

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 Almira<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>, M. Valero Legidos<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina 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 Legidos<sup>1</sup>, M. Carvajal Almira<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina 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.

**RESULTADOS:** Hemos realizado un algoritmo en nuestra unidad para la elección del catéter adecuado, siendo una de nuestras opciones más usadas los midline.

**DISCUSIÓN:** Los catéteres Midline son un eslabón importante en la terapia intravenosa: Rápida inserción.

No precisan de métodos avanzados de localización de su extremo distal.

Presentan una alta seguridad en la administración de medicamentos por vía periférica Libre de complicaciones tromboticas e infecciosas.

Fácil autocuidado. Media- larga duración

Mejor coste efectividad respecto al PICC y BH.

**CONCLUSIONES:** El acceso intravenoso forma parte de nuestra práctica diaria y constituye un pilar fundamental para la administración de medicación, fluidoterapia, hemoderivados, etc...

Debido al envejecimiento de la población, a la polimedicación, a la duración de los tratamientos, y a los pacientes DIVA (Difícil Acceso Intravenoso) la instauración de catéteres venosos de larga duración se hace imprescindible para preservar el capital venoso de los pacientes.

El uso del catéter adecuado siguiendo algoritmos de decisión mejora la seguridad del paciente y preserva su capital venoso.

CANULA CORTA CLÁSICA	CATÉTER MIDLINE	PICC
Acceso periférico < 1 semana. Uso exclusivo intrahospitalario.	Acceso periférico > 2 semanas. Uso intra y extrahospitalario. Uso de fármacos con 5< pH >9. Osmolaridad < 600 mOsm/l	Acceso periférico > 4 semanas. Uso intra y extrahospitalario pH<5 o pH>9. Osmolaridad > 600. Fármacos irritantes

Tabla 1. Algoritmo para la elección del acceso venoso en el adulto

### ENF-N-03. BUSCANDO LA VENA PERDIDA UTILIZANDO EL ECÓGRAFO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

M. Carvajal Almira<sup>1</sup>, M. Valero Legidos<sup>1</sup>, S. Pacheco Pastor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna/ UEI. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante).

- HEINRICH J, FRITZE Z, VANDERMEER B, KLASSEN T, CURTIS S. Ultrasonographically guided peripheral intravenous cannulation of children and adults: a systematic review and meta-analysis. En: *Ann Emerg Med*. 2013 Apr;61(4):444-454.

**OBJETIVOS:** Buscar la evidencia científica disponible sobre la utilización del ecógrafo por enfermería para la canalización de vías periféricas. Sus Indicaciones y ventajas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Búsqueda Bibliográfica en Bases de Datos: Medline, Pubmed, CINAHL y Cuiden Plus. Palabras Claves: ultrasonidos, ecografía, enfermería y técnicas.

Criterios Inclusión: Acceso gratuito al texto completo del estudio, adecuación a los objetivos planteados y periodo de publicación entre 2006 y 2018.

Criterios Exclusión: Aquellos que no se permitía el acceso al abstract del estudio y en los que la ecografía no se realiza por enfermería.

**RESULTADOS:** Encontramos 23 artículos que demostraron la utilidad del ecógrafo, de los cuales destacamos 3.

Revisión Bibliográfica realizada por Heinrichs J. Incluye ensayos aleatorios donde se analizan ítems como canalización ecoguiada, canalización fallada, tiempo de realización de la técnica. Demuestran que la canalización ecoguiada disminuye el tiempo de la duración de la técnica y el riesgo de fracaso al primer intento.

El estudio de Gina Maiocco en el que se logra canalizar 72 vías periféricas ecoguiadas en un año y no se observan complicaciones derivadas de las canalizaciones.

En España destaca el estudio descriptivo realizado por Rodríguez Calero en el que se analizan 51 casos donde se demuestra que las técnicas asistidas por ecografía son más eficaces que el abordaje tradicional.

