

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGIA MÉDICA  
UNIDAD DE POST GRADO**



**IMPLEMENTACION DEL NEMOTECNICO  
FASTHUG-BID COMO MEDIO DE IDENTIFICACION Y PREVENCION  
DE COMPLICACIONES EN LA VALORACION DE ENFERMERIA  
APACIENTES EN LA UCI DEL HOSPITAL CORAZON DE JESUS  
OCTUBRE-DICIEMBRE 2013**

**CURSANTE:** Lic. Tatiana Mujica Choque

**TUTORA:** Lic. Magda J. Velasco Alcocer.

**Propuesta de intervención para optar el título de  
Especialidad en Medicina Crítica y Terapia Intensiva**

La Paz – Bolivia

**IMPLEMENTACION DEL NEMOTECNICO  
FASTHUG-BID COMO MEDIO DE IDENTIFICACION Y PREVENCION  
DE COMPLICACIONES EN LA VALORACION DE ENFERMERIA  
APACIENTES EN LA UCI DEL HOSPITAL CORAZON DE JESUS  
OCTUBRE-DICIEMBRE 2013**

## **Agradecimientos:**

A Dios que nos dio la vida, salud, fe, esperanza y la fuerza suficiente para culminar este paso tan importante para nuestra carrera profesional.

A nuestra facilitadora Lic. Magda Velasco por su colaboración en la realización del presente trabajo

A todos los docentes del postgrado de la facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica de la UMSA por transmitirnos sus conocimientos y su amistad en nuestra formación académica del postgrado.

Y a todas las personas que de alguna manera hicieron posible la elaboración y culminación de este presente trabajo

## **DEDICATORIA**

A todos los seres humanos que hemos recibido la misma obsion de realizarnos. La gran diferencia a la que marcan aquellos pocos que han decidido tomar medidas de cambio para un bienestar común, el mejorar la salud para vivir bien, este trabajo dirigido para todos (as) compañeras de trabajo para la mejorar la atención y brindarla con calidad.

# ÍNDICE

<b>I.- INTRODUCCIÓN.</b> .....	1
<b>II.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.</b> .....	6
2.1. Pregunta de investigación. ....	6
<b>III.- OBJETIVOS.</b> .....	7
3.1.-Objetivo general.	
3.2.-Objetivos específicos	
<b>IV.- JUSTIFICACIÓN.</b> .....	8
<b>V.- REVISION BIBLIOGRAFICA.</b> .....	10
<b>VI.- MARCO LOGISTICO.</b> .....	36
6.1.- Marco referencial.	
6.2.- Marco conceptual. ....	37
6.2.1.-Aplicación de "Abrazar rápido" (FAST HUGBID)	
6.2.2.- <b>F</b> de alimentación. ....	37
6.2.3.- <b>A</b> para Analgesia. ....	39
6.2.4.- <b>S</b> para sedación. ....	40
6.2.5.- <b>T</b> para profilaxis tromboembolia o TVP. ....	43
6.2.6.- <b>H</b> Cabecera de la cama elevada. ....	44
6.2.7.- <b>U</b> Prevención de úlceras por estrés. ....	45
6.2.8.- <b>G</b> Control de la glucosa. ....	45
6.2.9 <b>B</b> Control deposiciones.....	46
6.2.9 <b>I</b> Control De Catéteres.....	47
6.2.9 <b>D</b> Control de Antibióticos.....	47
6.3. Diferencial semántico. ....	50
6.3.1.- Protocolos y listas de control (comprobación).....	50
6.3.2.-Valoracion de Patrones Rondas. ....	51

6.3.3.- Nemotécnicos. ....	52
6.3.4.- Reglas de Nemotécnicos .....	53
6.3.5.- Las reglas nemotécnicas o trucos para recordar. ....	54
6.3.6.- Otros recursos Nemotécnicos .....	57
6.3.7.- El FAST HUG BID (Abrazo rápido) .....	57
<b>7.- VARIABLES.</b> .....	<b>58</b>
7.1. Variables dependientes.....	56
7.2. Variables independientes .....	56
<b>8.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	<b>59</b>
<b>9. DISEÑO METODOLÓGICO.</b> .....	<b>64</b>
9.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	63
9.2.- DELIMITACIÓN TEMPORAL.	
9.3.- DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA. ....	66
9.4.- UNIVERSO.	
9.5.- MUESTRA. ....	64
9.6.- Intervención o metodología.	
9.5.1. Criterios de inclusión.	
9.5.2. Criterios de exclusión	
<b>10.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.</b> .....	<b>68</b>
<b>11.- VALIDEZ DE LOS DATOS RECOLECTADOS.</b> .....	<b>68</b>
<b>12.-CONFIABILIDAD.</b> .....	<b>68</b>

<b>13.-FASES DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>69</b>
<b>14.- PRESUPUESTO .....</b>	<b>69</b>
<b>15.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. ....</b>	<b>72</b>
<b>16.- CONSIDERACIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS. ....</b>	<b>74</b>
<b>17.- RESULTADOS. ....</b>	<b>77</b>
<b>18.- CONCLUSIONES .....</b>	<b>114</b>
<b>19.- RECOMENDACIONES. ....</b>	<b>115</b>
<b>20.- BIBLIOGRAFÍA. ....</b>	<b>117</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Implementar el Nemotécnico **FAST HUG BID (Alimentación, Analgesia, Sedación, Profilaxis de trombosis, Cabecera de la cama elevada, prevención de úlceras por estrés y control de glucos.Deposiciones Antibióticos)**, como medio de identificación y prevención de complicaciones en cuidados de enfermería al paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Material y métodos:** Estudio cualitativo, prospectivo, descriptivo, exploratorio y de intervención, donde participaron las profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de Enero a Marzo del 2013. Los criterios de inclusión fueron la revisión de 15 expedientes clínicos, poniendo énfasis en las indicaciones médicas de los pacientes internados de ambos sexos y el Personal de Enfermería con grado de Licenciada y especialidad en Terapia Intensiva, que trabajan en la unidad de (UCI). Las cuales participaron en la encuesta elaborada sobre la base de 18 preguntas acerca del conocimiento del Nemotécnico **FAST HUG BID** Se hace el uso de variables dependientes en cuanto a los cuidados Enfermería al paciente crítico e independiente a la aplicación del Nemotécnico. Se realiza el análisis de datos con el criterio estadístico y criterio descriptivo utilizando el porcentaje.

**Resultados:** Se analiza la encuesta elaborada sobre la base de 18 preguntas al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en la cual no cuentan con Nemotécnicos; el 73% no tienen conocimiento sobre el Nemotécnico **FAST HUG BID**; 60% de las enfermeras indica iniciar la dieta a las 24 a 48 horas, el 87% de las enfermeras no tiene conocimiento sobre las complicaciones que se puede presentar al inicio inoportuno de la dieta ; el 87% de enfermeras



considera que si es necesario el uso de analgésicos para combatir el dolor y administran el analgésico a horario; el 53% de enfermeras considera la administración de analgésicos 30 min. antes de cualquier procedimiento invasivo; el 87% de enfermeras considera que el objetivo de la sedoanalgesia es proporcionar comodidad, disminuir la ansiedad y mitigar el dolor; el 73% de enfermeras tiene conocimiento sobre la escala de valoración de Ramsay; el 20% de enfermeras considera que la medida de profilaxis tromboembólica es el uso de heparina( bajo peso molecular) BPM; el 87% de las enfermeras tiene conocimiento sobre la importancia de la cabecera elevada a 45°; el 67% de las enfermeras considera que la Ranitidina es una de las medidas de profilaxis de úlceras por estrés; el 87% conoce el valor normal de la glucemia y 87% considera que se debe controlar la glucemia cada que requiera el paciente.

**Conclusión:** Existe interés y compromiso, por parte de la Profesional de Enfermería sobre la aplicación del Nemotécnico **FAST HUG BID**, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en pacientes críticos, formando parte de las rondas o visitas de Enfermería , quedando de esta manera implementada y puesta en práctica, para la Valoración de Enfermería durante la estadía del paciente crítico.

**Palabras clave:** Nemotécnico, **FAST HUG BID**.

## I. INTRODUCCIÓN

A través de los años las unidades de cuidados intensivos han experimentado muchos cambios, ya que pasaron de ser inicialmente unidades de apoyo para el paciente crítico, a convertirse en una disciplina médica. Estas unidades nacieron en respuesta a la necesidad de soporte de la función respiratoria y posteriormente evolucionaron para ser un servicio especializado en el manejo multiorgánico del paciente grave en todas las instancias clínicas, hasta la subdivisión de la misma en diferentes vertientes como las Unidades de Terapias Especializadas en Cuidado Neurológicos, Respiratorios y entre otras<sup>1</sup>

Muchos autores han escrito acerca de la necesidad de tratar a los pacientes más cerca de sus camas. El Nemotécnico **FAST HUG BID**, cumple este requisito que consiste en una lista de verificación. Magnan sugirió que se utilice como una idea para ser empleado todos los días por los profesionales de Enfermería durante la valoración, de los pacientes que se encuentran en estado crítico. Motivados por la idea del tratamiento de los pacientes “seguir de cerca”, han puesto en práctica el instrumento desarrollado por Jean-Louis Vincent, en cuanto a la valoración por Enfermería de los siete procedimientos más importantes en los pacientes críticamente enfermos. Esta lista se compone de siete elementos a ser evaluados: Alimentación, Analgesia, Sedación, Profilaxis Tromboembolia, Elevación de cabecera de la cama, Prevención de la úlcera de estrés y Control de la glucosa. Sabiendo que la úlcera por estrés es uno de los retos que enfrentan las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en relación a las necesidades de los pacientes a permanecer en reposo y evitar complicaciones por omisión involuntaria.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Grenvik A, Pinsky MR. Evolución de la UCI, 2009; 25 (1): 239-50.

<sup>2</sup> Magnan GB et al, FAST HUG en UCI del Hospital privado en Brasilia, 2009, Publicado el: 23 junio 2009

El problema cobra vital importancia en las unidades especializadas, bien sea en la Unidad de Reanimación ó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tanto por la complejidad de los pacientes críticos, el número importante de recursos humanos y materiales que se utilizan en cuanto a la atención. La gestión de estas unidades para obtener unos resultados óptimos es objeto de análisis frecuentes, destacando la importancia que tiene la organización del trabajo en equipo diario. Alta incidencia de errores por omisión involuntaria (Médicos y Enfermería), gran variabilidad en la práctica clínica (inherente a nuestra actividad médica) y dificultad para establecer causas de comunicación adecuados entre todo el personal de Enfermería implicado.<sup>3</sup>

Pronovost y colaboradores demuestran que la implementación del Nemotécnico **FAST HUGBID**, dará solución de estos aspectos que se traduce en mejorar los resultados clínicos (morbi - mortalidad) y de gestión (menores costos económicos). Con el objetivo de disminuir la variabilidad señalada y con ello los errores por omisión involuntarias, se han propuesto varias medidas como:

**Protocolos:** Evita la variabilidad en los tratamientos y se convierten en herramienta de ayuda indispensable para la valoración de Enfermería, en pacientes críticos, tanto para el Facultativo como para la Enfermera.

El pase de visita al *“pie de cama” “rondas” o visitas de Enfermería cada 6 horas junto al equipo de la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)*, mejoran la comunicación, coordinación, de cuidados de Enfermería brindados al paciente crítico y de esta manera se fomentan el trabajo en equipo.

---

<sup>3</sup> Fernández GR, Check-List del Paciente Crítico, pub el 16 febrero 2011.

**Listados de verificaciones** (check-list del paciente crítico): Con 17 parámetros en las unidades especializadas, siendo estos parámetros muy numerosos a revisar, para mejorar la atención de nuestros pacientes.<sup>4</sup>

Jean-Louis Vincent (Americano) junto a Pronovost propone Dies aspectos con el Nemotécnico **FAST HUG BID** durante la valoración de Enfermería que ha demostrado una repercusión importante en la valoración y cuidados de nuestros pacientes críticos; ambos profesionales dicen que es como: *“Dar a tu paciente un abrazo rápido por lo menos una vez al día con la lectura recordatorio en silencio de banner, colocado a la cabecera del paciente.”*<sup>5</sup>

Por esta razón me siento motivada y comprometida a implementar el Nemotécnico **FAST HUG BID** en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Corazón de Jesús; para identificar y prevenir las complicaciones en la valoración de Enfermería y así brindar una atención adecuada al paciente crítico, para este cometido se realiza un diagnóstico situacional cuyo resultado está descrito más adelante.

**FAST HUG- BID** es un Nemotécnico en Inglés para las Dies medidas terapéuticas infaltable para todo tratamiento de paciente no solamente los graves o críticos. Su aplicación no solo garantiza la comodidad al paciente sino también previene complicaciones potencialmente letales como la bronco aspiración y embolismo pulmonar.

La F es de Feeding Alimentación o nutrición. Si el tracto digestivo es útil una vez lograda la estabilidad hemodinámica debe iniciarse lo más antes posible la nutrición Enteral, si del tracto digestivo no es útil debe usarse la nutrición Parenteral.

---

<sup>4</sup> Pronovost PJ. Mejorar la comunicación en la UCI uso metas diarias. 2003; 18(2):71-75.

<sup>5</sup> Vincent JL. Dar a su paciente un FAST HUG (abrazo rápido) una vez al día. 2005; 33(6):1225-1258.

La A es por Analgesia. El paciente crítico siente dolor, y el dolor es inmunosupresor, produce un estado de hiperestimulación adrenérgica e hiperglicemia.

La S es por Sedación. Un paciente asustado o angustiado, intubado o con ventilación mecánica no tiene porque no estar sedado, no solo para facilitar el tratamiento sino también para disminuir el estrés.

La T es por Trombo profilaxis .Siempre se debe tomar las medidas adecuadas para tratar la trombosis venosa profunda, ya sean farmacológicas o ambas.

La H es el 'head'.cabeza. La cabecera del paciente siempre debe estar entre 30 a 45 grados, para evitar la bronco aspiración.

La U es por Ulceras. Hay dos tipos de ulceras que se deba de prevenir porque su aparición provoca un aumento de la mortalidad del paciente, las Ulceras gástricas que se previenen con antagonista o los inhibidores de la bomba de protones, y las ulceras por decúbito.

La G por Glicemia. El paciente hiperglicémico tiene mayor morbimortalidad que un paciente normo glicémico. En términos generales en las primeras 72 horas basta que la glicemia se mantenga por debajo de los 160 mg dl después de 72 horas debe mantenerse entre 70- 120 mg dl y .Se debe iniciar infusión endovenosa de insulina hasta alcanzar el nivel buscado.

La B Bowel Régimen El paciente puede tener diarreas, estreñimiento, íleo, los cuales incrementan sus molestias. También puede ser causa de falta de tolerancia a la dieta incluso el estreñimiento puede ser causa de no acople a la VM y luego causa de fallido weaning y extubación.

La I Indwelling Catheters Control de Catéteres: Vía central, hemodiálisis, Swan Ganz, arteriales. Sonda vesical, mantenerlos lo menos posible para evitar infecciones adicionales que compliquen la condición de fondo tal como la Sepsis por Catéter.

La D: De escalation antibióticos: DESCONTINUAR antibióticos o disminuir espectro de cobertura *Mantener medicamentos por días extras no se relaciona con efecto adicional, más bien se potencias efectos secundarios.*

Jean-Louis Vincent propone siete aspectos con el Nemotécnico **FAST HUG-BID** *“Dar a tu paciente un doble abrazo rápido por lo menos una vez al día”* durante la valoración de Enfermería a pacientes críticos.<sup>6</sup>

Por esta razón me siento motivada para realizar un abordaje sistematizado de implementar el Nemotécnico **FAST HUG-BID** en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Corazón de Jesús; prevenir las complicaciones en la valoración de Enfermería y así brindar una adecuada atención al paciente crítico. Para integrar estos aspectos claves del **Nemotécnico FAST-HUG-BID** se utilizó la Revisión de Libros estadísticos, expedientes clínicos para el diagnóstico situacional y cuestionario aplicado a las licenciadas en Enfermería, se categorizaron los datos relacionados a:

1. La Nutrición (F)
2. La Analgesia (A)
3. La Sedo analgesia (S)
4. La profilaxis de Trombosis (T)
5. La cabecera elevada 30 a 45<sup>a</sup>C (H)
6. Prevención de Ulceras por estrés (U)
7. El Control de la Glucosa (G)
8. El control de las Deposiciones (B)
9. El control de los Catéteres (I)
10. Descontinuar los Antibióticos (D)

---

<sup>6</sup>Vincent JL. Dar a su paciente un FAST HUG (abrazo rápido) una vez al día. 2005; 33(6):1225-1258.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Corazón de Jesús el Departamento de Enfermería realiza rondas para valorar al paciente por sistemas siendo amplio y laborioso experimentando, la sobre carga de trabajo para una sola Profesional Licenciada de Enfermería, debemos reconocer que los errores de omisión es un grave problema en la práctica de Enfermería diaria.

La falta de instrumentos cortos y precisos que nos ayuda en valorar rápidamente evitando cometer errores por omisión, surge la iniciativa de implementar el **Nemotécnico FAST-HUG-BID** para facilitar la atención al paciente en complemento a Protocolos ya existentes. De tal manera que cada letra **Nemotécnico FAST-HUG-BID** nos recuerde una intervención a realizar dentro de la condición clínica del paciente a manera de check-list.

Se puede observar, que los pacientes no cuentan con alguna de las indicaciones de los Siete aspectos aun inicio mas tarde se incrementa a Diez aspectos claves del Nemotécnico **FAST HUG-BID**, propuesto por Vincent, obviados involuntariamente.

### 2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿La implementación del Nemotécnico **FAST HUG BID (Alimentación, Analgesia, Sedación, Profilaxis de trombosis, Cabecera de la cama elevada, Prevención de úlceras por estrés y Control de glicemia, Control de las Deposiciones Control de Cateteres,Control antibióticos)**, como medio de identificación y prevención de complicaciones involuntarias durante la valoración de Enfermería a pacientes, permitirá mejorar la calidad de atención, en la Unidad de Cuidado Intensivo (**UCI**) del Hospital Corazón de Jesús Octubre-Diciembre 2013?

### III. OBJETIVOS.

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL:

Implementar el Nemotécnico **FAST HUG BID (Alimentación, Analgesia, Sedación, Profilaxis de trombosis, Cabecera de la cama elevada, Prevención de úlceras por estrés y Control de glicemia, Control de las Deposiciones Control de Catéteres, Control antibióticos)**, como medio de identificación y prevención de complicaciones involuntarias en la valoración y cuidados de Enfermería a pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del “**Hospital Corazón de Jesús**” **Octubre – Diciembre 2013.** “

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✚ Valorar el conocimiento de las profesionales en Enfermería sobre el manejo del Nemotécnico **FAST HUG-BID** en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ✚ Elaborar y Socializar el Nemotécnico **FAST HUG-BID** mediante el curso taller y trípticos con la participación de las Profesionales de Enfermería.
- ✚ Validación del Nemotécnico **FAST HUG-BID** con los especialistas de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ✚ Implementar el Nemotécnico **FAST HUG-BID** a través de banner, en la unidad de cada paciente, del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos.



#### **IV. JUSTIFICACIÓN.**

Según la revisión de libros estadísticos, expedientes clínicos en cuanto a las indicaciones medica en la Unidad de Cuidados Intensivos, los datos obtenidos en los meses de Octubre – Diciembre 2013, del libro de registro estadísticos se atendió a 20 pacientes críticos de ambos sexo; 15 pacientes estuvieron con apoyo de VM (ventilación mecánica) y sedo analgesia; 5 pacientes sin apoyo de ventilación mecánica.

Se evidencia en las indicaciones médicas, el inicio de la alimentación enteral tardía en pacientes que no tengan compromiso digestivo; en 10 pacientes se inicio la alimentación enteral a las 48 horas; 7 pacientes a las 72 horas y 3 pacientes se le inicio la dieta hasta su alta de la UCI.

En cuanto a la sedación; en 10 pacientes se indicó sedo analgesia y en 10 pacientes solo analgesia.

Referente a la prevención de tromboembolismo venoso está indicada; en 10 pacientes el vendaje compresivo intermitente de ambos miembros inferiores; en 5 pacientes la administración de Heparina sódica de bajo peso molecular y en 5 pacientes no cuenta con la indicación de administración de Heparina sódica de bajo peso molecular.

La cabecera del paciente a 45°, está indicada en el expediente clínico; en 10 pacientes y en 10 pacientes no está indicado este procedimiento.

En cuanto a la prevención de úlceras por estrés está indicada en los expedientes clínicos, para el tratamiento de los trastornos gastrointestinal; de los cuales en 10 pacientes está indicado Ranitidina; 10 pacientes Omeprazol.

Control de glucemia está indicado; en 10 pacientes control diario de glicemia; en 5 pacientes cada 2 días y en 5 pacientes está indicado el control de glicemia solo al ingreso.

El objetivo principal de este estudio es Implementar el Nemotécnico **FAST HUG- BID ( Doble Abrazo Rápido)**, como medio de identificación y control de omisiones involuntarias en la valoración y cuidados de Enfermería a los pacientes críticos de la Unidad de Cuidados Intensivos del **“Hospital Corazón de Jesús” Octubre – Diciembre 2013.**

El paciente se beneficiaría de gran manera en cuanto a su rehabilitación, disminuyendo los días de estadía y costo económico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con la prevención y detección oportuna de complicaciones involuntarias por omisión . Con la investigación que realizaré pretendo introducir nuevos conocimientos científicos durante la valoración de Enfermería basados en Nemotécnicos y dejar puertas abiertas con nuevos instrumentos de recolección de datos para mejorar la calidad de atención y evitar complicaciones, descuidos involuntarios, en pacientes críticos, aplicando el Nemotécnico **FAST HUG-BID.**

Académicamente el propósito de esta investigación es motivar de esta manera al Profesional de Enfermería que aplique y ponga los conocimientos en práctica del nemotécnico **FAST HUG-BID.** Debido a que la Terapia Intensiva del **“Hospital Corazón de Jesús”** no cuenta con Nemotécnicos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), si cuenta con el Personal de Enfermería Capacitado; no cuentan con la especialidad en Medicina Critica y Terapia Intensiva.

## **V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA:**

### **5. 1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.**

**FAST HUG** puede aplicarse a todos los pacientes internados en la UCI.

**FAST HUG** fue ideado por Jean-Louis Vincent, MD, PhD, FCCM y se utiliza en innumerables instituciones del exterior y algunas en el país para ayudar a proporcionar una atención segura, eficiente y eficaz a los pacientes ingresados en la UCI. Permite que los miembros del equipo de la UCI (es decir, médico, Enfermera), para dar prioridad a las grandes cantidades de datos disponibles que deben ser recogidos, organizados y analizados antes de la atención al paciente.

**Michael J. Armahizer, en su artículo publicado e la web , 01 de junio 2011** se plantea las siguientes preguntas:

#### **¿Cuál es el Nemotécnico FAST HUG y cómo puede utilizarse?**

FAST HUG es un Nemotécnico utilizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para profesionales de la salud ayudante en la preparación para las rondas de los pacientes, ayudar a identificar y prevenir errores de medicación, promover la seguridad del paciente, y maximizar la terapéutica de intervención. El Nemotécnico FAST HUG-BID es una lista de control mental que pone de relieve los aspectos claves en el cuidado general de los enfermos críticos. La sentencia hace hincapié en la importancia de lo siguiente en la práctica clínica: alimentación, analgesia, sedación, la profilaxis tromboembolia, elevación de la cabecera de la cama, la profilaxis de la úlcera de estrés y control Glucemia.

#### **F ALIMENTACIÓN**

¿Por qué los pacientes se alimentan en la UCI?

La idea de que la desnutrición afecta a los resultados en pacientes críticamente enfermos se reportó por primera vez en 1936 en un estudio

que muestra que los pacientes desnutridos sometidos a cirugía de úlcera tenía una mortalidad del 33 por ciento en comparación con el 3,5 por ciento en el bien nutrido individual.<sup>7)</sup>

Un estudio prospectivo de 500 pacientes ingresados en un la atención hospitalaria aguda de enseñanza en Inglaterra determinó que el 40 por ciento de los pacientes estaban desnutridos en la presentación, y los pacientes perdieron un promedio de 5,4 por ciento de su peso corporal durante su estancia en el hospital. UCI Consecuencias de la mal nutrición, son la alteración de la función del sistema inmune que conduce a una mayor susceptibilidad a la infección, mala cicatrización de heridas, aumento de la frecuencia de las úlceras por decúbito, crecimiento excesivo de bacterias en el tracto gastrointestinal, pérdida de nutrientes a través de las heces.

La alimentación se inicie tan pronto sea posible en los pacientes ingresados en la UCI. Esto generalmente ocurre después de que el paciente ha sido adecuadamente resucitado y está hemodinámica mente estable.

La alimentación iniciada en las primeras 24-72 horas de su ingreso esta asociada con la disminución de la permeabilidad intestinal, la activación y disminución de la liberación de citoquinas inflamatorias y endotoxemia sistémica reducida, en comparación con los pacientes que han iniciado la alimentación en las 72 horas 8 )

Reducciones significativas en la morbilidad infecciosa y mortalidad se han encontrado en pacientes que reciben nutrición enteral temprana, en comparación al inicio de la dieta tardía.

## **¿Los marcadores nutricionales pueden ser utilizados en estos pacientes?**

---

<sup>7</sup> . Studley HO, Índice básico de riesgo en pacientes con úlcera péptica crónica. JAMA 1936; 106:458.

<sup>8</sup> Heyland DK, et al;Comité de Guías PrácticasJPEN J Parenter Enteral Nutr 2003; 27:355-373.

Los biomarcadores tradicionales de la nutrición, tales como albúmina, transferrina pre albúmina y proteína transportadora de retinol, pueden ser reflexiones inexactas del estado nutricional en pacientes críticos, debido a la respuesta de fase aguda que ocurre en estos pacientes. Sin embargo, estos biomarcadores son comúnmente utilizados por muchos médicos para determinar la respuesta del paciente a la administración de suplementos nutricionales. Pre albúmina se usa comúnmente, ya que es más sensible a los cambios agudos en la nutrición.

