
Mesas redondas del XXXI Congreso Nacional de la SEEIUC

La Coruña, 19-22 de junio de 2005

28

SESIÓN TEMÁTICA: PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Moderadora: Alicia Robas Gómez

Hospital Ntra. Sra. de la Misericordia. Toledo.

Ponente: Juan José Rodríguez Mondéjar

Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia.

D. Juan José Rodríguez Mondéjar, inició la sesión definiendo el concepto síndrome confusional agudo como el trastorno reversible y de inicio súbito que se caracteriza, fundamentalmente, por un deterioro de la función cognitiva y que puede ir o no acompañado de desorientación; también existe alteración de la percepción, pensamientos anormales y comportamiento inapropiado.

Es el trastorno neuroconductual que con más frecuencia se ve en los hospitales; destacar que en la unidad de cuidados intensivos (UCI) lo presentan entre un 20 y un 30% de los pacientes y entre un 14 y un 56% de todos los hospitalizados con edades superiores a 65 años.

Es, por tanto, fácil deducir la importancia que tiene en este síndrome el desarrollo de una buena prevención primaria cuyos pilares fundamentales podrían ser:

- Rápida orientación.
- Potenciación del ritmo sueño-vigilia.
- Movilización temprana.
- Retirada de catéteres innecesarios y de la sujeción física.
- Colocación de lentes y audífonos.
- Prevención de la deshidratación.

Cuando todo esto no funciona y el paciente desarrolla un síndrome confusional agudo, entonces lo que procede es disminuir su duración en la medida de lo posible y evitar sus complicaciones. El empleo de fármacos debería posponerse a la atención de todos los factores modificables anteriormente expuestos.

A continuación expuso el desarrollo del proceso enfermero en el síndrome confusional agudo con la valoración del paciente, la formulación del diagnóstico enfermero según la NANDA, las intervenciones a realizar y los resultados.

Y finalizó con las siguientes conclusiones:

- Por ser un proceso que aparece frecuentemente en la UCI, el personal de enfermería debería documentarse y estar familiarizado con sus cuidados.
- Si cuando aparece, siempre son los fármacos la primera opción, la aportación del personal de enfermería será mínima.
- Sería aconsejable desarrollar protocolos y hacer seguimiento de su aplicación.
- Son necesarias grandes dosis de paciencia y constancia.
- Y como conclusión propia, añadiría que hay que creer en lo que se hace, como Juanjo nos demostró durante su sesión.

SESIÓN TEMÁTICA: BIBLIOTECA VIRTUAL

Moderadora: Olga soriano Berenguer

CIMA-Centro Internacional de Medicina Avanzada. Barcelona

Ponente: Albert Cortés

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Esta sesión temática fue presentada por Albert Cortés, enfermero del Servicio de Microbiología del hospital Vall d'Hebron, experto universitario en aplicaciones multimedia para Internet, Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Informática e Internet, Codirector de Salud multimedia y editor de páginas *web*.

En ella expuso un recuerdo histórico de la evolución que ha ido realizando Internet como instrumento de difusión del conocimiento científico, así como de las herramientas básicas que precisan los usuarios para su utilización.

Se analizan las diferentes ofertas que desde estos espacios encuentran los profesionales de la salud, así como la calidad y rigor científico que éstos ofrecen: bases de datos; publicaciones; sociedades científicas; cursos/instrumentos de apoyo a la formación; congresos; foros temáticos; legislación y administración; servicios de salud.

También se habló acerca de la seguridad y los derechos sobre la propiedad intelectual.

Para finalizar, los asistentes pudieron participar y realizaron cuestiones y aportaciones de gran interés para todos.

