



Fundación
Humanizando
la Sanidad

I Congreso Nacional Síndrome Post Cuidados Intensivos

Libro de ponencias

#1CPICS

Madrid, España



HUCI Humanizando
los Cuidados
Intensivos



Grupo Ítaca  Hospital del Mar
Barcelona

27-29 de noviembre de 2024

El presente documento recoge las comunicaciones presentadas en el I Congreso sobre el Síndrome Post Cuidados Intensivos, celebrado en el Hospital del Mar, en Barcelona, entre los días 27 al 29 de noviembre de 2024.

ISBN: 978-84-09-72736-0.

Edita: Fundación Humanizando la Sanidad

Madrid, 29 de noviembre de 2024



Este libro recoge íntegra y fielmente los trabajos enviados por los autores. La organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido, formato, ortografía o gramática.
This book contains entirely and exactly the texts sent by authors. The organisation is not responsible for the opinions expressed, nor the content or grammar.

Comunicaciones orales

N.º	Comunicación	Pag
05	PICS- F y su impacto en la calidad de vida del cuidador familiar; una realidad invisible	4
10	Un nuevo compañero en la recuperación: efectos de la terapia asistida con animales en pacientes críticos	5
16	Comparación de las secuelas en el área emocional del síndrome post-uci según los días de ventilación mecánica	6
22	Evolución psicológica tras el ingreso en uci pediátrica: afectación del paciente y su familia (*)	7
23	Impacto de la cicloergometría y su combinación con realidad virtual inmersiva en pacientes críticos	9

* Premiada como Mejor Comunicación Oral

PICS- F Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR; UNA REALIDAD INVISIBLE

Marcia Andrea Quiñonez Mora, Johan Sebastián Villada, Hoover León Giraldo,
Alexander Casallas Vega.
Los Cobos Medical Center, Bogotá, Colombia

maquinonezm@loscobosmc.com

1. Introducción

La Asociación Americana de Cuidado Crítico define el síndrome post UCI como el conjunto de alteraciones nuevas que empeoran la salud física, cognitiva o mental de los pacientes como consecuencia de la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos. Las familias y los cuidadores también pueden sufrir una forma de PICS denominada PICS-familia, con síntomas que incluyen: depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y alteraciones de sueño.

2. Objetivos

Determinar la incidencia del PICS - F en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bogotá y su relación con la calidad de vida del cuidador familiar.

3. Metodología

Estudio observacional analítico, longitudinal, prospectivo que incluyó 95 cuidadores familiares de pacientes que ingresaron a UCI.

4. Resultados

Se identificó una incidencia de PICS - F de 9,4 casos y de 11, 6 casos por cada 100 días de cuidado, esta incidencia disminuye con el paso del tiempo. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de ansiedad y el desarrollo de depresión con un OR 5,49 [2-14] ($p=0,001$).

También se observó una asociación estadísticamente significativa entre bienestar físico y ansiedad de los cuidadores, siendo la probabilidad de una valoración negativa del estado de salud 4,7 veces más en los cuidadores que presentaron ansiedad respecto a los que no ($p=0.001$); esta asociación fue aumentando a los 15 días (OR=10) y a los 30 días (OR=18.1).

En general los cuidadores familiares percibieron su calidad de vida de manera negativa en los tres momentos de la medición.

5. Conclusiones

Los cuidadores son generalmente familiares cercanos, en este caso los hijos del paciente, en su mayoría mujeres. La presencia de PICS-F afecta la valoración de la calidad de vida de los cuidadores familiares, el identificar sus necesidades y aclarar dudas, así como la comunicación efectiva del equipo de salud puede beneficiar la salud mental de estos.

6. Bibliografía

1. Henao-Castaño AM, Rivera-Romero N, Ospina Garzón HP. Experience of Post-ICU Syndrome in Critical Disease Survivors. *Aquichan*. 2022;22(1):e2216.
2. Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in Post-Intensive Care Syndrome-Family: A Systematic Literature Review. *Crit Care Med*. 2020;48(9):e835-e840.



3. Serrano P, Kheir YNP, Wang S, Khan S, Scheunemann L, Khan B. Aging and Postintensive Care Syndrome- Family: A Critical Need for Geriatric Psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019;27(4):446-454.
4. Serrano P, Kheir YNP, Wang S, Khan S, Scheunemann L, Khan B. Aging and Postintensive Care Syndrome- Family: A Critical Need for Geriatric Psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019;27(4):446-454.
5. Petrinc AB, Martin BR. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliat Support Care*. 2018;16(6):719-24.
6. Goldberg R, Mays M, Halpern NA. Mitigating post-intensive care syndrome-family: A new possibility. *Crit Care Med*. 2020;48(2):260-1.

10

UN NUEVO COMPAÑERO EN LA RECUPERACIÓN: EFECTOS DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN PACIENTES CRÍTICOS

Lucía Picazo Moreno, Cristina Climent Company, Cristina Mestre Somoza, Valentina Zapata Montoya, Jaume Fatjó Ríos, Irene Dot Jordana.
Hospital del Mar, Barcelona

luciapicazo91@hotmail.com

1. Introducción

La terapia asistida con animales terapéuticos profesionales (TAA) se presenta como una intervención innovadora en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para mejorar el bienestar emocional de los pacientes durante su ingreso.

2. Objetivos

Evaluar los beneficios de la TAA en pacientes críticos, centrándose en la reducción de la ansiedad y el estrés, así como en la evaluación de su seguridad en el entorno de la UCI.

3. Metodología

Estudio prospectivo y controlado en la UCI del Hospital del Mar. Se excluyeron a pacientes alérgicos a los perros, inmunosuprimidos, colonizados por microorganismos multirresistentes y portadores de drenaje ventricular externo. Las sesiones se llevaron a cabo dos veces por semana durante 30', utilizando perros entrenados. El bienestar de los perros fue monitorizado por veterinarios especializados. Las muestras se extrajeron pre-TAA, post-TAA y 45' post-TAA. Se determinaron marcadores metabólicos relacionados con la melatonina y el cortisol en saliva mediante cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas. Se evaluó el estado de ansiedad con la escala STAI-6.

4. Resultados

Se incluyeron 31 pacientes en el grupo intervención y 9 en el control. La edad media fue de 62±17 años, 22(71%) hombres y APACHE-II de 18±9. La intervención mostró una tendencia a disminuir los niveles de cortisol en saliva post-TAA (p=0.06). A los 45', se redujeron los metabolitos de cortisol [5 α -THF (p=0.026), 5 β -THF (p=0.01)] y cortisona [5 β THE (p=0.017)]. Los marcadores de melatonina no fueron significativos. Se observó una disminución significativa en la ansiedad medida por la escala STAI (p<0.01). No hubo cambios en las variables fisiológicas y no se reportaron efectos adversos ni colonizaciones cruzadas.



5. Conclusiones

La TAA se presenta como una intervención efectiva para el manejo de la ansiedad y el estrés en pacientes críticos en la UCI, sugiriendo su potencial en la humanización de la atención. Se requieren futuras investigaciones para evaluar su impacto en distintos contextos clínicos.

6. Bibliografía

1. Rydingsward JE, Dziubinski M, Wiser R, et al. Functional Status in ICU Survivors and Out of Hospital Outcomes. Crit Care Med. 2016;44(4):869-879.
2. Pun BT, Bauld TJ, McGowan D, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: A Quality Improvement Project. Crit Care Med. 2018;47(3):3-14.
3. Coakley AB, Huthwaite M, Heyman D, et al. The Experience of Animal Assisted Therapy on Patients in an Acute Care Setting. Clin Nurs Res. 2021;30(5):401-405.

16

COMPARACIÓN DE LAS SECUELAS EN EL ÁREA EMOCIONAL DEL SÍNDROME POST-UCI SEGÚN LOS DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA

Gema Candelaria Arellano Del Verbo, Gema Díaz Cuero, Paula Taboada Domínguez, Beatriz Nieto Martino, Ángela Alonso Ovies.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

gema.arellano@salud.madrid.org

1. Introducción

Uno de los pilares de la consulta post-UCI es la prevención y el tratamiento de las secuelas en el área emocional.

2. Objetivos

Comparar el nivel de depresión y ansiedad de pacientes con seguimiento en consulta post-UCI (CPU) según días de ventilación mecánica (VM) y nivel de sedación durante ingreso en UCI.

3. Metodología

Estudio observacional histórico de cohortes realizado en UCI polivalente de 15 camas. Enero/23 y Diciembre/23.

- **Pacientes:** Adultos con ingreso en UCI con riesgo de desarrollo de síndrome post-UCI (SPU) que han acudido por lo menos a una cita de seguimiento en CPU.
- **Variables (v):**
 - o V respuesta: Escala HAD 12 en la 1ª, 2ª y 3ª CPU, desarrollo de delirium o depresión tras ingreso y realización de intervención en consulta derivando a Psicología.
 - o V explicativas: Días de VM totales, días de VM despierto (RASS 0), días en UCI tras VM, desarrollo de delirium en UCI.

Test estadísticos:

- **Análisis descriptivo:** descripción de v cualitativas por porcentaje, v numéricas por media y DE en caso de normalidad y por mediana y rango intercuartílico en caso de no normalidad; comprobación de normalidad por test paramétrico Kolmogorow-Smirnov.
- **Análisis bivalente:** Las v categóricas se compararon mediante prueba de chi-cuadrado de Pearson y las comparaciones entre variables cuantitativas y



cuantitativas se mediante t de student o prueba de U de Mann-Whitney si no seguían una distribución normal. Comparación de medias entre cohortes con prueba ANOVA.

- Software estadístico: SPSS.22.

4. Resultados

Entre Enero/23 y Diciembre/23 63 pacientes con ingreso en UCI tuvieron mínimo una revisión en CPU. Un 33% no tuvo VM, un 26.98% tuvo un periodo corto (1-6 días) y un 40.42% periodo prolongado (> 6 días). Un 34.37% presentó delirio o depresión tras el ingreso. Se realizó intervención psicológica en un 26.56%. La media de la escala HAD de los pacientes sin VM fue 9.01, la de VM corta 7.71 y la de VM prolongada un 11.65. En análisis comparativo se obtuvo 0.05 en coeficiente de Pearson que relacionaba días de ventilación mecánica despierto y valor HAD. Al comparar la media de HAD entre las tres cohortes se obtuvo cercanía a la significación estadística.

5. Conclusiones

La media de HAD en la primera consulta fue mayor en pacientes que pasan mayores periodos despiertos en UCI, sin embargo, al hacer el estudio comparativo no hay significación estadística, pero sí cercanía a la misma. Se realiza intervención psicológica en un cuarto de los pacientes.

6. Bibliografía

1. Vitoria Pérez N, Puentes Gutiérrez AB, Sánchez Casado M, Díaz Jiménez M, García Bascones M, Puentes Gutiérrez R. Síndrome pos-COVID tras ingreso en UCI. Parámetros relacionados con una mejor recuperación física a los 4 meses [Post-covid syndrome after icu admission. Parameters related to a better physical recovery after 4 months.]. Rev Esp Salud Publica. 2022;96:e202203025.
2. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. Rev Saude Publica. 1995;29(5):355-63.

Tabla

Tabla de contingencia			
	HAD 1ª consulta	HAD 2ª consulta	HAD 3ª consulta
No VM	9.01	12.16	15.66
VM corta	7.71	11	15.5
VM prolongada	11.65	10.92	14

22

PREMIO “RAQUEL NIETO, REGRESO A ÍTACA” A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL DEL #1CPICS

EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA TRAS EL INGRESO EN UCI PEDIÁTRICA:
AFECTACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

Ana Moral Larraz, Inés Leoz Gordillo, María Soler Martín, Laura Hernández Gago, Andrea Ibañez Ortega, Marina Perignat López.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

ana.moral1992@gmail.com



1. Introducción

La afectación psicológica tras un ingreso en UCI es frecuente. En pediatría adquiere especial relevancia la afectación familiar, con síntomas de estrés y ansiedad.

2. Objetivos

Conocer la repercusión psicológica del síndrome post-uci (PICS) y del PICS familiar.

Determinar qué características se relacionan con mayor presencia de sintomatología psicológica.

3. Metodología

Revisión de pacientes seguidos en la consulta post-uci de una UCI pediátrica del 1/01/2024 al 31/10/2024. Se analizan las características socio-demográficas y del ingreso y la presencia de PICS, escalas de calidad de vida (KINDL) y sobrecarga familiar (Zarit reducido).

4. Resultados

Se recogen 102 pacientes, 64 varones. La mediana de edad fue 3,9 años (RI 1,7-9,6). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron politraumatismo/traumatismo craneoencefálico (32,3%), procesos infecciosos (24,5%), patología respiratoria (13,6%) y postoperatorios (10,4%). El 76,1% fueron valorados por psicología durante el ingreso.

La mediana de ingreso en UCI fue 4 días (RI 2-7), y hospitalario 7,5 días (RI 3-15). La mediana en la escala KINDL fue 81,4 en el paciente (RI 72-90) y 83,4 en los padres (RI 78-89), y de Zarit 12 puntos (RI 8-16).