**CONCLUSIONES:** Ante la dificultad que presentan ciertos pacientes a la hora de la canalización de una vía periférica muchos profesionales de enfermería están optando en la utilización del ecógrafo para realizar esta técnica

La utilización de la ecografía para las canalizaciones periféricas permite un acceso venoso periférico seguro, adecuado y confortable. Se reduce las complicaciones y los costes.

Existen indicios de la existencia de factores inherentes al paciente (pacientes pluripatológicos, obesos) que asociados a la dificultad en las punciones periféricas hace de las técnicas ecoguiadas una solución muy a tener en cuenta.

Se debe realizar por personal entrenado en la técnica.

Diversos estudios demuestran las ventajas de esta técnica frente a la tradicional.

### ENF-N-04. LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

M. Luque Mérida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

- MOLINA MÉRIDA O, SÁNCHEZ ACHA Y. Seguridad del paciente en la transferencia de Información-Comunicación. Pag 1. 2010.
- Plan de Atención de Enfermería en el Hospital Comarcal de la Axarquía. Hospital Comarcal de la Axarquía 2010.

#### OBJETIVOS:

- Unificar criterios de actuación en la realización de transferencia de pacientes del Área.
- Prevenir y evitar posibles complicaciones que puedan afectar al paciente durante la transferencia de pacientes.
- Proporcionar atención basada en el mejor conocimiento científico-técnico disponible.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Como material se ha utilizado el "Procedimiento de Transferencia" elaborado en el Área de Gestión Sanitaria por los responsables y profesionales de cada Unidades de Gestión Clínica. Se ha instaurado en nuestra unidad el procedimiento que permite normalizar la transferencia de pacientes dentro del hospital, entre profesionales de urgencias y medicina interna. El método utilizado para la evaluación de la eficacia del procedimiento puesto en marcha, se han utilizado hojas de verificación ("check-list"), una para el traslado de pacientes desde Servicio de Urgencias Hospitalaria (SUH) a nuestra unidad donde están considerados 26 ítems distribuidos

por área de interés para cada uno de los intervinientes, sanitario y no sanitarios, involucrados en el proceso.

**RESULTADOS:** Puesta en marcha de un procedimiento que asegura la transferencia entre pacientes con un método común (IDEAS) y con una aplicación informática como herramienta que permite incorporar modificaciones en las rutinas de trabajo y que se convierte en una potente fuente de información para establecer mejoras constantes en el proceso. La introducción de esta metodología ha supuesto en el año que llevamos en marcha la adhesión a la estrategia en el ámbito hospitalario de un 87%. Sorprende gratamente el alto nivel de adhesión por parte de los profesionales lo que nos invita a proyectar a futuro la realización de una encuesta de satisfacción con fines de control de calidad.

ACCIONES / ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES 3			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A1: Diseñar la difusión												
A2: Difundir y validar el procedimiento por el equipo de implantación												
A3: Nombrar personas responsables de organizar la difusión												
A4: Diseñar las sesiones informativas												
B1: Difundir y validar el organigrama de difusión												
B2: Nombrar personas responsables de impartir las sesiones informativas												
B3: Desarrollar las sesiones informativas												
B4: Presentar en la sectorial de Enfermería												
C1: Incluir mensualmente dentro del orden del día de la sectorial de Enfermería.												
C2: Añadir los indicadores de cumplimiento en el cuadro de mandos												
C3: Añadir al contrato programa de las UGCs												

Tabla 1.