### **¿Cuáles son los requerimientos nutricionales de la mayoría de los pacientes en la UCI?**

Pueden ser determinados por calorimetría indirecta o por medio de ecuaciones de predicción. Las ecuaciones predictivas pueden proporcionar medidas imprecisas de las necesidades de energía, pero puede ser más factible de realizar en pacientes críticamente enfermos. Una de las fórmulas más simples es la siguiente:

#### **Cálculo del gasto energético basal (GEB) formula de Harris-Benedict.**

$$\textbf{Mujeres: } \text{GEB} = 655 + (9,6 \times \text{P}) + (1,7 \times \text{A}) - (4,7 \times \text{E}) \text{ Kcal/d}$$

$$\textbf{Hombres: } \text{GEB} = 66 + (13,7 \times \text{P}) + (5,0 \times \text{A}) - (6,8 \times \text{E}) \text{ Kcal/d}$$

Donde **P**: Peso en kg **A**: Estatura (altura) en cm **E**: Edad en años.

### **¿Cuáles son los requerimientos de la proteína de la mayoría de los pacientes en la UCI?**

Es muy probable que la proteína sea la macro nutriente más importante en la unidad de cuidados intensivos, ya que está implicada en la cicatrización de heridas, la función inmune y el mantenimiento de la masa corporal magra. Los requerimientos de proteína serán proporcionalmente mayores en los pacientes críticamente enfermos. Formulaciones de proteínas modulares se pueden complementar en los pacientes para ayudar a lograr los requerimientos de proteínas de 1,2 a 2 g/kg/día.

### **¿Cómo se deben controlar a los pacientes que reciben nutrición enteral?**

Los pacientes deben ser monitorizados para detectar la intolerancia a la alimentación, el paciente puede presentar dolor o distensión abdominal, pasaje de flatos, deposiciones y si es necesario se debe acudir a los medios de diagnóstico como la radiografía abdominal. Sin embargo en muchas instituciones continúan con la alimentación enteral, con la presencia de residuos gástricos de más de 200 ml. En otras instituciones continúan con la alimentación enteral con la presencia de residuos gástricos menor a 500 ml y en ausencia de otros signos de intolerancia.

### **¿Qué terapias complementarias se puede utilizar para ayudar a mejorar la motilidad gástrica?**

Varios agentes pro cinéticos puede ser utilizado para ayudar a mejorar la motilidad gástrica en pacientes críticamente enfermos que reciben nutrición enteral. Estos agentes incluyen: Eritromicina 250 mg IV c/8Hrs La metoclopramida 5-10 mg IV c/6-8hrs Eritromicina 250 mg IV c/24Hrs Metilnaltrexona 12 mg (peso 62-114 kg) c/48Hrs PRN

### **¿Cuándo se debe iniciar la nutrición parenteral?**

Se debe iniciar sobre todo en aquellos pacientes en la cual la alimentación enteral no es viable, es recomendable iniciar la nutrición parenteral lo mas antes posible, sin evidencia de desnutrición proteico-calórica o en todo caso iniciar después de 7 días la cual es necesaria para ayudar a mantener un estado nutricional adecuado.

## **A ANALGESIA**

### **¿Cuál es la analgesia y por qué es importante el control del dolor en la UCI?**

El malestar que los pacientes presentas en la UCI tienen un origen multifactorial, e incluye una serie de sensaciones desagradables como el dolor, la disnea, la ansiedad, el temor y la confusión.

Los pacientes ingresados en la UCI suelen experimentar una serie de estímulos que podrían dar lugar a dolor, tales como: enfermedades preexistentes, procedimientos invasivos, lesiones traumáticas, invasivos y no invasivos como la monitorización, atención de enfermería de rutina y la inmovilidad prolongada. Estos estímulos pueden afectar tanto a la recuperación fisiológica y psicológica que conduce a la insuficiencia del sueño, disfunción pulmonar y una respuesta de estrés agudo que puede manifestarse como la inmunosupresión, la hipercoagulabilidad catabolismo de las proteínas y el aumento del consumo de oxígeno.

### **¿Cómo se evalúa y vigila el dolor en la UCI?**

La evaluación del dolor debe ser completado de una manera sistemática utilizando escalas de valoración validadas, no todos los pacientes en la (UCI) pueden comunicar su dolor a través de las escalas subjetivas. Por ejemplo, en pacientes con ventilación mecánica, que a menudo requieren sedantes y / o analgésicos para mantener un nivel de comodidad, los indicadores fisiológicos, tales como las fluctuaciones en el ritmo cardíaco, presión arterial y la frecuencia respiratoria son útiles en la evaluación del dolor. Sin embargo, estos indicadores objetivos de dolor son relativamente inespecíficos y la investigación del dolor en el paciente es necesaria. No importa el método de supervisión, con frecuencia re-evaluación del dolor debe ser realizado por todo el equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esto ayudará a disminuir los efectos adversos no deseados de los analgésicos, como la sedación excesiva, al tiempo que maximiza la eficacia y la prevención de control inadecuado del dolor. Se debe tener cuidado con el uso de los opioides, ya que estos llevan a la depresión respiratoria, posterior al uso inadecuado u uso excesivo como sobredosis.

### **¿Qué medicamentos se pueden utilizar para controlar el dolor en la UCI?**

Por lo general se utiliza los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) para controlar el dolor leve y moderado, los pacientes que experimentan dolor

intenso a menudo requieren analgésicos opioides, como: la Morfina, Fentanil, para lograr un control adecuado del dolor. Estos agentes se pueden administrar por vía IV e intermitentes bolos intravenosos o continuas infusiones endovenosas, en función de las necesidades del paciente para controlar el dolor.

## **S SEDACIÓN**

### **¿Por qué es importante la gestión de la sedación en la UCI?**

Los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a menudo experimentan una serie de situaciones que conducen a la ansiedad, como el ruido excesivo de las alarmas, iluminación, procedimiento invasivos, la estimulación excesiva para evaluar al paciente y la privación del sueño. Esta ansiedad puede evolucionar en el desarrollo de la agitación que se produce al menos una vez en el 71% de todos los pacientes médico/quirúrgicos

La agitación se define como un estado de inquietud psicológica o física. Las causas incluyen la ansiedad, dolor, delirio, sin control de medicamentos. Las consecuencias de agitación incluyen a sincronía con el ventilador mecánico, un aumento en el consumo de oxígeno, retirada inadvertida de los dispositivos y catéteres.

El método más eficaz de tratar la agitación es prevenir las causas subyacentes. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los agentes sedantes se utilizan para tratar los componentes de la ansiedad de agitación.

### **¿Cómo se lleva a cabo la sedación en la UCI?**

La sedación en la UCI se logra a través de una serie de medicamentos, como el Propofol se usa comúnmente como un agente sedante primera línea, es un agente anestésico / hipnótico conocido por su rápido inicio y corta duración. La hipotensión secundaria a la vasodilatación periférica es frecuente (26.3%) con esta droga, el paciente debe ser monitorizado ya que el medicamento produce el síndrome de la infusión caracterizada; por arritmias, insuficiencia cardíaca, acidosis metabólica y / o abdominólisis se



ha reportado con la administración de dosis altas (por lo general superior a 83 mg / kg / min).

Las benzodiazepinas como el diazepam, lorazepam y midazolam se utilizan para la sedación. El diazepam, midazolam son rápidos los agentes que actúan con cortos períodos de tiempo. El diazepam, sin embargo, se metaboliza lentamente es un producto de acción prolongada que se acumula rápidamente con la administración repetida, produce insuficiencia renal y disfunción hepática. Debe ser monitorizados los pacientes que recibieron midazolam, ya que este medicamento tiene un metabolito que se pueda acumular. El lorazepam tiene un inicio de acción más prolongada, mayor duración en comparación con el diazepam y el midazolam. Lorazepam para inyección también contiene propilenglicol como el vehículo y los pacientes deben ser monitorizados para detectar el desarrollo de toxicidad (es decir, acidosis láctica).

### **¿Cómo debe ser evaluado la sedación en la UCI?**

Existe numerosas escalas para describir objetivamente el nivel de sedación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como: Escala de sedación de Ramsey, puntúa seis niveles de agitación, desde la ansiedad e intranquilidad hasta la imposibilidad de despertar. La escala RASS (Richmond Agitación – sedación) se distribuye en 10 categorías individuales por encima (agitación) y por debajo (sedación) de un punto 0 de respuesta normal, es un instrumento diseñado para diagnosticar la confusión en los pacientes de la (UCI).

### **¿Cuál es el delirio en la UCI y cómo debe ser tratada?**

El delirio se define como un deterioro reversible de los procesos cognitivos, por lo general de aparición súbita, junto con la desorientación, deterioro de la memoria a corto plazo, la alteración de las percepciones sensoriales (alucinaciones), los procesos anormales de pensamiento y conducta inapropiada. El delirio se encuentra en un 30% de los hospitalizados en pacientes de 29 a 30 años y se asocia con mayor

morbilidad y mortalidad en pacientes de 31 a 32 años, con una estadía prolongada en el hospital y el estado de deterioro cognitivo posterior. El tratamiento consiste en la eliminación de cualquier infractor medicamentos (por ejemplo, benzodiazepinas) el uso de anti psicóticos como el haloperidol. Más recientemente, los anti psicóticos atípicos como risperidone, quetiapine, y olanzapine, se han utilizado para el tratamiento del delirio con el éxito.

## **T La profilaxis tromboembolia**

### **¿Por qué el trombo embolismo venoso (TEV) es importante en pacientes de la UCI?**

El trombo embolismo venoso (TEV) puede manifestarse como una trombosis venosa profunda (TVP) o embolia pulmonar (EP). Los factores de riesgo incluyen la estasis venosa, lesión vascular y trastornos de hipercoagulabilidad. La mayoría de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) llevan al menos un factor de riesgo de TEV, como; cirugía, trauma, inmovilización, cáncer, la edad, insuficiencia cardiaca o respiratoria, la obesidad, el tabaquismo y el trombo embolismo venoso central por catéteres venosos, aproximadamente el 10% de las muertes hospitalarias se atribuyen a embolismo pulmonar, entre las edades de 48 a 49 años, a pesar de estos grupos de alto riesgo puede ser fácilmente identificados, es imposible predecir qué pacientes van a experimentar un episodio tromboembólico. Por lo tanto, es prudente evaluar todos los pacientes hospitalizados por su riesgo de TEV y añadir la profilaxis en consecuencia.

### **¿Qué métodos de profilaxis no-farmacológico de TEV puede ser utilizado?**

Métodos mecánicos para la profilaxis de la TEV puede ser empleado en forma de medias de compresión graduada, los dispositivos de compresión

como el vendaje elástico intermitente. Estos dispositivos funcionan aumentando el flujo venoso de las piernas y la reducción de la cantidad de la estasis venosa. Sin embargo, estos dispositivos han demostrado ser menos eficaz que el farmacológico. Sin embargo, pueden ser una opción aceptable en pacientes con un alto riesgo de hemorragia y pueden tener una eficacia mejorada cuando se utiliza en combinación de farmacológicos.

## **H Elevación de la cabecera**

### **¿Por qué la cabecera de la cama debe ser elevada a 45°?**

Los estudios han demostrado que la elevación de la cabecera de la cama a un ángulo de 30-45° puede reducir la incidencia de reflujo Gastroesofágico y la Neumonía nosocomial en pacientes ventilados. Los pacientes que se mantuvieron en un ángulo de 45° han demostrado tener una disminución de la aspiración del contenido gástrico en comparación con pacientes que se mantuvieron en un grado menor a 45°. Sin embargo, es importante que el tórax del paciente este elevado, ya que muchos pacientes pueden deslizarse hacia abajo de la cama cuando su cabeza se eleva a esta posición.

## **U La profilaxis de úlcera de estrés / tensión Profilaxis Relacionados daño de la mucosa**

### **¿Qué es el estrés relacionado con daño de la mucosa?**

El estrés relacionado con daño de la mucosa, es una forma de gastritis hemorrágica que puede ocurrir en pacientes críticamente enfermos. La patogénesis no se conoce y es más probable multifactorial e incluye: hipersecreción de ácido, las reducciones en el flujo sanguíneo de la mucosa y el daño por isquemia-re perfusión. Dos factores de riesgo se ha

demostrado que se asocian de forma independiente: insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica durante al menos 48 horas y una coagulopatía se define como un recuento de plaquetas  $<50.000 / \text{mm}^3$ , un INR  $> 1,5$  o un tiempo de tromboplastina parcial. Otros factores de riesgo incluyen: lesión en la cabeza con una escala de coma de Glasgow  $\leq 10$ , la participación de la lesión térmica  $> 35\%$  de área de superficie corporal, la hepatectomía parcial, hepática o trasplante renal, traumatismo múltiple, con una puntuación de gravedad de la lesión de  $\geq 16$ , lesión de la médula espinal, insuficiencia hepática, historia de úlcera gástrica o sangrado en el año anterior, el uso de medicamentos (corticoides y no esteroides anti-inflamatorios, vasopresores).

### **¿Qué opciones farmacológicas disponibles para prevenir el estrés relacionado con daño de la mucosa?**

Múltiples agentes han realizado estudios para la prevención. Estos agentes por lo general ejercen sus efectos mediante la reducción de la secreción gástrica de ácido, neutralizar las secreciones gástricas ácidas o directas efectos protectores gastrointestinales. Los antagonistas H<sub>2</sub> Cimetidina 300 mg VO o IV c/6-8 horas, 50 mg / hora infusión intravenosa continua (ajuste por insuficiencia renal) Famotidina 20 mg VO o IV c/12Hrs (ajuste de insuficiencia renal) Ranitidina 150 mg VO c/12Hrs, 50 mg IV c/6-8 horas, 6,25 mg / hora infusión intravenosa continua El lansoprazol 30 mg por VO c/24 Hrs Omeprazol 20 mg VO c/24 Horas Pantoprazol 40 mg VO o IV c/24Hrs otro Sucralfato 1 g VO c/6Hrs. La elección de los agentes en su mayoría se basa en la opinión o el estado clínico del formulario del hospital. Ningún agente se ha encontrado que es más eficaz que cualquier otro para la prevención de estrés relacionado con daño de la mucosa. Inhibidores de la bomba de protones no han sido aprobados por la FDA para esta indicación y se reservan generalmente para los pacientes que requieren profilaxis que tienen una hemorragia GI concurrentes. Los médicos también deben tener en cuenta la información del paciente, como la función renal y los estados concomitantes de enfermedades para

determinar la terapia adecuada. Los efectos adversos de estos medicamentos incluyen alteraciones del estado mental, neumonía, dolor abdominal, diarrea y dolor de cabeza.

## **G Control de la glucosa**

### **¿Por qué es importante el control glucemia en pacientes de UCI?**

La hiperglucemia en el enfermo crítico se ha demostrado que aumenta la tasa de morbilidad - mortalidad. Por lo tanto, el control glucémico es necesario en pacientes críticamente enfermos para ayudar a reducir la incidencia de complicaciones, incluida la disminución de la cicatrización de heridas, aumento de riesgo de infección, alteración gastrointestinal la motilidad, la alteración de la función Cardiovascular, un aumento del riesgo de Polineuropatía y un mayor riesgo para Insuficiencia Renal Aguda.

### **¿Cuál es el nivel de glucosa recomendada para los pacientes en la UCI?**

La recomendación actual para el control de la glucosa en los pacientes críticos es 140-180 mg/dL.

### **¿Qué estrategias se pueden emplear para alcanzar estos niveles de glucosa?**

Las infusiones continuas de insulina puede ser iniciado en pacientes que experimentan fluctuaciones en los niveles de glucosa > 180 mg / dl o en aquellos pacientes que son persistentemente hiperglucemia a pesar del tratamiento adecuado o inyecciones de insulina correccional se utilizan normalmente para mantener a los pacientes con una glicemia dentro de los parámetros normales. Un número cada vez mayor de médicos están utilizando ya los análogos de insulina de acción prolongada como Levemir insulina, la insulina detemir e insulina NPH para ayudar a simular los niveles basales de insulina. Los médicos deben ser conscientes de los riesgos y beneficios del uso de estos análogos de acción prolongada y de estar al corriente de cambios en el estado del paciente, especialmente los

relacionados con la ingesta de calorías. Además, los médicos deben monitorizar a los pacientes para detectar signos y síntomas de hiperglucemia, tales como: diaforesis, taquicardia, letargo, temblores, convulsiones y coma.<sup>9</sup>

Según **Montejo JC, González** realizo, estudio en cuanto a las complicaciones gastrointestinales en Hospital 12 de Octubre, Madrid del 2007, se pudo evidenciar que los pacientes críticos pueden presentar complicaciones gastrointestinales durante su ingreso. Las complicaciones de mayor relevancia clínica son la hemorragia digestiva y las complicaciones relacionadas con la nutrición enteral. La hemorragia digestiva es poco frecuente en la actualidad gracias al empleo de medicación protectora de la mucosa gástrica y al uso cada vez más extendido de la nutrición enteral. Aunque la hemorragia obliga a modificar el tipo de soporte nutricional hasta el control de la misma, existen situaciones en las que la hemorragia no debería implicar necesariamente la suspensión de la dieta. Entre las complicaciones relacionadas con la nutrición enteral, el aumento del residuo gástrico es la más frecuente. Esta elevada frecuencia es debida a las alteraciones de la motilidad gástrica inducidas por la propia situación de enfermedad grave y por las medidas terapéuticas aplicadas a los pacientes, como la medicación administrada. El empleo de fármacos procinéticos parece ser una medida útil en la prevención y el tratamiento del aumento del residuo gástrico, aunque en casos de persistencia puede ser necesario recurrir a la nutrición transpilórica. La presencia de complicaciones gastrointestinales tiene un efecto negativo sobre la cantidad de dieta aportada a los pacientes. Este déficit nutricional puede afectar también negativamente a la evolución de los pacientes, originando un incremento en las complicaciones infecciosas, en la estancia hospitalaria y en la mortalidad. El empleo de protocolos para la identificación y el manejo adecuado de las complicaciones

---

<sup>9</sup> Michael J. Armahizer. FAST HUG: UCI profilaxis, Última actualización: 01 de junio 2011

gastrointestinales en los pacientes críticos puede ser un factor beneficioso en la evolución de los mismos.<sup>10</sup>

**Agudelo GM**, et al, se realizó el estudio respecto a la Incidencia de complicaciones del soporte nutricional en pacientes críticos, Madrid Mayo-Junio. 2011; de 419 pacientes evaluados; 380 recibieron nutrición enteral (NE) y 39 nutricional parenteral (NP). La complicación de mayor incidencia de la NE fue el residuo gástrico alto (24,2%), seguido de la diarrea (14%) y el retiro de la sonda (6,6%). El residuo gástrico alto y la diarrea se asociaron con la duración del SN ( $p < 0,05$ ). Para la NP la complicación más incidente fue la hipofosfatemia (38,5%), seguida de la sepsis por catéter (15,4%). La duración del SN se asoció con Colestasis, sepsis e hipofosfatemia ( $p < 0,05$ ).

Las complicaciones de mayor incidencia fueron el residuo gástrico alto para la NE y la hipofosfatemia para la NP; el retiro de la sonda es una complicación que amerita mayor seguimiento. La duración del SN fue la variable que mostró mayor asociación con las complicaciones estudiadas. Es necesario lograr consenso sobre la definición de las complicaciones para establecer comparativos y orientarse hacia los mejores estándares internacionales proponer protocolos tendientes a disminuir cada vez más las complicaciones del SN para que éste cumpla su propósito en el paciente crítico.<sup>11</sup>

Según **Estebanez MB, Alonzo MA, Sandiumenge A.** et al, La sedoanalgesia es uno de los pilares básicos del manejo del paciente crítico. La mayoría de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos requiere sedoanalgesia de forma prolongada. Una adecuada sedoanalgesia disminuye el grado de estrés del paciente crítico, facilitando su manejo y tratamiento y mejorando su pronóstico. Sin embargo, la sedoanalgesia, sobre todo en perfusión continua, es una

---

<sup>10</sup> . Montejo JC. Complicaciones gastrointestinales, Madrid. v.22 supl.2 Madrid mayo 2007.

<sup>11</sup> Agudelo G. Incidencia de complicaciones del soporte nutricional vol.26 no.3 Madrid mayo-jun. 2011

práctica que no está exenta de complicaciones derivadas tanto, que pueden empeorar el pronóstico de los pacientes críticos. Una adecuada monitorización y la aplicación de protocolos consensuados en seudoanalgesia garantizan la utilización adecuada de los sedantes evitando fenómenos de tolerancia y dependencia.

Estrategias como la sedación secuencial, la sedación dinámica o la interrupción diaria de la sedación se han propuesto como herramientas útiles para evitar complicaciones asociadas a la sedación prolongada. En el presente capítulo se revisan conceptos relacionados con la sedación prolongada, entendida ésta como aquella cuya duración es mayor de 72 horas; se evalúan los agentes disponibles y se proponen estrategias para garantizar la calidad de su aplicación <sup>12</sup>

Estudio realizado en México **Careaga NV, Rocha M**, Manejo del dolor en el paciente bajo sedación leve-moderada y ventilación mecánica en el Servicio de Urgencias.

Se analizaron 56 pacientes. La edad media fue de 60 a 45 años. El motivo de intubación más frecuente fue sepsis, seguido de problemas respiratorios. La intensidad del dolor varió de 4 hasta 11 puntos con una media de 7 (intensidad moderada). Los analgésicos más utilizados fueron los AINEs.

Se analizó un total de 56 pacientes, correspondiendo 26 (46.4%) al sexo femenino y 30 al masculino (53.6%). La edad fluctuó entre los 21 y 87 años, con un promedio de 60 a 46 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: la diabetes mellitus tipo 2 (58.9%), hipertensión arterial sistémica (35.7%), enfermedad obstructiva crónica (19.6%); sólo 21.4% de los pacientes no eran portadores de comorbilidades asociadas. Veintitrés pacientes tuvieron más de dos co-morbilidades; la asociación más frecuente fue diabetes e hipertensión (33.9%).

---

<sup>12</sup> Estebanez MB. Sedación prolongada en UCI Hospital Universitario. Madrid. 2008.



Los motivos de intubación fueron: Sepsis (19.6%), EPOC exacerbado (16.1%), neumonía (14.3%), enfermedad vascular cerebral (12.5%), edema agudo pulmonar secundario a emergencia hipertensiva (10.7%), infarto del miocardio (8.9%), traumatismo craneoencefálico (5.4%) y ceto-acidosis diabética

(5.4%); el 7.2% de los casos correspondió a otras patologías.

El 42.9% de los pacientes se ubicaron dentro de un nivel de sedación leve en tanto que 57.1% estaban dentro de la sedación moderada. El menor nivel de dolor fue de 4 puntos y el de mayor intensidad de 11 puntos, con una media de 6.45.

La intensidad del dolor con mayor frecuencia fue de 7 puntos (30.4%), seguido de 5 puntos (19.6%), 4 puntos (16.1%), 6 puntos (12.5%), 8 puntos (8.9%),

9 puntos (5.4%), 10 y 11 puntos en 2 pacientes, cada uno con un porcentaje de 3.6% respectivamente.

Los analgésicos más utilizados fueron el clonixinato de lisina (25%), ketorolaco (16.1%), buprenorfina (14.3%), metamizol (10.7%), paracetamol (8.9%); 14

Pacientes (25%) no recibieron administración analgésica.

En 8 pacientes (14.2%) se utilizaron 2 analgésicos siendo la asociación clonixinato de lisina-ketorolaco la más frecuente, seguida de la de ketorolaco - buprenorfina

Los analgésicos más utilizados para el manejo del dolor en el paciente crítico son los AINES. El manejo administrado no inhibe la presencia de dolor.<sup>13</sup>

**Dr. Jiménez VH, Dr. Aldereguía LG, et al** Profilaxis del trombo embolismo venoso y pulmonar. Rev Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2004; 2

Se destaca la importancia de la prevención de trombo embolismo venoso en pacientes bajo diferentes procedimientos quirúrgicos y traumatológicos,

---

<sup>13</sup> Careaga NV. Manejo del dolor en el paciente bajo sedación leve-moderada ,2010.

enfermedades malignas y condiciones médicas. Se exponen la epidemiología, etiopatogenia y factores de riesgo de la trombosis venosa profunda y el embolismo pulmonar en diferentes categorías de pacientes. Se tratan también los métodos profilácticos actualmente existentes y se compara su efectividad y precauciones de acuerdo a los últimos estudios sobre el tema.

El uso de Hirudin se ha evaluado en ensayos de 3 fases para la prevención de trombosis venosa pos operatoria y para la angioplastia coronaria percutánea, trombosis coronaria, y angina inestable. Ortel y Chong informaron que Hirudin era eficaz en trombocitopenia heparina-inducida y la droga ha sido aceptada para el uso en esta indicación. Hirudin se mostró más eficaz que heparina a bajas dosis y heparina de bajo peso molecular para la prevención de trombosis venosa en pacientes ortopédicos con alto riesgo. Sin embargo, el Hirudin causa más sangramiento que la heparina. Fondaparinux: Fondaparinux pentasacárido es la primera droga de una nueva clase de compuestos sintéticos, no tiene ningún componente de animales, actúa a través de la inhibición específica de factor Xa, y no tiene ninguna actividad directa contra la trombina. Esta inhibición del factor Xa vía antitrombina resulta en una inhibición eficaz de la generación de trombina. El resultado de un estudio rango-dosis mostró que una inyección hipodérmica diaria de 2,5 mg de fondaparinux, empezando posoperatoriamente, mejoró la proporción de riesgo beneficio significativamente para la profilaxis del tromboembolismo venoso en cirugía de reemplazo de cadera comparada con heparina de bajo peso molecular.