Veintiocho pacientes presentaron sintomatología psicológica (1 ansiedad y miedo, 7 estrés y trauma y 7 conductas regresivas). El 33,3% de las madres y el 14,5% de los padres presentaron síntomas psicológicos, predominando la ansiedad. Presentó PICS el 8% de los hermanos.

Se comparó la presencia de sintomatología psicológica en los pacientes con distintos factores (tabla 1). La evolución de la sintomatología psicológica fue favorable en el 90,6% de los pacientes y 73,5% de los familiares.

5. Conclusiones

Conocer qué características de los pacientes y sus familiares se relacionan con mayor sintomatología psicológica puede ayudar a establecer medidas de prevención y protocolos de seguimiento enfocados a disminuir su incidencia y repercusión.

6. Bibliografía

1. Davydow DS, Richardson LP, Zatzick DF, Katon WJ. Psychiatric morbidity in pediatric critical illness survivors: a comprehensive review of the literature. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010;164(4):377-385.
2. Toobe M. Síndrome post cuidados intensivos en pediatría. Rev Fac Cienc Medicas Cordoba. 2021;78(4):408-414.
3. Ekim A. The Post-Intensive Care Syndrome in Children. Compr Child Adolesc Nurs. 2020;43(1):15-21.

		Síntomas psicológicos	Ausencia de síntomas	
Género	Masculino	13	51	P=0,04
	Femenino	15	23	
Patología de base	Si	5	17	P= 0,6
	No	23	57	
Edad (mediana)		7 (RI 3-13)	3 (RI 1-8)	P=0,03
Días de ingreso en UCI (mediana)		4 (RI 2-7)	3 (RI 2-7)	P=0,45
Días de ingreso hospitalario (mediana)		8 (RI 5-15)	6 (RI 3-15)	P=0,37
Sedoanalgesia	Si	4	12	P=0,9
	No	24	62	
Delirium	Si	2	2	P=0,3
	No	26	72	
Valoración psicológica durante el ingreso	Si	21	57	P=1
	No	6	16	
Síndrome postUCI familiar	Si	12	19	P=0,07
	No	15	55	
Problemas de sueño	Si	11	6	P<0,05
	No	16	68	
Limitación global	Si	10	12	P= 0,026
	No	17	62	
Reincorporación al centro escolar	Si	19	35	P=0,5
	No	7	23	
	No acudía	1	16	

Tabla 1. Comparativa entre los pacientes con sintomatología psicológica y sin ella.

23

IMPACTO DE LA CICLOERGOMETRÍA Y SU COMBINACIÓN CON REALIDAD VIRTUAL INMERSIVA EN PACIENTES CRÍTICOS

Daniel Bujosa Ferragut, Sergio Delgado Hita, Clara Vilà Vilardell, Cristina Murcia Gubiana, Cristina Fuster Bertolín, Joan Ramón Masclans Enviz. Hospital del Mar (Barcelona) y Hospital de Girona Doctor Josep Trueta (Girona)

dbujosaferragut@psmar.cat

1. Introducción

La debilidad muscular adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU-AW) es frecuente y afecta al pronóstico. La cicloergometría (CE) ha demostrado mejorar la función muscular y reducir la estancia hospitalaria. Este estudio evalúa los efectos de la rehabilitación con CE, con o sin realidad virtual (RV), en pacientes ventilados. Las sesiones de CE combinadas con RV, ambientadas en entornos naturales podrían mejorar el bienestar del paciente y la efectividad de las sesiones y, así, lograr una mayor recuperación de la función muscular.

2. Objetivos

GENERAL: Demostrar los beneficios del uso de RV con espacios naturales durante la rehabilitación con CE en pacientes ventilados.

ESPECÍFICOS:

- Comparar los efectos sobre el bienestar mediante análisis de metabolitos de cortisol y melatonina en saliva.
- Comparar los efectos de rehabilitación con CE vs. CE+RV vs. rehabilitación estándar (control) sobre la función muscular mediante datos ecográficos.
- Evaluar los efectos del uso de CE y RV sobre días de ventilación y estancia en UCI.

3. Metodología

Análisis intermedio de un estudio prospectivo, controlado y aleatorizado. Los pacientes se dividieron en tres grupos: 1) CE, 2) CE+RV, y 3) control. Se recogieron datos hemodinámicos, datos clínicos y ecográficos de función muscular, bienestar subjetivo y metabolitos de bienestar y estrés en saliva. Los resultados se analizaron mediante Kruskal-Wallis y posthoc con Dunn test.

4. Resultados

Se incluyeron 22 pacientes. A nivel metabólico en el grupo de CE se evidenció un aumento en el metabolismo del cortisol (20aDHE/20bDHE/20reductasa) comparado con CE+RV, y a disminuir la producción de melatonina comparado con los grupos control y CE+RV. No se evidenciaron diferencias clínicas ni ecográficas en la recuperación de función muscular.

5. Conclusiones

El uso de RV durante la rehabilitación con CE podría minimizar el aumento de cortisol y melatonina generado por el CE y por tanto mejorar el bienestar de los pacientes durante la rehabilitación.

6. Bibliografía

1. Gosselink R, Bott J, Johnson M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med.* 2008;34(7):1188-1199.
2. dos Santos LJ, de Aguiar Lemos F, Bianchi T, et al. Early rehabilitation using a passive cycle ergometer on muscle morphology in mechanically ventilated critically ill patients in the Intensive Care Unit (MoVe-ICU study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015;16:383.
3. Kho ME, Molloy AJ, Clarke FJ, et al. Multicentre pilot randomised clinical trial of early in-bed cycle ergometry with ventilated patients. *BMJ Open Respir Res.* 2019;6(1):e000383.
4. Jawed YT, Golovyan D, Lopez D, et al. Feasibility of a virtual reality intervention in the intensive care unit. *Heart Lung.* 2021;50(6):748-753.

Tabla. Deltas de metabolitos de cortisol pre y post intervención.

	Grupo CE n=10	Grupo CE+RV n=4	Grupo control n=8	p-value
Δ 20reductasa	0.102 (0.042, 0.141)	-0.154 (-0.237, -0.047)*	0.004 (-0.026, 0.098)	0.038
Δ 20bDHE	-0.017 (-0.037, 0.026)	0.03 (0.001, 0.042)	-0.055 (-0.083, -0.031)	0.075
Δ 20aDHE	0.012 (-0.056, 0.083)	0.051 (-0.008, 0.123)	-0.106 (-0.125, -0.062)	0.086
Δ Melatonina	0.198 (-0.231, 0.957)	-0.561 (-0.887, 0.008)	0.913 (-0.316, 3.35)	0.050
Δ Testosterona	-0.097 (-0.13, 0.253)	0.055 (-0.075, 0.28)	0.544 (0.297, 1.012)	0.144

Datos expresados como mediana (Q1, Q3). CE: cicloergómetro; RV: realidad virtual.

*p de Kruskal-Wallis ≤ 0.05 entre los grupos CE y CE+RV

Póster

Nº	Póster	Pág.
01	Volver a ser: relatos de pacientes que sobrevivieron al COVID-19	14
03	Sedación inhalada prolongada con isoflurano. Experiencia en hospital de tercer nivel	16
06	Entornos de realidad virtual en cuidados intensivos: estudio sistemático de factibilidad	18
07	Diarios de UCI. Experiencia en pediatría	20
08	Delirium en pacientes conscientes con ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos	21
11	Estudio GIROPICS: el análisis del síndrome post cuidados intensivos, estadificación y factores predisponentes de la UCI de referencia de la provincia de Girona.	23
13	Perfil del paciente que recibió paseo terapéutico durante su estancia en UCI en el Complejo Hospitalario de Jaén en el periodo febrero-septiembre 2024	24
14	Análisis del resultado de un programa formativo sobre el síndrome post cuidados intensivos familiar (SPCI-F) en una unidad de cuidados intensivos	25
15	Detección de las necesidades paliativas y PICS en una UCI de segundo nivel	26
17	Influencia de la posición de la cabeza en la maniobra de pronó en la lesión del plexo braquial (*)	27
18	Motivos de exclusión para el seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos (SPCI) en la consulta post-UCI.	29
19	Cómo fallecen nuestros pacientes en el seguimiento	30
20	"Un ingreso que te condicionará la vida": valoración del impacto de la enfermedad crítica en el día a día tras el alta	32
21	Resultados de una encuesta en relación con el uso de sujeciones mecánicas (SM) en la UCI	33
24	Uso de realidad virtual como técnica de reducción de estrés y ansiedad prequirúrgica en la población pediátrica	34
25	Características clínico-epidemiológicas y factores de riesgo asociados a desarrollo de síndrome postUCI en un hospital de segundo nivel	36
27	Perros que cuidan: prevención del síndrome post UCI	37



28	El apoyo más allá de la consulta: experiencia de nuestro grupo de pacientes y educación para la salud	38
29	Más allá de las paredes de la UCI: paseos curativos y realidad virtual en la recuperación de los pacientes críticos	39

* Premiada como Mejor Póster

01

VOLVER A SER: RELATOS DE PACIENTES QUE SOBREVIVIERON AL COVID-19

Valentina Sofía Bustamante Bravo, Heber López, Javiera Baeza Vargas.
Hospital Metropolitano, Santiago de Chile (Chile)

valentina.bustamanteb@gmail.com

1. Introducción

El Hospital Metropolitano, nace en el contexto de la pandemia de Covid-19 en mayo de 2020. Nuestro hospital tiene sólo atención cerrada y recibió durante la pandemia pacientes de todo Chile. La Terapia Ocupacional (TO) está especializada en el cuidado de las ocupaciones de las personas, que se encuentran alterados por los Síndromes Post Cuidados Intensivos, productos de la larga estadía dentro del contexto hospitalario, desde un modelo de humanización, con un enfoque centrado en la persona, incorporando actividades significativas y con propósito para llevar a cabo sus intervenciones.

2. Objetivos

General:

Conocer la percepción de los usuarios y funcionarios con respecto a un modelo de atención humanizada en unidades de pacientes críticos y post cuidados intensivos

Específicos:

- Identificar las mejoras físicas, emocionales y cognitivas de una atención humanizada en unidades de pacientes críticos y cuidados medios
- Visibilizar importancia de la Terapia Ocupacional en la atención de pacientes críticos y en cuidados post-uci

3. Metodología

Se utilizó un enfoque cualitativo mediante entrevistas semi-estructuradas para recoger relatos en primera persona de pacientes que sobrevivieron al COVID-19, familiares y funcionarios. La intervención de TO se centró en la evaluación y tratamiento del síndrome post-UCI, que abarca síntomas físicos, cognitivos y emocionales persistentes después de la hospitalización. Las intervenciones incluyeron ejercicios de fortalecimiento muscular, reentrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD), y estrategias de manejo del estrés y apoyo emocional, ajustadas individualmente a cada paciente, entre otras. Aunque no se utilizó análisis estadístico comparativo pre y post-intervención debido a la naturaleza exploratoria del estudio y a la diversidad de las experiencias individuales, se destacan patrones comunes en los testimonios que evidencian el impacto positivo de una atención centrada en el paciente.

4. Resultados

Los resultados se recopilaron en el libro "Volver a ser: Relatos de pacientes sobrevivientes al COVID-19", que incluye más de 50 testimonios. Estos testimonios destacan la mejora en la percepción de la atención sanitaria gracias a un enfoque humanizado y centrado en la persona. Se observó una reducción en la duración de la estancia hospitalaria y una mayor satisfacción tanto de pacientes como de familiares, atribuidos a la intervención de TO bajo el modelo biopsicosocial espiritual. Los pacientes informaron de una mejoría significativa en su estado de ánimo, independencia para las AVD, motricidad fina, entre otras, lo que se tradujo en un aumento de las interconsultas hacia el equipo de TO.



5. Conclusiones

Una atención centrada en la persona, utilizando un modelo de humanización con enfoque biopsicosocial espiritual, puede mejorar la percepción de la atención sanitaria y fomentar una recuperación más rápida y satisfactoria para pacientes y familiares. Esta experiencia sugiere que la integración de terapeutas ocupacionales en el equipo de salud es fundamental para abordar de manera integral las necesidades de los pacientes, especialmente en unidades de pacientes críticos y post cuidados intensivos. La metodología utilizada en este estudio, aunque no incluye análisis estadístico, proporciona una base valiosa para futuras investigaciones y puede ser replicada en otros hospitales y dispositivos de salud, no solo nacional, si no también internacional.

