

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

ULCERAS POR PRESIÓN - POBLACIÓN DE RIESGO INTRAHOSPITALARIO

marta dolores lipnik

Hospital San Bernardo- Servicio de Rehabilitación - Salta - Argentina

Resumen

Objetivos específicos:

- Identificar al paciente de alto riesgo para Ulceras por presión en forma temprana
- Determinar la real Prevalencia de Ulceras por Presión en pacientes internados en el ámbito intra hospitalario
- Formación de un grupo de trabajo para la Prevención y Tratamiento de las Ulceras por Presión.
- Protocolizar las normas de Prevención y Tratamiento de las Ulceras por Presión

Objetivos generales:

- Prevención de nuevas lesiones
- Educación del Paciente y su Familia en la Prevención de Ulceras por Presión
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes de riesgo para Ulceras por presión

Materiales y Método: Se realizó un estudio de Prevalencia de Población de Riesgo para Ulceras por Presión a 210 pacientes internados en el ámbito hospitalario San Bernardo en Salta - Argentina, durante los meses de Agosto y Setiembre del 2000. Fueron seleccionados 69 pacientes de ambos sexos, distribuidos en los servicios de Neurología, Traumatología; Neurocirugía y Unidad de Terapia Intensiva, de los cuales, 14 eran pacientes con Accidente Cerebro Vascular; 23 pacientes con Fractura de Fémur, 19 pacientes en Asistencia Respiratoria Mecánica y 13 pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneal. Todos los pacientes presentaban factores de riesgo y fueron valorados con la Tabla de Cortón con valores entre los 12 y 14 puntos lo cuál significó un alto índice de riesgo para Ulceras por Presión. El análisis de datos se realizó mediante tablas de doble entrada marcando porcentajes y se presentó usando gráficos y tablas.

Resultado: Sobre la base de los datos obtenidos, la Prevalencia para los pacientes de Unidad de Terapia Intensiva conectados en Asistencia Respiratoria Mecánica fue del 32%; Para los pacientes con Accidente Cerebro Vascular en Neurología, del 43%; Pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneal internados en Neurocirugía del 35% y para pacientes con Fractura de Fémur en Traumatología del 27 %.

Discusión Comparado con la bibliografía mundial, la Prevalencia de Riesgo para Ulceras por Presión en nuestro ámbito hospitalario mostró un índice elevado del 34% para los servicios estudiados considerando, que solo se tomó como muestra el 11% de la población intra hospitalaria,

Conclusión La Prevalencia del 34% de riesgo para Ulceras por Presión en la población estudiada, muestra un índice significativamente alto de riesgo para Ulceras por Presión en nuestro ámbito Hospitalario.

El conocimiento de los Factores de Riesgo, la Identificación precoz de los pacientes y la aplicación del Protocolo de Prevención es el mejor tratamiento para las Ulceras por Presión

De acuerdo a los resultados obtenidos, surge la necesidad imperiosa de formar un equipo multidisciplinario para la Prevención y Tratamiento; el cuál estará a cargo de la Información y Educación del Paciente y su Familia dentro del plan integral de cuidados.

"Disminuir las Úlceras por Presión, es mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes "

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

ALIMENTACION ENTERAL TEMPRANA EN TERAPIA INTENSIVA

Autores: Menendez, E. Kecskes, C. Ilari, S. Goldin, M. Perman, M. Equipo de Soporte Nutricional. Terapia Intensiva de Adultos. Hospital Italiano de Bs. As. Argentina

Objetivo: Evaluar el uso de alimentación enteral (AE) temprana en terapia intensiva (TI) y sus complicaciones.

Material y métodos: Se analizaron los registros de 595 pacientes que recibieron AE durante su estadía en TI, en el periodo de 1/4/98 al 31/3/01. En base al diagnóstico de ingreso se agruparon en : neurológicos (N), clínicos (C), quirúrgicos (Q), y politraumatizados (P). Al ingreso se le evaluó el estado nutricional por Evaluación Global Subjetiva (EGS). Se registraron todos los eventos relacionados con la AE. Se definió "Gastroparesia" (G) como débito por SNG mayor a 600 ml/24 hs. o prueba de residuo gástrico positiva (aspiración de un débito superior al 50% de lo administrado una hora previa) o aspiración del residuo gástrico por encima del 50% de la velocidad de infusión durante la alimentación en estómago.