Resultados mostrados en cirugía del reemplazo de cadera electiva, recogieron un 5 % menos de pacientes con tromboembolismo, tratados con fondaparinux que en aquellos tratados con enoxaparina, sin aumento del riesgo de sangrar. Aunque la frecuencia de eventos tromboembólicos venosos con enoxaparina en el día 11

estaba en el rango más bajo de los 6,5-20,1 % informado en los estudios anteriores con 40 mg de enoxaparina comenzando preoperatoriamente (94,95,96), la reducción relativa de riesgo de tromboembolismo venoso logrado por fondaparinux era del 56 %. Estos resultados son coincidentes con aquéllos de otros tres estudios grandes de pacientes que sometidos a cirugía para fractura de cadera o electiva mayor de rodilla, o reemplazo de cadera mostraron que la fondaparinux logra una reducción global en riesgo de tromboembolismo venoso de más del 50 % comparado con enoxaparina.

El mecanismo de acción único de fondaparinux, su rápido comienzo de acción, y su favorablemente reproducible y predecible línea farmacocinética podrían ser razones importantes para su mejor eficacia comparada con enoxaparina. Además, un estudio costo-beneficio, comparando enoxaparina con fondaparinux mostró que este último es más eficaz y reduce costos al sistema de Salud Pública.

El fondaparinux es la estrategia recomendada en el Reino Unido para la profilaxis en la cirugía ortopédica mayor siguiendo los precios actuales. Ximelagatran: Hace tiempo se buscaba un anticoagulante efectivo para situaciones de alto riesgo y que a la vez fuera cómodo al administrarse de manera parenteral y oral, y sin necesidad de monitorización del tiempo de coagulación.

El inhibidor directo oral de trombina, ximelagatran (anteriormente H 376/95), es semejante droga. Después de su administración oral el ximelagatran es rápidamente absorbido y convertido a su forma activa melagatran, que también puede administrarse SC. Estudios en voluntarios saludables han mostrado que se toleran bien tanto melagatran hipodérmico como ximelagatran oral, tienen farmacocinética predecible, variabilidad baja entre los individuos, y ninguna interacción con alimentos.

En estudios pilotos, estos compuestos han sido bien tolerados por los pacientes sometidos a reemplazo total articular, y un estudio piloto de rango de dosis, mostró

una baja proporción de TVP con su uso.

El efecto protector de ximelagatran contra TEV es principalmente expresado como una reducción en la frecuencia de TVP. Ximelagatran también redujo la proporción de TVP proximal la cual es más propensa a embolizar, y así puede haber contribuido a un favorable resultado clínico.

La frecuencia de TEV en la población total tratada en este estudio con melagatran subcutáneo (3 mg dos veces al día) y el ximelagatran oral (24 mg dos veces diariamente) es por lo menos comparable con lo encontrado previamente con otros inhibidores de trombina como desirudin y bivalirudin en la profilaxis de TEV después de remplazo total de cadera. Con las dosis mayores 18 y 24 mg/día se observó aumento significativo de sangrado en relación con las dosis bajas y numéricamente más alto que en el grupo tratado con dalteparin.

Por otra parte se encontró mayor elevación tansitoria de transaminasa con el uso de dalteparin que con ximelagatran. Se han informado previamente tales aumentos después del tratamiento profiláctico con el inhibor de la trombina, desirudin, y heparina no fraccionada en pacientes bajo cirugía ortopédica mayor. Aunque los aumentos fueron menos pronunciados con desirudin.

Este estudio ha mostrado una disminución dosis dependiente significativa del riesgo de TEV con melagatran hipodérmico, comenzado inmediatamente antes de la cirugía ortopédica, seguida posoperatoriamente por ximelagatran oral, lo que confirma que esta terapia secuencial es eficaz y segura en la profilaxis de TEV. Es más, la eficacia de melagatran subcutáneo (3 mg dos veces diariamente) seguido por ximelagatran oral (24 mg dos veces al día) fue superior a la de dalteparin hipodérmica (5000 UI una vez al día).

Tampoco resulta ético negar medidas preventivas a un paciente cualquiera aunque sea de riesgo bajo. La investigación actual y futura está dirigida a disminuir los efectos colaterales de la trombopprofilaxis y el diseño de pruebas de laboratorio para determinar factores personales de riesgo y test diagnósticos y de seguimiento de TVP y EP.<sup>14</sup>

Según el estudio realizado por **Vriesendorp TM, Devries JH**, en Octubre de 2006 que nos indica sobre las Consecuencias de la hipoglucemia en UCI.

En una recogida retrospectiva de pacientes adultos ingresados durante dos años en una UCI se identificaron todos los pacientes que presentaron algún episodio de hipoglucemia (glucemia < 45 mg/dl), y se compararon con controles y se evaluó la aparición de convulsiones, coma o muerte debida a la hipoglucemia. Se detectaron 245 episodios de hipoglucemia en 156 pacientes. Después de ajustar por edad, sexo y puntuación APACHE-2 no se encontró diferencia en la mortalidad hospitalaria entre casos y controles, ni tampoco a los cinco días del episodio hipoglucémico. No se encontró ningún caso de muerte relacionada con la hipoglucemia. Se recogieron dos episodios de coma hipoglucémico (0,8% de todos los episodios de hipoglucemia), y un episodio de convulsiones achacable a la hipoglucemia (0,4%).<sup>15</sup>

**Magnan GB, Vargas RS, Lins LF, Mendonça KR, et al, FAST HUG** en una unidad de cuidados intensivos de un hospital privado en Brasilia.

**Resultados.** Durante 20 días, 323 pacientes fueron evaluados por los siete elementos del Nemotécnico FAST HUG. Las deficiencias reales encontradas con mayor frecuencia estaban relacionadas con la profilaxis tromboembólica (85%) y el control de la glucosa (90%). Estas deficiencias fueron evaluadas inmediatamente en función de este análisis, este tema iría o no, de acuerdo a la situación clínica del paciente. Las deficiencias

---

<sup>14</sup> Jiménez VH. Profilaxis del tromboembolismo venoso y pulmonar. Medisur 2004; 2(1)

<sup>15</sup> Vriesendorp TM. Consecuencias de la hipoglucemia en UCI, 2006.

encontradas fueron rastreados al igual que se han detectado, y su causa sería discutido en un grupo multidisciplinario, y una solución fue encontrado. Si el artículo no se observó, que sería escrito pero no se trata de una deficiencia real. Los cambios en la prescripción medial se hagan inmediatamente. En los casos en que el paciente no muestran una situación favorable para la utilización de la profilaxis tromboembólica (sangrado, prequirúrgica, entre otros), que sería tratado como un defecto no real. Lo mismo se hizo para el control de la glucosa. Nos dimos cuenta de que, después de 4 semanas usando este instrumento había una pequeña reducción de las deficiencias en el control de glucosa y un aumento discreto en la profilaxis tromboembólica A partir de este punto hemos revisado la lista de verificación, con el fin de proporcionar un campo para anotar las deficiencias reales, por lo que se les da más relevancia y el tratamiento, ya que la situación clínica de los pacientes merece distintos tratamientos que no interfieren en la calidad de la unidad de servicio.

Se puede concluir **que FAST HUG**, además de ser una herramienta para evaluar la calidad y ayudar a asegurar a los pacientes de que sus necesidades se cumplirán mientras permanecen en la Unidad de Cuidados Intensivos, puede ser considerado como un impulso para superar nuevos retos. Junto con la lista de control, la reducción de las deficiencias observadas en el control de la glucosa y se observó una rigurosa evaluación multidisciplinar de los pacientes con contraindicaciones para el uso de la profilaxis de TEV. Además, podríamos ver una mayor atención del equipo multidisciplinario de los resultados proporcionados por la evaluación de complicaciones, ya que ofrecen un valor pronóstico significativo.<sup>16</sup>

### **Resumen de los puntos clave.**

---

<sup>16</sup> Ídem a 2

El enfoque de cuidar es un ejemplo tangible, el propósito de esta presentación es introducir la idea de un FAST HUG para los pacientes como una forma creativa de recordar y poner en práctica intervenciones basadas en evidencia en práctica, es decir, trascender la brecha saber y el hacer. **FAST HUG** es un Nemotécnico diseñado para recordar al personal médico de la UCI. 7 elementos que representan: Alimentación, Analgesia, Sedación, Tromboprofilaxis, Cabecera de la cama, profilaxis de úlcera, y control de la glucemia. Aunque fue publicado en Critical Care Medicina en el año 2005, la herramienta nunca se había evaluado a determinar su capacidad para traducir estas buenas prácticas al punto de atención. Hemos llevado a cabo un estudio para determinar si un programa de educación multimodal para enfermeras de UCI, seguido por la provisión de una lista de control **FAST HUG** y auditoría de la retroalimentación, podría mejorar la práctica y la mejor entrega resultados de los pacientes en la UCI en comparación con el valor basal. Nosotros encontramos que la adherencia a la lista de verificación general mejoró con el tiempo ( $P < 0,001$ ), sin embargo no se encontraron significativas diferencias en el cumplimiento entre las enfermeras lista asignados al azar a nuestra auditoría mecanismo de retroalimentación y los que no lo eran. Como resultado de ello, es evidente que adicionales intervenciones pueden ser necesarias para lograr altamente fiable sostenible y mejor prestación de atención de la práctica en el futuro.<sup>17</sup>

**Víctor Manuel SN, María del Rosario MR.et al**, Impacto de la aplicación del protocolo **FAST HUG** con mortalidad en los pacientes con falla orgánica. Se revisaron 767 hojas de monitoreo, siendo excluidas para su evaluación 95 (9.7%) por no contar con la información completa. De la muestra final se analizaron 672 pacientes, obteniéndose los siguientes resultados: sexo masculino 451 (67.1%), femenino 221 (32.9%), con una media de edad de 59.8 DE  $\pm$  17.3. Los diagnósticos de ingreso fueron: médicos 366 (54.5%) quirúrgicos 296 (44%) y politrauma 10 (1.5%). Fueron atendidos

---

<sup>17</sup> Smith LO. Práctica Avanzada FAST HUG en la UCI: Práctica Basada en la Evidencia AACN 2009 NTI.

por médicos intensivistas 306 (45.5%) y por médicos no intensivistas 366 (54.3%).

La escala de SOFA inicial fue 0 a 6 puntos en 72% de los pacientes, de 7 a 12, 13.3%, de 12 a 18, 3.7% y de 19 a 24 en 0.1%. La media de cumplimiento de **FASTHUG** fue 60.78% DE  $\pm$  30.1 del total del grupo. En el grupo atendido por intensivistas fue 79.8% de cumplimiento con una DE  $\pm$  26.3, y en el grupo atendido por no intensivistas fue de 44.9% con DE  $\pm$  23.19. Es importante subrayar que los pacientes atendidos por médicos intensivistas correspondieron a los siguientes puntajes de SOFA inicial: en el grupo de 0-6, 42.2% , en el grupo de 7-12 puntos, 76.4%, en el grupo de 12 -18 puntos, 72% y en el grupo de 19 -24, 0% de la totalidad de cada grupo. La mortalidad mostrada por los grupos de SOFA fue la siguiente: en el grupo de pacientes con 0 a 6 puntos la mortalidad fue de 3.5% del total de pacientes, en el grupo de 7 a 12 puntos fue de 26%, en el grupo de 12 a 18 de 60%, y en el grupo con más de 19 puntos de 100%. Se encontró que el cumplimiento del **FASTHUG** relacionado con puntaje de SOFA fue el siguiente: en el grupo de 0 a 6 puntos de SOFA con cumplimiento < de 4 componentes del **FASTHUG** fue de 35.1% y > de 4 componentes de 64.9%. En el grupo de 7 a 12 puntos de SOFA con cumplimiento < de 4 componentes fue de 17.9% y > de 4 componentes de 82.1%. En el grupo 12 a 18 puntos de SOFA, el cumplimiento < de 4 componentes fue de 16% y > de 4 fue de 86%, y en el grupo de más de 19 puntos encontramos que 100% tenían más de 4 componentes aplicados.

Con base en los resultados y análisis estadístico realizado se concluye que la aplicación del protocolo **FASTHUG BID** en los pacientes críticos disminuye el riesgo de mortalidad, específicamente en los grupos con mayor falla orgánica definida por el puntaje de SOFA, y se obtiene un mayor beneficio con la aplicación de 4 componentes o más del protocolo de **FASTHUG BID**.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Sánchez NV, Muñoz RM.et al, Impacto de la aplicación del protocolo FAST HU, 2012; Vol. XXVI, p 21 – 25.



**Juan Carlos FC, Cynthia OP, et al, Apego a las recomendaciones del FAST HUG en pacientes críticamente enfermos.**

Se analizaron un total de 400 expedientes en el periodo de enero a julio de 2011, de los cuales se excluyeron 93 por no contar con la información completa. La edad promedio fue de 59,7 años con una DE 17,01 años. En cuanto a los días de estancia en UCI fueron 4,5 días con una DE de 5,2 días. Dentro del género predominó el masculino (60,6%) versus el femenino (39,4%). La mortalidad encontrada fue de 6,5% (n=20) (Tabla 1). La atención brindada por intensivistas se dio a 48,8% y 51,1% recibieron manejo por médicos no intensivistas.

El apego a los ítems del FAST HUG fue el siguiente: F (alimentación): tuvo un apego de 85,3% en general, y 94,7% y 77,1% para intensivistas y no intensivistas respectivamente. Las omisiones de 37%, eran relacionadas con las condiciones del paciente; el restante 63% fue por omisión, de las cuales 54% correspondió a no intensivistas y 8,6% a intensivistas. A (analgesia): se evidenció un 76,2% de apego en general, y de 94% y 59,2% para intensivistas y no intensivistas, correspondientemente. De las omisiones, 100% no estaban relacionadas con el

Paciente; 18% fueron realizadas por intensivistas y 82% por no intensivistas. S (sedación): tuvo un cumplimiento de 28,3% en total, y de 50,7% y 7% para intensivistas y no intensivistas, respectivamente. De las omisiones, 87% estaban relacionadas con el paciente y 13% por omisión en la indicación médica; de éstas

2,3% a cargo de intensivistas y 10,7% para no intensivistas. T (tromboprolifaxis): tuvo un cumplimiento de 61,9%; de 91,3% y 33,8 para intensivista y no intensivistas, en orden. En los casos que no se cumplió, 47,3% se relacionó con el paciente y 52,7% por omisión directa; de éste 2,6% por parte de intensivistas y 50,1% por no intensivistas. H (elevación de la cabeza): mostró un cumplimiento de 43%; de 82,7% para intensivistas y 5,1% para no intensivistas. En los casos que no se indicó, sólo el 0,5% estuvo relacionado con el paciente y el restante 99,5% fue por omisión de la indicación; de éste, 14,4% fue por parte de intensivistas

y 85,1% por no intensivistas. U (profilaxis ulcerosa): tuvo un cumplimiento global de 69,7%; en intensivistas fue de 98% y en no intensivistas de 42,7%. Cuando este no fue indicado, 100% fue por omisión en la indicación; de este 4,3% estuvo a cargo de intensivistas y 95,6% de no intensivistas.

G (control glucémico): tuvo un cumplimiento de 54,7%; de 92,7% y 18,5%. Para intensivistas y no intensivistas, respectivamente. Cuando no se indicó, 3% de las omisiones se relacionó con el paciente y 97% no fue indicada por el médico; De éstos 6,5% por parte de intensivistas y 90,5% por no intensivistas.

En general, existe más apego al cumplimiento del **FAST HUG** por parte de los médicos intensivistas. El ítem más aceptado y ejecutado es la alimentación (**F**), y el de menos cumplimiento es la sedación. Sin embargo esta última, muestra que el mayor porcentaje de las omisiones obedece a factores relacionados con la indicación de la sedación misma.<sup>19</sup>

### **¿Los marcadores nutricionales pueden ser utilizados en estos pacientes?**

Sin embargo, estos biomarcadores son comúnmente utilizados por muchos médicos para determinar la respuesta del paciente a la administración de suplementos nutricionales. Pre albúmina se usa comúnmente, ya que es más sensible a los cambios agudos en la nutrición status.<sup>20</sup>

### **¿Cuáles son los requerimientos nutricionales de la mayoría de los pacientes en la UCI?**

Pueden ser determinados por medio de ecuaciones de predicción. Las ecuaciones predictivas, pero puede ser más factible de realizar en

---

<sup>19</sup> Flores CJ. et al, Apego a las recomendaciones del FAST HUG en pacientes críticamente enfermos.2012; 12 (3): 137-142.

<sup>20</sup> RG Marindale, et al. Directrices de la nutrición en UCI: Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos y la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral. Crit Care Med 2009; 37 (5): 1-30.

pacientes críticamente enfermo las fórmulas más simples es la siguiente:  
25-30 Kcal/kg/día.<sup>21</sup>

### **¿Cuáles son los requisitos de la proteína de la mayoría de los pacientes en la UCI?**

Los requerimientos de proteína serán proporcionalmente mayor en los pacientes críticamente enfermos. Formulaciones de proteínas modulares se pueden complementar en los pacientes para ayudar a lograr un requisito de proteína de 1,2 a 2 g/kg/día.<sup>22</sup>

### **¿Cómo deben controlar a los pacientes que reciben nutrición enteral?**

Los pacientes deben ser monitorizados para detectar la intolerancia a la alimentación. Sin embargo, muchas instituciones llevarán a cabo la alimentación enteral en el caso de los residuos de más de 200 ml. <sup>23</sup>

### **¿Qué terapias complementarias se puede utilizar para ayudar a mejorar la motilidad gástrica?**

Varios agentes pro cinéticos puede ser utilizado para ayudar a mejorar la motilidad gástrica en pacientes críticamente enfermos que reciben nutrición enteral. Estos agentes incluyen: Eritromicina 250 mg IV c/8Hrs La metoclopramida 5-10 mg IV c/6-8hrs Eritromicina 250 mg IV c/24Hrs Metilnaltrexona 12 mg (peso 62-114 kg) c/48Hrs PRN

### **¿Cuándo se debe iniciar la nutrición parenteral?**

Si la alimentación enteral no es posible o disponible dentro de los primeros 7 días de la estancia en UCI, el apoyo nutricional se puede negar, sobre todo en aquellos pacientes que previamente sanos, sin evidencia de desnutrición proteico-calórica. La nutrición parenteral se puede iniciar después de 7 días si es necesario para ayudar a mantener un estado nutricional adecuado. Sin embargo, en pacientes con evidencia de

---

<sup>21</sup> Idem a 6

<sup>22</sup> Idem a 8

<sup>23</sup> Idem a 6

desnutrición proteico-calórica, en los cuales la alimentación enteral no es viable, la nutrición parenteral puede ser iniciada tan pronto como sea posible.<sup>24</sup>

Años mas tarde se aumenta el BID , esto se lo clasifica. *“Dele a su paciente crítico un abrazo rápido dos veces al día”*

### **8: Bowel Habitus / Hábito Intestinal**

La diarrea, la constipación o el ileo producen aumento del dolor y de la presión intrabdominal lo cual disminuye el retorno venoso y aumenta de manera significativa el trabajo respiratorio del paciente.

La constipación es una causa bien identificada de desacople a la ventilación mecánica asistida así como también de un despertar inadecuado de la sedación y por ende una tasa mayor de extubación fallida. Además, la constipación se ha asociado a intolerancia a la dieta y una mayor incidencia de delirio, este último vinculado a una mayor tasa de mortalidad entre los pacientes críticos que permanecen el servicio de emergencias.

*“La constipación ocurre en el 83% de los pacientes críticos”*

Sugerimos que todo paciente crítico que permanezca en el Servicio de Emergencias reciba algún ablandador fecal o laxante durante su estancia y sea evaluado mediante un examen físico riguroso en busca de esta patología.

### **9: Indwelling Catheters / Revisión de Catéter**

Todos los catéteres colocados con el fin de infundir medicamentos, líquidos y/o hemoderivados producen una disrupción de la barrera de defensa natural del cuerpo. Se reconoce que la sepsis de catéteres y sondas es una de la causas de fiebre infecciosa más frecuente. Dado lo

---

<sup>24</sup> Idem a 10

anterior, la discontinuación temprana y el retiro de sondas o catéteres que ya no sean necesario han demostrado una disminución significativa de la morbimortalidad. Por ende, re-evaluar diariamente la necesidad de los catéteres y sondas es fundamental con el fin de prevenir la bacteriemia.

### **10: Descontinuar los antibióticos**

El objetivo del tratamiento del paciente con sepsis es la terapia antibiótica dirigida, no obstante la cobertura de antibióticos al iniciar es empírica ya que no contamos con cultivos que identifiquen el germen causal del proceso infeccioso, es por esto que la toma de cultivos de todo fluido corporal es fundamental para el cumplimiento de este aspecto dada la necesidad de retirar los antibióticos innecesarios o cambiar por antibióticos de espectro más estrecho con el fin de evitar el aumento en las resistencias bacterianas. Por eso, para elegir la cobertura empírica que se prescribirá en el Servicio de Emergencias es imprescindible conocer el comportamiento antimicrobiano de su hospital (le aseguro que NO es el mismo que en los Estados Unidos ni de los artículos que leemos).

*“Te necesitamos para disminuir la mortalidad del paciente crítico en emergencias”*

Todas las recomendaciones que hemos analizado en este post están fundamentadas en una iniciativa impulsada por el Dr. Jean Louis Vincent mediante la creación y difusión de una nemotecnia conocida como el FAST HUG-BID que traducida al español significa “abrazo rápido dos veces al día” y que básicamente tiene el objetivo de generar conciencia entre los médicos acerca de que, la aplicación de medidas simples y protocolizadas pueden disminuir de manera significativa la mortalidad del paciente crítico sin necesidad de una inversión económica significativa. Creemos que es hora de un cambio en nuestros Servicios de Emergencias; un cambio del que usted debe ser parte...Por eso:

## 5.2 Antecedentes Nacionales.

En Bolivia, ciudad de La Paz, fue presentada por primera vez en el II Curso Internacional anual de actualización en Medicina Critica y Terapia Intensiva, que se llevó a cabo 03 al 05 de Junio 2009, por Lic. Magda J. Velasco Alcocer con el tema **“prevención de complicaciones en UCI por Enfermería, protocolo FAST HUG”** La cual fue organizado por La Sociedad Boliviana de Medicina Critica y Terapia Intensiva Colegio Médico Departamental de Enfermeras La Paz, Sociedad de Enfermeras en Medicina Critica y Terapia Intensiva Filial La Paz.

En el año 2010 se **realizo III Jornada Departamental “Ciclo de actualizaciones de Enfermería en las unidades de Cuidados Intensivo** en 11, 12,13 de Agosto, por Lic. Magda J. Velasco Alcocer con el tema **“FAST HUG Complicaciones mas frecuentes en la UCI.** (Ver anexo).

Posteriormente se realizo la defensa de trabajo **implementación del nemotécnico fast hug como medio de identificación y prevención de complicaciones en la valoración de enfermería a pacientes en uci del hospital municipal “la merced” enero – marzo 2012** por la Licenciada en Enfermeria Rita Villca en el posgrado de la Facultad de Medicina, Enfermeira, Nutricion tecnologia Medica.

La respuesta a la encuesta supero con mi expectativa: participaron 15 profesionales de enfermería del Hospital Municipal “La Merced”. Además de responder a las preguntas concretas incluidas en la encuesta, mucho de las colegas profesionales de enfermería proporcionaron comentarios en los distinto turnos correspondientes de los distintos aspectos de la calidad de atención en su centro de trabajo.

El objetivo de esta encuesta era examinar las percepciones de las profesionales de enfermería respecto a la calidad de atención de los pacientes críticos, incluyendo todo lo relativo al manejo, errores involuntarios y otras complicaciones previsibles relacionadas con los cuidados. Además se pretendía definir el grado de cumplimiento al paciente crítico, por parte del médico terapeuta y la profesional de enfermería, las instituciones sanitarias como parte de los propios profesionales de enfermería, así como recoger las opiniones de estos últimos respecto a la puesta en práctica del nemotécnico a través de programas de apoyo a la calidad de atención en su ejercicio profesional diario.

## **6.2. MARCO LOGISTICO:**

### **6.2.1. MARCO CONTEXTUAL:**

El Hospital Corazón de Jesús ubicado en el departamento de La Paz , Ciudad del El Alto, zona Kenko, calle 2,3,5 S/N, Institución Privada ,de un Segundo Nivel de Atención , se fundó el 21 de Junio de 1991 ya 24 años de atender a todas las personas necesidades de Atención fue fundada con el apoyo y obra de la Iglesia Católica ,actualmente se encuentra a la cabeza la Dra. Rosario Campero como directora de la institución, cuenta con los servicios trabaja con Mucha dedicación , atención amplio en todo sus ámbitos se encuentra en proceso de acreditación, junto a su personal de salud como Médicos, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Nutrición, cuenta con los servicio de laboratorio y servicio de radiología tomografía, Trabajo Social. Fisioterapia y otros.

Desde la fecha brinda atención a la ciudadanía en Medicina General, Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría, Odontología, quirófano, UTI Adultos. UTI Pediátrica, Emergencias. Sobre todo Enfermería proporciona atención en programas de salud como PAI, Crecimiento y desarrollo y atención en sala de internación, cuenta con 4

Quirófanos, sala de pre- partos, partos, cuatro sala de internación para las distintas especialidades el hospital trabaja con los programas de SOAT, SSPAM atiende pacientes . Cuenta con terapia Intensiva de Niños y Neonatología el manejo lo realiza las Auxiliares de Enfermería no se contó, en la Terapia Adulta se maneja por Enfermeras de planta clasificadas como personal entrenado cuatro unidades de internación una sala aislada todos con equipamiento necesario .

Esta área Administrativa se encuentra dirigida por la hermana Katerin Frederich como parte administrativa , la comunidad cristiana Hermana Angélica que realiza el apoyo incondicional.

## **6.2 .2.MARCO TEORICO O CONCEPTUAL**

En la ciudad de La Paz y en otros países las (UCI) Unidades de Terapia Intensiva están en constante cambio, se busca de mejorar la prestación de servicios, cuidados, calidad de atención al progreso científico, para este cometido se empieza a implementar protocolos, nemotécnicos, acrónimos y otros que ayuden al profesional Médico, Enfermera. En virtud a estos conceptos Vincet JL et al, el año 2005 incursiono en las UCI el Nemotécnico **FAST HUG** que debe ser recordado mentalmente en cada visita Médica y de Enfermería para evitar omisiones involuntarias en cuanto al cuidado del paciente critico por tanto .