6. Bibliografía

1. IV Plan de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2016. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon.ficheros/706616-IV%20plan%20de%20salud%20.pdf>
2. AAFP. The Patient-Centered Medical Home (PCMH). Disponible en: <http://www.aafp.org/practice-management/transformation/pcmh.html>
3. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto. 2a ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2014. 3. Pabón Silva IC, C [acceso 26 de mayo de 2021]
4. Chen J. Public Reporting of Health System Performance: Review of Evidence on Impact on Patients, Providers and Healthcare Organisations. Bureau of Health Information. The Sax Institute, 2010.
5. Cortés Borra A, Jaén Ferrer, P. La gestión humanizada es posible. RECIEN. 2019; <https://doi.org/10.14198/recien.2019.17.02>
6. Decálogo de Humanización de la Sanidad. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2018. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20223>
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17570>
7. Estrategia de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde. Xuntade Galicia. 2019. Disponible en: <https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/18/Estratexia%20da%20Humanizaci%C3%B3n.pdf>
8. Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 2017. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA465D9F1CEC60CE963BOC/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf
9. Estudio para la valoración de la vivencia de los pacientes afectados por la situación generada por la COVID-19, en relación con la humanización. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2021.
10. Galvin KT, Pound C, Cowdell F, et al. A lifeworld theory-led action research process for humanizing services: improving "what matters" to older people to enhance humanly sensitive care. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020;15(1):1817275.
11. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *MetasEnferm* 2014; 17(1): 70-74.
12. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios [Humanizing health to improve healthcare quality]. *Rev Calid Asist*. 2017;32(5):245-247.
13. Harris J, Cook T, Gibbs L, et al. Searching for the Impact of Participation in Health and Health Research: Challenges and Methods. *Biomed Res Int*. 2018;2018:9427452.
14. Líneas estratégicas 2017-2020. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. 2018. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas_estrategicas.pdf
15. Llanes G, Bejarano D, Márquez LM, Ponce C, Martínez RM. La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. *Rev Enferm Trabajo*. 2018. 8;1: 18-26
16. López Espuela F, Moreno Monforte ME, Pulido Maestre ML, Rodríguez Ramos M, Bermejo Serradilla B, Grande Gutiérrez J. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. *NURE Inv*. [Revista en Internet] 2010; 7(46): Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig_intimidad_46.pdf
17. Manual de apoyo del personal de acogida, información y acompañamiento en los centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud. 2021. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/Humanizacion/SiteAssets/Paginas/Información%20personalizada%20y%20acompañamiento/Manual%20de%20apoyo%20del%20personal%20de%20acogida.%20información%20y%20acompañamiento%20en%20los%20Centros%20Hospitalarios%20del%20SERMAS.pdf>
18. Marin MJ, Storniolo LV, Moravcik MY. Humanization of care from the perspective of the family health strategy teams in a city in the interior of São Paulo, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(4):763-769.



19. Ministerio de Salud y de la Protección Social. La humanización en los lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en salud; 2014. [acceso 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanización%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>
20. Modelo de Evaluación de Criterios de Excelencia en Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid SER+HUMANO. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2019. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20291>
21. Namwichisirikul N. Hospital Administration for Humanized Healthcare in Thailand. International Journal of Business, Human and Social Sciences. 2012;6(11):2920-2922
22. Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. 2004. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36144/Plan+de+confortabilidad+del+SESP+A.pdf/f0fae3a7-aec5-746b-afb5-ba94e7c1a1d6?version=1.0>
23. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid 2016-2019. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2016. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17902>
24. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. 2020. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4665-2000.pdf>
25. Plan de Salud de Aragón 2030. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón. 2018. Disponible en: <http://plansaludaragon.es/wp-content/uploads/2018/09/Plan-de-Salud-FINAL-EDITADO.pdf>
26. Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. 2011. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Plans-de-salut-anteriors/Pla-de-salut-de-Catalunya-2011-2015/pla-de-salut-2011-2015/documents/plan_de_salut_catalunya_es.pdf
27. Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. 2019. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/228148/Version+final+Plan_de_Salud_2019-30.pdf/43db1691-4eee-834e-56bd-bb32c937b01e
28. Plan Dignifica, humanizando la asistencia. Consejería de Sanidad. Castilla-La Mancha. 2017. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf
29. Plan integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2019. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20297>
30. Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de Salud Mental. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2020. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM_2020_0.pdf
31. Red de experiencias "Iniciativas que humanizan". Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/Humanizacion/Paginas/IniciativasQueHumanizan.aspx>
32. Royer S, Goodwin N. What Impact Does Telehealth have on Long-Term Conditions Management [Prezi presentation] London: The King's Fund; 2012.
33. Silva ICP, Osejo CMC. La humanización en el cuidado de pacientes para lograr una atención de alta calidad. Rev. UNIMAR [Internet]. 2014;26(1). Disponible en: <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/unimar/article/view/77>
34. Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, et al. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. HERD. 2008;1(3):61-125.
35. Van Thiel G and Stolk P. Priority Medicines for Europe and the World. "A Public Health Approach to Innovation". Update on 2004 Background Paper. Background Paper 8.5. Patient and Citizen Involvement. 2013.
36. Bates V. 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. Design Health (Abingdon). 2018;2(1):5-19.

03

SEDACIÓN INHALADA PROLONGADA CON ISOFLURANO. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Marina Vilà Rivas, Laia Tarré Ferré, Mireia Vilà Currius, Ànnia Castillo Niell,
Maria Lluïsa Palomanes Espadalé, Cristina Murcia Gubianas.
Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona

m.vilarivas@gmail.com

1. Introducción

La sedación inhalada (SI) con isoflurano está en creciente uso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por sus posibles ventajas sobre la sedación intravenosa, como menor consumo de opioides, más días libres de ventilación mecánica (VM) y menos tiempo en el despertar. Sin embargo, hay pocas referencias sobre el uso de SI por períodos superiores a 72 horas.

2. Objetivos

- Describir sociodemográfica y clínicamente a pacientes con SI durante más de 72 horas en la UCI.
- Evaluar la eficacia de la SI, el consumo de opioides (OP) y relajantes neuromusculares (BNM).
- Analizar el proceso de despertar, la incidencia y duración del delirium, y los efectos adversos.

3. Metodología

Se realizó un análisis descriptivo observacional retrospectivo y unicéntrico (mayo de 2022-julio de 2023) de pacientes que recibieron SI desde el ingreso durante más de 72 horas. Se recogieron variables sociodemográficas, nivel de sedación, dosis administradas de SI, OP y BNM; incidencia y duración del delirium; tiempos para el despertar y efectos adversos.

4. Resultados

Se incluyó a 20 pacientes con una edad media de 46 ± 13 años y el 80% eran varones. Las escalas de gravedad fueron APACHE II $26,2 \pm 5,4$, SAPS II $61 \pm 10,7$, y CHARLSON $1,3 \pm 1,2$. La mayoría ingresó por problemas respiratorios (70%) y requirió sedación profunda debido a Distrés Respiratorio y Estatus Asmático. La estancia en UCI fue de 23 ± 11 días, con 19 ± 11 días de ventilación mecánica. El alta hospitalaria se produjo 10 ± 11 días tras salir de la UCI.

La SI se mantuvo 11 ± 7 días con dosis medias de $3,7 \pm 1,8$ ml/h, alcanzando el valor RASS objetivo en un 100% de los casos sin necesidad de otros sedantes. En el proceso de destete, se utilizó sedación ligera con Dexmedetomidina durante 6 ± 5 días, logrando RASS 0 en 3 ± 2 días. La incidencia de delirium fue del 59%, con una duración de $1,5 \pm 2,5$ días. El consumo de opioides se redujo en un 50% y la dosis media de morfina y fentanilo fue de $1,3 \pm 0,9$ mg/h y $1,16 \pm 0,28$ μ g/kg/h, respectivamente. El uso de BNM fue con cisatracurio a $0,09 \pm 0,04$ mg/kg/h. No se observaron efectos adversos significativos, salvo un caso de hipertermia que requirió la retirada de la SI a los 16 días.

5. Conclusiones

La SI prolongada es eficaz y segura, permitiendo una reducción en el uso de sedantes adicionales, opioides y BNM. Facilita un despertar más rápido con menor incidencia de delirium. Solo se detectó un caso de hipertermia como efecto adverso, sin otras complicaciones hemodinámicas, hepáticas, renales ni de conducción cardíaca.

6. Bibliografía

1. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):e825-e873
2. Chanques G, Constantin JM, Devlin JW, et al. Analgesia and sedation in patients with ARDS. *Intensive Care Med*. 2020;46(12):2342-56.
3. Ely EW. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Crit Care Med*. 2017;45(2):321-30.
4. Hayhurst CJ, Pandharipande PP, Hughes CG. Intensive Care Unit Delirium. *Anesthesiology*. 2016;125(6):1229-41.
5. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 2016;42(6):962-71.



6. Sosnowski K, Lin F, Chaboyer W, Ranse K, Heffernan A, Mitchell M. The effect of the ABCDE/ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes, and quality of life in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2023;138:104410.
7. Latronico N, Eikermann M, Ely EW, Needham DM. Improving management of ARDS: uniting acute management and long-term recovery. *Crit Care.* 2024;28(1):58.
8. Jabaudon M, Zhai R, Blondonnet R, Bonda WLM. Inhaled sedation in the intensive care unit. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2022;41(5):101133.
9. Yassen KA, Jabaudon M, Alsultan HA, et al. Inhaled Sedation with Volatile Anesthetics for Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Units: A Narrative Review. *J Clin Med.* 2023;12(3):1069.
10. Meiser A, Groesdonk HV, Bonnekesel S, Volk T, Bomberg H. Inhalation Sedation in Subjects With ARDS Undergoing Continuous Lateral Rotational Therapy. *Respir Care.* 2018;63(4):441-7.
11. Jerath A, Ferguson ND, Cuthbertson B. Inhalational volatile-based sedation for COVID-19 pneumonia and ARDS. *Intensive Care Med.* 2020;46(8):1563-6.
12. Landoni G, Belloni O, Russo G, Bonaccorso A, Carà G, Jabaudon M. Inhaled Sedation for Invasively Ventilated COVID-19 Patients: A Systematic Review. *J Clin Med.* 2022;11(9):2500.
13. Kostakou E, Kaniaris E, Filiou E, et al. Acute Severe Asthma in Adolescent and Adult Patients: Current Perspectives on Assessment and Management. *J Clin Med.* 2019;8(9):1283.
14. Gorsky K, Cuninghame S, Chen J, et al. Use of inhalational anaesthetic agents in paediatric and adult patients for status asthmaticus, status epilepticus and difficult sedation scenarios: a protocol for a systematic review. *BMJ Open.* 2021;11(11):e051745.

O6

ENTORNOS DE REALIDAD VIRTUAL EN CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO SISTEMÁTICO DE FACTIBILIDAD

Teresa Vargas Rodríguez, Natalia Villas Lobo.
Universidad Rey Juan Carlos, Fuenlabrada, Madrid

n.villas.2020@alumnos.urjc.es, t.vargas.2020@alumnos.urjc.es

1. Introducción

El uso de la Realidad Virtual (RV) en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) surge como una herramienta innovadora para mejorar la recuperación de pacientes, quienes suelen experimentar complicaciones psicológicas como parte del Síndrome Post Cuidados Intensivos. La RV permite crear entornos controlados que reducen la sobrecarga sensorial y el estrés en pacientes críticos, mejorando su bienestar general.

2. Objetivos

El principal objetivo es evaluar la factibilidad y viabilidad del uso de la RV en UCI, analizando su capacidad para aliviar el estrés y promover la relajación en los pacientes. Además, se pretende investigar si la RV puede mejorar la experiencia de los pacientes y reducir los síntomas del síndrome post-UCI.

3. Metodología

Se llevó a cabo una experiencia piloto con un único paciente ingresado en la UCI del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Se utilizaron gafas Meta Quest 3 y auriculares conectados a la plataforma Mozilla Hubs para crear tres entornos de RV: una playa paradisíaca, un lago rodeado de bosque y un paisaje submarino. Cada sesión de RV tuvo una duración de 15 minutos, durante la cual el paciente seleccionó el entorno más relajante. Se ofreció meditación guiada y control de la respiración, mientras se monitoreaban los parámetros fisiológicos y emocionales como frecuencia cardíaca y respiratoria, antes y después de la sesión. También se evaluaron los niveles de ansiedad, dolor y estrés mediante cuestionarios específicos adaptados al contexto hospitalario.

4. Resultados



A pesar de no observar cambios clínicos significativos en los signos vitales, la RV fue bien aceptada por el paciente, mostrando su potencial como herramienta para mejorar la experiencia en la UCI. Sin embargo, se destaca la necesidad de incorporar psicólogos especializados y ampliar los estudios para obtener resultados más concluyentes.

5. Conclusiones

La RV tiene el potencial de reducir el estrés y mejorar la calidad de vida de los pacientes en UCI, pero se requieren investigaciones adicionales para validar sus efectos clínicos.