SESIÓN CONJUNTA: CALIDAD EN UCI. CALIDAD OFRECIDA Y CALIDAD PERCIBIDA

Moderadores: Lluís Cabré Pericas

Hospital de Barcelona. SCIAS. Barcelona

Rosa García Díez

Hospital de Basurto. Bilbao

Ponentes: Rosa María Saura Grisol

Fundación Avedis Donabedian. Barcelona

Maria Cruz Martín Delgado

Centro Médico Delfos. Barcelona

Rosa González Gutiérrez-Sola

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña

Carmen Asiain Erro

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

Durante el desarrollo de esta sesión conjunta acerca de la calidad en UCI, en la que participaron 2 enfermeras y 2 médicos, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias (SEMICYUC) presentó el libro *Indicadores de calidad en el enfermo crítico*, publicado por esta sociedad en colaboración con la Fundación Avedis Donabedian (FAD).

Inició la sesión la Dra. Rosa M. Saura de la FAD, directora y coordinadora del proyecto, con la presentación de la metodología utilizada para el estudio de los indicadores. Destacó que los indicadores no se deben interpretar como herramientas de control de nuestro trabajo sino como un sistema de autoevaluación que nos permitirá analizar cómo llevamos a cabo la asistencia al paciente y cuáles son los aspectos a mejorar.

A continuación intervino la Dra. M. Cruz Martín, encargada de la dirección científica en la elaboración de los indicadores de calidad. Explicó el plan de trabajo llevado a cabo desde la creación de un amplio grupo de trabajo constituido mayoritariamente por

médicos intensivistas de la SEMICYUC y un reducido grupo de enfermeras de la SEEIUC. Ambos grupos elaboraban los indicadores, que posteriormente se remitían a otro grupo de profesionales que no habían participado en el proceso de diseño. Además, contaban con el asesoramiento de la FAD y otros especialistas o consultores para temas específicos.

El número total de indicadores elaborados ha sido 120, de los que 20 se consideran como los más relevantes o básicos y que recomiendan de aplicación en todas las UCI.

Seguidamente, Dña. Rosa González Gutiérrez-Sola, enfermera del Hospital Juan Canalejo de La Coruña, con el título «Experiencia e innovación. Calidad de los cuidados y nuevas tecnologías», realizó una breve introducción en la que destacó cómo la profesionalización de la enfermería ha ido avanzando exponencialmente, y añadió que nosotras, como enfermeras, somos conscientes de que en ocasiones nuestras intervenciones pueden llegar a ser demasiado tecnificadas, y en ocasiones se deja en un segundo plano los aspectos que humanizan nuestra profesión

A continuación hizo referencia a la calidad ofrecida y percibida en el trabajo. La calidad ofrecida por enfermería incluye el valor de nuestro trabajo, la experiencia y la innovación profesional, técnica y organizativa, y refiriéndose al trabajo en equipo, destacó que en la UCI representa un gran desafío. Respecto a la calidad percibida se refirió a la que percibe el enfermo, sus familiares, así como la que perciben otras enfermeras y médicos en las plantas de hospitalización. Finalmente, recaló que el conocer qué hacemos y cómo lo hacemos nos permite mejorar en las áreas más deficitarias.

La cuarta y última ponente fue Dña. M. Carmen Asiain, enfermera supervisora de la UCI de la Clínica Universitaria de Pamplona (Navarra), que presentó la ponencia titulada «Experiencias de enfermería de UCI durante el proceso de acreditación de un hospital universitario».

Durante su exposición, relató cómo fue el proceso de acreditación realizado por la Joint Commission International, representada en España por la FAD. Proceso que inició con una evaluación y diagnóstico de la situación a través de la cual se detectaron las áreas que mostraban un correcto desarrollo y, por otro lado, las

30 áreas en las que el desarrollo había sido menor. A partir de ahí, se establecieron los objetivos, requiriendo para su consecución la creación de numerosos grupos de trabajo y formación de los profesionales en metodología de la calidad, y al mismo tiempo les solicitó su colaboración y compromiso con todo lo que significaba el Plan de Calidad.

En la UCI, se experimentó un proceso de concienciación de todo el personal que impulsó a su participación y facilitó el cumplimiento de los objetivos establecidos en el tiempo previsto. También destacó que el proceso de acreditación ha supuesto para los profesionales una alta sensibilización hacia los aspectos de calidad y seguridad, así como una gran disponibilidad y cooperación con los grupos de trabajo.