La **Aplicación** del **FAST HUG-BID** (Alimentación, Analgesia, Sedación, Profilaxis de trombosis, Cabecera de la cama elevada, prevención de úlceras por estrés, control de glucosa Y Deposiciones, Control de Catéteres, Descontinuar Antibióticos.) **nace más tarde por las mismas necesidades del personal de Salud.**



Esta aplicación del Nemotécnico y revisado en cada visita médica la considera como un Doble abrazo rápido al paciente crítico por tanto abrazar rápido tiene un enfoque con varias características importantes.

**a).En primer lugar**, se puede aplicar a cada paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya que no se limita a ningún grupo específico (por ejemplo, el volumen corriente bajo, sólo es relevante para los pacientes con lesión pulmonar aguda y para pacientes con neurocirugías.

**b).En segundo lugar**, el Nemotécnico **FAST HUG** es lo suficientemente largo, como para incluir aspectos fundamentales de la atención que involucren a todos los miembros del equipo de atención, pero lo suficientemente corto como para ser fácilmente recordado como un abrazo rápido al paciente crítico.

**c).En tercer lugar**, tiene un toque personal porque a todos, nos gusta un abrazo, y nuestros pacientes no son la excepción. Este pequeño Nemotécnico es también símbolo de nuestra colaboración en la cabecera del paciente. Optimizar la alimentación, analgesia, sedación y recordatorios de ciertas intervenciones terapéuticas no solo es responsabilidad del médico, si no es mucho más que un esfuerzo del equipo de salud en especial de Enfermería.

Este Nemotécnico no solo puede ser utilizado por Enfermería, Médicos si no también por fisioterapeutas, terapeutas respiratorios y que pueden aplicar un rápido abrazo y oportuno, ya que en el tratamiento de cada paciente, se preguntaran del por qué un paciente no se está siendo alimentando o no está recibiendo profilaxis tromboembólica .De hecho los elementos esenciales de la atención de los pacientes tienen menos probabilidad de ser olvidados o pasado por alto, cuando haya más gente que preste atención a este Nemotécnico **FAST HUG-BID** paulatinamente mejorara la calidad de atención al paciente crítico, con una mejor

coordinación de trabajo en equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

El personal de enfermería en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) está de acuerdo en implementar este sencillo Nemo-técnico como estrategia, aunque esto podría ser difícil para diseñar un estudio para probar la eficacia, puede ser utilizado por todos los miembros del equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Para mejorar la calidad de la atención recibida por nuestros pacientes críticos en la Unidad de Cuidados Intensivos. **FAST HUGBID** (Doble abrazo rápido)

### 6.2. 2. F - Feeding (Alimentación). FIGURA Nº 1



**FUENTE:** [www.slideshare](http://www.slideshare).FAST- HUGBID

La malnutrición aumenta las complicaciones y empeora los resultados para los pacientes críticamente enfermos. Muchos pacientes ya están malnutridos a la admisión de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y necesitan un adecuado y apropiado soporte nutricional, con la revisión diaria de la alimentación, desafortunadamente en la unidad no hay un marcador específico de la nutrición y no es práctico ejecutar calorimetría indirecta en todos los pacientes, pero una evaluación clínica incluyendo la medición de pérdida de peso probablemente es fiable como las pruebas más complejas.

Las pautas del soporte nutricional para todos los pacientes críticos han sido publicados, en general 5.6/Kcal/peso como se describe en la **ecuación de Harris-Benedict** es una ecuación empírica para calcular el

metabolismo basal de una persona en función su peso corporal, estatura y edad y es utilizado en conjunto con factores de actividad física para calcular la recomendación de consumo diario de calorías para un individuo, por día es un objetivo aceptable y alcanzable en adoptar pero los pacientes con sepsis o trauma puede requerir dos veces más de energía durante la fase aguda de su enfermedad.

## CÁLCULO DEL METABOLISMO BASAL

### CUADRO N°1 FORMULA DE HARRIS BENEDICT

Cálculo de metabolismo basal para hombres	$MB = 66.4730 + (13.7516 \times P) + (5.0033 \times A) - (6.7550 \times E)$
Cálculo de metabolismo basal para mujeres	$MB = 655.0955 + (9.5634 \times P) + (1.8496 \times A) - (4.6756 \times E)$

Donde **P**: Peso en kg **A**: Estatura (altura) en cm **E**: Edad en años

**FUENTE:** RG Martindale directrices para la presentación y evaluación de la Terapia nutricional

Si la alimentación oral no es posible, es preferible empezar, la nutrición enteral o parenteral dentro de las 24-48 horas de admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los componentes óptimos de soluciones de alimentación permanece bajo debate, pero las **DIRECTRICES DE CANADÁ** recomendar que las soluciones que contiene aceites de pescado, omega 3, aceites de borraja, y antioxidantes podrían ser considerados para pacientes con síndrome de distres respiratoria agudo y que las formulas enriquecida en glutamina, deben ser considera para pacientes con quemaduras severas y traumas.

Se necesitan más estudios para definir lo óptimo de alimentación, soluciones para diferentes categorías de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

### **6.2. 3. A – Analgesia (Analgesia).**

El dolor puede afectar psicológicamente y fisiológicamente a la recuperación y un adecuado alivio del dolor de forma integral, es parte de un buen cuidado intensivo enfermero.

Todos los pacientes críticos sienten dolor no sólo a su enfermedad, sino a los procedimientos de rutina, tanto invasivos como no invasivos, tales como la aspiración, cambios de vendas y otros.

Sin embargo en un estudio realizado por RIKER RR PICARD JT FRASER GL . de 5.957 pacientes críticos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el 63% corresponde a los pacientes que no recibieron analgésico antes de practicar un procedimiento invasivo doloroso.

El dolor no siempre es fácil de evaluar a enfermos críticos que pueden ser incapaces de expresarlos, para estos pacientes, medidas subjetivas del dolor relacionado con el comportamiento (por ejemplo, la expresión facial, movimiento) y los indicadores fisiológicos (ejemplo, la frecuencia cardíaca, presión arterial) podría ser también utilizados. Concluye en su estudio que utiliza las terapias farmacológicas para aliviar el dolor incluyen drogas antiinflamatorias, acetaminofeno y opioides, estos son los más utilizados a pesar de que puede combinarse con “no esteroides”, antiinflamatorias, acetaminofeno para determinados pacientes. Los más comunes utilizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), son los opioides como la morfina, fentanil remifentanilo mucho de ellos administrados en infusiones continuas o dosis regularmente administrados en bolos adicionales cuando sea necesario las cuales son eficaces, dejando al paciente con un adecuado alivio del dolor en un período de tiempo.

Sabemos que la administración venosa tiene un efecto inmediato para aliviar el dolor del paciente que por vía IM o SC. Si bien la optimización del dolor con una adecuada aplicación de analgesia con opioides debemos tomar en cuenta los efectos secundarios como ser la depresión respiratoria y la constipación (estreñimiento) por la disminución del

peristaltismo, hipotensión y alucinaciones, estos efectos secundarios no son comunes en todos los pacientes, pero se debe tener cuidado para asegurar la analgesia en forma adecuada y sin exceso, la analgesia debe ser tratada individualmente.

#### 6.2. 4. S - Sedation (Sedación).

#### SEDOANALGESIA UTILIZADA

#### FIGURA Nº 2



**FUENTE:** Phillips DM JCAHO las Normas del manejo del dolor en JAMA 2000: 284:4-5Al igual que con la analgesia, la sedación es de fundamental importancia en pacientes críticos de la Unidad de Cuidados Intensivos(UCI), pero no hay normas que rijan la cantidad a dar y con qué frecuencia, la sedación debe ser tratada individualmente, aunque esto puede ser más fácil de incrementar las dosis de sedación para tener calma y tranquilidad del paciente, la sobre sedación es asociada con efectos dañinos, incluyen un mayor riesgo de trombosis venosa, disminución de la motilidad intestinal, hipotensión, reducción tisular de capacidad de extracción de oxígeno, aumento de riesgo de poli neuropatía, prolongando la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos ( UCI) y aumento de los costos, han demostrado que la sedación transitoria (vacación), discontinuación diaria de sedación puede reducir la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la necesidad de procedimientos, aunque se puede argumentar que si la sedación se valora de forma permanente como se recomienda en las directrices actuales, no deberá haber la necesidad de continuar esto una vez al día.

Sin embargo, estas escalas son realmente tan simples que uno puede preguntarse si son necesarias, si todo el mundo es consciente de los posibles problemas y objetivos comunes.

#### 6.2.4.1. Escala de valoración de agitación y sedación de Richmond (RASS).

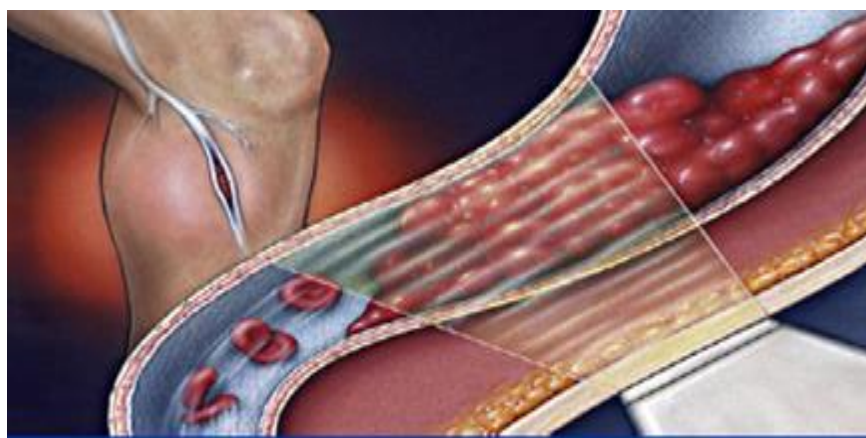
PUNTOS	DENOMINACION	DESCRIPCION	EXPLORACION
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro Inmediato para el personal.	Observar al paciente.
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse de tubo o catéteres.	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; lucha con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimiento agresivos o vigorosos.	
0	Alerta y calmado		
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto ( $\leq 10$ seg) (apertura de ojos y seguimiento de la mirada)	Llamar al enfermo por su nombre y decirle abra los ojos míreme.
-2	Sedación leve	Despierta brevemente al llamado verbal con contacto visual ( $< 10$ seg).	
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular al llamado verbal, pero sin contacto visual.	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta al llamado verbal, pero hay movimiento o apertura ocular al estímulo físico.	Estimular al enfermo sacudiendo el hombro región esternal.
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o estímulo físico.	

Fuente: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

En las unidades debe utilizarse el Nemotécnico de las 3C (calmado, cómodo y colaboración) para ayudar a determinar si los pacientes son adecuadamente sedados.

### 6.2.5 T - Thromboembolic prevention (Prevención del tromboembolismo).

**FIGURA N°3**



**FUENTE:** Morris AH Uso racional de protocolos informaticos de lña Unidad de Cuidados Intensivos 1994: 49-58.

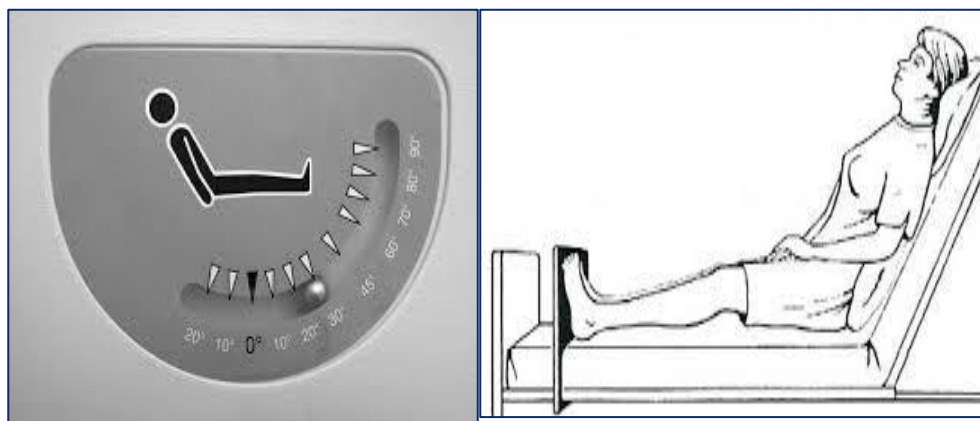
La Profilaxis tromboembólica es todavía discutida por que a menudo es olvidada y sin embargo la tasa de mortalidad y morbilidad es asociada con trombo embolismo venoso, son considerados y puede reducir mediante la profilaxis que en sus estudios aleatorios nos demuestra que, entre los pacientes que no reciben profilaxis y los que reciben, objetivamente se confirma la tasas de trombosis venosa profunda, oscila entre 13% y 31%, para pacientes traumatizados esta cifra puede ser considerablemente mayor, se ha recomienda que todos los pacientes reciban al menos la heparina subcutánea salvo que esté contraindicada. Varios estudios comparativos se han llevado a cabo con la relación al uso de diversas heparinas en determinados grupos de pacientes. Pero participaron muy



pocos pacientes, está demostrado que el método más efectivo de profilaxis no está aún claro, los beneficios de profilaxis deben ser sopesados contra el riesgo de complicaciones hemorrágicas: por ejemplo en pacientes Laparotomizados.

#### 6.2. 6. H - Head of the bed elevated (Cabecera de la cama elevada).

FIGURA N°4



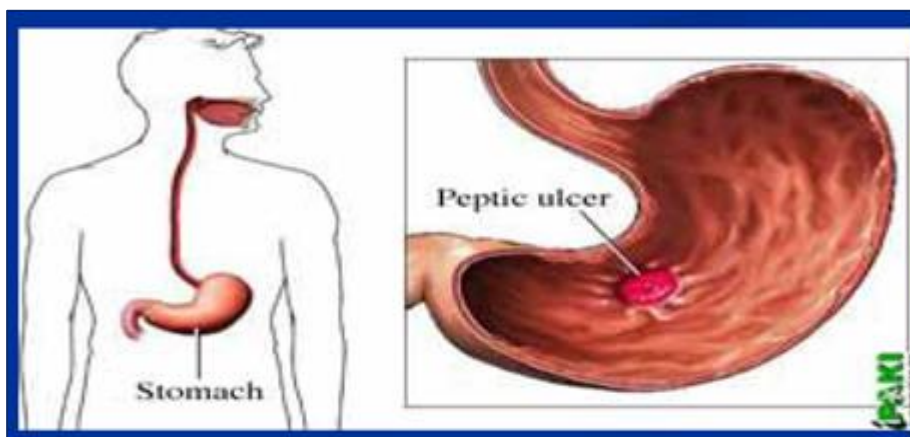
**FUENTE:** JACOBI GJ Guías de práctica clínica en el adulto en estado Crítico 1998: 452-453

Muchos estudios han demostrado que tener la cabecera de la cama elevado a 45° puede disminuir la incidencia de reflujo Gasto-esofágico en pacientes con asistencia respiratoria mecánica y un randomizado estudio controlado demuestra la reducción de Neumonía Nosocomial cuando los pacientes están semisentados o semi-incorporados. Sin embargo a pesar de la evidencia y las recomendaciones esta estrategia aún no es completamente aplicada, levantando la cabecera de la cama por sí sola puede ser no suficiente, y que los pacientes sobre todo sedados podrían deslizarse hacia abajo de la cama así se debe tratar de mantener no solo la cabecera de la cama elevada el Tórax del paciente.



## 6.2. 7. U - Stress Ulcer prophylaxis (Profilaxisis de úlceras por estrés).

FIGURA N°5



**FUENTE:** REVISTA contra la lucha Úlceras por Estrés, Espanies Res. 1999 159:896-903.

La prevención de úlceras por estrés es importante especialmente para los pacientes con insuficiencia respiratoria, anomalías en la coagulación, terapias con esteroide, con antecedentes de úlcera gástrica duodenal, que se encuentran en mayor riesgo de desarrollo relacionados con el estrés gastrointestinal hemorrágica. Probablemente no es necesario el uso de sistemáticos agentes. Existen varias posibilidades y opciones de tratamiento incluyendo los antiácidos, sucralfato, H<sub>2</sub> antagonistas y más recientemente la propuesta de los inhibidores de la bomba de protones a pesar de varios estudios aleatorios, controlados y meta-análisis de la comparación de estos agentes, la optima medicina no está clara, en un estudio multicentrico por Cook et al con la participación de 1200 pacientes sometidos a ventilación mecánica, los pacientes tratados con ranitidina había menores tasa de hemorragia gastrointestinal, pacientes tratados con sulcralfato (riesgo relativo 0.44, 95% intervalo de confianza 0.21–0.92: p=0.2) aunque no hubo diferencias en la tasa de mortalidad entre los 2 grupos, también no hubo diferencias en la tasa de neumonía asociada al ventilador. se han publicado datos que son verídicos en el incremento del

PH intragástrico y previenen la hemorragia en pacientes críticos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

#### 6.2. 8. **G** - **G**lucosa control (Control de la glucosa).

##### FIGURA N°6



**FUENTE:** Estudio de Krinsley

El control de la glucosa ha sido impulsado principalmente por el estudio de Van den Berghe et al. Este estudio aleatorio constituido principalmente por pacientes quirúrgicos, muchos después de cirugía cardíaca con relativa, bajos y severos índices de mortalidad, los resultados han llevado a la mayoría de los médicos a modificar sus prácticas. De estricto control del nivel de azúcar en sangre y mantener la glucemia entre los valores de 80 a 110 mg / dL en el estudio Van den Berghe et al. Puede ser difícil que se adhieran a la rutina de cuidados de los pacientes pero ahora muchas unidades tienen por objeto mantener niveles de glucosa en sangre por debajo de 150 mg/dl, como se recomienda en publicaciones recientes directrices para el manejo de la sepsis grave y shock séptico.

En un antes y después del estudio de, Krinsley, recientemente reportado de que las instituciones de un protocolo para mantener la glucosa en sangre niveles menor de 140 mg/dl resulta una disminución de 29.3% en las tasas de mortalidad hospitalarias ( $p=0.02$ ) y una reducción de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del 10.8%.

## **Bowel Habitus / Hábito Intestinal**

La diarrea, la constipación o el ileo producen aumento del dolor y de la presión intrabdominal lo cual disminuye el retorno venoso y aumenta de manera significativa el trabajo respiratorio del paciente.

La constipación es una causa bien identificada de desacople a la ventilación mecánica asistida así como también de un despertar inadecuado de la sedación y por ende una tasa mayor de extubación fallida. Además, la constipación se ha asociado a intolerancia a la dieta y una mayor incidencia de delirio, este último vinculado a una mayor tasa de mortalidad entre los pacientes críticos que permanecen en el servicio de emergencias.

***“La constipación ocurre en el 83% de los pacientes críticos”***

Sugerimos que todo paciente crítico que permanezca en el Servicio de Emergencias reciba algún ablandador fecal o laxante durante su estancia y sea evaluado mediante un examen físico riguroso en busca de esta patología.

## **Indwelling Catheters / Revisión de Catéter**



**FUENTE:** Estudio de slideshar

Todos los catéteres colocados con el fin de infundir medicamentos, líquidos y/o hemoderivados producen una disrupción de la barrera de defensa natural del cuerpo. Se reconoce que la sepsis de catéteres y sondas es una de las causas de fiebre infecciosa más frecuente. Dado lo anterior, la discontinuación temprana y el retiro de sondas o catéteres que ya no sean necesarios han demostrado una disminución significativa de la morbilidad. Por ende, re-evaluar diariamente la necesidad de los catéteres y sondas es fundamental con el fin de prevenir la bacteremia.

### **Descalonar antibióticos**

El objetivo del tratamiento del paciente con sepsis es la terapia antibiótica dirigida, no obstante en el SEM la cobertura antibiótica inicial es empírica ya que no contamos con cultivos que identifiquen el germen causal del proceso infeccioso, es por esto que la toma de cultivos de todo fluido corporal es fundamental para el cumplimiento de este aspecto dada la necesidad de retirar los antibióticos innecesarios o cambiar por antibióticos de espectro más estrecho con el fin de evitar el aumento en las resistencias bacterianas. Por eso, para elegir la cobertura empírica que se prescribirá en el Servicio de Emergencias es imprescindible conocer el comportamiento antimicrobiano de su hospital (le aseguro que NO es el mismo que en los Estados Unidos ni de los artículos que leemos).

***“Te necesitamos para disminuir la mortalidad del paciente crítico en emergencias”***

Todas las recomendaciones que hemos analizado en este post están fundamentadas en una iniciativa impulsada por el Dr. Jean Louis Vincent mediante la creación y difusión de una nemotecnia conocida como el FAST HUG BID (FEEDING/FEVER-ANALGESIA-SEDATION-THROMBOPROPHYLAXIS-HEAD OF THE BED-ULCEROPROTECTION-GASTROPROTECTION-BOWEL HABITUS-INDWELLING CATHETERS-DESCALONATION OF ANTIBIOTICS) que traducida al español significa

“abrazo rápido dos veces al día” y que básicamente tiene el objetivo de generar conciencia entre los médicos acerca de que, la aplicación de medidas simples y protocolizadas pueden disminuir de manera significativa la mortalidad del paciente crítico sin necesidad de una inversión económica significativa. En que es hora de un cambio en nuestros Servicios de Emergencias; un cambio del que usted debe ser parte...

### **6.3. DIFERENCIAL SEMANTICO:**

#### **6.3.1. VALORACION DE ENFERMERIA**

La Enfermería necesita utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud, es decir, necesita un método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse.

La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas.

Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente.

Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una

de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

#### **• ¿Qué es la valoración enfermera?**

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.

La organización de los datos, permite ver qué datos son relevantes y cuáles no, si es preciso obtener más información, o información de otro tipo, con el fin de comprender mejor la situación del paciente y comenzar con la formulación de posibles problemas y/o diagnósticos de enfermería.

En cualquier caso, siempre hay que tener en cuenta que la confidencialidad de los datos y la intimidad del paciente deben estar preservados.

Entre los posibles sistemas de valoración existentes, hemos elegido los dos más empleados en nuestro medio de trabajo, para a partir de ellos desarrollar un sistema de valoración estandarizado de carácter “universal” dentro de nuestro entorno. A continuación describimos los Patrones Funcionales de Gordon y las Necesidades Básicas de Henderson.

## **2. Evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico.**

Una vez finalizada la fase de recogida de datos. La enfermera debe emitir un juicio profesional sobre la eficacia en el funcionamiento del área valorada (patrón, necesidad, etc.).

La emisión de este juicio clínico es fundamental y va a diferenciar una recogida de datos de una valoración profesional. Para ello es necesario interpretar los datos recogidos, analizarlos y expresar la idoneidad en su funcionamiento.

La existencia de una valoración enfermera alterada o ineficaz es síntoma claro de la necesidad de intervención de la enfermera en su mejora a través de los diagnósticos de enfermería. Sin embargo, la existencia de una valoración eficaz no quiere decir que en algunos casos la enfermera

no deba actuar de forma planificada mediante los diagnósticos de salud o de riesgo.

La utilización de éstos permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, y del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles de una valoración correcta.

Los 11 Patrones Funcionales son:

- Patrón 1: Percepción de la salud
- Patrón 2: Nutricional/metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad/ejercicio.
- Patrón 5: Sueño/descanso.
- Patrón 6: Cognitivo/perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción/autoconcepto.
- Patrón 8: Rol/relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad/reproducción.
- Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores/creencias.

### **6.3.2. PROTOCOLOS:**

Una alternativa al protocolo es la **lista de control** o (comprobación) ampliamente empleados fuera de la medicina. Algunos han sugerido que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sea comparada con la cabina del avión donde las listas de control se utilizan habitualmente para mejorar la seguridad. De hecho existe algunas similitudes entre la cabina del avión y la sofisticado ambiente de Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) en

términos de complejos instrumentos, con muchos sistemas de alarma y los riesgos de aplicación potencialmente mortales pero las comparaciones no terminan allí.

Los protocolos se ha propuesto como la mejora de la eficiencia, la seguridad y la eficacia de la atención: permitiendo una rigurosa investigación clínica y facilitando la educación. Los protocolos se aplican cada vez más en tratamiento específicos de gestión de problemas, por ejemplo el destete de ventilación mecánica, estricto control de la glucosa y una adecuada sedación.

### 6.3.3. NEMOTÉCNICAS

Un **código** mnemotécnico (o **código nemotécnico**) es un sistema sencillo utilizado para recordar una secuencia de **datos, nombres, números**, y en general para recordar listas de ítems que no pueden recordarse fácilmente.

#### 6.3.4. a ¿Qué son?

La palabra Nemotécnico significa "técnicas de memorización" así como tanto los recursos o técnicas nemotécnicos son para hacer más fácil el aprendizaje de un determinado contenido, que de otra manera resultan más complicados de aprender. Estos contenidos que nos pueden ofrecer más dificultades de memorizar de manera corriente pueden ser los siguientes:

- Acumulación de datos.
- Acumulación de fechas.
- Lista de conceptos o nombres.
- Lista que se prestan a confusión. etc.

Los recursos nemotécnicos solo deben emplearse en estos casos de procedimientos.



## Reglas de nemotécnicos

Empezaremos diciendo que la memoria y el proceso memorístico está formado por lo que podríamos denominar tres fases:

- **Registrar.**
- **Retener.**
- **Rememorar**

Nuestra memoria es como un gran armario o archivador en el que es evidente que encontraremos mejor las cosas si las tenemos ordenadas de una forma lógica. También está demostrado que recordaremos más y mejor aquello que comprendamos (por eso no es conveniente "chapar" sin saber lo que "chapamos")

**Registrar:** En esta fase adquirimos el contacto con los elementos que posteriormente memorizaremos. Sería la primera lectura. Para tener más claros estos conceptos que leemos usamos el subrayado, los esquemas, los resúmenes o fichas. Pero es fundamental que lo que leamos y escribamos lo hagamos de una forma ordenada, lógica y comprendiendo lo que se lee.