**ENF-N-05. PROCESO DE DESARROLLO DE UN PROYECTO DE GESTIÓN COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES**

R. Domínguez Robles<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

- *Manual de protocolos y procedimientos general de Enfermería.* Hospital Universitario Reina Sofía. Traslado y recepción de pacientes. 2011.
- *Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos*, cap. 12.1 Transporte de pacientes en estado crítico. Un Net.
- *DAY SE: Estabilización y tratamiento durante el transporte del niño.* Medicina del transporte. Ed Interamericana. Philadelphia 19.
- [www.med.ub.es/all-net/spanish/ekgpage/ekege-1.html](http://www.med.ub.es/all-net/spanish/ekgpage/ekege-1.html)
- [www.intersalud.net/enfermeria/3-4-4.htm](http://www.intersalud.net/enfermeria/3-4-4.htm)

**OBJETIVOS:**

- Proporcionar al equipo que coordina la transferencia del paciente, un conjunto sencillo y eficiente de prioridades, para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación.
- Cambio de cultura de los profesionales en relación con el concepto de seguridad del paciente.
- Garantizar la implicación de todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención al paciente.
- Reducir errores asociados en la atención del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Propuesta de la necesidad de generar un documento que unificara la práctica asistencial por parte de los responsables de las Unidades con mayor impacto sobre la transferencia de pacientes. Para poderlo realizar los pasos iniciales fueron conseguir el apoyo de la Dirección Gerencia del Área y los responsables de todas las Áreas. Se estableció un calendario para el desarrollo del documento final que se obtuvo con la participación adicional de todos los responsables, lo que permitió la redacción de un documento que recogía las inquietudes y necesidades de los diferentes niveles de intervención en relación con la seguridad del paciente. Se procedió a la difusión del documento final a través de la web del Área, correo electrónico y 17 sesiones informativa durante un mes con un total de 234 asistentes.

**RESULTADOS:** La redacción del documento para todo un Área de Gestión Sanitaria es resultado de un año de intenso trabajo y la participación de un elevado número de profesionales y responsables de la diferentes Unidades del Área. Es por ello, que este protocolo es importante y dada la implicación de toda la organización sanitaria del Área, y por tanto recogen los diferentes escenarios clínicos con los criterios de seguridad de los distintos niveles de asistencia al paciente.

DATOS TRANSFERENCIA HOSPITALIZACIÓN 2018												
%												
Transferencia	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	TOTAL	
M.Interna	99,7	64,5	84,3	86,4	101,0	85,7	91,1	91,9	81,9	90,6	87,1%	
C. General	100	68,5	72,6	116,4	52,5	53,9	31,1	61,7	55,8	85,2	67,4%	
Traumatología	56	77,2	100	107	28,0	18,7	13,2	41,9	43,3	56,3	52,1%	
G. Obstetricia			100	108,7	5,2	128,9	151,6	188,2	137,2	108,9	88,6%	
Pediatría			0	104,8	126,1	117,4	68	87,5	81,0	71,4	56,8%	
UCI	50	37,5	45,5	110	53,8	66,7	90,9	20	30,0	0	52,8%	
ASEMA	86,5	67,9	79,1	101,3	48,4	50,9	80	94,2	83,3	85,4	75,3%	
Número:												
• Sin identificar	0	0	0	6	9	9	3	0	0	5	32	

Tabla 1.

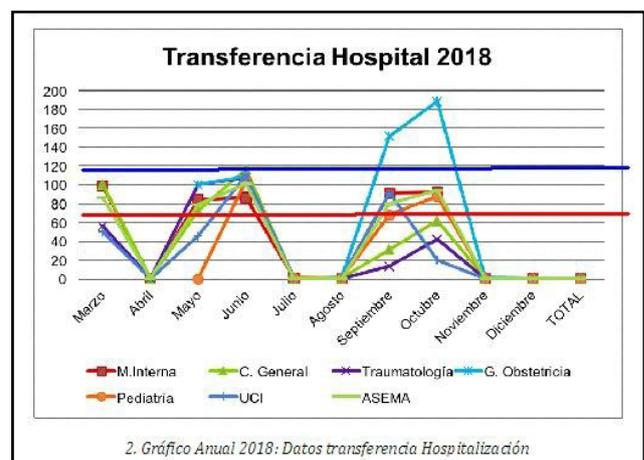


Figura 1.