Una vez obtenida la acreditación, M. Carmen Asiain remarcó que el objetivo y el reto es mantener y mejorar los estándares alcanzados en la acreditación.

Las intervenciones de los ponentes se siguieron de un coloquio en el que se pudo observar el interés de los asistentes en materia de calidad.

MESA REDONDA: MEDIDAS DE AISLAMIENTO FRENTE A MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Moderadora: M. de los Ángeles Rosado Muñoz
Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

Ponentes: M. José Guerra Gallego
Hospital Ntra. Sra. de Alarcos. Ciudad Real
Mariona Marrugat Brossa
Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

Esta mesa redonda se realizó el día 22 de junio de 2005, a las 9,30 en el Palacio de Congresos de A Coruña, con el objetivo de contribuir a aumentar el conocimiento acerca del tema y aclarar cuestiones comparativas.

En primer lugar, tomó la palabra la moderadora, e hizo una breve introducción acerca del tema, para seguidamente presentar a las ponentes y dar la palabra a la primera en intervenir.

Dña. M. José Guerra, como primera ponente, nos habló acerca de los gérmenes multirresistentes.

- Factores asociados con el desarrollo de las multirresistencias.
- Mecanismos de transmisión, bacterias patógenas multirresistentes, gérmenes asociados a las diferentes patologías así como a los mecanismos de entrada.

Hizo un repaso de las bacterias patógenas multirresistentes y sus peculiaridades. Definió resistencia bacteriana como la incapacidad de un antibiótico para actuar contra una bacteria, y las clasificó en naturales.

Explicó los mecanismos para desarrollar resistencias así como los factores que facilitan la aparición de resistencias bacterianas a antibióticos.

Mencionó el catálogo de normas de antibióticos para pacientes críticos y recomendó la descontaminación digestiva selectiva, como una gran estrategia para la profilaxis de las infecciones nosocomiales así como sus indicaciones.

Explicó consecuencias de las infecciones nosocomiales problemas clínicos, sociales humanos y económicos.

Terminó diciendo que producen un gran aumento de la morbimortalidad e incremento de los costes económicos.

La segunda ponente de la mesa, Dña. Mariona Marrugat, nos habló de los aislamientos.

Hizo una breve introducción acerca del tema relacionado con las UCI y brotes epidémicos multirresistentes.

Continuó hablándonos de las barreras de protección personal, la importancia del lavado de manos, la utilización de guantes, batas, mascarillas, etc.

Trató el tema tan importante de la correcta eliminación de los objetos cortantes y punzantes; resaltó la importancia de protocolarizar la limpieza del material y del medio, así como la correcta desinfección del material.

Explicó el concepto de transmisión por aire, transmisión por gotas grandes y por contacto.

Hizo una introducción acerca de microorganismos tipo 4, epidemia de SARS.

Para concluir, hizo una serie de recomendaciones para el control e información a las visitas según el tipo de germen y personalizando cada caso.

Se abrió un turno de preguntas.

A modo de la conclusión, la moderadora hizo ponerse de acuerdo a las ponentes.

UNAS BUENAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN, EVITAN MUCHOS AISLAMIENTOS.

MESA REDONDA: PAPEL DE LA ENFERMERA CONSULTORA

Moderadora: Gemma Martínez Estalella

Adjunta de enfermería. Servicio de Urgencias y Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Ponentes: John W. Albarran

Faculty of Health and Social Care. University of the West of England. UK

Cristina Diez Liesa

Directora de Enfermería. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

La mesa redonda contó con los 2 ponentes que se han referenciado. El Sr. Albarran nos comentó cuál es el rol y la contribución de la enfermera consultora de críticos en el Reino Unido.

Definió la enfermera consultora como la que posee una cualificación académica que acredita su formación, con experiencia y conocimientos, que trabaja de forma autónoma y que dispone de una reconocida autoridad como experta en su área práctica.