**Retener:** Cuanta más atención prestemos a lo que intentemos memorizar, más fácil nos será retenerlo. Esta es una premisa básica dentro del proceso de la memorización: **La Atención.** Por esta razón el interés y la motivación ante lo que estamos leyendo y pretendemos memorizar es algo básico. Es fundamental la concentración: aislaros de ruidos, olores, gente que pasa por la habitación, de la televisión e incluso en ciertas ocasiones de la música. No es recomendable estudiar con música cuya letra conocemos, esto nos distraerá. Tampoco es bueno estudiar con la radio y por supuesto la televisión es nefasta. Si quieren estudiar con música hacerlo con clásica o instrumental. Tampoco que sea Rock o Heavy, más bien Jazz, Blues, Reggae, New Age, Folk, etc. Para retener las cosas,

releer los textos solo con lo subrayado, releer la fichas o anotaciones y, por supuesto, releer los temas.

**Rememorar:** Este es, para mi, el proceso más importante y el que a todos más os interesa. El recordar aquello que hemos memorizado. Para ello, la manera de haberlo retenido (ordenado, con lógica, con notas, subrayados, esquemas) va a ser fundamental y también el interés que hayamos puesto en ello. A veces intentamos recordar algo que sabemos claramente que lo hemos estudiado, pero como no lo hicimos de la manera correcta y con la lógica necesaria no es imposible rememorarlo

Dentro del tema de la memoria, tenemos la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo (esta segunda es la que a todos vosotros más os interesa). En un principio cuando empezamos a estudiar, la información pasa a la memoria a corto plazo, pero lo que tenemos que pretender es "enviarla" a la memoria a largo plazo, que es la que pervive y la que necesitamos a la hora de los exámenes o pruebas. Para que la información pase a la memoria a largo plazo es necesario la repetición, la concentración, el orden y la lógica y sobre todo el interés por esos contenidos que queremos memorizar. Lo que si es evidente es que se recuerda mejor lo que previamente hemos escrito (no todo al completo) o que previamente hemos clasificado. Por eso insisto tanto en lo del subrayado, los resúmenes, los esquemas y las fichas. Un tema de 30 páginas de historia se puede resumir en una ficha señalando en ella solo los apartados o puntos clave del tema y luego al mirar simplemente esa ficha, si ya lo hemos estudiado, la mente irá soltando todos los contenidos de esos apartados ella sola. Por esta razón, cuando en un examen nos pregunten sobre el reinado de Felipe II podremos recordar lo estudiado ya que nuestra mente ya tiene esa información procesada y memorizada y solo necesita el epígrafe de ese material para soltar toda la información.

### **6.3.5 Las reglas de los nemotécnicos:**

Las reglas nemotécnicas son un conjunto de truquillos, casi siempre lingüísticos, para facilitar la memorización. Posiblemente han oído hablar de ellos. Se basan en que recordamos mejor aquello que nos es conocido o aquello que nosotros mismos hemos creado. Esto lo veremos mucho mejor con un ejemplo.

### **Ejemplo:**

La primera línea de la tabla periódica de los elementos químicos:

Litio-Berilio-Boro-Carbono-Nitrógeno-Oxígeno-Flúor-Neón

Si tenemos que memorizar esta serie, un buen método sería confeccionar una frase con la primera o primeras letras de cada uno de estos elementos: "La BBC no funciona". Esta podría ser una de las posibilidades para acordarnos de estos ocho elementos. Fijaros que he utilizado la L de Litio (La), la B de Berilio y Boro, la C de Carbono (BBC) la N de Nitrógeno y la O de Oxígeno (no), la F de Flúor y la N de Neón (funciona).

Esta es una posibilidad para este ejemplo concreto, pero seguro que pueden encontrar otros muchos no solo para esta serie sino para esas cosas que tienen que estudiar y no hay manera de memorizarlas y recordarlas.

### **Un ejemplo de serie de números podría ser:**

Os vuelvo a repetir que estos son solo ejemplos o modelos. Pueden hacer multitud de combinaciones o propias invenciones, pero tampoco compliquen mucho las cosas porque si no luego tampoco recordaran la regla nemotécnica que han creado.

### **Un ejemplo para recordar una fórmula:**

La forma del capital y los intereses de los bancos. Con la palabra "carrete" podremos recordarla. Lo que tendremos que pagar después de pedir un

prestamos es: el capital (ca) multiplicado por el rédito o intereses (re) y esto multiplicado por el tiempo (te).

### **6.3.6 El Método Herigon**

Creado por **Pierre Herigon** en **1634**, el código alfanumérico o **Método Herigon** es una estrategia mnemotécnica muy útil para recordar información que contenga números. Se trata de asignar a cada cifra una o más letras y, entonces, para recordar cualquier número, se construye una frase con las letras representativas, aunque se recomienda que trate de obtenerse algo contrastante.

### **6.3.7 Casilleros numéricos**

Al utilizar la tabla de equivalencia anterior se puede construir una lista de palabras representadas por imágenes asociadas a los números del 0 al 99 (asociando siempre la misma imagen al mismo número). Este código se puede usar para asignar una posición a cada palabra o frase de otra lista que se desee recordar.

El Memorize-IDI o Calculadora Mnemotécnica es una aplicación tecnológica diseñada para iPod e iPhone que permite a sus usuarios alcanzar altos niveles de memorización de datos numéricos. El sistema ha sido diseñado por el pedagogo español, José Ramón García Guiarte, y está basado en el desarrollo del antiguo “método alfanumérico”, creado en el siglo XVII por el matemático y astrónomo francés Pierre Hérigone.

El Sistema Memorize IDI ha sido diseñado en tres idiomas (inglés, español y francés), disponiendo de una codificación particular para cada uno de ellos.

Durante el proceso de aprendizaje, la aplicación actúa como si fuese un tutor hasta comprobar que la persona comprenda correctamente el método, habilitando los distintos apartados en la medida en que se

constate su dominio. Aprendidas las reglas básicas, la máquina habilitará el uso de la calculadora mnemotécnica, y el usuario ya estará en condiciones de recordar cualquier dato numérico por complejo que sea. Al introducir el número que se desea recordar, la calculadora lo transformará en una serie de imágenes que el cerebro almacenará en su recuerdo.

#### **6.3.8. Rondas.**

Las rondas al lado de la cama son importantes y forman parte de una buena atención. Una serie de estudios han indicado que rondas diarias al lado de la cama por intensivistas pueden dar lugar a mejores resultados.

Al llevar a cabo rondas de cabecera, es fácil preguntar de la continua necesidad de apoyo ventilatorio para pacientes sometidos a ventilación mecánica o una adecuada nutrición para un paciente con alimentación, solución de alimentación con bolsa colgada encima de la cama. Un protocolo no es necesario para garantizar estas preguntas que son formuladas pueden ser contestadas por todos los miembros del equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), no solo los médicos pueden preguntar estos aspectos de los cuidados de los pacientes. A sí mismo la adecuada sedación y analgesia podría ser sistemáticamente cuestionada.

## **VARIABLES:**

### **7.1 VARIABLES INDEPENDIENTES.**

**IMPLEMENTACION DEL NEMOTECNICO FAST HUG BID COMO MEDIO DE IDENTIFICACION Y PREVENCION DE COMPLICACIONES**  
(Alimentación, Analgesia, Sedación, Profilaxis de trombosis, Cabecera de la cama elevada, prevención de úlceras por estrés y control de glucosa, Deposiciones, Catéteres y Antibióticos).

### **7.2. . VARIABLES DEPENDIENTES.**

Con la valoración de Enfermería oportuna y cuidados adecuados, con conocimientos científicos propios, se lograra, conservar, restablecer y mejorar la salud del paciente critico que padece de una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica , manifestando signos y síntomas que, en su conjunto, expresan la máxima respuesta posible de su organismo ante la agresión sufrida

## 8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CUADRO Nro. 3

### 8.1. IMPLEMENTACION DEL NEMOTECNICO FAST HUGBID COMO MEDIO DE IDENTIFICACION Y PREVENCION DE COMPLICACIONES.

DIMENCIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
<b>IMPLEMENTACION</b>	Proceso de llevar a cabo un proyecto	SI NO	Encuesta
<b>NEMOTECNICO</b>	Sistema sencillo utilizado para recordar una secuencia de <b>datos, nombres y números.</b>	SI NO	Encuesta
<b>FAST HUG</b>	Nemotécnico que significa, dale un abrazo rápido a tu paciente una vez al día.	SI NO	Encuesta
<b>F Alimentación</b>	Ingestión de <b>alimento</b> por parte de los <b>organismos</b> para proveerse de sus necesidades alimenticias, para conseguir energía y desarrollarse.	<p>a) En 6 a 24 hrs. b) En 24 a 48 hrs. c) En 72 a 96 hrs.</p> <p>a) Hipermetabolismo, traslocación de la flora intestinal. b) Diarrea, náuseas, deshidratación. c) Cefalea, edema, vómito.</p>	Encuesta
		SI NO	
<b>A</b>	Falta o supresión de toda sensación dolorosa, sin pérdida de	SI NO	Encuesta

<b>Analgesia</b>	los restantes modos de la sensibilidad.	SI NO	
<b>S Sedación</b>	Inducción farmacológica de un estado de disminución de la consciencia sin que se produzca una pérdida de la misma	<b>a)</b> Proporcionar comodidad, disminuir la ansiedad y mitigar el dolor <b>b)</b> Comodidad para el personal de UCI. <b>c)</b> Proporcionar sueño profundo <b>a)</b> Escala de coma de Glasgow. <b>b)</b> Escala de Rankin modificada <b>c)</b> Escala de Ramsey.	Encuesta
<b>T Profilaxis tromboembolia</b>	Conjunto de medidas para prevenir la formación de un coágulo sanguíneo en una vena que se encuentra en lo profundo de una parte del cuerpo. Afecta principalmente las venas grandes en la parte inferior de la pierna y el muslo.	<b>a)</b> Vendaje elástico y elevación de miembro inferior <b>b)</b> Uso de heparina de bajo peso molecular <b>c)</b> Mantener elevada las extremidades inferiores.	Encuesta



		<p><b>a)</b> Ejercer presión a nivel del tobillo luego descender al pie, piernas y muslo</p> <p><b>b)</b> Ejercer menor presión en las piernas y muy baja presión en el muslo.</p> <p><b>c)</b> Iniciar vendaje circular continuo en MI, hasta el nivel del muslo.</p>	
<p><b>H</b> <b>Cabecera de la cama elevada</b></p>		<p><b>a)</b> Reduce el reflujo gastroesofágico en pacientes con VM.</p> <p><b>b)</b> Mantiene cómodo al paciente, evita las úlceras por decúbito.</p>	Encuesta
		<p>SI NO</p>	
<p><b>U</b> <b>Prevención de úlceras por estrés</b></p>	<p>La úlcera por estrés es una lesión que se presenta en los pacientes con estrés prolongado</p>	<p><b>a)</b> Ranitidina.</p> <p><b>b)</b> Omeprazol.</p> <p><b>c)</b> sucralfato.</p>	Encuesta
<p><b>G</b> <b>Control de la glucosa</b></p>	<p>Verificación del valor de la concentración de la <b>glucosa</b> en sangre</p>	<p><b>a)</b> 75 a 110 mg/dl</p> <p><b>b)</b> 70 a 120 mg/kg</p> <p><b>c)</b> 75 a 110</p>	Encuesta

		mEq/d	
		<b>a)</b> cada día <b>b)</b> cada vez que requiera el control <b>c)</b> dos veces al día.	
<b>B</b> <b>CONTROL DE LAS DEPOSICIONES</b>	La diarrea, la constipación o el ileo producen aumento del dolor y de la presión intrabdominal lo cual disminuye el retorno venoso y aumenta de manera significativa el trabajo respiratorio del paciente.	<b>a)</b> cada día <b>b)</b> cada vez que requiera el control	Encuesta
<b>I</b> <b>CONTROL DE CATETERES</b>	Se reconoce que la sepsis de catéteres y sondas es una de la causas de fiebre infecciosa más frecuente. Dado lo anterior, la discontinuación temprana y el retiro de sondas o catéteres que ya no sean necesario han demostrado una disminución significativa de la morbimortalidad.	<b>a)</b> cada día <b>b)</b> cada vez que requiera el control <b>c)</b> dos veces al día	Encuesta
<b>D</b> <b>DESCONTINUAR LOS ANTIBIOTICOS</b>	cultivos que identifiquen el germen causal del proceso infeccioso, es por esto que la toma de cultivos de todo fluido corporal es fundamental para el cumplimiento de	<b>a)</b> cada día tener en cuenta inicio de todos los procedimient	Encuesta

	este aspecto dada la necesidad de retirar los antibióticos innecesarios o cambiar por antibióticos de espectro más estrecho con el fin de evitar el aumento en las resistencias bacterianas	os invasivos y tratamiento.	
<b>Identificación</b>	<b>Identificación</b> es la acción y efecto de identificar o identificarse	SI NO	Encuesta
<b>Prevención</b>	Es la <b>acción y efecto de prevenir</b> (preparar con anticipación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo).	SI NO	Encuesta
<b>Complicaciones</b>	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad.	SI NO	Encuesta

**CUADRO Nro. 4**

**8.2. VALORACION DE ENFERMERÍA A PACIENTES INTERNADO EN UCI.**

<b>DIMENCIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN</b>
<b>VALORACION DE ENFERMERÍA</b>	Recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del paciente.	SI NO	Encuesta
<b>PACIENTES</b>	Persona o usuario que padece físicamente y que, por lo tanto,	SI NO	Encuesta

	se encuentra bajo atención médica.		
<b>CRÍTICAMENTE ENFERMOS</b>	Individuo que, por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que, en su conjunto, respuesta sufrida.	SI NO	Encuesta

## PROCESO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### 9. DISEÑO METODOLÓGICO.

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo porque se identificó un problema de atención en la valoración diaria y control por Enfermería en la UCI y propone una solución mediante la Implementación del **NEMOTECNICO FAST HUG-BID (Abrazo Rápido)** mediante un abordaje sistemático poniendo énfasis en estos nueve aspectos claves, en el Hospital Corazón de Jesús gestión 2013.

#### 9.1. Tipo de estudio.

El presente trabajo de investigación es un estudio, cuantitativo, prospectivo, descriptivo, exploratorio y de intervención.

- A. Cuantitativo:** Se verifico el entendimiento sobre el Nematécnico **FAST HUG-BID** a las profesionales de Enfermería mediante una encuesta estructurada.
- B. Prospectivo:** Se revisa los expedientes clínicos poniendo más énfasis en las indicaciones médicas y cuidados de Enfermería de cada paciente crítico tratado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

- C. Exploratorio:** Está dirigida a determinar la causa o factor de riesgo/ efecto asociado al objeto de estudio que permite responder al problema planteado a través de una aplicación de una encuesta estructurada aplicada al profesional de Enfermería.
- D. Descriptivo:** Se realizará la tabulación de la información para ser representada en tablas y cuadros.
- E. Intervención:** Se trabajó en base a las realidades de los hechos y el carácter documental de la información que se pudo obtener del objeto de estudio, describiendo las características y los perfiles de los fenómenos del estudio y puedan ser sometidos a análisis y dan una solución con la implementación del Nemotécnico **FAST HUG-BID**.

## 9.2. Delimitación temporal.

El trabajo se realizara en un periodo, previo un diagnostico situacional que se realizó (Octubre – Diciembre 2013) en la UCI del Hospital Corazón de Jesús.

**FIGURA**

**Nº**

**6**





**FUENTE:** Propia. Parte frontal del Hospital.

### **9.3. Delimitación geográfica.**

El estudio se realizó en la Unidad de Terapia Intensiva - Adultos del Hospital Corazón de Jesús, ubicada en la zona El Kenko de la Ciudad El Alto.

**FIGURA N°7FUENTE:** INTERNET

### **9.4. Universo.**

El universo de la investigación está conformado por un 23 % del personal Profesionales de Enfermería” del Hospital Corazón de Jesús las cuales rotan por los servicio de UTI.

**9.5 Muestra.** Se toma al personal seleccionado que trabaja en la UCI.

### CUADRO N°3

#### PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Hospital Corazón de Jesús

TURNOS	UTI	SALAS	TOTAL
Mañana	1	1	2
Vespertino	1	1	2
Noche A,B	1	1	2
Apoyo Eventual	1	1	2
<b>TOTAL</b>	4	4	8

#### 9.6.1. Criterios de inclusión

- ❖ Historias clínicas de pacientes internados en la UCI con mayor de tres Días de internación para el Diagnostico Situacional.
- ❖ Todas las Enfermeras con grado de Licenciada y Especialidad que trabajan en Terapia Intensiva y desean participar en el estudio.

#### 9.2.2. Criterios de exclusión:

- -Expedientes clínicos de pacientes Internados menores a 48 horas mayores de 3 días para el Diagnostico Situacional.
- -Licenciadas de Enfermería que no desearon participar en el estudio.
- -Auxiliares de Enfermería.

## **10.- INSTRUMENTOS RECOLECCION DE DATOS.**

Para el estudio se utilizó un formato de trabajo que se caracteriza por presentar 2 fases:

### **Primera Fase – Diagnóstico Situacional.-**

Durante esta primera fase se revisaron expedientes clínicos de los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Corazón de Jesús durante el periodo (Julio-Septiembre 2013).

### **Segunda Fase – Intervención.**

#### **1º PASO**

Para el sustento del trabajo de Investigación se elaboró y se empleó una encuesta dirigida al personal de Enfermería con 18 ítems , con la finalidad de evaluar conocimientos sobre la importancia del Nemotécnico FAST HUG-BID , con preguntas evaluadas por los expertos en la Área de UTI.

#### **2º PASO**

Elaborar y Socializar el manejo del Nemotécnico FAST HUG -BID por Enfermería en la UCII atreves de talleres y trípticos.

#### **3º PASO**

-Validar el Nemotécnico FAST HUG-BID para su Implementación con los Expertos y Jefes en el Área.

#### **4º PASO**

-Implementar las recomendaciones del Nemotécnico FAST HUG-BID en cada unidad de la UCI del Hospital Corazón de Jesús.(Total 5 camas)

## **10. VALIDEZ DE LOS DATOS RECLECTADOS.**

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos en el presente trabajo de investigación cuentan con el respaldo y validación de la Dirección Médica, Jefatura de Enfermería y el personal que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva – Adultos del Hospital Corazón de Jesús.



### **10.1. FUENTE DE INFORMACION**

La fuente de información fue primaria la cual se obtuvo datos de la encuesta dirigida al personal de enfermería y secundaria mediante la revisión de los expedientes clínicos y libros estadísticos.

### **10.2. FUENTE PRIMARIA**

Se aplica la encuesta anónima a todo el profesional de Enfermería de la UCI distribuidas en los diferentes turnos de la unidad.

Para iniciar la investigación se revisó LIBROS estadísticos de la UCI y se asoció a los expedientes clínicos de aquellos pacientes que fueron atendidos poniendo énfasis en las Indicaciones Médicas, para llegar a un diagnóstico situacional

Se implementa el Nemotécnico FAST HUG-BID en la UCI, mediante banners pequeños la cual es puesta en la cabecera del paciente para ser recordado durante la visita de Enfermería por turno.

### **10.3. FUENTE SECUNDARIA**

Se realiza estudio con las Historias Clínicas, libros y artículos verificado en la web y bibliografías de recientes sobre el tema FAST HUG-BID que se aplicaron en otros Países, Revistas de Nurse.

### **11. CONFIABILIDAD.**

La investigación que se realizó, cuenta con libros estadísticos y expedientes clínicos con un alto nivel de confianza porque fue evaluada por expertos en la materia y la respuesta que trabaja en la UTI, se cuenta con la bibliografía y la web sobre estudios de Nemotécnico FAST HUG-BID en los pacientes críticos.

### **12. FASE DE INTERVENCIÓN**

La presente propuesta de intervención tuvo dos fases:

## 12.1. Primera fase

**a).Autorización.-** Se solicitó la autorización a la Dirección Médica del Hospital Corazón de Jesús, Jefatura de enfermería y Jefa de Terapia Intensiva (ver anexos).

**b).Recolección de datos.-** Se realizó el diagnóstico situacional a través de la revisión de registros de pacientes ingresados y expedientes clínicos en cuanto a las indicaciones médicas a la U.T.I. Adultos del Hospital Corazón de Jesús durante el periodo (Octubre-Diciembre 2013).

## 12.2. - Segunda fase:

### PLAN DE INTERVENCIÓN

#### **a). Organización y recogida de datos.**

Una vez determinado el diagnóstico situacional se aplica la encuesta al personal de enfermería con preguntas generales sobre el tema de estudio para determinar el conocimiento y de esta manera validar la investigación<sup>(Anexo)</sup>

Este proceso determina la necesidad de implementar el Nemotécnico **FAST HUG-BID** de atención a pacientes críticos internados en la UTI con predisposición a contraer complicaciones.

#### **b). Análisis de la información.**

Se realiza un análisis descriptivo de los resultados obtenidos de la encuesta sobre conocimientos Nemotécnico **FAST HUG-BID**, para determinar la magnitud del problema.

#### **c). Diagnostico Institucional.**

Desconocimiento del Nemotécnico **FAST HUG-BID** y de su manejo en pacientes críticos internados en la UTI. El cual me motivo para la realización del trabajo e incursionar instrumentos de Valoración de ENFERMERIA.

#### **d). Difundir la publicación.**

Una vez concluida la propuesta de intervención y aprobada por los expertos en la materia se realizara la respectiva publicación para que servirá como guía de acciones de enfermería, para demostrar calidad de atención ante el paciente crítico.

#### **e). Implementación del nemotécnico FAST HUG -BID**

Una vez elaborado y revisado el Nemotécnico **FAST HUG-BID**, se elaborara la invitación, programa y diseño metodológico para la socialización, con todo el personal profesional de enfermería de la UTI, dejando un ejemplar del Nemotécnico con su respectiva descripción en la cabecera del paciente critico de cada unidad de la UCI, de tal forma que servirá de guía de trabajo para todo el personal profesional de enfermería que trabaja en la UTI.

### **13.- PRESUPUESTO**

Erogado por la investigadora.

#### **13.1.- RECURSOS HUMANOS**

Dar cumplimiento al Post-Grado

##### **a) Responsables de la propuesta de intervención:**

- Tutora de la propuesta
- Jefa del Servicio de Terapia Intensiva
- Cursante del post grado

##### **b) Personal de apoyo para la ejecución de la propuesta de intervención:**

- Personal médico
- Diseñador gráfico
- Comité de Docencia e Investigación.

### 13.2.- RECURSOS FÍSICOS

UTI del Hospital Corazón de Jesús.

### 13.3.- RECURSOS MATERIALES

Los recursos económicos para el presente trabajo de propuesta de intervención fue financiado por la autora de

#### ESPECIFICACIONES DE MATERIAL Y COSTO

Nº	BIENES	CANTIDAD	MONTO TOTAL
1	Papel tamaño carta	500 unidades	100 Bs.
2	Lápiz	2 unidades	2 Bs.
3	Goma	2 unidades	2 Bs.
4	Bolígrafos (azul, rojo, negro)	3 unidades	4 Bs.
5	Computadora	1	500 Bs.
6	Internet	1	200 Bs.
7	Impresiones	9 ejemplares	1000 Bs.
8	Data Show	2 uso	600 Bs.
9	Transporte	1	500 Bs
10	Ayudas Audiovisuales	1	500 Bs.
11	Refrigerio (salteña y refresco)	20 unidades, 2 unidades	90 Bs
<b>TOTAL</b>			<b>5308 Bs.</b>

#### 14.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

CUADRO N° 7

#### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OCTUBRE- DICIEMBRE 2013

ACTIVIDADES		AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
1	Instrucción Académica	X						
2	Observación de posibles temas de investigación		X					
3	Diagnostico inicial		X					
4	Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X		
5	Realización del marco teórico		X	X				
6	Elaboración del protocolo			X				
7	Determinación del tipo de investigación			X				
8	Determinación de universo y muestra			X				
9	Elección, elaboración de técnicas e instrumentos para la recolección de datos			X				
10	Implementación del instrumento de recolección de datos					X	X	
11	Procesamiento de la recolección de datos						X	

12	Elaboración de invitación y diseño metodológico						X	
13	Socialización del nemotécnico FAST HUG, al personal de enfermería.							X
14	Tabulación y análisis de datos obtenidos						X	X
15	Formulación de conclusiones y resumen							X
16	Tutoría y asesoramiento	X	X	X	X	X	X	X
17	Revisión del trabajo					X	X	X
18	Presentación del trabajo							X
19	Defensa del trabajo							X

## CONSIDERACIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS.

Fundamentadas en el código de ética de enfermería.

**Capítulo IV.** La enfermera y las personas, deberes de las enfermeras.

**Artículo 10.** La enfermera proporciona cuidados de enfermería de calidad, garantizando la aplicación de métodos, técnicas y procedimientos adecuados, respetando su cultura, integridad e individualidad.

La enfermera tiene el deber de estar permanentemente informada en cuestiones y dilema éticos.

**Capítulo V.** La enfermera y la sociedad, deberes de las enfermeras.

**Art.11. b)** La enfermera debe mantenerse permanentemente informada e informar a la población sobre las medidas preventivas contra todo tipo de riesgos y los efectos nocivos de la contaminación ambiental sobre las personas, con el propósito de participar en medidas preventivas y/o de restauración y rehabilitación de la salud a adoptar.<sup>25</sup>

Al inicio de la investigación la postulante elaboro por escrito la solicitud respectiva a las autoridades: director, jefe de enfermeras, jefe de servicio, quienes viabilizaron, otorgándonos el listado correspondiente de acuerdo a turnos como instrumento que facilitaría nuestro trabajo (Anexo)

El estudio se realiza tomando en cuenta que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. La investigación no conllevara ningún riesgo ya que no se realizara ninguna intervención o modificación de las variables.