6. Bibliografía

1. Sakr Y, Jaschinski U, Wittebole X, et al. Sepsis in Intensive Care unit patients: Worldwide data from the Intensive Care over Nations audit. *Open Forum Infect Dis*. 2018;5(12):ofy313.
2. Kalabalik J, Brunetti L, El-Srougy R. Intensive care unit delirium: a review of the literature. *J Pharm Pract*. 2013;27(2):195-207.
3. Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA*. 2010;304(16):1787-1794.
4. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. 2012;40(2):502-509.
5. Brummel NE, Jackson JC, Girard TD, et al. A combined early cognitive and physical rehabilitation program for people who are critically ill: the activity and cognitive therapy in the intensive care unit (ACT-ICU) trial. *Phys Ther*. 2012;92(12):1580-1592.
6. Gerber SM, Jeitziner MM, Wyss P, et al. Visuo-acoustic stimulation that helps you to relax: A virtual reality setup for patients in the intensive care unit. *Sci Rep*. 2017;7(1):13228.
7. Tainter CR, Levine AR, Quraishi SA, et al. Noise levels in surgical ICUs are consistently above recommended standards. *Crit Care Med*. 2016;44(1):147-152.
8. Bienvenu OJ, Friedman LA, Colantuoni E, et al. Psychiatric symptoms after acute respiratory distress syndrome: a 5-year longitudinal study. *Intensive Care Med*. 2017;44(1):38-47.
9. Wilson ME, Beesley S, Grow A, et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care*. 2019;23(1):32.
10. Karnatovskaia LV, Johnson MM, Benzo RP, Gajic O. The spectrum of psychocognitive morbidity in the critically ill: a review of the literature and call for improvement. *J Crit Care*. 2014;30(1):130-137.
11. Wilcox ME, Brummel NE, Archer K, Ely EW, Jackson JC, Hopkins RO. Cognitive dysfunction in ICU patients: risk factors, predictors, and rehabilitation interventions. *Crit Care Med*. 2013;41(9 Suppl 1):S81-98.
12. Turon M, Fernandez-Gonzalo S, Gomez-Simon V, Blanch L, Jodar M. Cognitive stimulation in ICU patients: should we pay more attention? *Crit Care*. 2013;17(3):158.
13. Ong TL, Ruppert MM, Akbar M, et al. Improving the intensive care patient experience with virtual reality-A feasibility study. *Crit Care Explor*. 2020;2(6):e0122.
14. Merliot-Gailhoustet L, Raimbert C, Garnier O, et al. Discomfort improvement for critically ill patients using electronic relaxation devices: results of the cross-over randomized controlled trial E-CHOISIR (Electronic-CHOIce of a System for Intensive care Relaxation). *Crit Care*. 2022;26(1):263.
15. Parlamento europeo y Consejo de la Unión Europea. Reglamento General de Protección de Datos. Editorial desconocido; 2016.
16. Meta Quest 3: New Mixed Reality VR Headset. <https://www.meta.com/quest/quest-3/>
17. End of support for Mozilla Hubs | Hubs Help. End of support for Mozilla Hubs | Hubs Help. <https://hubs.mozilla.com/>
18. Immersive Web Developer Home. Immersive Web Developer Home. <https://immersiveweb.dev/>
19. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck depression inventory-II (BDI-II), center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), geriatric depression scale (GDS), hospital anxiety and depression scale (HADS), and patient health questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(S11).
20. Julian LJ. Measures of anxiety: State-trait anxiety inventory (STAI), beck anxiety inventory (BAI), and hospital anxiety and depression scale-anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(S11).
21. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (VAS pain), numeric rating scale for pain (NRS pain), McGill pain questionnaire (MPQ), short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ), chronic pain grade scale (CPGS), short form-36 bodily pain scale (SF-36 BPS), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(S11).
22. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).
23. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol*. 2006;9(1):86-93. doi:10.1017/s1138741600006004

24. Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale).

07

DIARIOS DE UCI. EXPERIENCIA EN PEDIATRÍA

Ignacio Del Castillo Velilla, Carla Otero Arus, Patricia Corniero Alonso, Daniel Penela Sanchez, Daiara Momplet Cubero, Omar Rodriguez Forner.
Hospital Sant Joan De Déu, Barcelona

ignacio.delcastillo@sjd.es

1. Introducción

Los diarios de UCI consisten en cuadernos para acompañar al paciente durante su estancia en UCI para prevenir el síndrome post-cuidados intensivos (SPCI). Su uso se ha ido extendiendo hasta pediatría, y así prevenir el SPCI-familiar. Se presentan los primeros resultados tras su introducción en una UCIP.

2. Objetivos

Mejorar el bienestar emocional de pacientes y familias durante y tras el ingreso en UCIP y disminuir el SPCI y el SPCI-F al disminuir ansiedad, estrés postraumático y/o síntomas depresivos relacionados con el ingreso.

3. Metodología

Se elaboraron diarios diseñados para población pediátrica que se entregaron a pacientes con ingresos esperables mayores a 5 días. Se realizó un estudio descriptivo en el que se pasaron encuestas vía electrónica al mes del ingreso en UCIP.

4. Resultados

Se entregaron 18 diarios a pacientes y familiares (abril a agosto 2024). Un 22% fueron éxitos. Durante el ingreso, al 72,7% les pareció útil; al 36,4% le ayudó mucho y a otro 36,4% bastante. Al 45,5% le ayudó para comunicarse con profesionales sanitarios, distraerse o sentirse útil. Al 72,7% le ayudó para entender técnicas o procedimientos realizados.

Después del ingreso, al 81,8% de los casos les pareció útil, les ayudó a hablar con sus familiares acerca de la experiencia vivida y les pareció una herramienta que puedan usar en el futuro. Todos los encuestados recomiendan el diario a otro familiar ingresado en la UCIP. Se obtuvo una puntuación general de 9,1/10. Los profesionales sanitarios escribieron en un 15%. En estos casos, a todas las familias les pareció muy o bastante útil esta aportación.

5. Conclusiones

Según los encuestados, los diarios de UCIP constituyen una herramienta útil tanto durante como posterior al ingreso en UCIP.

Se valoró muy positivamente la aportación de los sanitarios.

Todos los encuestados recomendarían su uso a otros familiares.

6. Bibliografía

1. Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, et al. Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Crit Care Med.* 2014;42(12):2518-2526.
2. Herrup EA, Wiczorek B, Kudchadkar SR. Feasibility and Perceptions of PICU Diaries. *Pediatr Crit Care Med.* 2019;20(2):e83-e90.
3. López-Fernández E, Oviedo-Melgares L, Ordoñez-Sáez O, Belda-Hofheinz S, Ramos-Casado MV. Feasibility and acceptance of ICU diaries adapted to paediatric patients. A new tool against family post-intensive care syndrome? *An Pediatr (Engl Ed).* 2023;98(4):308-310.



4. Mikkelsen G. The meaning of personal diaries to children and families in the paediatric intensive care unit: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;45:25-30.
5. Board R. The therapeutic effects of journal writing for parents of PICU patients: A research brief. *J Spec Pediatr Nurs.* 2021;26(2):e12329.
6. Dryden-Palmer KD. PICU Diaries: A Simple and Promising Family-Centered Intervention. *Pediatr Crit Care Med.* 2019;20(2):208-209.

08

DELIRIUM EN PACIENTES CONSCIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

África Anguita Cañada, Judit Bou Folgarolas, Sònia Carrera Alonso, Alicia Minaya Freire, Emma Puigoriol Juvanteny.
Hospital Universitario de Vic, Barcelona

aanguita@chv.cat

1. Introducción

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) se define como una alteración de la conciencia con inatención, acompañada de alteraciones cognitivas y/o percepción que se desarrolla en un corto período de tiempo de forma fluctuante. Los cambios cognitivos se manifiestan como una alteración de la memoria, desorientación, agitación o habla confundida y las alteraciones de la percepción se manifiestan en forma de alucinaciones y/o ilusiones.

2. Objetivos

Identificar la prevalencia de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Vic (HUV) y describir las características de los pacientes, con el fin de diseñar e implementar nuevas intervenciones enfermeras orientadas a prevenir la aparición del delirium y al mismo tiempo que, humanizar los cuidados enfermeros de la UCI.

3. Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de (HUV).

Se incluyen todos los pacientes que hayan sido sometidos a ventilación mecánica invasiva, conscientes con un valor 0 en la escala validada de la Agitación y Sedación Richmond (RASS) en la unidad durante el período de octubre 2022-23.

4. Resultados

Se incluyeron 33 pacientes con una media de edad de $61,79 \pm 10,5$ años, el 69,7% eran varones y la prevalencia de delirium fue del 45,5% (28,5%-62,4%). No se encontraron diferencias significativas entre la edad, género ni el tipo de luz (circa-diano o natural) y la presencia de delirium. La prevalencia de delirium fue superior en los pacientes que recibieron cloruro mórfico (63,2% $p=0,017$) y midazolam (61,9% $p=0,012$) (tabla 1).

5. Conclusiones

Según los resultados, el tipo de luz no influye en la presencia de delirium, sin embargo, la medicación que se administra durante la estancia en UCI puede ser un factor de riesgo más significativo. La implantación de estrategias preventivas, el diagnóstico y el manejo adecuado pueden ayudar a reducir la incidencia y mejorar los resultados.

6. Bibliografía

1. Ganuza ZA, González-Torres MÁ, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 2012;32(114):247-259.
2. Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Chalhub R, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. Crit Care. 2012;16(4):R115.
3. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990;113(12):941-948
4. Khan BA, Perkins AJ, Gao S, et al. The Confusion Assessment Method for the ICU-7 Delirium Severity Scale: A Novel Delirium Severity Instrument for Use in the ICU. Crit Care Med. 2017;45(5):851-857.
5. Kotfis K, Marra A, Ely EW. ICU delirium - a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. Anaesthesiol Intensive Ther. 2018;50(2):160-167.
6. Malik AK, Baidya DK, Anand RK, Subramaniam R. A New ICU Delirium Prevention Bundle to Reduce the Incidence of Delirium: A Randomized Parallel Group Trial. Indian J Crit Care Med. 2021;25(7):754-760.
7. Mitchell ML, Kean S, Rattray JE, et al. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. Intensive Crit Care Nurs. 2017;40:77-84.
8. Spiegelberg J, Song H, Pun B, Webb P, Boehm LM. Early Identification of Delirium in Intensive Care Unit Patients: Improving the Quality of Care. Crit Care Nurs. 2020;40(2):33-43.
9. Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. Intensive Care Med. 2021;47(10):1089-1103.

Tabla 1. Asociación entre variables sociodemográficas y farmacológicas con el delirium

		DELÍRIUM		
		SI 15 (45,5%)	NO 18 (54,5%)	P
Sexo	Hombre	9 (39,1%)	14 (60,9%)	0,448
	Mujer	6 (60,0%)	4 (40,0%)	
Edad, media ± DE		60,56 ± 9,3	63,27 ± 11,9	0,469
Luz Natural	No	5 (33,3%)	10 (66,7%)	0,296
	Si	10 (55,6%)	8 (44,4%)	
DATOS FARMACOLÓGICOS				
PROPOFOL	No	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0,579
	Si	13 (43,3%)	17 (56,7%)	
CLORURO MÓRFICO	No	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0,017
	Si	12 (63,2%)	7 (36,8%)	
MIDAZOLAM	No	2 (16,7%)	10 (83,3%)	0,012
	Si	13 (61,9%)	8 (38,1%)	
CISATRACURIO	No	13 (43,3%)	17 (56,7%)	0,579
	Si	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
FENTANIL	No	12 (48,0%)	13 (52,0%)	0,699
	Si	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
REMIFENTANIL	No	11 (52,4%)	10 (47,6%)	0,469
	Si	4 (33,3%)	8 (66,7%)	
TRANXILIAM	No	15 (45,5%)	18 (54,5%)	-
	Si	0	0	
DEXMEDETOMIDINA	No	12 (46,2%)	14 (53,8%)	0,202
	Si	3 (42,9%)	4 (57,1%)	

ESTUDIO GIROPICS: EL ANÁLISIS DEL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS, ESTADIFICACIÓN Y FACTORES PREDISPONENTES DE LA UCI DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE GIRONA

Ariadna Bellès Casas, Fátima M'hamed Hassan, Aymi Torriente Avin, Anna Maria Horta Puig, Cristina Murcia Gubianas, Cristina Fuster Bertolin.
Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona

ariadnabelles@gmail.com

1. Introducción

Los últimos avances en el síndrome de post cuidados intensivos (SPCI) buscan establecer diagnósticos más fiables y estratificados por gravedad (1-3), así como determinar factores de riesgo modificables (4-6).

2. Objetivos

Estudiar la prevalencia de SPCI en nuestro centro, estratificar según gravedad y conocer la relación con factores modificables.

3. Metodología

Estudio observacional y prospectivo de pacientes ingresados a la UCI del Hospital Trueta durante un año (05/2022-05/2023). Se analizaron características del paciente e ingreso y terapéutica aplicada a la UCI. A los 3 y 6 meses del alta hospitalaria se realizó una visita presencial donde se valoró mediante entrevista semiestructurada la calidad de vida, secuelas físicas, psíquicas y cognitivas.

4. Resultados

De los 22 pacientes con seguimiento completo (pérdidas 47%): 65% hombres con edad media de 52 años. 61% con motivo de ingreso médico, APACHE inicial 19.8 (DE 8.32) y estancia media en UCI de 19 días (DE 12).

A los 3 meses un 50% de los pacientes se diagnosticaron de SPCI (27% leve, 18% moderado, 5% severo) con una mejora significativa a los 6 meses (25% SPCI, solo 2 casos con SPCI moderado-severo). La esfera más alterada fue la cognitivo-laboral con 50% de los pacientes que no recuperan su lugar de trabajo habitual y 50% con escala de MoCA patológica.