La enfermera consultora ha de ser capaz de:

- Utilizar habilidades para compartir liderazgo.
- Promover una cultura de cambio.
- Capacitar a sus compañeros para progresar en la práctica.
- Responder según el contexto del puesto de trabajo.

En el área de los cuidados críticos, la enfermera consultora es la persona de referencia para asesorar acerca de planes de cuidados, aconseja acerca de la idoneidad de ingreso en UCI así como de las necesidades de monitorización, coordina los pacientes de larga estancia, etc.

La segunda ponente, Sra. Diez, nos comentó la experiencia práctica llevada en su centro. Se plantea como objetivo adaptar la estructura organizativa y funcional de su equipo directivo para la mejora del proceso asistencial, con el establecimiento de estrategias organizativas relacionadas con las áreas de hospitalización como ensayo de gestión.

Reorganizó todo el equipo directivo, pasando de tener supervisoras comodín de problemas a un modelo directivo muchísimo más funcional, con el objetivo de facilitar el proceso asistencial basado en 3 elementos:

- Enfermera clínica: orientada al paciente.
- Enfermera coordinadora: orientada a los recursos, soporte a las direcciones clínicas.
- Enfermera experta: orientada a los programas y líneas estratégicas.

En el ámbito de cuidados intensivos ha promovido el cambio cultural hacia la calidad y mejora continua de los cuidados, con la potenciación de líderes de gestión en los diferentes niveles de responsabilidad, la sistematización e implementación de métodos que garanticen los niveles de calidad establecidos (informatización del informe al alta), dando una visualización del proceso del paciente de forma global, asegurando la continuidad en coordinación con otros niveles asistenciales (trayectorias clínicas).

SESIÓN CONJUNTA: FUTURO DE LA MEDICINA Y DE LA ENFERMERÍA INTENSIVA EN ESPAÑA

Moderadores: María Desamparados Bernat Adell
Hospital General de Castellón. Castellón

Lluís Cabré Pericas

Hospital de Barcelona. SCIAS

Ponentes: Luis Torres Pérez

Presidente de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Intensivos

Lluís Blanch Torra

Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

Los ponentes de la sesión conjunta SEMICYUC-SEEIUC fueron el Dr. Lluís Blanch Torra y el Sr. Luis Torres Pérez, presidente de la Sociedad Andaluza de Enfermería en Cuidados Críticos (SAECC), ambos ponentes trataron del futuro de la profesión médica y de la profesión enfermera en el campo de los cuidados intensivos.

En esta sesión se puso de manifiesto que la formación de posgrado en el campo de la enfermería de cuidados al paciente crítico es una realidad, si nos atenemos a los acuerdos de Bolonia y a la necesidad

32 de disponer de enfermeros cualificados. Esta cualificación, que bien puede conseguirse bajo el título de especialidad, tal y como se ha pretendido hasta este momento, no debe cerrarnos a la opción de su obtención mediante una titulación de experto.

Destacar que para cumplir con los acuerdos pactados en Bolonia deberá haber una colaboración y un trabajo en común entre la Administración y las sociedades científicas implicadas, este trabajo en común será necesario para definir las competencias y la competencia de los futuros expertos y/o especialistas en cuidados críticos.

Hoy en día, la calidad científicotécnica se considera asegurada, es decir, quedan asegurados los conocimientos que permiten al enfermero trabajar en el campo de los cuidados al paciente crítico, aunque si queremos ser expertos, se tendrá que trabajar en el campo de las actitudes, es decir, en el cómo se aplican los cuidados, sin olvidar las habilidades adquiridas a través de la experiencia.

El correcto balance entre conocimientos, habilidades y actitudes permitirá el trabajo en equipo y facilitará no sólo la confianza entre sus miembros sino también la confianza en el líder. El liderazgo vendrá, por tanto, definido no sólo por los conocimientos y habilidades sino también por las actitudes y la confianza.