Las técnicas y/o métodos de investigación serán a través de una encuesta estructurada de datos cuya aplicación no afectara física, ni psicológicamente al personal profesional ni al paciente como lo explicamos párrafos anteriores.

**“El propósito principal de la investigación médica en seres humanos en mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprenden la etiología y patogenia de las enfermedades incluso, los mejores métodos preventivos diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces efectivos, accesibles y de calidad”.**

---

<sup>25</sup> Estatutos y Reglamentos del colegio de Enfermeras de Bolivia, C.E.B: 2007, pág. 161,163.

## 17.- RESULTADOS.

A través de la revisión de Expedientes Clínicos y la aplicación de la encuesta estructurada para la Profesional de Enfermería, elaborada sobre la base de 18 ítems, sobre el Nemotécnico FAST HUG BID a 8 Profesionales de Enfermería que corresponde al 100%, con el objetivo de valorar el grado de conocimientos, experiencia laboral y destrezas. Se lograra obtener datos importantes.

Conforme a la instancia se obtienen datos demográficos que nos muestra que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cuenta con 3 Profesionales con Especialidad en Terapia Intensiva y 5 Enfermeras trabajan cubriendo el fin de semana en la (UCI) por poco tiempo. En el servicio los resultados nos muestra que no cuentan con Protocolos, ni Nemotécnicos, Con respecto al conocimiento del Nemotécnico FAST HUG BID.

- De las 15 encuestas que se realizó al personal de Enfermería INCLUYENDO personal eventual que trabaja en la UCI 27% tienen algo de conocimiento y un 73% no tienen conocimiento o ignoran sobre el nemotécnico **FAST HUG BID**.
- Se determina el inicio de la alimentación en un paciente critico, sin compromiso digestivo en el cual 40% de las Enfermeras indican iniciar la dieta de 6 a 24 horas y 60% de 24 a 48 horas.
- En cuanto a las complicaciones que puede traer en una alimentación inoportuna en paciente critico el 87% indican que la complicación es el Hipermetabolismo, translocación de la flora intestinal y un 13% indica producir diarrea, nauseas y deshidratación.
- .En cuanto a la pregunta sobre la combinación o falta de alimentos y estrés conduciría rápidamente a la mal nutrición, el 87% opina que si y el 13% que no.



- Las profesionales de Enfermería opinan que el uso de anti inflamatorios no esteroide y opioides son valiosos para combatir el dolor, el 87% indica que si y el 13% que no.
- El 53% considera la administración de analgésicos 30 min. Antes de cualquier procedimiento invasivo y el 47% considera que se debe administrar según prescripción médica y a horario.
- El 87% considera que el objetivo principal de la sedoanalgesia es proporcionar comodidad, disminuir la ansiedad y mitigar el dolor y 13% considera proporcionar sueño profundo.
- El 73% tiene conocimiento sobre la escala de valoración de Ramsay el 14% consideraron que es la escala de coma de Glasgow y 13% considera la Escala Ramsay modificada.
- El 80% considera que la medida de profilaxis tromboembolica es de aplicar vendaje elástico y elevación de extremidades inferiores y el 20% indica el uso de heparina de bajo peso molecular.
- El 80% realiza el vendaje compresivo de manera circular continuo hasta el nivel del muslo y 20% indica realizar un vendaje compresivo adecuado.
- El 100% considera que la importancia de elevar la cabeza a 45 grados, reduce el reflujo gastroesofágico.
- El 87% considera que no la cabecera elevada a 45 grados evitamos las complicaciones y 13% indica que no.
- El 67% considera el uso de Ranitidina, es una de las medidas para la profilaxis de ulceras por estrés, 27% considera el uso de Omeprazol y 6% el uso de Sulcrafato.
- El 87% conoce el valor normal de la glucemia y un 13% que no conoce el valor normal.
- El 87% considera que debe controlar la glucemia cada que requiera el paciente, 6% cada día y 7% dos vez al día.

A través de la aplicación de la revisión de expedientes clínicos para el Diagnostico Situacional se aplica la encuesta estructurada para el sustento del tema, elaborada sobre la base de 18 preguntas con el objetivo de

valorar el conocimientos del abordaje sistematico de la implementación del FATS HUG-BID, experiencia en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Corazón de Jesús por el periodo de Octubre- Diciembre 2013. Se obtienen los siguientes resultados.

Para determinar sobre el conocimiento y la aplicación en la UCI, cuenta con 3 profesionales de Enfermería que realizaron post grado en Terapia Intensiva y otras que 6 trabajaron en el servicio de UTI, no cuentan con Instrumentos de trabajo, Nemotécnicos o Protocolos, se elabora y aplica la encuesta con 18 ítems sobre el nemotécnico FAST HUG-BID, a 8 profesionales de Enfermería que trabajan en la UTI corresponde al 23%.

- De las 18 encuestas que se realizó al personal de Enfermería 27% tienen algo de conocimiento y un 73% no tienen conocimiento o ignoran sobre el nemotécnico FAST HUG-BID.
- Se determina la alimentación en un paciente crítico, e inicio de la dieta en un sin compromiso digestivo el cual 26% indican iniciar la dieta de 6 a 24 horas, 40% de 24 a 48 horas, 33% de 72 98 horas..
- En cuanto a las complicaciones que puede traer en una alimentación inoportuna en paciente crítico el 60% indican que la complicación es el Hipermetabolismo, translocación de la flora intestinal y un 40% indica producir diarrea, náuseas y deshidratación.
- .En cuanto a la pregunta sobre la combinación o falta de alimentos y estrés conduciría rápidamente a la mal nutrición, el 73% opina que si y el 26% que no.
- Las profesionales de Enfermería opinan que el uso de anti inflamatorios no esteroide y opioides son valiosos para combatir el dolor, el 93% indica que si y el 6% que no.
- El 53% considera la administración de analgésicos 30 min. Antes de cualquier procedimiento invasivo y el 46% considera que se debe administrar según prescripción médica y a horario.

- El 53% considera que el objetivo principal de la sedoanalgesia es proporcionar comodidad, disminuir la ansiedad y mitigar el dolor y 33% considera proporcionar sueño profundo, 13% comodidad al personal..
- El 60% tiene conocimiento sobre la escala de valoración de Ramsey el 20% consideraron que es la escala de coma de Glasgow y 20% considera la Escala Ramsey modificada.
- El 66% considera que la medida de profilaxis tromboembolia es de aplicar vendaje elástico y elevación de extremidades inferiores y el 13% indica el uso de heparina de bajo peso molecular, 20% la elevación de las extremidades.
- El 66% realiza el vendaje compresivo de manera circular continuo hasta el nivel del muslo y 44% indica realizar un vendaje compresivo adecuado.
- El 66% considera que la importancia de elevar la cabeza a 45 grados, reduce el reflujo gastroesofágico.
- El 87% considera que no la cabecera elevada a 45 grados evitamos las complicaciones y 13% indica que no.
- El 53% considera el uso de Remitidita es una de las medidas para la profilaxis de úlceras por estrés, 13% considera el uso de Omeprazol y 33% el uso de Sulcrafato.
- El 60% conoce el valor normal de la glucemia y un 40% que no conoce el valor normal.
- El 60% considera que debe controlar la glucemia cada día, 33% cada vez que requiera el control, 6% dos veces al día
- El 60% considera que debe controlar las Deposiciones debe ser cada día, 33% cada vez que requiera el control, 6% dos veces al día
- El 60% considera que debe controlar los Catéteres cada día, 33% cada vez que requiera el control, 6% dos veces al día
- El 60% considera que debe controlar el uso de los Antibióticos cada día, 33% cada vez que requiera el control, 6% dos veces al día.



## 17.1 CAREACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

### CUADROS Y GRAFICOS

#### CUADRO Nro 1

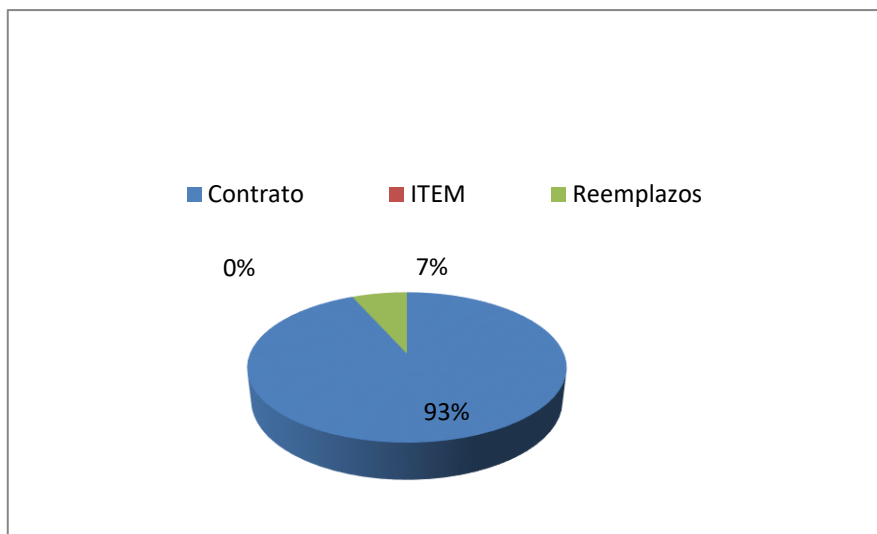
PERSONAL DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN EL HOSPITAL CORAZON DE JESUS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO OCTUBRE-DICIEMBRE 2013

Empleo a	Licenciada	Porcentaje
Contrato	14	93
ITEM	0	0
Reemplazos	1	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

ELABORACION : Propia

FUENTE : Encuesta

#### GRAFICO Nro 1



**ANALISIS:** Con respecto al personal que trabaja en el hospital Corazón de Jesús en el servicio de Terapia Intensiva el 93% del personal es a contrato y el 7% solamente realiza los remplazos eventuales en el servicio según designación de la jefa de Enfermeras, ningún persona cuenta con un ITEM ya que el Hospital es una institución PRIVADA.

## CUADRO Nro 2

### PERSONAL DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVACUENTA CON EL GRADO ACADEMICO

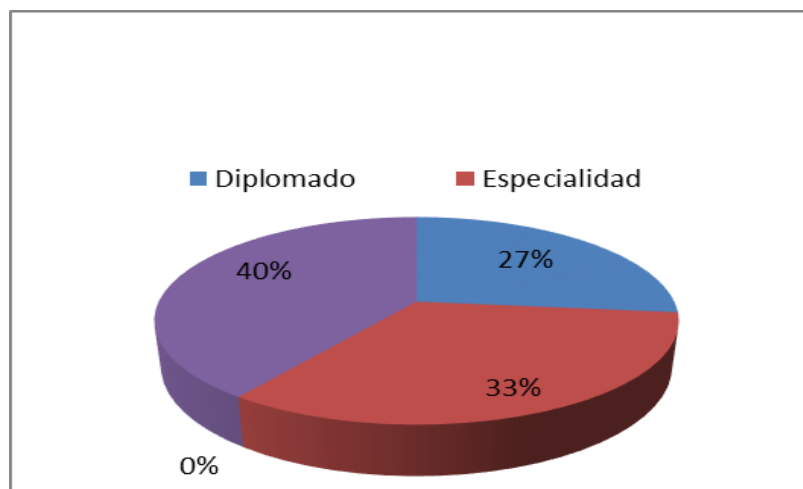
HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE-DICIEMBRE 2013

Post grado	Licenciada	Porcentaje
Diplomado	3	27
Especialidad	1	33
Maestria	0	0
Ninguno	11	40
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

## GRAFICO Nro 2



**ANALISIS:** Con respecto al grado Académico de las profesionales de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva solo el 33% cuenta con la especialidad, el 27% con el Diplomado Y solo el 40% del personal de Enfermería solo cuentan con la Licenciatura.

### CUADRO Nro 3

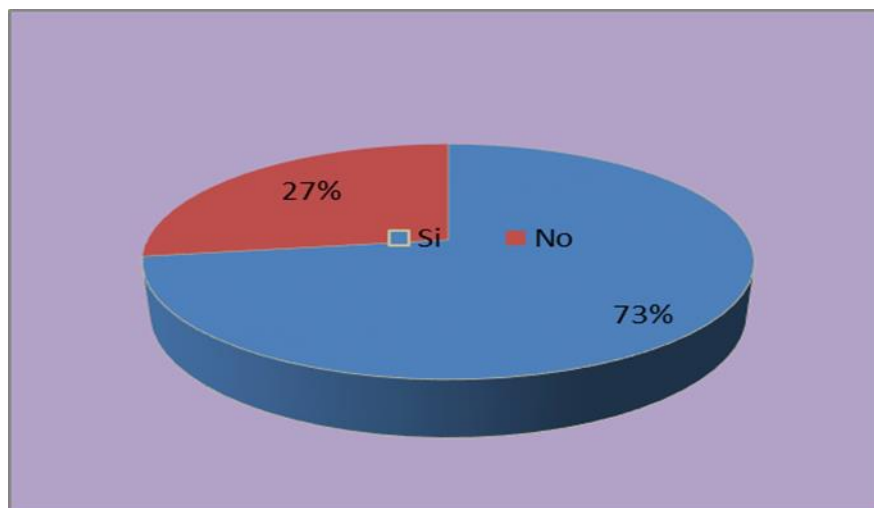
#### PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DEL HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE- DICIEMBRE 2013

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	Lic.	Porcentaje
Si	14	73
No	1	27
<b>Total</b>	15	100

ELABORACION : Propia

FUENTE : Encuesta

### GRAFICO Nro 3



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva y cuentan con la experiencia solo el 75% Se encuentra con las ganas de trabajar en la unidad de cuidado mínimo, el 25% es el personal eventual que ingresa de otras unidades de apoyo los fines de semana.

## CUADRO Nro 4

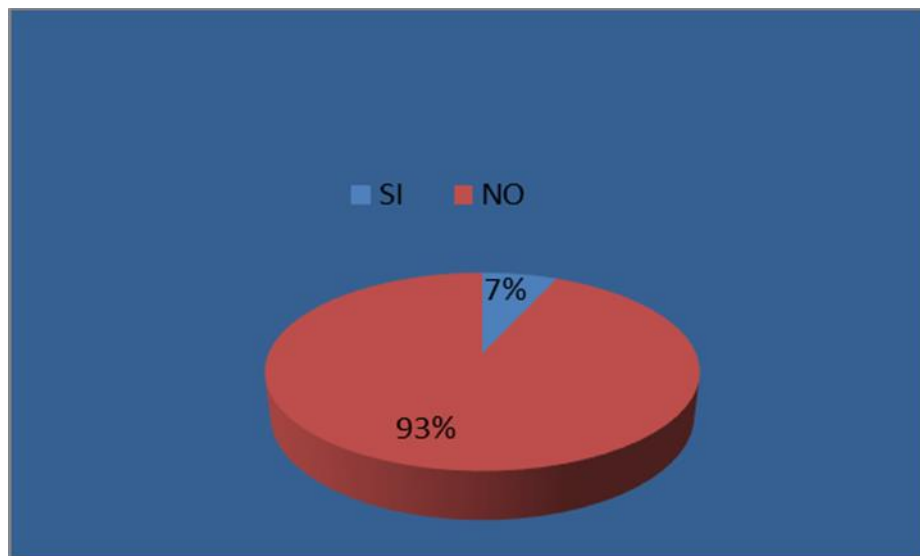
**PROTOCOLOS Y NEMOTECNICOS CON LOS QUE CUENTAN EL SERVICIO TERAPIA INTENSIVAY ADULTO DEL HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE –DICIEMBRE 2013**

PROTOCOLOS Y NEMOTECNICOS	Lic.	Porcentaje
SI	1	7
NO	14	93
<b>Total</b>	15	100

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

## GRAFICO Nro 4



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva que utiliza Protocolos y Nemetécnicos solo el 93% no se encuentra utilizando los protocolos y los nemotécnicos el 7% es el personal que si utiliza los nemotécnicos en la unidad de cuidados Intensivos Adulto .



## 17.2 CON RESPECTO AL PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

PARA CUMPLIR ESTE OBJETIVO SE APLICA UNA ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERIA COMO SE DEMUESTRA CON LOS SIGUIENTES ITEMS

CUADRO NRO. 5

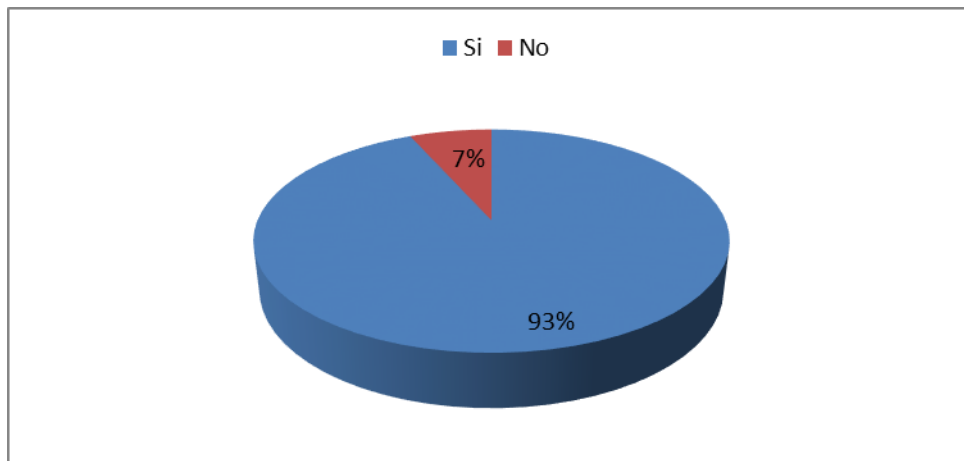
IDENTIFICACION POR ENFERMERIA DE DIVERSAS COMPLICACIONES QUE PRESETAN LOS PACIENTE CRITICO DEL HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE-DICIEMBRE 2013

CONOCE LAS COMPLICACIONES QUE SE DAN EN LOS PACIENTES CRITICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Lic.	Porcentaje
Si	14	93
No	1	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

ELABORACION : Propia

FUENTE : Encuesta

GRAFICO Nro 5



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva que utiliza Protocolos y Nematécnicos conocen las complicaciones que se dan en los pacientes internados en la unidad de cuidados mínimos el 93% se encuentra utilizando los protocolos y los nemotécnicos y conocen las complicaciones de los pacientes críticos y el 7% es el personal que desconoce de las complicaciones que se presentan en los pacientes críticos en la unidad de cuidados Intensivos.

### CUADRO Nro 6

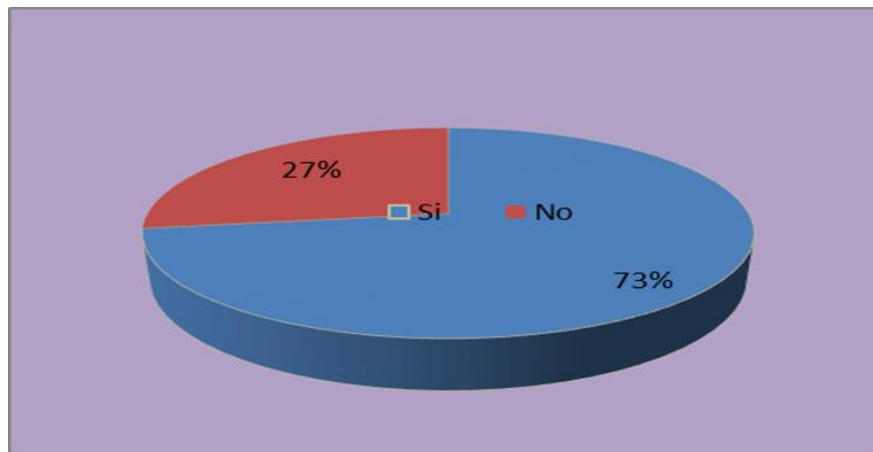
**PERSONAL DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUE CUENTA CON EL CONOCIMIENTO DEL SIGNIFICADO CONOCIMIENTOS DEL SIGNIFICADO DEL NEMOTECNICO FAST HUG BID POR EL PERSONAL QUE TRABAJA EN EL HOSPITAL CORAZON DE JESUS EN LA UTI OCTUBRE – DICIEMBRE 2013**

¿Ud. Tiene conocimiento sobre el Nemotécnico FASTHUG BID?	Lic.	Porcentaje
Si	4	27
No	11	73
Total	15	100

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

### GRAFICO Nro 6



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva que no tiene conocimientos sobre el Nemotécnico FASTHUG BID es el 73 % y un 27 % del Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva que cuenta con los conocimientos del Nemotécnico FASTHUG BID conocen las complicaciones de los pacientes críticos en las unidades de Cuidados Intensivos.

### CUADRO Nro 7

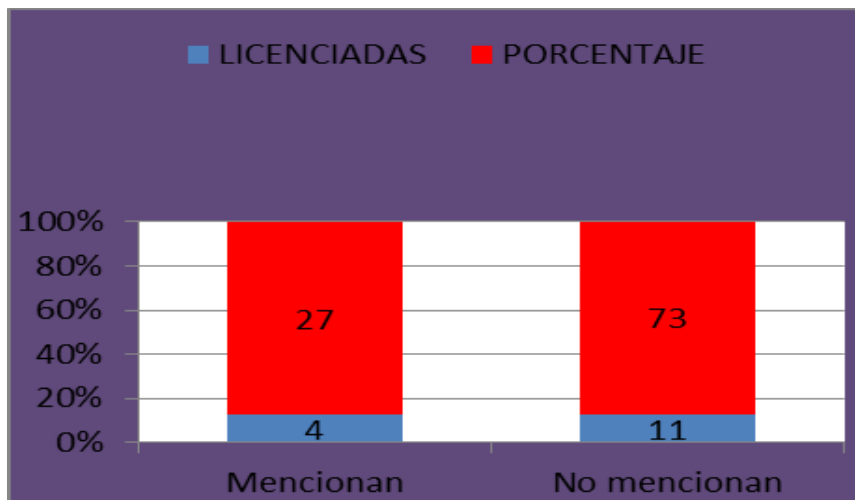
#### PERSONAL DE ENFERMERIA QUE APLICA EL NEMOTECNICO FAST HUG BID EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE-DICIEMBRE 2013

Personal de Enfermería que conoce y aplica el FAST HUG BID	LICENCIADAS	PORCENTAJE
Mencionan	4	27
No mencionan	11	73
<b>Total</b>	15	100

ELABORACION : Propia

FUENTE : Encuesta

### GRAFICO Nro 7



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva que no tiene conocimientos sobre el Nemotécnico FASTHUGBID es el 73 % y un 27 % del Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva que cuenta con los conocimientos y aplica el Nemotécnico FASTHUGBID y conocen las complicaciones que presentan los pacientes críticos en las unidades de Cuidados Intensivos.

## CUADRO Nro. 8

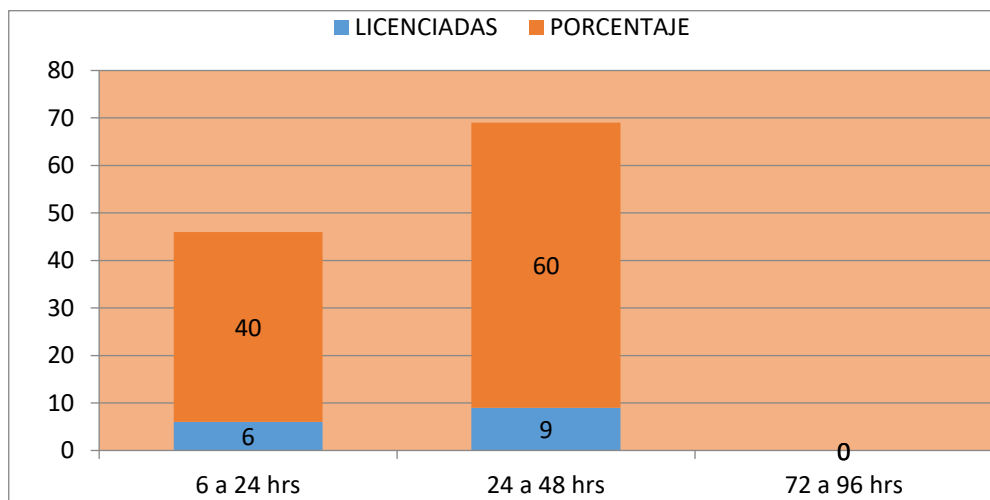
### INICIO DE LA DIETA EN UN PACIENTE CRITICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE-DICIEMBRE 2013

¿En un paciente critico sin compromiso digestivo que ingresa a la UCI, en que tiempo se debe iniciar la dieta?	LICENCIADAS	PORCENTAJE
6 a 24 hrs	6	40
24 a 48 hrs	9	60
72 a 96 hrs	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

## GRAFICO Nro 8



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 60% de los pacientes internados en la en la UCI se debe iniciar la dieta en 24 horas a las 48 horas, el 40% de las enfermeras en la UCI indican que se debe iniciar de 6 a 24 horas a todo pacientes críticos en las unidades de Cuidados Intensivos.