No se observaron diferencias entre variables demográficas ni terapéuticas, pero sí que hemos detectado que la afectación psicológica está más relacionada con el SPCI que otras variables (dimensión mental en SF-12 $p < 0.05$, dimensión depresión en HAD $p < 0.05$).

5. Conclusiones

La población estudiada presenta una prevalencia de SPCI (50%) parecida a la descrita en la literatura, principalmente en formas leves. Las pérdidas durante el seguimiento son el principal limitante para valorar factores de riesgo. La afectación psicológica es la más relacionada con el SPCI y la cognitiva la más frecuente en nuestro estudio.

6. Bibliografía

1. Kosilek RP, Schmidt K, Baumeister SE, Gensichen J. Frequency and risk factors of post-intensive care syndrome components in a multicenter randomized controlled trial of German sepsis survivors. *J Crit Care*. 2021;65:268-73.
2. Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, Patel MB, Hughes CG, Jackson JC, et al. Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness*. *Crit Care Med*. 2018;46(9):1393-401.
3. Kang J, Lee MH. Incidence rate and risk factors for post-intensive care syndrome subtypes among critical care survivors three months after discharge: A prospective cohort study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;(81).

4. Inoue S, Nakanishi N, Amaya F, Fujinami Y, Hatakeyama J, Hifumi T, et al. Post-intensive care syndrome: Recent advances and future directions. *Acute Med Surg.* 2024;11(1):e929.
5. Lee M, Kang J, Jeong YJ. Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care.* 2020;33(3):287-94.
6. Ding M, Yang C, Li Y. Risk Factors for Physical Function Impairments in Postintensive Care Syndrome: A Scoping Review. *Front Pediatr.* 17 de 2022;10:905167.

Tabla 1: Resultado del seguimiento a los 3 meses		N (%)
SPCI	SPCI total	11 (50.0)
	SPCI leve	6 (27.3)
	SPCI moderado	4 (18.2)
	SPCI severo	1 (4.55)
Vida diaria	SF-12 físic <40 puntos	7 (31.8)
	SF-12 mental <40 puntos	7 (31.8)
	No recupera su lugar de trabajo	11 (50)
	No vuelve a conducir	6 (27.3)
	No recupera aficiones	8 (36.4)
Esfera física	SF-12 físic <40 puntos	7 (31.8)
	Barthel <90 puntos	0 (0.0)
	MRC <48 puntos	0 (0.0)
	Pérdida de peso >5kg	7 (31.8)
Esfera cognitiva	MOCA <26 puntos	11 (50.0)
Esfera psicológica	SF-12 mental <40 puntos	7 (31.8)
	HAD ansiedad <11 puntos	2 (9.1)
	HAD depresión <11 puntos	2 (9.09)

13

PERFIL DEL PACIENTE QUE RECIBIÓ PASEO TERAPÉUTICO DURANTE SU ESTANCIA EN UCI EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN EN EL PERIODO FEBRERO- SEPTIEMBRE 2024

Miguel Nebot Casanova, Patricia Casado Santa Bárbara, María Ángeles Martínez Arcos, María del Carmen Molina de la Torre, Rosa María Vela Colmenero.

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén

nebot_miguel@hotmail.com

1. Introducción

La estancia en UCI supone un proceso angustioso para el paciente y su familia. Se considera el paseo, como un tratamiento y cuidado de la misma importancia que cualquier otro proporcionado en la UCI, siendo una de las medidas de Humanización de los Cuidados Intensivos que se practica.

2. Objetivos

Paliar la vivencia traumática y los efectos indeseables derivados de la estancia prolongada en UCI. Los efectos fisiológicos de los paseos y contacto con la naturaleza- mundo exterior, como terapia ha demostrado que mejora la actividad cerebral, la actividad nerviosa autónoma, el sistema inmunológico y la regulación endocrina.

3. Metodología

Revisión descriptiva de los pacientes que recibieron paseos durante ese periodo de tiempo (febrero a septiembre 2024). Describir el perfil del paciente y mortalidad al alta hospitalaria. Se seleccionó aquellos pacientes que



cumplían criterios de inclusión siguiendo el protocolo establecido en nuestra unidad.

4. Resultados

Se realizaron un total de 16 paseos terapéuticos en 9 pacientes de los cuales n=8 fueron varones y n=1 mujer. Los motivos de ingreso en la unidad fueron: Pancreatitis Aguda Grave (n=1); Shock Séptico (n=6); Insuficiencia Respiratoria Aguda (n=1), Trauma Grave (n=1). Los días de estancia media en UCI fueron 66,78 días. La media de días de ventilación mecánica fue 57,78 días, pacientes traqueostomizados un 88,89% (n=8). La mortalidad intrahospitalaria fue de un 11,11% (n=1). Durante los paseos se siguió el protocolo establecido en la unidad y no se presentó ninguna incidencia ni riesgo para el paciente.

5. Conclusiones

Durante este periodo, no hubo ninguna incidencia siendo los paseos en UCI factibles y seguros. El bienestar de los pacientes ingresados en UCI mejoró, aumentando la colaboración y confianza del paciente y de los familiares, proporcionando, además, un refuerzo positivo y felicidad en los profesionales de nuestra unidad.

6. Bibliografía

1. Song C, Ikei H, Miyazaki Y. Physiological Effects of Nature Therapy: A Review of the Research in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(8):781.
2. Cordoza M, Ulrich RS, Manulik BJ, et al. Impact of Nurses Taking Daily Work Breaks in a Hospital Garden on Burnout. *Am J Crit Care*. 2018;27(6):508-512.
3. Heras La Calle G, Alonso-Ovies A, Gómez-Tello V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med*. 2017;43(4):547-549
4. Ulrich RS, Cordoza M, Gardiner SK, et al. ICU Patient Family Stress Recovery During Breaks in a Hospital Garden and Indoor Environments. *HERD*. 2020;13(2):83-102.

14

ANÁLISIS DEL RESULTADO DE UN PROGRAMA FORMATIVO SOBRE EL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS FAMILIAR (SPCI-F) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana María de Pablo Hermida, Cristina Martín Dal Gesso, Silvia Martín de la Torre, María Dolores Castrillón Montes.
Hospital del Sureste, Arganda del Rey, Madrid

anadepablo@gmail.com

1. Introducción

Los familiares de los pacientes ingresados en la UCI están en riesgo de desarrollar depresión, ansiedad, o estrés postraumático, con un deterioro en su calidad de vida. La discordancia entre sus necesidades y la actuación de los profesionales es el principal factor de riesgo. Por ello es de vital importancia la formación del personal.

2. Objetivos

Evaluar la eficacia de una intervención formativa sobre el grado de conocimiento sobre el SPCI-F y la práctica habitual de los profesionales.

3. Metodología

Se realizó una encuesta preintervención entre los profesionales de la UCI del HUSE para evaluar su grado de conocimiento del SPCI-F. Posteriormente elaboramos un cartel informativo con las consecuencias derivadas de este síndrome para la familia, y las medidas adecuadas para prevenir sus síntomas.

25



Finalmente, se compararon los resultados iniciales con los de una encuesta postintervención.

4. Resultados

Respondieron 24 profesionales a la encuesta pre y 23 a la encuesta post. Inicialmente, afirmaron conocer el síndrome post-UCI de los pacientes un 79% de los encuestados, y el porcentaje se redujo a un 54% cuando nos referíamos al familiar. Estos porcentajes mejoraron significativamente, hasta el 87% para el síndrome post-UCI del paciente y el 70% respectivamente.

El conocimiento del TEPT como trastorno que forma parte del SPCI-F pasó del 66 al 87%. En cuanto a las medidas para prevenirlo, la mayor parte de los participantes respondieron correctamente tras la intervención. Más del 90% de los encuestados consideraron que preguntar al familiar por sus necesidades es la más importante. La mayoría reflejó además la importancia de favorecer un periodo de visitas amplio y flexible, así como permitir que los familiares participen en los cuidados.

El 65% era consciente de haber visto el cartel formativo.

El 93,3% consideró de utilidad la medida formativa. El 33% consideraba haber aprendido algo nuevo, y el 7% había cambiado su forma de tratar a las familias.

5. Conclusiones

El síndrome post-UCI familiar se conoce menos que el del paciente, pudiendo pasar desapercibido. Acciones formativas sencillas pueden tener alto impacto entre el personal, favoreciendo la prevención.

6. Bibliografía

1. Ito Y, Tsubaki M, Kobayashi M, Yagome S, Sakaguchi Y. Effect size estimates of risk factors for post-intensive care syndrome-family: A systematic review and meta-analysis. *Heart Lung*. 2023;59:1-7.
2. Hochendoner SJ, Amass TH, Curtis JR, et al. Voices from the Pandemic: A Qualitative Study of Family Experiences and Suggestions regarding the Care of Critically Ill Patients. *Ann Am Thorac Soc*. 2022;19(4):614-624.
3. Białek K, Sadowski M. Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units - preliminary report. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2021;53(2):134-140.

DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES PALIATIVAS Y PICS EN UNA UCI DE SEGUNDO NIVEL

Diana Gutiérrez Arámbula, Sandra Leal Murillo, Fernando Gerber, Jessica Souto Higuera, María Planella Cutrina, Emilio Mora Guevara.
Consorci Sanitari Alt Penedès Garraf, Vilafranca del Penedès, Barcelona

dpgutierrez@csapg.cat

1. Introducción

Los protocolos PICS reflejan el cambio en la atención al paciente crítico, más allá de las unidades de críticos y detectando necesidades de un modo holístico. Existen herramientas para detectar las necesidades de los pacientes desde una visión global. Una de ellas, el NECPAL CCOMS-ICO® que identifica necesidades paliativas, a través de una evaluación que combina la percepción subjetiva con parámetros de severidad y progresión de enfermedad.

Es imperativo pues, validar una herramienta en UCI, que facilite la detección de las necesidades paliativas

2. Objetivos



Generales:

- Cuantificar el NECPAL 4.0 positivo en la población crítica.
- Conocer el porcentaje de pacientes PICS.

Específico:

- Describir las características demográficas de los pacientes con criterios PICS.

3. Metodología

Estudio descriptivo de la totalidad de pacientes ingresados en la UCI del CSAPG durante 6 meses. Se recopilaron: datos demográficos, diagnósticos y destino del paciente al alta. En todos los pacientes, previo al alta de UCI, se aplicó la escala NECPAL 4.0 y criterios PICS. Análisis estadístico mediante SPSS 26.

4. Resultados

Se analizaron un total de 192 pacientes (63% masculinos) con una edad media de 66,2 años. La patología cardíaca (55,7%) fue la más prevalente al ingreso.

El 28,6% resultó NECPAL positivo; el 36,5% cumplió criterios PICS.

La edad media de los pacientes PICS positivo fue más elevada (71,8 vs 64,6; $p < 0,003$).

El sexo y motivo de ingreso no se asoció de forma significativa a positividad PICS.

Los criterios de inclusión PICS más frecuentes fueron: APACHE II 40%, sepsis 16%, shock 17,2%, debilidad al alta 10,9%, criterio de médico tratante 10,2%

5. Conclusiones

El 28,6% % de pacientes que ingresan en la UCI del CSAPG necesitan atención paliativa.

El 36% de los pacientes cumplen criterios PICS compartiendo similitudes con los datos de la literatura.

Se necesitan más estudios para la validación de la escala NECPAL en paciente crítico.

6. Bibliografía

1. Sepulveda et al. Palliative Care: the WHO's global perspective, 2002.
2. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage.* 2013;45(6):1094-1106.
3. Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Ceulaer K, et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliat Med.* 2013;27(3):197-208.
4. Brickner L, Scannell K, Marguet S, Ackerson L. Barriers to hospice care and referrals: survey of physicians' knowledge, attitudes, and perceptions in a health maintenance organization. *J Palliat Med.* 2004;7(3):411-418.
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. [Identification of people with chronic advanced diseases and need of palliative care in sociosanitary services: elaboration of the NECPAL CCOMS-ICO© tool]. *Med Clin (Barc).* 2013;140(6):241-245.
6. Gómez-Batiste X, Turrillas P, Tebé C, Calsina-Berna A, Amblàs-Novellas J. NECPAL tool prognostication in advanced chronic illness: a rapid review and expert consensus. *BMJ Support Palliat Care.* 2022;12(e1):e10-e20.

17

PREMIO "RAQUEL NIETO, REGRESO A ÍTACA" AL MEJOR PÓSTER DEL 1#CPICS

INFLUENCIA DE LA POSICIÓN DE LA CABEZA EN LA MANIOBRA DE PRONO EN LA LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL

Gema Díaz Cuero, Paula Taboada Domínguez, Beatriz Nieto Martino, Gema Candelaria Arellano Del Verbo, María Ángeles De La Torre Ramos, Ángela Alonso Ovies.

27

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

gdiazc@salud.madrid.org

1. Introducción

La lesión del plexo braquial fue frecuentemente objetivada como secuela en el área física en la consulta post-UCI tras la pandemia SARS-COV2.

2. Objetivos

Analizar los factores que influyen en la aparición de lesiones asociadas al plexo braquial según la posición de la cabeza con respecto al brazo elevado en el paciente que requiere maniobra de decúbito prono.

