paliativo la garantía de unos cuidados de enfermería de calidad. La revisión realizada de los registros de enfermería arroja resultados que indican una escasa cumplimentación de los mismos.

TOTAL DE PACIENTES	217
EVA REGISTRADO	67
EVA NO REGISTRADO	150

Tabla 1. Número de Pacientes con registro "Cuantificación del dolor"

ENFERMERÍA: NUEVAS TENDENCIAS EN ENFERMERÍA

ENF-N-01. UNA ESCALA NOVEDOSA: LA QSOFA

M. Carvajal Almira¹, S. Pacheco Pastor¹, M. Valero Legidos¹
¹Medicina Interna/ UEI. Hospital General de Elche. Elche (Alicante).

- SINGER M, DEUTSCHMAN CS, SEYMOUR C ET AL. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). En: *JAMA*. 2016;315(8):801-810.

OBJETIVOS: Conocer los distintos parámetros que mide la qSofa.

Valorar las ventajas de la utilización de la escala qSOFA para diagnóstico precoz en pacientes con sospecha de sepsis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Medline, Cochrane, Scielo, Pubmed También en páginas web como q-Sofa, intranet.

Palabras clave: sepsis, escala, diagnostico e infección.

RESULTADOS: Con la utilización de esta escala:

Desaparecen los criterios SIRS de la definición de sepsis.

Si están presentes al menos dos de los tres criterios; la qSOFA tiene validez predictiva similar al SOFA y permite detectar de forma rápida pacientes con sospecha de infección.

Desaparece el concepto de sepsis grave como sepsis asociada a distinción orgánica confirmada con parámetros bioquímicos y fisiopatológicos que resultan más complejos

Se modifica el tratamiento ante el shock séptico.

Una puntuación baja no elimina la posibilidad de sepsis, y se recomienda seguir evaluando al paciente, si sigue siendo sospechoso.

Una puntuación alta induce a adoptar medidas más concretas de tratamiento (medición de lactato, evaluación con SOFA, tratamiento antibiótico y fluidoterapia).

DISCUSIÓN: Tema novedoso ya que la escala aparece en el 2016. La mayor parte de información se encuentra en distintas páginas web de salud .No existe un estudio observacional donde se aplique esta escala y se pueda ver la validez de los parámetros que estudia.

A pesar del aumento de la incidencia de la sepsis la mortalidad ha disminuido entre un 3-7 % por lo que puede haber contribuido la mejora en el diagnóstico precoz y la rapidez en la aplicación del tratamiento.

CONCLUSIONES: Las nuevas definiciones y criterios actualizados deben facilitar el diagnóstico y tratamiento más oportuno de estos pacientes.

La implantación de escala en unidades de hospitalización permite el diagnóstico precoz en aquellos pacientes que presentan infección.

La escala incluye criterios clínicos que son fáciles y rápidamente valorables a pie de cama.

Es de fácil aplicación por personal de enfermería con la monitorización de la alteración del estado mental, Tensión Arterial y Frecuencia Respiratoria.

F. Respiratoria	≥22 rpm
Alteración Nivel de Conciencia	Glasgow ≤ 13 puntos
Presión Arterial Sistólica	≤ 100mmHg

Tabla 1. Escala q-Sofa

ENF-N-02. EL CATÉTER MIDLINE, UN NUEVO ESLABÓN EN LA TERAPIA INTRAVENOSA

I. Valero Legidos¹, M. Carvajal Almira¹, S. Pacheco Pastor¹
¹Medicina Interna/ UEI. Hospital General de Elche. Elche (Alicante).

- PITTIRUTI M, SCOPPETTUOLO G. Traducción al español: ORTIZ MILUY G, RUIZ P. *Manual. GAVeCeLT Sobre Catéter PICC Y MIDLINE*. 1ª edición. Italia .2017 Edra S.p.

OBJETIVOS: Conocer los distintos catéteres que se dispone en el mercado

Elección del catéter adecuado a las necesidades del paciente, elaborando para ello un algoritmo de decisión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los catéteres midline presentan diferentes calibres (3,4, 5 french) y una longitud de 20cm.

Su diseño e inserción es similar a los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) ya que se colocan generalmente en la vena braquial o cefálica del brazo mediante técnica eco guiada, y el extremo distal termina por debajo del nivel de la línea axilar y no debe verificarse su localización puesto que no se insertan en grandes vasos o aurícula.

Posibilidad de inserción a pie de cama con personal entrenado.