Resultados: Los diagnósticos de ingreso fueron : N 40%, C 34%, Q 20 % y P 6 %. Por EGS hubo un 76% de normonutridos, 19% con desnutrición moderada y 5% con desnutrición severa. La AE se indicó por : asistencia mecánica respiratoria (ARM) en el 71,4%, postoperatorios en el 8,8%, por ingesta insuficiente en el 4,3%, por desnutrición en el 1,8% y el 13,7 por causas varias. Las sondas utilizadas para la AE fueron : finas de poliuretano 51,3%, de tipo Levin 22,9%, de colocación endoscópica 19,2%, yeyunostomía quirúrgica 4,3% y percutánea 2%. La ubicación de las sondas fue : transpilórica en el 60,5% (51,9% yeyuno y 8,6% duodeno) y en el 39,5% en estómago. La AE se inició a los 2,9 días promedio desde el ingreso a la TI con una duración promedio de 13 días. La fórmula administrada fué polimérica en el 76,7%, idem+suplementos proteicos en el 11,9%, peptídica en el 9,7% y combinadas en el 1,7%. Se observó complicación mecánica de la sonda en el 29,8% (salida total o parcial el 80,8%, obstrucción el 17,7% y rotura en el 1,5%). Las complicaciones digestivas fueron : constipación 38,1%, distensión abdominal 25,9%, diarrea 15,6%, alto residuo gástrico 15,3%, vómito 4,8% y broncoaspiración 3,3%. Se observó correlación (r 0,70) entre los pacientes con vómitos y broncoaspiración. La incidencia de gastroparesia en al total de los pacientes fue del 39%, y en cada uno de los grupos etiológicos se observó en : N 44%, C 37%, Q 29% y P 50%.

Conclusiones: La gastroparesia en pacientes críticos se relaciona con la enfermedad de base (mayor incidencia en los pacientes neurológicos), las drogas infundidas (sedantes, relajantes, opiáceos, catecolaminas), la presencia de hiperglucemia, el aumento de la presión endocraneana y la ARM, entre otras.

La utilización de alimentación enteral temprana no demostró influir en dicha alteración del vaciamento gástrico. A pesar de que el 39% de los pacientes de TI analizados presentaron gastroparesia, fue posible realizar AE temprana utilizando un acceso enteral postpilórico.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

Título: "LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN POS DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y NO PROLONGAR LA AGONIA A PARTIR DEL 2000."

Autores: Gambino, E; Ugo, K.

Lugar: Terapia Intensiva del Hospital Militar Central G 601 "Cir My Dr. Cosme Argerich".

Objetivo: Definir la tasa de incidencia y riesgo relativo de mortalidad entre los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) teniendo en cuenta la edad, diagnóstico de ingreso, diagnóstico previo de neoplasia, score Apache II al ingreso y a las 48 horas de internado en UTI, tiempo de internación y evolución para que la UTI esté al servicio de mejorar la calidad de vida y no prolongar la agonía de sus pacientes.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de los 436 pacientes internados en UTI del HMC desde el 1º de Enero al 31 de diciembre del 2000, evaluando edad, diagnóstico de ingreso, diagnóstico previo de neoplasia, score de gravedad Apache II al ingreso y a las 48 horas de internado en UTI, tiempo de internación y evolución y su correlación con la tasa de incidencia y riesgo relativo de mortalidad. Los datos recopilados en fichas fueron testeados por los métodos estadísticos de correlación apareada, coeficientes de correlación, Mantel-Haenszel, chi-cuadrado y desvío standard.

Resultados: De los 436 pacientes internados, 111 (25%) fallecieron De acuerdo con el diagnóstico de ingreso: 234 (54%) pacientes eran quirúrgicos (cursaban posoperatorio inmediato) de los cuales 35 (8%) fallecieron. 177 (40%) pacientes ingresaron por patología no quirúrgica, como insuficiencias respiratoria, renal, cardíaca, encefalopatía metabólica, sepsis, hemorragia digestiva, etc, de los que fallecieron 73 (17%).

La media del score Apache II al ingreso fue de 17,58 (SD=9.86) y 194 (44%) pacientes ingresaron con un puntaje mayor, de los cuales fallecieron 98 (22%). Entre los 242 (56%) pacientes con un score Apache II al ingreso a UTI menor de 17,58 fallecieron 13 (3%). La media del score Apache II entre los fallecidos es de 28 (SD=9.91). La media del score Apache II a las 48 horas de internación en UTI fue de 7.5 (SD=10.75) y se correlaciona con el tiempo de internación en UTI ($p=0.00000$). La media del tiempo de internación en UTI fue de 90 (SD=153.21) horas.

Tabla 1: Tasa de incidencia de mortalidad entre los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos

Tipo de pacientes y Apache II de ingreso	Nº de pacientes muertos	Nº de pacientes vivos	ODDS ratio	Riesgo relativo mortalidad	Tasa de incidencia de Haenszel)	Chi cuadrado (Mantel)	p
Pacientes quirúrgicos con Apache II menor de 11	1	72	0,5	0,51	1,37%	0,24	0,62
Pacientes no quirúrgicos con Apache menor de 11	1	36	0,5	0,51	2,7%	0,24	0,62
Pacientes quirúrgicos con Apache II mayor de 11	35	126	0,3	0,46	21%	23,28	0,000001
Pacientes no quirúrgicos con Apache II mayor de 11	73	80	0,3	0,46	47%	23,28	0,000001

De los 436 pacientes 123 (28%) tenían diagnóstico previo de neoplasia falleciendo 10 (2%) de ellos. Tabla 2: Tasa de incidencia de mortalidad según score Apache II y diagnóstico previo de cáncer.