3. Metodología

Estudio observacional, histórico de cohortes realizado en UCI polivalente de hasta 52 camas en Hospital de segundo nivel de 350 camas entre Marzo/20 a Agosto/22.

Pacientes: Adultos que durante su ingreso en UCI han requerido por lo menos una maniobra de decúbito prono y que han podido realizar seguimiento al alta en consulta post-UCI.

Variables (v) a estudio:

- **V respuesta:** Alteración de la dinamometría, presencia de alteraciones sensitivas, motoras o dolor neuropático en alguno de los miembros superiores evaluado en consulta post-UCI.
- **V explicativas:** Sexo, comorbilidades, edad, días de estancia, días de ventilación mecánica, número de pronos, número de pronos prolongados, necesidad de prono previo a ingreso en UCI y uso de relajantes neuromusculares en perfusión continua.

Test estadísticos:

- **Análisis descriptivo:** descripción de variables cualitativas por porcentaje, variables numéricas por media y DE en caso de normalidad y por mediana y rango intercuartílico en caso de no normalidad; comprobación de normalidad por test paramétrico de test Kolmogorow-Smirnov.
- **Análisis univariante:** prueba Chi cuadrado para las variables explicativas cualitativas; prueba T de comparación de medias para variables cuantitativas normales, test no paramétrico de U Mann Whitney para variables cuantitativas con distribución no normal; nivel de significación estadística: p valor < 0,05
- **Software estadístico:** SPSS.22.

4. Resultados

El 28% de los pacientes pronados antes de Diciembre'21 (cabeza girada hacia el brazo que no está elevado) sufrieron lesiones del plexo braquial. El 53% de los pacientes pronados tras Diciembre'21 (cabeza girada hacia el lado elevado) sufrieron lesiones del plexo braquial. No hay diferencias significativas en cuanto a disposición del brazo con respecto a dichas lesiones al alta. Si hay diferencias en cuanto al uso de relajantes neuromusculares en lesiones neuropáticas y motoras de miembros superiores (76% vs 21%).

5. Conclusiones

En la maniobra de decúbito prono la posición de colocación de la cabeza con respecto al brazo elevado es un factor determinante para evitar aparición de alteraciones sensitivas y motoras en los miembros superiores por alteraciones del plexo braquial, pero no se ha podido establecer significación estadística en nuestro estudio en probable relación con la falta de seguimiento de los pacientes pronados en el primer periodo por la situación epidemiológica.

6. Bibliografía

1. Gattinoni L, Tognoni G, Pesenti A, et al. Effect of prone positioning on the survival of patients with acute respiratory failure. N Engl J Med. 2001;345(8):568-573.

2. Ahearn BM, Starr HM, Seiler JG. Traumatic Brachial Plexopathy in Athletes: Current Concepts for Diagnosis and Management of Stingers. J Am Acad Orthop Surg. 2019;27(18):677-684.

MOMENTO DE REALIZACIÓN DEL PRONO					
		Previo Diciembre'21		Posterior a Diciembre'21	
Dolor neuropático	SI (n 60)	23	43%	37	37%
	NO (n 83)	30	57%	62	63%
Pérdida sensibilidad	SI (n 45)	19	35%	26	26%
	NO (n 107)	34	65%	73	74%
Debilidad motora	SI (n 102)	40	75%	62	37%
	NO (n 50)	13	25%	37	63%
Síndrome compatible con afectación plexo (dolor+altsensibilidad+deb motora)	SI (n 83)	15	28%	53	53%
	NO (n 83)	37	72%	46	67%

18

MOTIVOS DE EXCLUSIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DEL SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS (SPCI) EN LA CONSULTA POST-UCI

Domingo Díaz Díaz, Lorenzo López Pérez, Mercedes Villanova Martínez, M^a Paz Escuela de Guericó, Eduardo Palencia Herrejón.
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

domingodiazdiaz@gmail.com

1. Introducción

No todos los pacientes críticos con factores de riesgo para desarrollar síndrome post-UCI (SPUCI) son remitidos a la consulta post-UCI (CPUCI) por presentar distintos criterios de exclusión.

2. Objetivos

Describir las causas de exclusión de pacientes de la CPUCI con criterios para desarrollar SPUCI.

3. Metodología

Estudio retrospectivo en dos periodos (junio 2018-diciembre 2019 y enero 2022-junio 2024). Se analizaron variables demográficas, motivo de ingreso en UCI, gravedad (SAPS- 3), estancia media en UCI y hospitalaria. Los factores de riesgo para el desarrollo del SPCI fueron ventilación mecánica (VM) \geq 3 días, estancia en UCI \geq 7 días, SDRA, shock séptico, necesidad de terapia de depuración extrarenal, PCR recuperada, traqueostomía, y delirium. Se consideraron criterios de exclusión de CPUCI ausencia de secuelas, corta expectativa vida, trastorno psiquiátrico y neurológico grave, y dependencia total.

4. Resultados



Durante el periodo del estudio ingresaron en UCI 1784 pacientes, de los cuales 249 fallecieron. 220 pacientes (14,3% de los supervivientes) tenían factores de riesgo para SPUCI, de los que 112 (50,9%) presentaban criterios de exclusión. Sus principales motivos de ingreso en UCI fueron insuficiencia respiratoria aguda (41,9%), y shock séptico (22,3%). La puntuación SAPS-3 al ingreso fue de 61(25-105). Recibieron VMI el 63,1% de los pacientes, con una duración media de 10 días. La estancia media en UCI fue de 11 días y la hospitalaria de 31 días. Los principales factores de riesgo para SPUCI fueron estancia en UCI ≥ 7 días (93%), VM durante ≥ 3 días (63,4%) y delirium (48,2%). Las causas de exclusión para CPUCI fueron fallecimiento en planta (20,5%), corta expectativa de vida (20,5%), y enfermedad psiquiátrica grave (16%).

5. Conclusiones

Hasta el 50% de los pacientes con riesgo de SPUCI son excluidos del seguimiento en CPUCI, siendo los principales motivos la corta expectativa de vida y el exitus al alta de UCI.

6. Bibliografía

1. Lobo-Valbuena B, Sánchez Roca MD, Regalón Martín MP, Torres Morales J, Varillas Delgado D, Gordo F. Post-Intensive Care syndrome: ample room for improvement. Data analysis after one year of implementation of a protocol for prevention and management in a second level hospital. Síndrome post-UCI: Amplio espacio de mejora. Análisis de los datos tras un año de implementación de protocolo para su prevención y manejo en un hospital de segundo nivel. *Med Intensiva*. 2021;45:e43-e46.
2. Busico M, das Neves A, Carini F, et al. Follow-up program after intensive care unit discharge. Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2019;43(4):243-254.
3. Meyer J, Brett SJ, Waldmann C. Should ICU clinicians follow patients after ICU discharge? Yes. *Intensive Care Med*. 2018;44(9):1539-1541.
4. Ekong M, Monga TS, Daher JC, et al. From the Intensive Care Unit to Recovery: Managing Post-intensive Care Syndrome in Critically Ill Patients. *Cureus*. 2024;16(5):e61443.
5. Voiriot G, Oualha M, Pierre A, et al. Chronic critical illness and post-intensive care syndrome: from pathophysiology to clinical challenges. *Ann Intensive Care*. 2022;12(1):58.

CÓMO FALLECEN NUESTROS PACIENTES EN EL SEGUIMIENTO

Laura Herrera Castillo, Amelia Caridad Sanchez Galindo, Sara Alcón, Maria Vazquez López, Almudena Chacón, Jimena del Castillo.
UCI pediátrica Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

melisangalindo@gmail.com

1. Introducción

Los pacientes que presentan una parada cardíaca (PC) o precisan soporte con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) tienen mayor riesgo de morbimortalidad a corto plazo.^{1,2} Aquellos pacientes que sobreviven el ingreso pueden presentar patologías de base o desarrollar secuelas que condicionen un desenlace fatal durante el seguimiento³

2. Objetivos

Describir las causas de fallecimiento, las características clínicas y la evolución de los pacientes que fallecen mientras se encuentran en un programa de seguimiento en consultas post-UCIP, tras PC o necesidad de ECMO.

3. Metodología

Estudio prospectivo observacional unicéntrico desde junio de 2019-octubre de 2024. Se incluyeron pacientes desde 1 mes de edad hasta 18 años admitidos

en el programa. Se registraron datos demográficos y clínicos al ingreso y seguimiento y las características del fallecimiento.

4. Resultados

61 pacientes ingresaron en el programa durante el periodo de estudio. 6 pacientes fallecieron durante el seguimiento. La mediana de edad (evento inicial) fue 18 meses (IQ1: 2,5 -IQ3: 63,2). 4 pacientes eran mujeres. Todos los pacientes presentaron una parada cardíaca y 2 precisaron asistencia en ECMO. Durante el seguimiento, 1 paciente presentaba una tetraparesia espástica, 2 pacientes encefalopatía hipóxico-isquémica post PC, 1 paciente retraso psicomotor aislado leve, 1 paciente con retraso psicomotor asociado a sordera y 1 paciente con exploración neurológica normal. 2 pacientes fallecieron por parada cardíaca no recuperada, en 3 pacientes se adecuó el esfuerzo terapéutico y 1 paciente se decidió no escalar el tratamiento de la enfermedad de base.

La mediana de edad al fallecimiento fue 38,9 meses (IQ1: 24 -IQ3: 84,5) y de tiempo entre evento y fallecimiento fue 18 meses (IQ1: 11,8 -IQ3: 22,5). (Ver tabla 1).

Cinco de los 6 pacientes en seguimiento fallecieron en nuestro hospital, 3 en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), 2 en urgencias y planta de hospitalización. Los profesionales de la UCIP participaron en la atención al final de la vida de los pacientes que fallecen en el hospital.

5. Conclusiones

Los pacientes en seguimiento en consulta post-UCIP pueden tener riesgo de fallecer en el seguimiento. En esta cohorte de pacientes, la causa más frecuente, fue la adecuación del esfuerzo terapéutico, seguido por la parada cardíaca que sucedió en los pacientes con patología cardíaca. Los profesionales de la UCIP participan en los cuidados al final de la vida en nuestro medio.

6. Bibliografía

1. Du Pont-Thibodeau G, Fry M, Kirschen M, et al. Timing and modes of death after pediatric out-of-hospital cardiac arrest resuscitation. *Resuscitation*. 2018;133:160-166.
2. Del Castillo J, López-Herce J, Matamoros M, et al. Long-term evolution after in-hospital cardiac arrest in children: Prospective multicenter multinational study. *Resuscitation*. 2015;96:126-134.
3. Ng ZHC, Ho SJ, Caleb T, et al. Long-Term Outcomes after Non-Traumatic Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Pediatric Patients: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2022;11(17):5003.

Tabla



No	Sexo	Patología de base	Edad al fallecimiento (meses)	Estado neurológico previo al fallecimiento	Meses desde el evento inicial hasta el fallecimiento	Causa del fallecimiento
1	M	Leucemia Linfoide Aguda	96,9	Exploración neurológica acorde	23,1	No escalada de tratamiento
2	M	Trasplante Cardíaco	47,1	Encefalopatía hipóxico-isquémica post PC	15,5	Parada Cardíaca no recuperada. Rechazo
3	H	Trasplante cardíaco	30,7	Retraso psicomotor aislado leve	28,7	Parada Cardíaca no recuperada Rechazo
4	M	Parálisis cerebral infantil	146,6	Tetraparesia espástica previa	9	Adecuación del esfuerzo terapéutico
5	M	Síndrome polimalformativo	15	Retraso psicomotor asociado a sordera	10,7	Adecuación del esfuerzo terapéutico
6	H	PCR extrahospitalaria postraumatismo	21,9	Encefalopatía hipóxico-isquémica post PC	20,7	Adecuación del esfuerzo terapéutico

20

"UN INGRESO QUE TE CONDICIONARÁ LA VIDA": VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA EN EL DÍA A DÍA TRAS EL ALTA

Santiago Lardelli Picallos, Marta Gonzalez Cárdenas, Uxía Rey Barreiro, Estefanía Luque Mármol, Elena Bonilla Fornes, Francisco Luis Pérez Caballero. Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz

uxiareybarreiro@gmail.com

1. Introducción

La supervivencia al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) produce múltiples secuelas (Síndrome Post Cuidados Intensivos o SPCI) con menoscabo en la calidad de vida (CV) del paciente.

Conocer los diagnósticos predominantes permitirá optimizar modelos de atención para mejorar la CV.

2. Objetivos

Describir la CV de los pacientes incluidos en la consulta SPCI.

Establecer el impacto de la consulta SPCI sobre la CV y en la prevalencia de los principales diagnósticos.

3. Metodología

En una muestra de 104 pacientes de la consulta SPCI del Hospital de Mérida en seguimiento durante un mes tras el alta, se realizó un estudio observacional prospectivo evaluando el impacto del ingreso mediante la encuesta Salud SF-36.

Para valorar la significación estadística entre pares de variables categóricas se aplicó el test chi cuadrado y el test exacto de Fisher. En las muestras apareadas se aplicó el test exacto de simetría.

Significación estadística con $p < 0.05$. Los análisis se realizaron con Stata y SPSS.