En nuestra profesión, se camina en sentido inverso, ya que desde la práctica se puede modificar la ciencia y éste es el camino que se deberá seguir si realmente se quiere modificar la ciencia y obtener el reconocimiento oficial de nuestra profesión.

SESIÓN TEMÁTICA: NUEVAS TECNOLOGÍAS: MARS®

Moderadora: Mónica Vázquez Calatayud
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona

Ponentes: Bertha I Correa Tineo
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Leopoldina Jurado Oñate
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Esta sesión se realizó el día 21 de junio de 2005 en el Palacio de Congresos de A Coruña, con el objetivo

de contribuir a aumentar el conocimiento con la información de nuevos avances en el tratamiento del paciente crítico.

Bertha I Correa describió la *técnica* y presentó brevemente su *experiencia* con el MARS®. Inició su intervención con la definición del término MARS® o sistema de adsorbentes moleculares como la técnica de reciente incorporación para la depuración extrahepática, que se emplea en pacientes con insuficiencia hepática severa, aguda o crónica descompensada. Esta terapia de soporte hepático se diseñó en Alemania, donde comenzó a utilizarse a finales de los años noventa del asado siglo y posteriormente se extendió a otros países. En España se introdujo en el año 2000, y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón se realiza desde el año 2002. A continuación, nos describió la técnica, destacando la utilización de la albúmina como mediadora para la eliminación de toxinas liberadas en el fallo hepático. Estas toxinas tienen alta afinidad por la albúmina por lo que, no es eficaz su eliminación mediante técnicas de depuración extrarrenales convencionales como la hemodiálisis o la hemofiltración. Para finalizar su exposición, presentó la experiencia de su hospital con el MARS®, resumiendo los casos obtenidos desde el año 2002 al año 2004.

Por último, Dña. Leopoldina Jurado, profundizó acerca de los cuidados de enfermería y las cargas de trabajo en los pacientes con tratamiento con MARS®. Primero explicó por qué se hace la suplencia hepática, sus indicaciones y la conveniencia en ocasiones de llevarla a cabo en la UCI. Entre los efectos beneficiosos de esta técnica sobre la situación clínica del paciente, destacó la mejoría de la encefalopatía y de la situación hemodinámica. Además, expuso que se trata de una técnica segura, con una tasa de complicaciones baja, entre las que destaca, en un estudio realizado en el año 2004 en el hospital donde trabaja, la posibilidad de provocar infección por contaminación del dializador de albúmina.

También argumentó que la existencia de un plan de cuidados disminuye cargas de trabajo de enfermería y aumenta la calidad de los cuidados aportados al paciente. En el Hospital Regional Universitario Carlos Haya se llevó a cabo el primer tratamiento en julio de 2001, y desde entonces se han realizado 41

tratamientos en pacientes con insuficiencia hepática aguda o insuficiencia hepática crónica descompensada.

Para finalizar, se debe señalar que los resultados clínicos obtenidos con esta técnica hasta este momento, aun siendo esperanzadores, son limitados.

Por otro lado, se puede afirmar que la repercusión que dicha técnica tiene en enfermería depende de la organización de cada hospital, fundamentalmente del equipo de enfermeras encargado de su realización.

SESIÓN CONJUNTA: LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Moderadores: Pedro Miguel Lastra Cubel
Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca

José M. Campos Romero
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Ponentes: Jose Felipe Solsona Durán
Hospital del Mar. Barcelona

Iñaki Saralegui Reta
Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

Manuel Fraiz Barbeito
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña.

Magdalena Crespi Capó
Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca

Tratamiento intensivo condicional

Jose Felipe Solsona Durán

Existe poca información entre profesionales, y basándose en una encuesta acerca de la utilización de recursos en pacientes con pronóstico de vida de 6 meses, nos presentó los siguientes resultados:

- Con una calidad de vida buena → mayor uso de recursos.
- Con mala calidad de vida → menor uso de recursos (calidad de vida según criterio del médico).
- Existe poco consenso, y éste es más claro en trasplantes, marcapasos definitivo e intervención quirúrgica.