Tipos de pacientes	Nº de pacientes muertos	Nº de pacientes vivos	Tasa de incidencia	ODDS ratio	Riesgo relativo	Chi cuadrado(Mantel Haenszel)	p
Apache II mayor a 17,58 con cáncer	10	76	11,6%	0,03	0,14	99,7	0,000000
Apache II mayor a 17,58 sin cáncer	96	20	82%	0,03	0,14	99,7	0,000000
Apache II menor de 17,58 con cáncer	0	37	0%	0,00	0,00	0,96	0,32
Apache II menor de 17,58 sin cáncer	5	192	2,54%	0,00	0,00	0,96	0,32

Conclusiones: La mayor tasa de incidencia (82%) y de riesgo relativo (0,14) de mortalidad (OR= 0.14; chi-cuadrado= 99,7; $p=0.000000$) corresponde a los pacientes que ingresan a UTI con un score Apache II superior a 17,58 sin tener diagnóstico previo de neoplasia y es seguido por pacientes que son admitidos en UTI con score Apache II mayor de 11 y diagnóstico no quirúrgico con una tasa de incidencia del 42% y riesgo relativo de 0,46 (OR= 0,3; chi-cuadrado= 23,28; $p=0.000001$).

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

"CONOCIMIENTOS SOBRE MANEJO DE PACIENTES CON INFECCIONES CAUSADAS POR *ACINETOBACTER BAUMANNII* QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, DURANTE UN BROTE EPIDÉMICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD".

D.T.Bilicich; L. Pérez. Sanatorio Adventista del Plata, Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina.

Introducción: Un brote epidémico alerta tanto a los afectados como a los responsables de la atención de la salud. La situación exige un accionar respaldado por una batería de conocimientos que modifiquen, positiva o negativamente, el estado inicial, siendo los resultados que se obtienen los que redefinen la situación.

Objetivo: Identificar los conocimientos sobre el manejo de pacientes con infecciones causadas por *Acinetobacter baumannii* en relación a: Modo de transmisión, medidas de aislamiento y decontaminación de materiales infectados, que posee el personal de Enfermería de una Institución privada de Salud comparando los resultados obtenidos según los niveles de formación del citado personal.

Material y Métodos: La recolección de datos incluyó a 73 personas entre auxiliares, profesionales y licenciados en enfermería. Abarcó no sólo al personal de la UCI sino a todo aquel que eventualmente tomara contacto con los pacientes infectados en una etapa anterior o posterior a su paso por el sector en cuestión. Para la recolección de los datos se utilizó una entrevista estructurada en forma de encuesta de 12 preguntas cerradas con opciones múltiples. Las preguntas representaban a cada uno de los indicadores propuestos: Fuentes contaminantes del bacilo, principal vehículo, formas y rutas de transmisión, vías de entrada, tipo de aislamiento indicado, precauciones para la transmisión por contacto y por gotas de Flügger, decontaminación de fluidos infectados, sangre o superficies muy contaminadas, de utensilios y equipos, de utensilios y superficies poco contaminadas y tiempo necesario para la decontaminación. La prueba piloto demostró que el instrumento no presentaba dificultades a los encuestados. Luego de la recolección de los datos, se obtuvieron valores totales y parciales a través de la tabulación manual en una matriz. Se confeccionaron entonces tablas de triple entrada con cálculos de subtotales, totales y medias. Se utilizaron porcentajes para reducir y transformar los datos al universo estadístico. Se confeccionaron gráficos de barras y porciones como herramientas para la interpretación de los datos.

Resultados: Para medir el alcance de los objetivos propuestos se usó la siguiente escala (según el acierto alcanzado en las respuestas): 0-59%: Conocimiento insuficiente; 60-69%:Regular; 70-79%: Bueno; 80-89%: Muy bueno; 90-100%:Excelente. El porcentaje de información del Personal de Enfermería sobre el manejo de pacientes con infecciones causadas por *Acinetobacter baumannii*, promediando las tres dimensiones de la variable, fue del 61%, es decir un nivel de información regular. El nivel de formación profesional que más conocimiento poseía fue el de los enfermeros profesionales con un 74% , seguido por los licenciados (69%), mientras que los auxiliares sólo tenían un 47%. En promedio, para la dimensión: Modo de transmisión, las respuestas correctas alcanzaron un 62%. En cuanto a las medidas de aislamiento, sólo un 59% de los encuestados logró identificarlas. El conocimiento sobre Decontaminación de Materiales sólo alcanzó el 58%. Entre los resultados más específicos que resaltan en la investigación se encuentran: La certeza del principal vehículo de transmisión: 77% de aciertos, el desconocimiento sobre las fuentes contaminantes del bacilo: sólo 39.5% de aciertos. Las respuestas correctas en cuanto a la transmisión por gotas de Flügger alcanzaron sólo el 51% y el acierto para el indicador: Decontaminación de utensilios y equipos fue de 32,5%.

Conclusiones: La infección sólo se evita o se controla, con conductas y esfuerzos regulares y continuos. Entre ellos el de la capacitación, información y formación de los involucrados en la atención es fundamental. El desconocimiento o la escasa información que posee la población en estudio y que emerge de esta publicación, favorecerían la implementación de técnicas inadecuadas, precauciones insuficientes y la ausencia de un accionar que impida la infección, transmisión y contagio del *Acinetobacter baumannii*.