## CUADRO Nro. 9

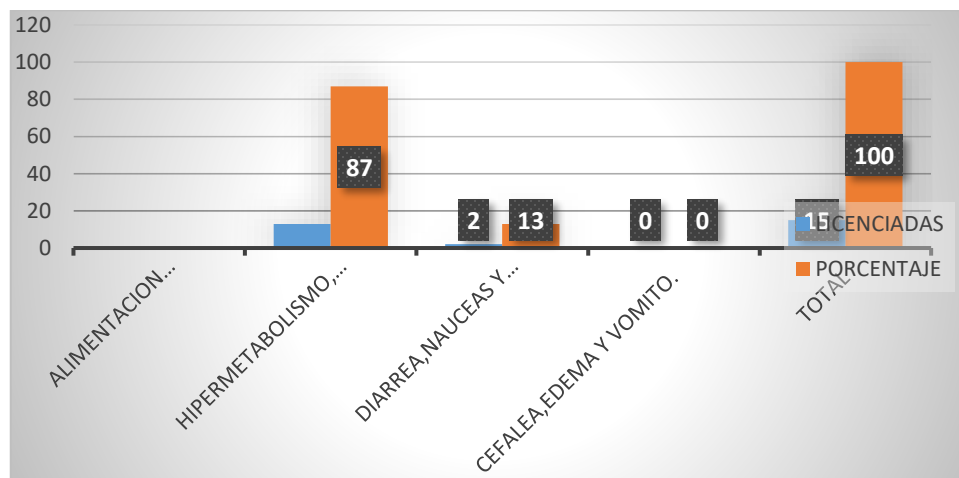
### COMPLICACIONES QUE SE PRESENTA EN LA ALIMENTACION INOPORTUNA HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE-DICIEMBRE 2013

¿Qué complicaciones nos puede traer la alimentación inoportuna en un paciente crítico?	LICENCIADAS	PORCENTAJE
Hipermetabolismo, translocación flora intestinal	13	87
Diarrea, Nauseas y deshidratación	2	13
Cefalea, edema y vomito.	0	0
<b>Total</b>	15	100

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

**GRAFICO Nro 9**



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 87% de los pacientes internados en la en la UCI presenta la complicación alteración en el hipermetabolismo y translocación de la flora bacteriana , el 13% de las enfermeras en la UCI indican que l se debe iniciar de 6 a 24 horas a todo pacientes críticos en las unidades de Cuidada complicación que presenta en la unidad de UTI Diarrea náuseas y deshidratación y el resto indica que presenta cefalea edema y vomito.

## CUADRO Nro. 10

**CREE USTED QUE LA FALTA DE ALIMENTOS Y STRES NOS LLEVA A UNA MALNUTRICION EN EL HOSPITAL CORAZON DE JESUS**

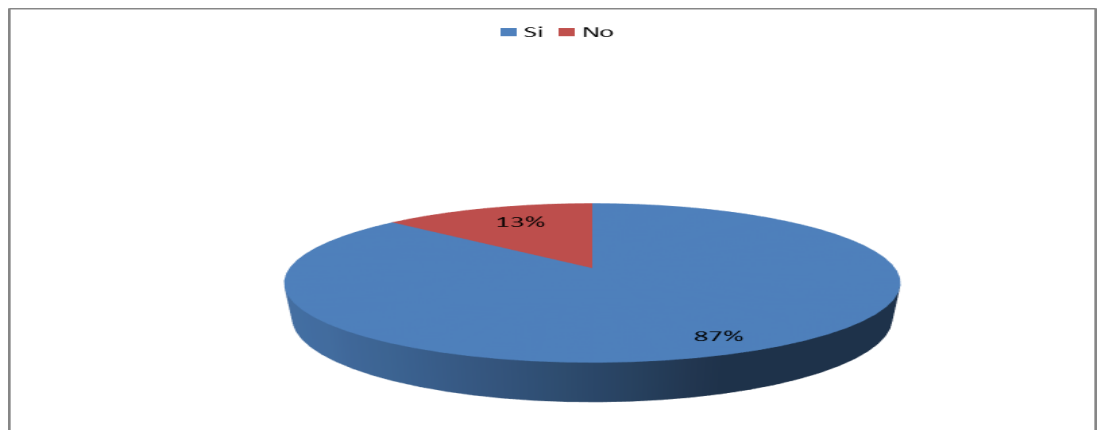
**OCTUBRE-DICIEMBRE 2013**

¿LA COMBINACION RAPIDAMENTE DE LA MALNUTRICION ES FALTA DE ALIMENTOS Y ESTRÉS , CONDUCE A DISFUNCION CONCOMITANTE DE LOS PROCESOS INMUNOLOGICOS?	Lic.	%
Si	13	87
No	2	13
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

## GRAFICO Nro 10



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 87% de los pacientes internados en la en la UCI presenta la complicación Y alteraciones en la disfunción concomitante Inmunológico , el 13% de las enfermeras en la UCI indican que l se debe iniciar de 6 a 24 horas a todo pacientes críticos en las unidades de Cuidados no presentan complicación durante el proceso Inmunológico

## CUADRO NRO. 11

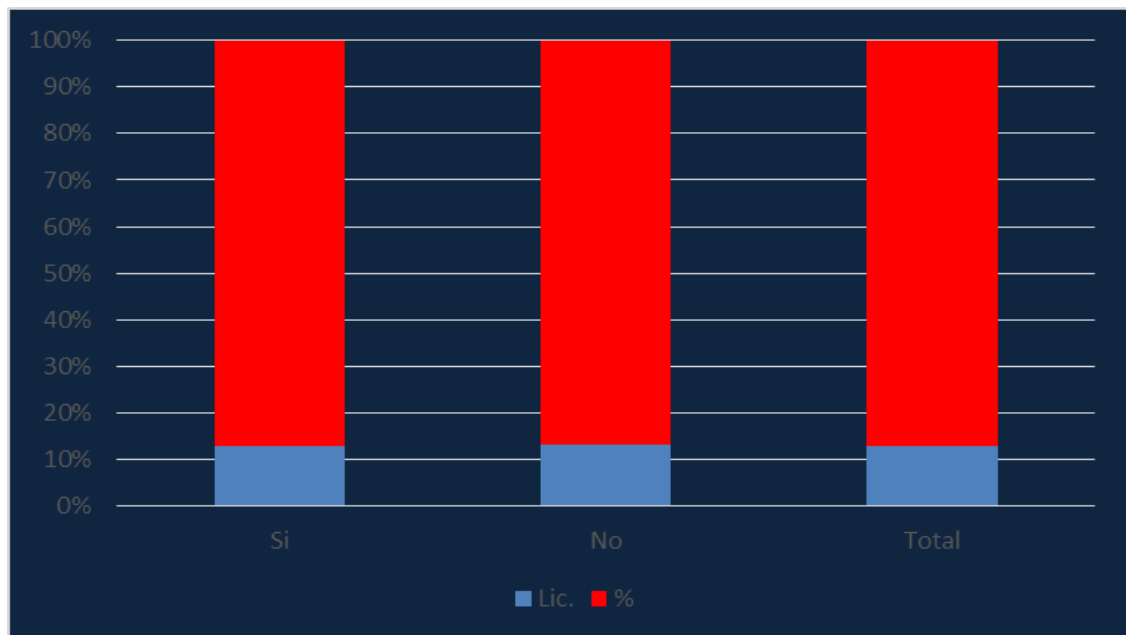
LA APLICACIÓN DE ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEOS OPIODES SON VALIOSOS PARA COMBATIR EL DOLOR EN LA UCI DEL HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE -DICIEMBRE 2013

¿El uso de farmacos anti-inflamatorios no esteroide y opiodes son valiosos para combatir el dolor en un paciente post operado?	Lic.	%
Si	13	87
No	2	13
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

ELABORACION : Propia

FUENTE : Encuesta

GRAFICO Nro 11



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 87% de los pacientes internados en la en la UCI SI debería usarse Antiinflamatorios esteroides, opioides para combatir el dolor, el 13% de las enfermeras en la UCI indican que NO se debe iniciar ningún tratamiento antiinflamatorio solo en pacientes pos operados de alguna dolencia Abdominal.

### CUADRO NRO. 12

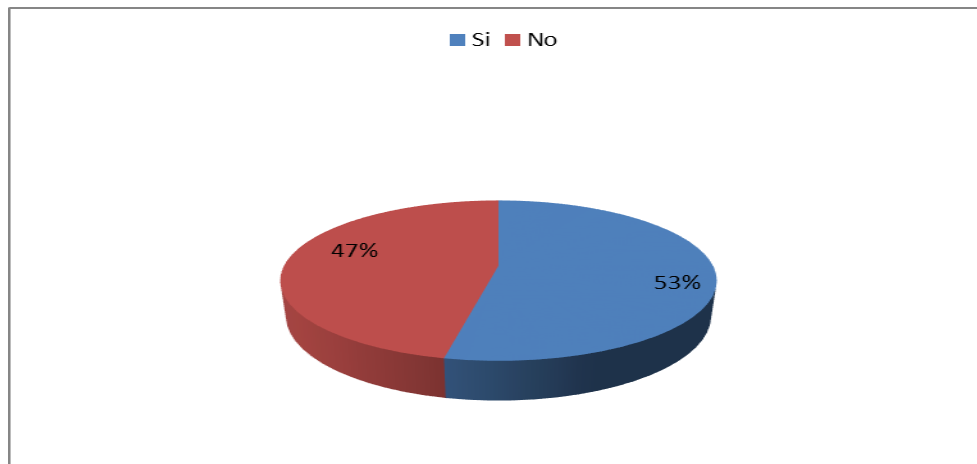
**USTED COCIDERA QUE LA ADMINISTRACION DE ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEOS OPIODES SON VALIOSOS PARA SER ADMINISTRADOS 30 MINUTOS ANTES PARA CUALQUIER PROCEDIMIENTO INVASIVO EN LA UCI DEL HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE -DICIEMBRE 2013**

	¿Ud. Considera la administracion necesaria de analgesicos media hora antes, de realizar cualquier procedimiento invasivo en pacientes critico?	Lic.	%
	Si	8	53
	No	7	47
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

### GRAFICO Nro 12



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 53% de los pacientes internados en la en la UCI SI debería usarse Antiinflamatorios esteroides, opioides 30 MINUTOS antes de cada procedimiento para combatir el dolor el 47% de las enfermeras en la UCI indican que NO debería usarse Antiinflamatorios esteroides, opioides 30 MINUTOS antes de cada procedimiento invasivo.



**CUADRO NRO. 13**

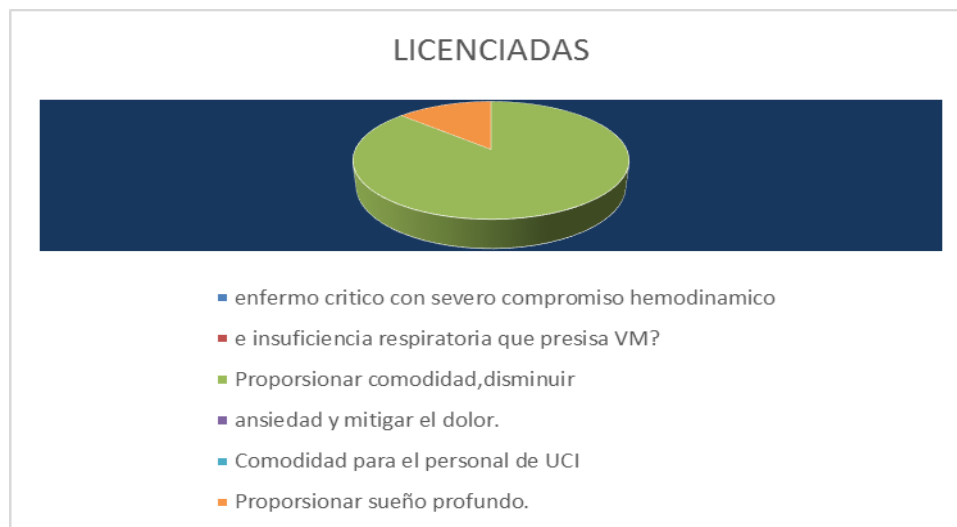
**USTED COCIDERA QUE EL OBJETIVO DE LA ADMINISTRACION DE ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEOS OPIODES SON VALIOSOS EN LA UCI DEL HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE -DICIEMBRE 2013**

<b>¿Cuál es el objetivo principal de la sedoanalgesia en el enfermo crítico con severo compromiso hemodinámico e insuficiencia respiratoria que presisa VM?</b>	<b>LIC</b>	<b>%</b>
Proporsionar comodidad,disminuir ansiedad y mitigar el dolor.	13	87
Comodidad para el personal de UCI	0	0
Proporsionar sueño profundo.	2	13
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

**GRAFICO Nro. 13**



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 87% de los pacientes internados en la en la UCI SI debería usarse Antiinflamatorios esteroides, opioides Para proporcionar comodidad, disminuir la ansiedad y mitigar el dolor , 13% de las enfermeras en la UCI indican que NO debería usarse Antiinflamatorios esteroides, opioides solamente proporcionan un sueño, el resto indica que solo es por comodidad del personal de Enfermería

CUADRO Nro. 14

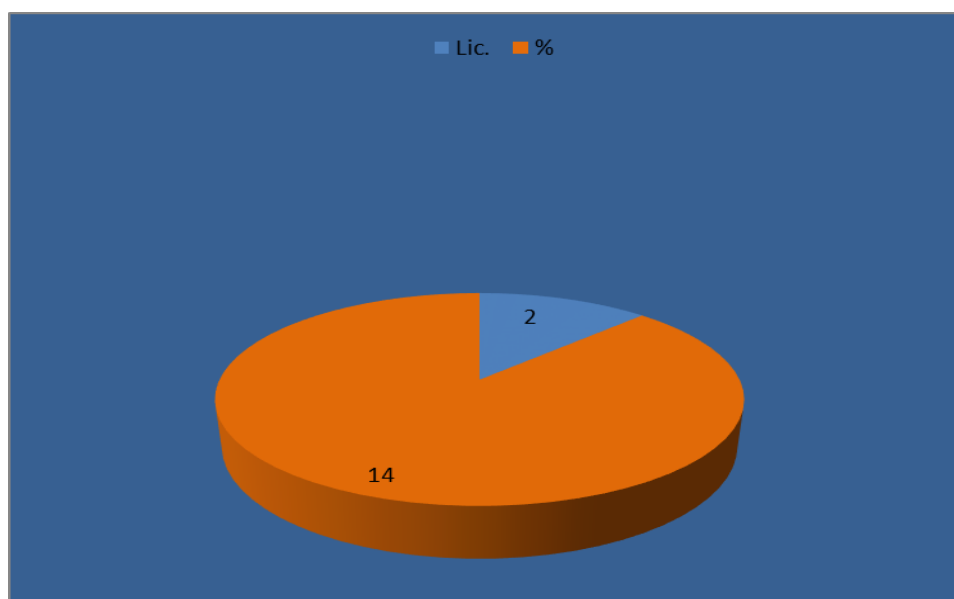
USTED QUE VALORACION DE LA ESCALA DE LA SEDACION UTILIZA EN EL HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE - DICIEMBRE 2013

¿Cuál es la escala de valoración de la sedación?	Lic.	%
Escala glasgow	2	14
Escala de Rankin	2	13
Escala de Ramsay	11	73
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

ELABORACION : Propia

FUENTE : Encuesta

GRAFICO Nro. 14



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 87% de los pacientes internados en la en la UCI SI debería usarse Antiinflamatorios esteroides, opioides Para proporcionar comodidad, disminuir la ansiedad y mitigar el dolor , 13% de las enfermeras en la UCI indican que NO debería usarse Antiinflamatorios esteroides, opioides solamente proporcionan un sueño, el resto indica que solo es por comodidad del personal de Enfermería.

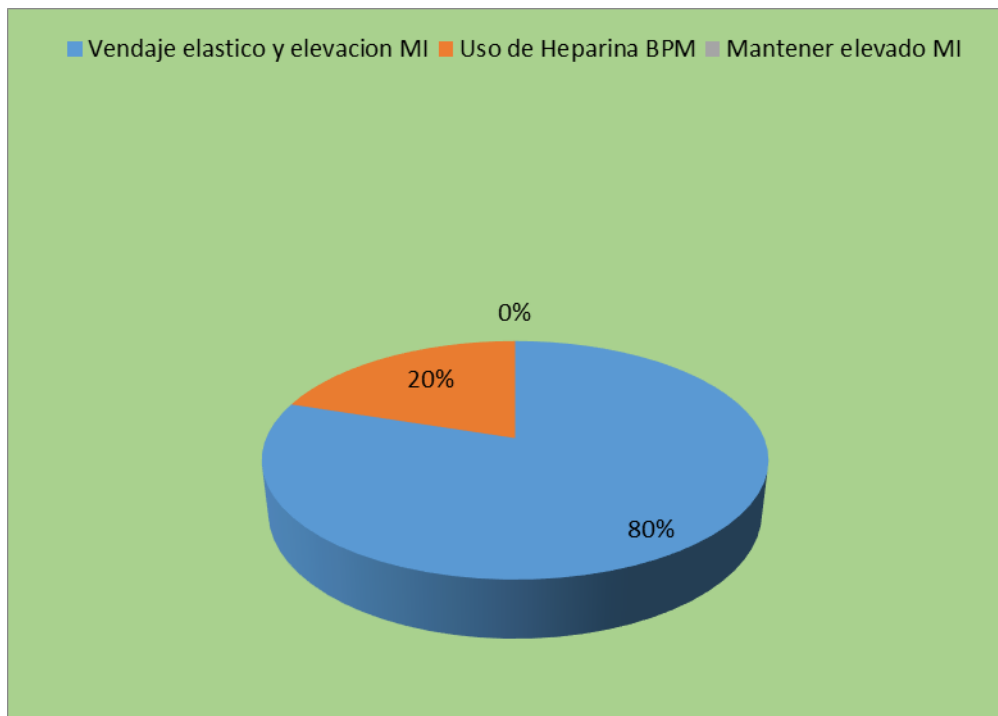
**CUADRO Nro 15**  
**MEDIDAS DE PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA**  
**HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE- DICIEMBRE 2013**

<b>¿Cuál es la medida de profilaxis tromboembolica en paciente critico?</b>	<b>Lic.</b>	<b>%</b>
Vendaje elastico y elevacion MI	12	80
Uso de Heparina BPM	3	20
Mantener elevado MI	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

**GRAFICO Nro. 15**



**ANALISIS:** Con respecto a la atención del personal de Enfermería la medida utilizada profilácticamente contra la tromembolia en paciente critico un 80 % realiza vendaje elástico circular continuo y elevación de los miembros inferiores y un 20% realiza la administración de heparina de bajo peso molecular y no se menciona la elevación de los miembros inferiores por el persona de Enfermería.

**GRAFICO Nro. 16**  
**FORMA ADECUADA DE VENDAJE DE MIEMBROS**

¿Cuál es la forma adecuada de vendaje elástico en miembros inferiores?	Lic.	Porcentaje
Ejercer precion tobillo, pie, pierna y muslo	3	20
Ejercer menor precion piernas y bajo en muslo	0	0
Vendaje circular continuo hasta el muslo	12	80
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**INFERIORESHOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE - DICIEMBRE**

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

**GRAFICO Nro. 16**



**ANALISIS:** Con respecto a la calidad de atención del personal de Enfermería un 80 % realiza la aplicación del vendaje circular continuo hasta llegar al muslo y un 20% realiza la aplicación del vendaje desde el tobillo pie y pierna hasta llegar al muslo.



**CUADRO Nro 17**

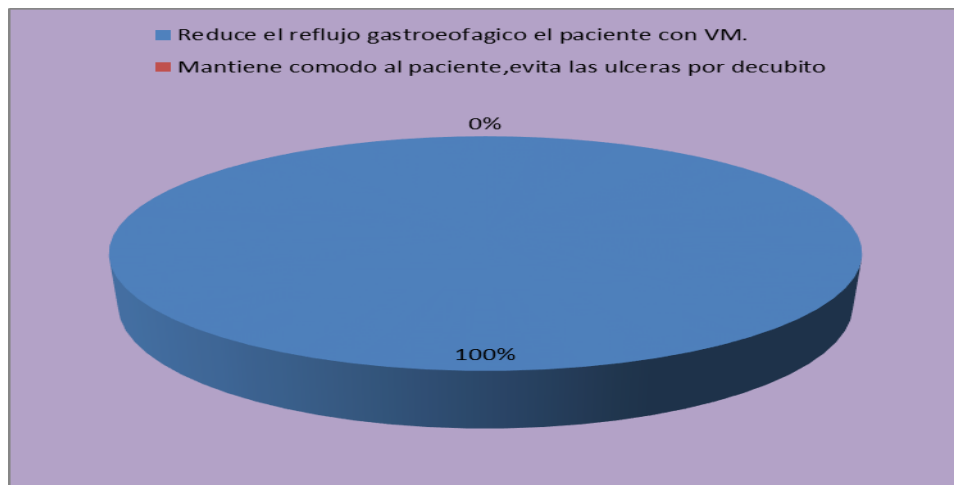
**CABECERA ELEBADA A 45 GRADOS LA UTILIDAD DEL MISMO  
HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE - DICIEMBRE 2013**

<b>¿Cuál es la importancia de elevar la cabecera a 45 grados?</b>	<b>Lic.</b>	<b>%</b>
Reduce el reflujo gastroesofagico el paciente con VM.	15	100
Mantiene comodo al paciente, evita las ulceras por decubito	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

**GRAFICO Nro. 17**



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 100% de los pacientes internados en la en la UCI SI debería usarse la cabecera a ls 45 grados por reduce el reflujo gastroesofágico en pacientes con apoyo de ventilación mecánica comodidad del personal de Enfermería.

### CUADRO Nro 18

#### LA ELEVACION DE LA CABECERA ELEBADA A 45 GRADOS LA UTILIDADES ES LA MEDIDA DE PREVENCION DEL MISMO

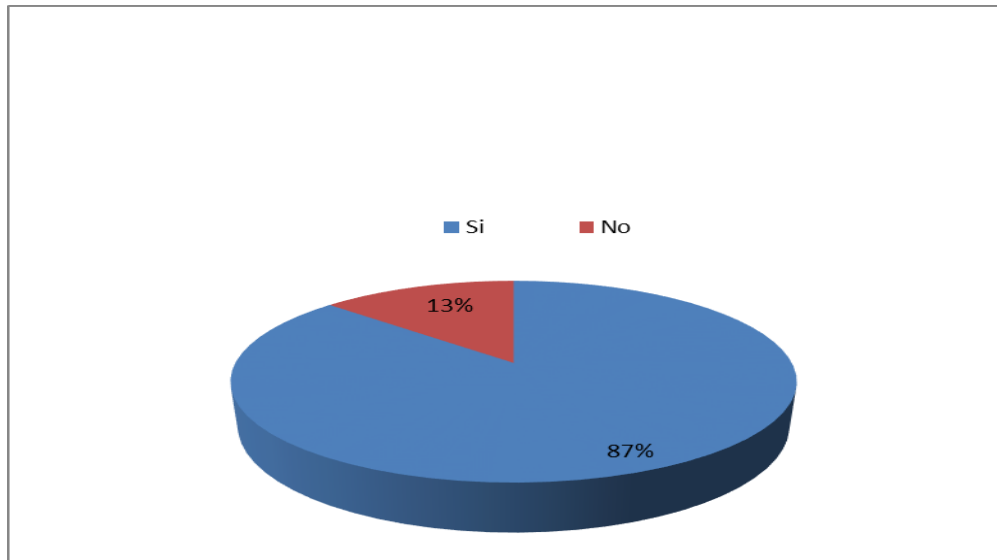
HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE - DICIEMBRE 2013

¿Cree Ud. Que manteniendo la cabecera a 45 grados evitamos las complicaciones en paciente critico?	Lic.	%
Si	13	87
No	2	13
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

**GRAFICO Nro. 18**



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 87% de los pacientes internados en la en la UCI SI debería usarse la elevación de la cabecera a los 45 grados para evitar las complicaciones , 13% de las enfermeras en la UCI indican que NO es importante la elevación de la cabecera

### CUADRO Nro 19

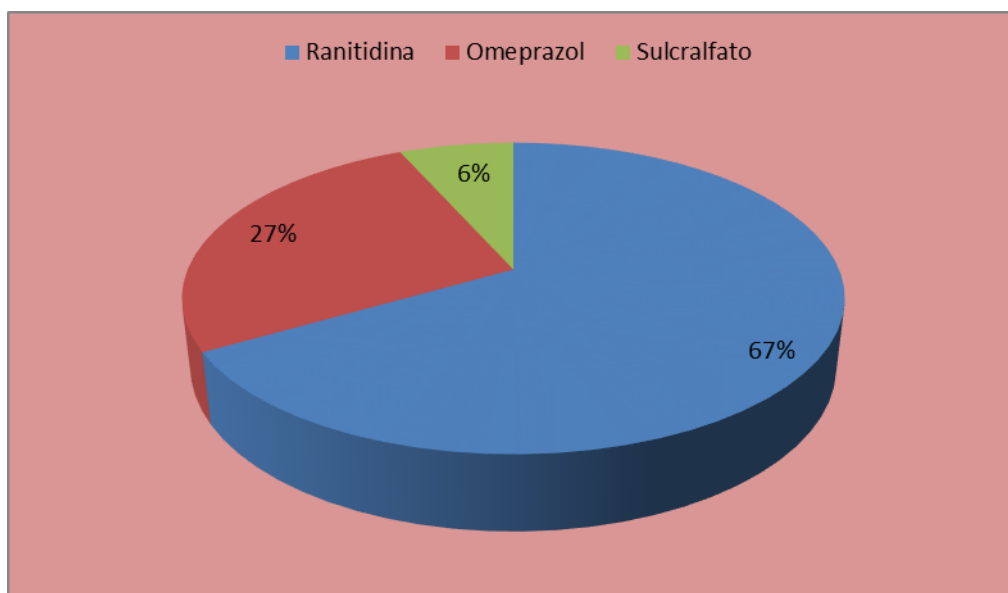
#### MEDICAMENTO QUE SE USA PARA LA PROFILAXIS DE ULCERA POR ESTRÉS HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE - DICIEMBRE 2013

¿Cuál es el medicamento que se usa como profilaxis en la ulcera por estrés en paciente crítico?	Lic.	%
Ranitidina	10	67
Omeprazol	4	27
Sulcralfato	1	6
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

#### GRAFICO Nro 19



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidad de Terapia Intensiva Indican que el 67% de los pacientes internados en la en la UCI deberían usar como profilaxis el uso de la Ranitidina, 27% de las enfermeras en la UCI indican que e medicamento indicado es el Omeprazol, el 6% indican que e medicamento indicado es el Sulcralfato.