4. Resultados



Con respecto a los diagnósticos al alta de la consulta post UCI, destaca mayor prevalencia de COVID persistente (11.5%) y ansiedad (12.8%).

El 50% reflejan limitación al esfuerzo, con relación significativa entre COVID-persistente y dolor (0.028) o la dificultad para subir escaleras ($p=0.040$).

En un 33% el dolor afecta a su CV, relacionándose significativamente con la depresión ($p= 0.004$).

El 50% de los pacientes describen empeoramiento de CV.

No se ha encontrado asociación entre el intervencionismo al mes y percepción de CV ($P < 0.174$).

5. Conclusiones

Las limitaciones más evidentes aluden a la salud mental, el dolor y los esfuerzos independientemente del diagnóstico al alta, remarcándose la importancia de la rehabilitación, el abordaje de la depresión, así como la búsqueda de nuevas estrategias destinadas a mejorar la CV.

6. Bibliografía

1. Sharshar T, Grimaldi-Bensouda L, Siami S, et al. A randomized clinical trial to evaluate the effect of post-intensive care multidisciplinary consultations on mortality and the quality of life at 1 year. *Intensive Care Med.* 2024;50(5):665-677.
2. van Sleeuwen D, van de Laar FA, Simons K et al. MiCare study, an evaluation of structured, multidisciplinary and personalised post-ICU care on physical and psychological functioning, and quality of life of former ICU patients: a study protocol of a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2022;12(9):e059634.

RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EN RELACIÓN CON EL USO DE SUJECIONES MECÁNICAS (SM) EN LA UCI

Lorenzo López Pérez, Domingo Díaz Díaz.
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

lorenzlp@gmail.com

1. Introducción

El principal motivo para emplear SM en la UCI es evitar interferir con tratamientos críticos para los pacientes. Su uso plantea cuestiones ético-legales como son la pérdida de dignidad o de autonomía; así como complicaciones locales, o la asociación con el delirium y el TEPT.

Para reducir su uso se han puesto en marcha una serie de medidas, como son la optimización de la sedación, analgesia y el delirium, la movilización precoz o el desarrollo de protocolos sobre SM; así como el empleo de manoplas que facilitan la movilidad de los pacientes.

2. Objetivos

Conocer mediante una encuesta la situación actual del empleo de estas medidas.

3. Metodología

Estudio observacional descriptivo en el que se analizan los resultados obtenidos de una encuesta sobre el uso de SM dirigida a los participantes del grupo Ítaca.

Se incluyeron 2 preguntas de las características de las UCIs, 3 relacionadas con la aplicación de protocolos de sedación, analgesia y delirium, 5 con el uso de SM y una sobre la existencia de una consulta del SPCI.

4. Resultados



Participaron 39 UCIs, 87% de adultos y 82 % con más de 10 camas. El 74% cuenta con una consulta del SPCI.

En el 90% existe un protocolo de analgo-sedación y en el 61% del delirium.

En relación con el empleo de SM, 49% tiene protocolo, 51% se usan con orden médica, 59% con alguna forma de consentimiento informado (verbal 41%), 56% tiene registro en la historia clínica de la indicación y del tiempo de uso en el 51%. Se emplean manoplas en 8 UCIs (21 %).

5. Conclusiones

Si bien el empleo de medidas para reducir el uso de SM en las UCIs participantes es bueno, existe un margen de mejora.

6. Bibliografía

1. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, et al. Physical restraint in critical care units from the experience of doctors and nursing assistants: In search of an interdisciplinary interpretation. La contención mecánica en unidades de cuidados críticos desde la experiencia de los médicos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería: buscando una lectura interdisciplinar. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*. 2020;31(1):19-34.
2. Berger S, Grzonka P, Amacher SA, Hunziker S, Frei AI, Sutter R. Adverse events related to physical restraint use in intensive care units: A review of the literature. *J Intensive Med*. 2024;4(3):318-325.
3. Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, et al. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies--American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Crit Care Med*. 2003;31(11):2665-2676.
4. Rose L, Burry L, Mallick R, Luk E, Cook D, Fergusson D, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes associated with physical restraint use in mechanically ventilated adults. *J Crit Care* 2016;31(1):31-35.

24

USO DE REALIDAD VIRTUAL COMO TÉCNICA DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS Y ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Yasmina Ros Aguiar, Montserrat Fàbregas i Mitjans, Purificación Pérez Terán,
Pau Nebot Forcada, Óscar Pozo Mendoza, María Ángeles López-Vilchez.
Hospital del Mar, Barcelona

yros@psmar.cat

1. Introducción

Cualquier intervención realizada a un menor hospitalizado puede provocar ansiedad y estrés dando lugar a consecuencias a largo plazo. Entre un 40% y 70% de los pacientes pediátricos sometidos a una Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) presentan ansiedad, afectando también a sus acompañantes.

2. Objetivos

Objetivo general

Evaluar la efectividad de una experiencia inmersiva con realidad virtual (RV) vs intervención con payasos de hospital en la reducción de ansiedad y estrés en menores y sus acompañantes.

Objetivos específicos

- Comparar efectos a nivel metabólico de la RV vs intervención con payasos vs grupo control.
- Comparar los efectos sobre la ansiedad en los mismos grupos.
- Analizar si dichas intervenciones tienen repercusión metabólica y sobre la ansiedad en acompañantes.

3. Metodología



Estudio clínico aleatorizado realizado en pacientes pediátricos sometidos a una CMA, los cuales se randomizaron a: RV vs. payasos vs. RV+payasos vs. control. Se realizó análisis metabólico con muestras de saliva pre y post intervención a pacientes y acompañantes. El nivel de ansiedad se cuantificó en los menores con la Escala de Ansiedad preoperatoria de Yale Modificada (mYPAS) y likert en los acompañantes. CEIC 2022/10545

4. Resultados

Se incluyeron 91 pacientes entre 6 y 17 años. La RV parece aumentar la inactivación del cortisol vía metabolismo, esto no se evidencia con payasos. En acompañantes, las tres intervenciones disminuyen la producción de cortisol y aumentan su desactivación vía metabolismo (tabla 1). No hay diferencias significativas en las escalas de ansiedad.

5. Conclusiones

El uso de RV produce una disminución de los niveles de cortisol por lo que podría ser una herramienta útil en pediatría en la disminución del estrés y sus consecuencias a largo plazo. Así mismo, tanto la RV como la intervención con payasos disminuyen el estrés de los acompañantes.

6. Bibliografía

1. Ryu JH, Park JW, Nahm FS, et al. The Effect of Gamification through a Virtual Reality on Preoperative Anxiety in Pediatric Patients Undergoing General Anesthesia: A Prospective, Randomized, and Controlled Trial. *J Clin Med*. 2018;7(9):284.
2. Chundamala J., Wright J., Kemp S. An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Can J Anaesth*. 2009;56(1):57-70.
3. Härter V, Barkmann C, Wiessner C, Rupprecht M, Reinshagen K, Trah J. Effects of Educational Video on Pre-operative Anxiety in Children - A Randomized Controlled Trial. *Front Pediatr*. 2021;9:640236.

Tabla 1. Resultados del análisis metabólico según el grupo de intervención

MARCADORES	DATOS PACIENTES				
	PALLAPUPAS	VR	VR+PALLAPUPAS	CONTROL	P
20aDHE/E	-0.09* (-0.15 / -0.01)	-0.01 (-0.11 / 0.07)	-0.10** (-0.21 / 0.04)	-0.06 (-0.13 / 0.01)	<0.01
20reductase	0.06* (-0.03 / 0.21)	0.20 (0.06 / 0.36)	0.09 (-0.08 / 0.13)	0.12 (0.01 / 0.28)	<0.01
20aDHF/F	-0.02* (-0.17 / 0.18)	0.19 (-0.02 / 0.79)	0.05** (-0.10 / 0.16)	0.21 (-0.04 / 0.45)	<0.01
F20reductase	0.16* (-0.08 / 0.32)	0.40 (0.15 / 0.87)	0.08** (-0.08 / 0.37)	0.33 (0.03 / 0.59)	0.01
20bDHF/F	0.19* (-0.01 / 0.37)	0.46 (0.13 / 1.07)	0.10** (-0.08 / 0.45)	0.35 (0.04 / 0.68)	0.017
Fmetabolism	0.10* (-0.02 / 0.27)	0.26 (0.11 / 0.70)	0.07 (-0.11 / 0.27)	0.18 (0.04 / 0.46)	0.02
F/E	-0.05* (-0.20 / 0.06)	0.19 (-0.02 / 0.79)	-0.02 (-0.22 / 0.13)	-0.17 (-0.28 / -0.04)	0.04
F20/E20	-0.04* (-0.10 / 0.06)	-0.13 (-0.28 / -0.05)	-0.01 (-0.13 / 0.07)	-0.11 (-0.18 / <0.01)	0.04
	DATOS ACOMPAÑANTES				
CORTISONE	-0.21*** (-0.24 / -0.11)	-0.19**** (-0.28 / -0.14)	-0.17***** (-0.27 / -0.06)	-0.10 (-0.12 / -0.03)	< 0.01
20aDHE/E	0.10 (0.03 / 0.16)	0.21**** (0.12 / 0.34)	0.09 (-0.04 / 0.18)	0.09 (-0.01 / 0.15)	0.03
Cortisol	-0.27 (-0.32 / -0.19)	-0.32 (-0.45 / -0.25)	-0.32 (-0.42 / -0.14)	-0.24 (-0.35 / -0.08)	0.07

* p < 0,05 VR vs. pallapupas

** p < 0,05 VR vs VR+Pallapupas

*** p < 0,05 Pallapupas vs. control

**** p < 0,05 VR vs. control

***** p < 0,05 entre VR+Pallapupas vs. control

25

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESARROLLO DE SÍNDROME POSTUCI EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Marta Álvarez Torres, Miryam Prieto González, Leire Pérez Bastida, Sara Barakat Fernández, Ángela Corbato García, David Andaluz Ojeda.
Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia

mat.al.to@icloud.com

1. Introducción

Las intervenciones realizadas en UCI tienen consecuencias inmediatas, a corto y largo plazo, que debemos identificar para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

2. Objetivos

Describir las características de los pacientes que son valorados en la consulta de síndrome postcuidados intensivos (PICS) y los factores relacionados con su aparición.

3. Metodología



Estudio unicéntrico retrospectivo observacional, incluyendo todos los pacientes ingresados en UCI que fueron valorados en la consulta de PICS desde su implantación. Se recogen datos demográficos, epidemiológicos, clínicos y analíticos. Las variables continuas se analizan mediante cálculo de media y desviación estándar y las categóricas mediante recuento y porcentaje. Para la relación entre variables recogidas y el riesgo de desenlace (PICS) se realizó un análisis de regresión logística multivariante.

4. Resultados

Se incluyeron 39 pacientes, 26 hombres (67%) y 13 mujeres (33%), con edad media 65 años. Presentan al ingreso una media de SOFA de 7.37 y un APACHE medio de 20. El 56.4% fue diagnosticado PICS. Estos pacientes presentan de manera significativa más días de ingreso en UCI (media: 41 días) y de ventilación mecánica (media 30 días, además de asociar a empleo de vasoactivos (67.7%) y bloqueo neuromuscular (90%), aparición de debilidad neuromuscular (68.9%) e infección nosocomial (88.2%) durante el ingreso. En el análisis regresión logística multivariante se identifica la presencia de infección nosocomial como única variable, independiente asociada a desarrollo de PICS.

5. Conclusiones

El pequeño tamaño muestral limita la generalización de los resultados. Más de la mitad de los pacientes valorados padece PICS. El mayor número de días de ingreso en UCI y de ventilación mecánica está relacionado con su aparición. Los pacientes con PICS durante el ingreso precisan en más ocasiones inicio de vasoactivos y bloqueantes neuromusculares, así como aparición de debilidad e infección nosocomial. La ausencia de infección nosocomial es un factor protector de aparición de PICS.

6. Bibliografía

1. Hiser SL, Fatima A, Ali M, Needham DM. Post-intensive care syndrome (PICS): recent updates. *J Intensive Care*. 2023;11(1): 23.
2. Voiriot G, Oualha M, Pierre A, et al. Chronic critical illness and post-intensive care syndrome: from pathophysiology to clinical challenges. *Ann Intensive Care*. 2022;12(1):58.

PERROS QUE CUIDAN: PREVENCIÓN DEL SINDROME POST UCI

Cristina Mestre Somoza, Valentina Zapata Montoya, Lucia Picazo Moreno,
Irene Dot Jornada, Cristina Climent Company.
Hospital del Mar, Barcelona

cmestresomoza@psmar.cat

1. Introducción

Un ingreso prolongado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) puede tener repercusiones físicas, psicológicas y cognitivas a largo plazo. Esto ha impulsado iniciativas de “humanización” y la definición del síndrome de postcuras intensivas. En el Hospital del mar, se ha incorporado la Terapia Asistida con Animales (TAA), con el objetivo de mejorar el bienestar de los pacientes, reduciendo el estrés y fomentando la participación en la rehabilitación.

2. Objetivos

Conocer el impacto de la TTA en la práctica habitual del personal, así como la experiencia de pacientes y familias.