- Los mejores pronósticos son los evolutivos.
- El tratamiento en Europa varía según localización geográfica: en el norte predomina la retirada de tratamiento intensivo; en Europa central no inician y retiran; en el sur predomina no iniciar tratamiento.

Conclusiones

- Comunicación con la familia.
- Excesiva variabilidad de criterios al ingreso.
- Los mejores índices son los evolutivos.
- Cultura de retirar/no poner.

Salvar al que creemos que ya no quiere

Magdalena Crespi Capó

En contraposición con la facilidad de consensuar y unificar criterios de los médicos, las enfermeras tienen poca participación en la deliberación y la toma de posiciones.

En la práctica se hacen estas preguntas:

- ¿Preguntamos al médico porqué de la LET?
- ¿Comentamos nuestro dilema entre compañeras?
- ¿Qué limitaciones del esfuerzo terapéutico nos inquietan?
- ¿Qué conocimientos tenemos acerca de la bioética?
- ¿Deberíamos participar en la toma de decisiones?

Conclusiones

Después de pasar una encuesta a 73 enfermeras que trabajan en su unidad saca como conclusiones:

- Escasa formación en bioética.
- Coincidencia en las medidas terapéuticas.
- Escaso cuestionamiento de las decisiones médicas.
- Total acuerdo en compartir los dilemas con las compañeras.
- Interés en formar parte del equipo.

34 Instrucciones previas–voluntades anticipadas

Iñaki Saralegui Reta

Las instrucciones previas–voluntades anticipadas se basan en un fundamento ético y con un sustento legal: documento en historia clínica. Su utilización está indicada en situaciones de incompetencia del paciente, y tiene como límites el jurídico y la contraindicación médica.

Para la planificación de cuidados, las instrucciones previas son útiles ya que:

- Mejoran la calidad.
- Aumentan los conocimientos de la enfermera.
- Ayudan en la toma de decisiones.
- Disminuyen errores, estrés y cargas de trabajo.

Su dificultad estriba en una mal entendida relación médico-paciente y en un desacuerdo con las preferencias del paciente. No prevalece la autonomía de éste.

La enfermera ante la limitación del esfuerzo terapéutico Manuel Fraiz Barbeito

- A. La incurabilidad y el morir son aspectos y condiciones de la vida.
- B. Los profesionales que trabajamos en las UCI tendemos a apartarnos del enfermo terminal y volcar los esfuerzos en los demás enfermos. Deberíamos ser tan hábiles en la interrupción del

soporte vital como lo somos en los tratamientos dirigidos a la cura y supervivencia.

C. Una muerte digna será distinta en cada persona según sus valores y creencias, y se deben respetar unas prerrogativas básicas:

- Información veraz y completa.
- No dar tratamiento al paciente en contra de su voluntad.
- Atender a las voluntades anticipadas.
- Medidas de máximo bienestar en proceso de enfermedad y muerte.
- No se debe utilizar el mismo esfuerzo terapéutico en todos los pacientes.
- Ante la LET, aunque la decisión técnica es del médico, corresponde a la enfermera su ejecución y puede aparecer el conflicto. Recogido en el Código Deontológico de la Enfermería Española, «la enfermera tiene la obligación de defender los derechos de los pacientes... y se opondrá a que se les someta a tratamientos fútiles o a que se les niegue asistencia sanitaria».
- La toma de decisiones de la LET debe realizarse según las manifestaciones hechas por el paciente, la decisión del familiar más próximo y el mayor bienestar del paciente.
- La experiencia nos demuestra que los enfermos moribundos desean recibir alivio al dolor y síntomas, y no prolongar la agonía.
- Ante la familia: información, apoyo emocional y facilitar su presencia junto al enfermo.
- El equipo sanitario necesita ser multidisciplinar y desarrollar un mayor consenso entre médicos y enfermeras.