### CUADRO Nro 20

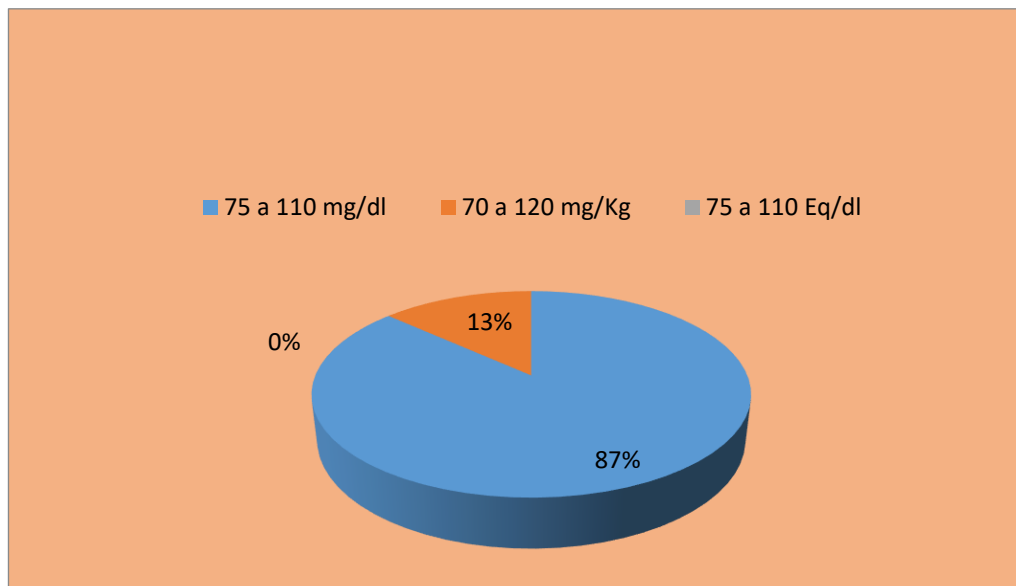
#### CONOCIMIENTO DE LOS VALORES DE LA GLICEMIA HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE - DICIEMBRE 2013

¿Cuál es el valor de glucemia?	Lic.	%
75 a 110 mg/dl	13	87
70 a 120 mg/Kg	2	13
75 a 110 Eq/dl	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

### GRAFICO Nro 20



**ANALISIS:** Con respecto al Personal de Enfermería que trabajan en la unidde Terapia Intensiva Indican que el 87% del personal de enfermera conoce los valores normales de la glicemia los pacientes internados en la en la UCI debería, 13% del personal de Enfermería 70-120 mgDL de las enfermeras en la UCI indican que el personal si debería contar con este conocimientos .

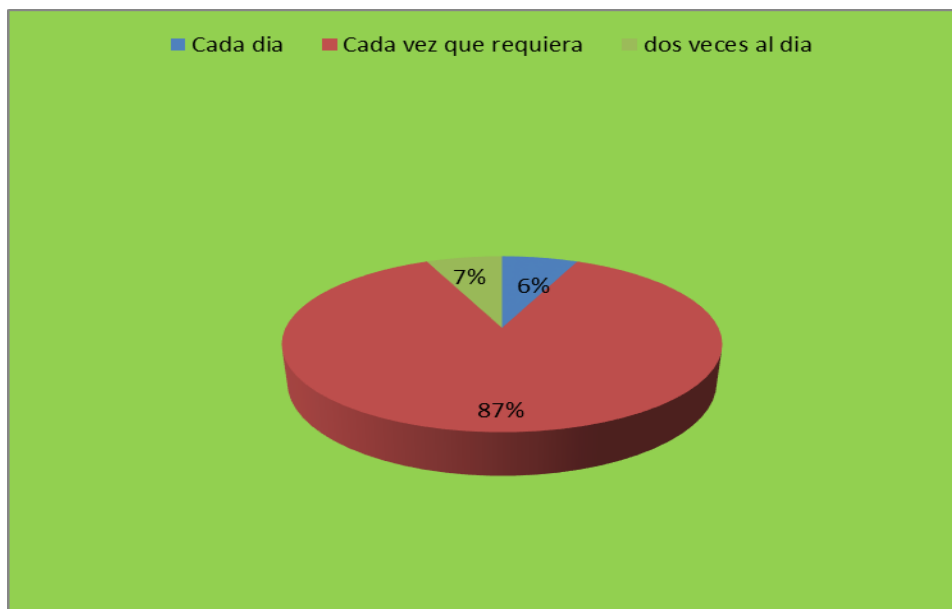
**CUADRO NRO 21**  
**CONOCIMIENTO DE LOS VALORES DE LA GLICEMIA Y CONTROL DE**  
**GLICEMIA EN LOS PACIENTES DE LA UTI HOSPITAL CORAZON**  
**DE JESUS OCTUBRE - DICIEMBRE 2013**

<b>¿En un paciente critico, el control de glucemia se debe realizar?</b>	<b>Lic.</b>	<b>%</b>
Cada día	1	6
Cada vez que requiera	13	87
dos veces al día	1	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

**GRAFICO Nro 21**



**ANALISIS:** Con respecto al personal de enfermería que trabajan en la unidad de terapia intensiva indica el 87% del personal de enfermera conoce los valores normales de la glicemia y tiene conocimiento sobre en q tiempo se debe realizar los controles capilares y laboratoriales o cada q requiera, el 7% del personal de Licenciadas de Enfermeria indican que debe ser dos veces al día y un 6% del personal de Licenciadas de Enfermeria indica los controles se realizan cada día.

**CUADRO Nro 22**

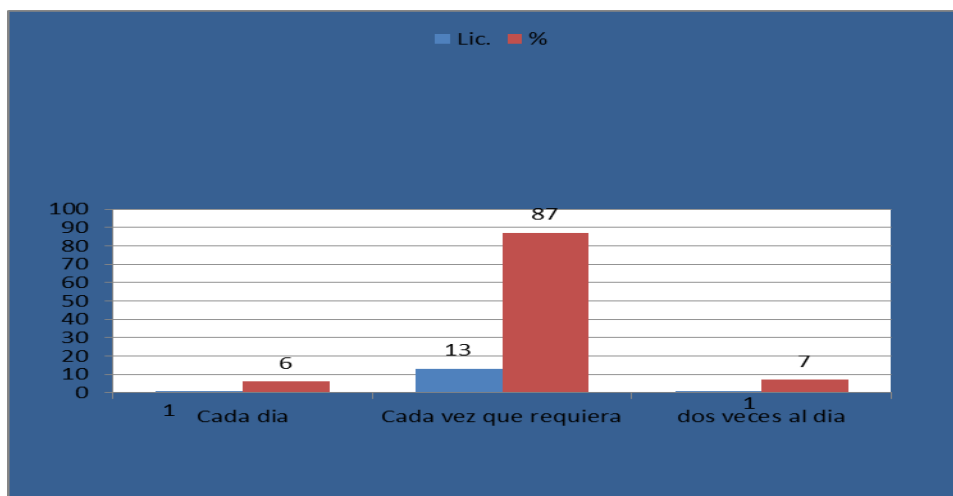
**CONOCIMIENTO DEL CONTROL DE LAS DEPOSICIONES DEL PACIENTE CRITICO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE - DICIEMBRE 2013**

<b>¿En un paciente critico, el control de Deposiciones se debe realizar cada cuanto?</b>	<b>Lic.</b>	<b>%</b>
Cada dia	1	6
Cada vez que requiera	13	87
dos veces al dia	1	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

**GRAFICO Nro. 22**



**ANALISIS:** Con respecto al personal de enfermería que trabajan en la unidad de terapia intensiva indican que el 87% del personal de Licenciadas de Enfermería conocen, indican que los pacientes deben presentar sus Deposiciones cada que el paciente requiera, 7% indican que debe ser dos veces el, día según lo que el paciente lo vaya a consumir de alimentos y un 6% indica los controles se deben realizar cada día en todo los pacientes críticos dependiendo de su estado Nutricional.

### CUADRO Nro. 23

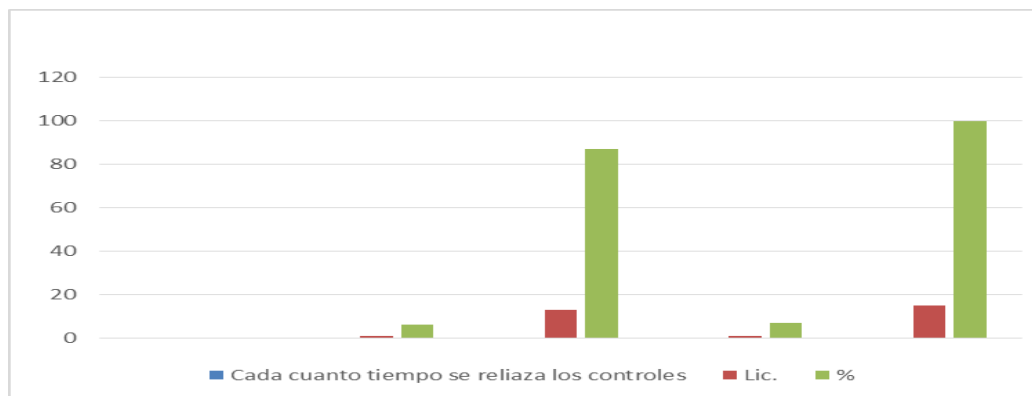
#### CONOCIMIENTO DEL CONTROL DE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS A PACIENTE CRÍTICO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL CORAZON DE JESUS OCTUBRE - DICIEMBRE 2013

Cada cuanto tiempo se realiza los controles de los catéteres?	Lic.	%
cada día en cada ronda	1	6
desde el día que ingresa	13	87
dos veces al día	1	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

**GRAFICO Nro. 23**



**ANALISIS:** Con respecto al personal de enfermería que trabajan en la unidad de terapia intensiva indican que el 87% del personal de Licenciadas de Enfermería conocen e indican que los controles de los catéteres se deben controlar desde el día de ingreso a la unidad, 7% indican que debe ser dos veces al día un ,6% indica los controles se deben realizar cada día en todo los pacientes críticos en cada ronda de Enfermería.

## CUADRO Nro 24

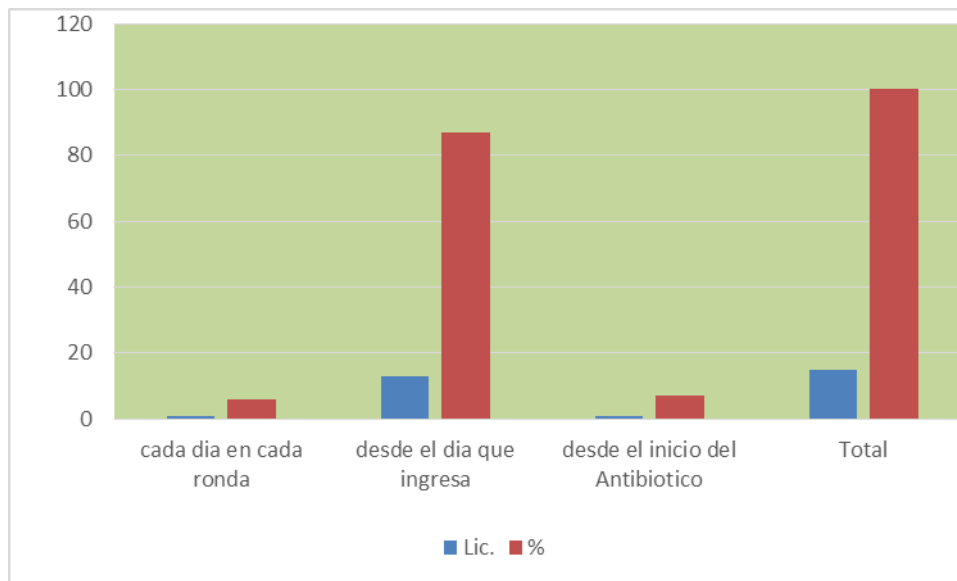
### CONOCIMIENTO DEL CONTROL DE LOS ANTIBIÓTICOS INICIADOS A LOS PACIENTES CRÍTICO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL CORAZÓN DE JESÚS OCTUBRE - DICIEMBRE 2013

Cada que tiempo se realizan los controles de los Antibióticos?	Lic.	%
cada día en cada ronda	1	6
desde el día que ingresa	13	87
desde el inicio del Antibiótico	1	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**ELABORACION :** Propia

**FUENTE :** Encuesta

#### GRAFICO Nro. 24



**ANÁLISIS:** Con respecto al personal de enfermería que trabajan en la unidad de terapia intensiva indican que el 87% del personal de enfermeras conoce e indicar que los controles de los Antibióticos se deben realizar desde que ingresa, 7% indican que debe ser de inicio el control de los antibióticos un 6% indica los controles se deben realizar cada día en cada ronda por la Enfermera y debe comunicar al Médico.



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES**  
**FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA**  
**MEDICA**  
**UNIDAD DE POSGRADO**  
**PROPUESTA DE INTERVENCION**



## **IMPLEMENTACIÓN DEL NEMOTÉCNICO**

### **FAST HUG BID**

(Alimentación, Analgesia, Sedación, Profilaxis de Trombosis, Cabecera de la Cama Elevada, Prevención de Ulceras por Estrés y Control de Glucosa Deposición, Catéteres, Antibióticos) en UCI. **Hospital Corazón de Jesús”**

**“Doble Abrazo rápido”**

**Autor: Lic. Tatiana Mujica Choque**

**Tutor: Lic. Magda J. Velasco**

## Presentación

De acuerdo con Jean Louis Vicent (2005) debido a la causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes críticos con compromiso hemodinámico inestable razón por la cual, implementa el Nemotécnico **FAST HUG BID** (Doble abrazo rápido) en la área de terapia intensiva debido a las complicaciones que se dan en cuanto al manejo Médico y cuidados de enfermería, prolongando de esta manera la estadía (días de internación) y alto costo económico.

El objetivo es implementar el Nemotécnico **FAST HUG BID** en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), para que las profesionales de enfermería puedan detectar oportunamente y prevenir las complicaciones en paciente crítico, en la cual se diseñó el Nemotécnico **FAST HUG BID** (Doble abrazo rápido) con el significado de cada letra la cual es puesta a la cabecera del paciente de cada unidad y será utilizada como guía de valoración diaria del paciente crítico.

El Nemotécnico **FAST HUG BID**, puede ser utilizado también en otras Unidades de Cuidados Intensivos, como medida de prevención de complicaciones y mejor control por parte del personal de enfermería con la cual se podrá intervenir oportunamente, favoreciendo al paciente crítico de gran manera en cuanto al tiempo de estadía y la disminución del factor económico para el familiar.

Esperamos que este trabajo, que hoy se pone a disposición de las profesionales de enfermería, sea una contribución para nuestros pacientes críticamente enfermos y de esta manera poder mejorar la atención proporcionando calidad en cuanto a los cuidados de enfermería.

Lic. Tatiana Mujica



## INTRODUCCIÓN.

A través de los años las unidades de cuidados intensivos han experimentado muchos cambios, ya que pasaron de ser inicialmente unidades de apoyo para el paciente crítico, a convertirse en una disciplina médica ya que es un servicio de alta complejidad, unidades que nacieron en respuesta a la necesidad de soporte de la función respiratoria y posteriormente evolucionaron para ser un servicio especializado en el manejo multiorgánico del paciente grave en todas las instancias clínicas, especializadas en cuidado Neurológico, Respiratorio y entre otras. Con la aplicación del Nemotécnico **FAST HUG BID (abrazo rápido)**, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) instrumento que será puesto en la cabecera del paciente crítico de cada unidad, para recordar el significado o descripción de cada letra y de esta manera se podrá realizar un control diario, para un seguimiento adecuado en cuanto a las intervenciones, cuidados de Enfermería logrando de esta manera evitar las complicaciones, reducir los días de estadía y disminuir el costo económico, se lograra con la participación del equipo Terapia Intensiva.

## **OBJETIVO.**

Implementar el Nemotécnico **FAST HUG BID (Alimentación, Analgesia, Sedación, Profilaxis de trombosis, Cabecera de la cama elevada, Prevención de úlceras por estrés , Control de glicemia, Control de la Deposición, control catéteres, control de los Antibióticos)**, mediante la socialización del tema dirigida a las profesionales de enfermería, brindando cuidados de enfermería adecuados y oportunos al paciente crítico del Hospital Corazón de Jesús.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Mejorar la calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Prevenir oportunamente las complicaciones en el paciente crítico.
- Prevenir errores involuntarios por la Profesional de Enfermería.
- Disminuir la estadía y el costo económico del paciente crítico.

## **NEMOTÉCNICO.**

### **¿Qué es?**

La palabra Nemotécnico significa” técnicas de memorización” así como tanto los recursos o técnicas nemotécnicos son para hacer más fácil el aprendizaje de un determinado contenido, que de otra manera resultan más complicados de aprender. Estos contenidos que nos pueden ofrecer más dificultades de memorizar de manera corriente pueden ser los siguientes:

- ✚ Acumulación de datos.
- ✚ Acumulación de fechas.
- ✚ Lista de conceptos o nombres.
- ✚ Lista que se prestan a confusión u otras.

Los recursos nemotécnicos solo debe emplearse en estos casos de procedimientos más frecuentes son los que a continuación se detallan:

### **b) ¿Cómo se hace?**

1. Para tener una serie de datos resulta muy efectivo formar una frase coherente o una pequeña historia con ellos.
2. En una lista de palabras que se puede retener, se puede formar una frase con las sílabas o letras iniciales de la serie.
3. Es posible aplicar la serie a una música conocida.
4. Se pueden hacer versos con los datos que se preciso retener.
5. Es un buen recurso sustituir las ideas por gráficos e ilustraciones que las representan.

6. Resulta eficaz asociar mentalmente la imagen de la idea con la imagen de un objeto o lugar conocido y familiar, de forma que el recuerdo de esta imagen despierte el de la idea.

## **ESTRUCTURA DEL NEMOTÉCNICO.**

Para la implementación se utilizó el acápite **2** (En una lista de palabras que se puede retener, se puede formar una frase con las sílabas o letras iniciales de la serie) y se describe de la siguiente manera:

1. Debido a que el nemotécnico fue implementado en los Hospitales Americanos la sigla se encuentra en inglés.
2. Por este cometido se mantuvo el nemotécnico con su respectiva traducción.
3. Se elabora con las siglas en inglés y traducidas al español.
4. Se presenta a las autoridades del Hospital Municipal “La Merced”, jefatura de enfermería, jefa de la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes validan, como se muestra al pie de la estructura.
5. Se programa la socialización a través de un diseño metodológico.

**HOSPITAL CORAZON DE JESUS****Valoración de Enfermería con Nemotécnico en la  
Unidad de Cuidados Intensivos**

<b>NEMOTECNICO</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<b>F</b>	<b>Feeding</b>	<b>Alimentación.</b>
<b>A</b>	Analgesia.	<b>Analgesia.</b>
<b>S</b>	<b>Sedation</b>	<b>Sedación.</b>
<b>T</b>	<b>Thromboembolic prevention</b>	<b>Prevención de tromboembolismo</b>
<b>H</b>	<b>Head of the bed elevated</b>	<b>Cabecera de la cama elevada</b>
<b>U</b>	<b>Stress Ulcera prophylaxis</b>	<b>Profilaxis de úlceras por estrés</b>
<b>G</b>	<b>Glucosa control</b>	<b>Glucosa control</b>
<b>B</b>	<b>Control de las Deposiciones</b>	<b>Control de las Deposiciones</b>
<b>I</b>	<b>Control de Cateteres</b>	<b>Control de Cateteres</b>
<b>D</b>	<b>Control de Antibioticos</b>	<b>Control de Antibioticos</b>

Elaborado por: Lic.. Tatiana Mujica Ch.

**HOSPITAL CORAZON DE JESUS****Valoración de Enfermería con Nemotécnico en la  
Unidad de Cuidados Intensivos**

<b>NEMOTECNICO</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<b>F</b>	<b>Feeding</b>	<b>Alimentación.</b>
<b>A</b>	Analgesia.	<b>Analgesia.</b>
<b>S</b>	<b>Sedation</b>	<b>Sedación.</b>
<b>T</b>	<b>Thromboembolic prevention</b>	<b>Prevención de tromboembolismo</b>
<b>H</b>	<b>Head of the bed elevated</b>	<b>Cabecera de la cama elevada</b>
<b>U</b>	<b>Stress Ulcera prophylaxis</b>	<b>Profilaxis de úlceras por estrés</b>
<b>G</b>	<b>Glucosa control</b>	<b>Glucosa control</b>
<b>B</b>	<b>Control de las Deposiciones</b>	<b>Control de las Deposiciones</b>
<b>I</b>	<b>Control de Cateteres</b>	<b>Control de Cateteres</b>
<b>D</b>	<b>Control de Antibioticos</b>	<b>Control de Antibioticos</b>

Elaborado por: Lic.. Tatiana Mujica Ch.

**CUADRO N° 27****BARNER N 3****HOSPITAL CORAZON DE JESUS****Valoración de Enfermería con Nemotécnico en la  
Unidad de Cuidados Intensivos**

<b>NEMOTECNICO</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<b>F</b>	<b>Feeding</b>	<b>Alimentación.</b>
<b>A</b>	<b>Analgesia.</b>	<b>Analgesia.</b>
<b>S</b>	<b>Sedation</b>	<b>Sedación.</b>
<b>T</b>	<b>Thromboembolic prevention</b>	<b>Prevención de tromboembolismo</b>
<b>H</b>	<b>Head of the bed elevated</b>	<b>Cabecera de la cama elevada</b>
<b>U</b>	<b>Stress Ulcera prophylaxis</b>	<b>Profilaxis de úlceras por estrés</b>
<b>G</b>	<b>Glucosa control</b>	<b>Glucosa control</b>
<b>B</b>	<b>Control de las Deposiciones</b>	<b>Control de las Deposiciones</b>
<b>I</b>	<b>Control de Cateteres</b>	<b>Control de Cateteres</b>
<b>D</b>	<b>Control de Antibioticos</b>	<b>Control de Antibioticos</b>

Elaborado por: Lic.. Tatiana Mujica Ch.

## **18.- CONCLUSIONES.**

La respuesta a la encuesta supero con mi expectativa: por la participaron profesional de Licenciadas de Enfermería del Hospital Corazón de Jesús Además de responder a las preguntas concretas incluidas en la encuesta, mucho de las colegas profesionales de enfermería proporcionaron comentarios en los distinto turnos correspondientes de los distintos aspectos de la calidad de atención en su centro de trabajo.

El objetivo de esta encuesta era examinar las percepciones de las profesionales de enfermería respecto a la calidad de atención de los pacientes críticos, incluyendo todo lo relativo al manejo, errores involuntarios y otras complicaciones previsibles relacionadas con los cuidados. Además se pretendía definir el grado de cumplimiento al paciente crítico, por parte del médico terapeuta y la profesional de enfermería, las instituciones sanitarias como parte de los propios profesionales de enfermería, así como recoger las opiniones de estos últimos respecto a la puesta en práctica del nemotécnico a través de programas de apoyo a la calidad de atención en su ejercicio profesional diario.

Tal como se puede observar en este informe, en la encuesta quemaron de manifiesto algunas tendencias prometedoras y también se demostró que todavía queda mucho camino por recorrer en lo relativo a la calidad de atención y errores involuntarios demostrando que el 93% de las enfermeras conoce sobre las complicaciones que pueden presentarse en un paciente crítico durante su manejo.

Otros profesionales de enfermería señalaron su frustración con la insuficiencia crónica de planillas como impedimento a la calidad de atención de los cuidados de enfermería. Uno de los encuestados señaló "Es gracioso escuchar a la dirección predicar la calidad de atención de los



pacientes ignorando al mismo tiempo lo obvio: demasiados pacientes por cada enfermera”

En las páginas anteriores se examina las respuestas de cada una de las preguntas de la encuesta y se comentan sus implicaciones respecto a la práctica de enfermería y la calidad de atención de los pacientes. Los resultados de este estudio se basan en una muestra seleccionada por motivos de conveniencia y por conglomerado.

## **19. RECOMENDACIONES.**

- ✚ Que las autoridades sigan fomentando la cultura de seguridad en el entorno asistencial para el paciente crítico, aportando conocimientos científicos evidentes.
- ✚ Solicitar al personal que trabaja en Unidad de Cuidados Intensivos, mantener el manejo de este Nemotécnico para nuevos estudio.
- ✚ Sugerir que se implemente en todas las Unidades de Cuidados Intensivos de la ciudad de La Paz el Nemotécnico **FAST HUGBID**.

## BIBLIOGRAFÍA

1. PATIÑO L. H. Y MUÑOZ J. ANATOMÍA DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR .IN. CONCEPTOS BÁSICOS EN ANESTESIOLOGÍA PEDIÁTRICA. SANTA FE DE BOGOTÁ. GENTE NUEVA EDITORIAL, D.C., 1994: 15-47.
2. PATIÑO L.H Y MUÑOZ J., DIFERENCIAS ANATÓMICAS DE LA VÍA AÉREA DEL NIÑO EN RELACIÓN CON EL ADULTO. IN., CONCEPTOS BÁSICOS EN ANESTESIOLOGÍA PEDIÁTRICA. SANTA FE DE BOGOTÁ. GENTE NUEVA EDITORIAL, D.C., 1994: 49-58.
3. CABALLERO LÓPEZ VENTILACIÓN ARTIFICIAL CONCEPTO BÁSICO EN CABALLERO LOPEZ Y HERNANDES TERAPIA INTENSIVA HABANA: CIENCIAS MEDICAS 1988 457-536.
4. ESTEBAN A. ALIAS TOBIN EFECTOS RESPIRATORIOS EXPONTANEOS MEXICANA ESPANIES ANA J. RESP. 1999 159: 896-903.
5. RUZA Y COLS. MANUAL DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. EDICIONES NORMA-CAPITEL 2003, 244-249, 284-287,288-290.
6. ESTEBAN A, ALIA I, GORDO F, ET AL. EXTUBACIÓN OUTCOME AFTER SPONTANEOUS BREATHING TRIALS WITH T TUBE OR PRESSURE SUPPORT VENTILATION. THE SPANISH LUNG FAILURE COLLABORATIVE GROUP. AM J RESPIR CRIT CARE MED 1997; 156(P.T.1):459-465.