3. Metodología

Estudio prospectivo, realizado entre enero y septiembre de 2024 en la UCI del Hospital del Mar. Se realizaron dos encuestas tipo ad hoc anónimas con preguntas sobre la adecuación de la TAA a la práctica habitual: la primera dirigida a los profesionales que estuvieron en contacto con la terapia y la segunda a una fracción de los pacientes y familiares que participaban en la TAA.

4. Resultados

Entregadas las encuestas al personal enfermero. El 100% creen que la TAA es beneficiosa para el paciente, que no interfiere negativamente en la dinámica de la UCI y se debería mantener, el 93,1% que era beneficiosa al personal y el 82,7% que no aumenta la carga asistencial. Tras realizar encuestas a pacientes y familiares: el 100% piensan que la terapia es beneficiosa para ellos, que no supone un esfuerzo y que es positiva en la UCI, un 97,6% les gustaría volver a realizar la sesión.

5. Conclusiones

El personal, los pacientes y familiares consideran que la TAA es beneficiosa y, que no interfiere en la práctica habitual ni supone una mayor carga asistencial. Son necesarios más estudios, pero el estudio actual demuestra la buena aceptación que presenta la TAA entre los profesionales y usuarios.

6. Bibliografía

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med. 2012;40(2):502-509.
2. Nin Vaeza N, Martín Delgado MC, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. Crit Care Med. 2020;48(3):385-390.
3. Morales C, García C. Terapia asistida con animales. Revista de terapia asistida. 2016;25(3):45-52.

EL APOYO MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA: EXPERIENCIA DE NUESTRO GRUPO DE PACIENTES Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Guadalupe Borge Rodríguez, Francisco Luis Pérez Caballero, Isabel María Peña Luna, Gemma María Paz Gallardo, Mercedes Moreno Panea, Miguel Francisco Benítez Morillo.
Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz

guadaborge@gmail.com

1. Introducción

Los pacientes al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, no entienden su enfermedad, las secuelas ni la cronicidad, precisamos un nuevo enfoque para guiarles en ese momento mediante la formación de grupos de apoyo y educación para la salud.

2. Objetivos

Formar grupos de apoyo y de educación para la salud y mejorar la comprensión del sdr post-cuidados intensivos.

Evaluar la intervención mediante encuestas pre y post reunión.

Reclamar la necesidad de atención psicológica en nuestras unidades integrando en el equipo a psicólogos.

3. Metodología



Se seleccionaron los pacientes entre los que en la consulta de sdr. post-cuidados intensivos presentaban puntuación grave en la Escala impacto del evento revisada, así como el PCL-5 al mes en el TEPT.

Transtornos adaptativos como severo y grave inventarios de ansiedad y depresión de Beck y PHQ-9 al mes como grave.

Una vez aceptaron la pertenencia al grupo y sus normas, se configuró el mismo con 6-8 personas programándose 6 reuniones. Encuestas pre y post reunión.

4. Resultados

Se evaluaron las encuestas de las cuatro primeras reuniones (19 encuestas pre-reunión 17 post-reunión)

Se observó aumento del compromiso una vez configurado el grupo, tanto en la asistencia como en la cumplimentación de encuestas, en las encuestas pre-taller el conocimiento inicial del tema tratado catalogado como mucho o bastante fue 26.32% que ascendió al 64,69% posteriormente.

Como poco o nada fue el 39,9% descendiendo tras la intervención al 9.38%

5. Conclusiones

Creemos preciso mantener con los pacientes un acompañamiento para que entiendan sus secuelas en conjunto con los profesionales de Atención Primaria. Se demuestra útil la educación para la salud y compartir sus propias experiencias.

Se precisan en los equipos de cuidados críticos y grupos de apoyo, psicólogos para complementar la labor de educación y tratamiento de los trastornos derivados del sdr post-cuidados intensivos.

6. Bibliografía

1. Gálvez Herrer M, Martínez López P, Heras La Calle G. Manual de Psicología en las Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Pirámide; 2023.
2. Martínez MC, Paterna C, Vera JJ, Hombrados MI. Dinámicas e intervención grupal. Madrid: Síntesis, 2010
3. Harvey MA, Davidson JE. Addressing the Consequences of Our Success. Crit Care Med. 2019;47(1):146-147.
4. McPeake J, Hirshberg EL, Christie LM, et al. Models of Peer Support to Remediate Post-Intensive Care Syndrome: A Report Developed by the Society of Critical Care Medicine Thrive International Peer Support Collaborative. Crit Care Med. 2019;47(1):e21-e27.
5. Mikkelsen ME, Jackson JC, Hopkins RO, et al. Peer Support as a Novel Strategy to Mitigate Post-Intensive Care Syndrome. AACN Adv Crit Care. 2016;27(2):221-229.
6. McPeake J, Quasim T. The role of peer support in ICU rehabilitation. Intensive Crit Care Nurs. 2016;37:1-3.
7. Haines KJ, Beesley SJ, Hopkins RO, et al. Peer Support in Critical Care: A Systematic Review. Crit Care Med. 2018;46(9):1522-1531.
8. Haines KJ, Denehy L, Skinner EH, Warrillow S, Berney S. Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: a systematic review. Crit Care Med. 2015;43(5):1112-1120.
9. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, et al. Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. Lancet. 2016;388(10052):1377-1388.
10. McPeake J, Devine H, MacTavish P, et al. Caregiver strain following critical care discharge: An exploratory evaluation. J Crit Care. 2016;35:180-184.
11. McPeake J, Iwashyna TJ, Devine H, MacTavish P, Quasim T. Peer support to improve recovery following critical care discharge: a case-based discussion. Thorax. 2017;72(9):856-858.

aleix.granado.garcia@psmar.cat

1. Introducción

Los avances en la humanización de los cuidados intensivos han demostrado beneficios para el bienestar de los pacientes tanto a corto como largo plazo. Sin embargo, el impacto de los espacios azules naturales y sus equivalentes virtuales está poco explorado.

2. Objetivos

Objetivo general:

Evaluar los efectos de las terapias basadas en espacios azules en el paciente crítico.

Objetivos específicos:

- Evaluar los efectos de las terapias de espacios azules (TEA) mediante el análisis de biomarcadores de estrés y bienestar, así como a través de escalas clínicas.
- Analizar los efectos de las TEA a corto y largo plazo sobre delirio, percepción de salud, estrés postraumático y estado general.
- Comparar ansiedad y depresión en familiares al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos.

3. Metodología

Análisis intermedio de un estudio clínico controlado aleatorizado. Se incluyeron todos los pacientes con una estancia en UCI > de 7 días que no presentasen contraindicaciones para realizar realidad virtual (RV) o paseo terapéutico. Se aleatorizaron en 3 grupos: Paseo vs. RV vs. control. Se midieron biomarcadores en saliva (tabla 1), bienestar subjetivo (escala BES) y estado de ánimo general, estrés, salud mental y bienestar psicológico (escala total modo disturbance (TMD)) antes y después de cada intervención. Los resultados se analizaron mediante Kruskal-Wallis y posthoc con Dunn test. CEIC número: PI21/O0034.

4. Resultados

Se incluyeron 28 pacientes. Se evidenció un aumento en el BES en el grupo de paseos vs RV vs control durante la primera intervención (84.4 vs 51.3 $p < 0.01$), sin diferencias en las intervenciones posteriores. Se observó una disminución en la ansiedad-Delta (TMD), tanto en el grupo de Paseo como RV vs Control. Los paseos y la RV tienden a aumentar el metabolismo del cortisol (Tabla 1).

5. Conclusiones

Las intervenciones con espacios azules, tanto reales como virtuales, podrían mejorar el bienestar y reducir la ansiedad y el estrés en el paciente crítico.

6. Bibliografía

1. Bell D, Turpin K. Quality of life at three months following admission to intensive and coronary care units. *Clin Intensive Care*. 1994;5(6):276-281.
2. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanese E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):181-193.
3. Carson SS. Definitions and epidemiology of the chronically critically ill. *Respir Care*. 2012;57(6):848-858.
4. Hammond MF, O'Keefe ST, Barer DH. Development and validation of a brief observer-rated screening scale for depression in elderly medical patients. *Age Ageing*. 2000;29(6):511-515.

Tabla. Deltas de metabolitos y el cuestionario Total Mood Disturbance (TMD).

	CONTROL (n=6)	PASEO (n=9)	RV (n=11)	p
Intervención 1				
Δ TMD	2.00 (0.05 - 3.25)	-13.00 (-14.50 - -1.50) *	-8.00 (-17.00 - -1.00) +	0.037
Δ F/E	0.11 (-0.02 - 0.7)	-0.13 (-0.35 - 0.13)	-0.22 (-0.43 - -0.05) +	0.045
Δ 20αDHE	-0.33 (-0.35 - -0.16)	0.43 (-0.04 - 1.31) *	0.00 (-0.18 - 0.23)	0.036
Δ 20βDHE	-0.27 (-0.44 - -0.12)	0.42 (-0.10 - 1.92) *	0.06 (-0.08 - 0.49)	0.026
Δ Fmetabolism	-0.08 (-0.27 - -0.05)	0.09 (-0.08 - 0.58)	0.09 (0.01 - 0.47)	0.124
Δ 20αDHF/F	-0.13 (-0.29 - 0.03)	0.11 (-0.12 - 0.27)	-0.03 (-0.19 - 0.10)	0.216
Intervención 2				
Δ TMD	0.50 (-2.25 - 3.75)	-5.00 (-9.00 - 1.50)	-8.50 (-24.75 - 0.75)	0.121
Δ F/E	-0.16 (-0.19 - -0.03)	-0.24 (-0.35 - -0.18)	0.35 (-0.13 - 0.69)	0.194
Δ 20αDHE	-0.24 (-0.32 - -0.12)	0.07 (-0.10 - 0.43)	0.03 (-0.10 - 0.13)	0.217
Δ 20βDHE	-0.14 (-0.25 - -0.01)	0.10 (-0.12 - 0.55)	0.03 (-0.08 - 0.21)	0.482
Δ Fmetabolism	0.20 (0.12 - 0.23)	0.32 (0.20 - 0.46)	-0.18 (-0.47 - 0.27)	0.136
Δ 20αDHF/F	0.00 (-0.06 - 0.17)	0.10 (-0.05 - 0.69)	-0.22 (-0.44 - 0.07)	0.059
Intervención 3				
Δ TMD	0.00 (-1.50 - 4.00)	-2.50 (-6.75 - -5.00)	-11.00 (-36.25 - 0.00)	0.168
Δ F/E	0.46 (0.13 - 0.61)	-0.30 (-0.34 - -0.24)	-0.30 (-0.42 - -0.22)	0.121
Δ 20αDHE	-0.34 (-0.51 - -0.30)	0.16 (-0.01 - 0.31)	0.24 (0.07 - 0.88) +	0.050
Δ 20βDHE	-0.22 (-0.39 - -0.16)	0.31 (0.01 - 1.07)	0.14 (0.01 - 0.70)	0.258
Δ Fmetabolism	-0.35 (-0.44 - -0.12)	0.56 (0.42 - 0.65)	0.47 (0.27 - 0.86) +	0.048
Δ 20αDHF/F	-0.43 (-0.46 - -0.39)	0.07 (-0.07 - 0.29)	0.26 (0.11 - 0.62) +	0.041
Conjuntos				
Δ F/E	0.04 (-0.19 - 0.46)	-0.22 (-0.35 - -0.03) *	-0.19 (-0.39 - 0.03) +	0.029
Δ 20αDHE	-0.32 (-0.35 - -0.17)	0.15 (-0.08 - 0.73) *	0.06 (-0.17 - 0.27) +	0.002
Δ 20βDHE	-0.22 (-0.34 - -0.09)	0.29 (-0.11 - 1.75) *	0.08 (-0.10 - 0.40) +	0.002
Δ Fmetabolism	-0.05 (-0.33 - 0.18)	0.31 (0.06 - 0.58) *	0.17 (-0.10 - 0.36)	0.012
Δ 20αDHF/F	-0.11 (-0.35 - 0.05)	0.11 (-0.08 - 0.32) *	0.00 (-0.20 - 0.32)	0.050

Datos expresados como medianas y rango intercuartílico (IQR o percentil 25 - 75).

TMD: total mood disturbance, F/E: 11β-hidroxiesteroides deshidrogenase, 20αDHE: 20α-dihidro cortisona, 20βDHE: 20β-dihidro cortisona, Fmetabolism: ratio de metabolismo de cortisol, 20αDHF/F: ratio de 20α-dihidro-F a cortisol.

* p U de Mann-Whitney ≤ 0.05 entre los grupos CONTROL y PASEO.

+ p U de Mann-Whitney ≤ 0.05 entre los grupos CONTROL y RV.

Colaboradores:



Cátedra de Humanización
de la Asistencia Sanitaria



Fundación
asisa+





#1CPICS

Hospital del Mar

27 al 29 de noviembre de 2024

**I CONGRESO
SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS**

Passeig Marítim 25 - 29
08001 Barcelona

Hospital del Mar
Barcelona

Grupó Itaca

Fundación
Humanizando
la Sanidad