

Experiencia clínica sobre el uso del FreeO2 (sistema automatizado de O2) en la planta de Neumología

Autores: Pineño Vázquez, S.; Fiallegas Cano, A.; Martín Valerio, M.; Orruño Beltrán, I.; Pedrero Tejada, S.; Sota Sanz, S.

Centro: Hospital Universitario de Cruces

Introducción: Las guías recomiendan mantener la ventana de SpO2 entre 88-92% en pacientes con EPOC y con riesgo de hipoventilación y 94-96% en pacientes normocápnicos. La administración de oxígeno a pacientes respiratorios no está exenta de efectos adversos; puesto que mantener de forma constante la SpO2 mientras administramos oxígeno puede ser difícil de lograr sin una monitorización continua. No obstante, en los últimos años se han desarrollado sistemas de administración automática de O2, como el FreeO2, que son capaces de regular el flujo de oxígeno para mantener una SpO2 constante.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia con el FreeO2 y describir las características clínicas y evolución de los pacientes con el uso del FreeO2.

Metodología: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes hospitalizados en planta de Neumología con fracaso respiratorio y uso del FreeO2 desde diciembre 2023 a septiembre 2024.

Resultados: N total de 37 pacientes. 57% varones, 43% mujeres con edad media de 69,86 años. El 38% eran obesos. El 27% estaban ingresados por AEPOC y el 19% por neumonía. En el 37,83% el fracaso respiratorio era hipoxémico, y en el 62,17% hipercápnico. Solo el 2,7% ingresó en UCI y el 5,4% de los pacientes falleció. En el 40% de los pacientes el uso del FreeO2 fue a través de oxígeno en gafas nasales y el 60% con terapias de soporte no invasivo (OAF y VMNI). Se analizaron datos del equipo en 6 pacientes, observándose que el 76,54% de tiempo se mantenía con una SpO2 dentro del rango prefijado, sólo un 1,13% de tiempo por debajo del 85% y un 19,59% de tiempo en hiperoxia. La duración total media con el FreeO2 fue de 108,17 horas, equivalente a 4 días, con un flujo medio de 3,24 litros. No se reportaron efectos adversos. La satisfacción del paciente y de la enfermería con el uso del

aparato fue muy favorable, teniendo en cuenta la limitación en la movilidad expresada por algunos pacientes.

Conclusión: A pesar de ser un estudio de N pequeña podemos decir que el FreeO2 es un sistema de administración automática que nos permite monitorizar de forma estrecha la SpO2. Varía el flujo de oxígeno necesario para mantener la SpO2 constante según las necesidades del paciente en cada momento, lo cual impacta directamente en la seguridad del paciente disminuyendo la probabilidad de efectos adversos derivados de la administración de oxígeno.

Bibliografía:

- Lellouche, F., Bouchard, P.-A., Roberge, M., Simard, S., L'Her, E., Maltais, F., & Lacasse, Y. (2016). Automated oxygen titration and weaning with FreeO2 in patients with acute exacerbation of COPD: a pilot randomized trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 1983-1990.
- Blakeman, T.C. (2013). Evidence for oxygen use in the hospitalized patient: is more really the enemy of good? *Respiratory Care*, 58 (10), 1679-1693.
- Poder, T.G., Kouakou, C.R.C., Bouchard, P.- A., Tremblay, V., Blais, S., Maltais, F., & Lellouche, F. (2018). Cost-effectiveness of FreeO2 in patients with chronic obstructive pulmonary disease hospitalised for acute exacerbation: analysis of a pilot study in Quebec. *BMJ Open*, 8 (1), e018835.

Experiencia clínica sobre el uso combinado de VMNI y OAF en el mismo ventilador (V 60) en la planta de Neumología

Autores: Fraiz Alcubilla X., Hervás Hidalgo M., Pescador Iturbe A., Simionescu I., Mengod Salar S., Pedrero Tejada S., Sarasola Echeberria

Introducción:

La enfermería ha tenido que enfrentarse a nuevos retos en el cuidado del paciente respiratorio. Dada la evolución y complejidad de los dispositivos respiratorios y la creación de unidades de monitorización respiratoria, es necesaria la formación continuada de sus profesionales. El ventilador V60 permite la combinación de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) con oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en periodos de descanso. Esta combinación permite mejorar la insuficiencia respiratoria hipercápnica dada su buena tolerancia y su efecto de humidificación activa, presión positiva en la vía aérea y FiO2 estable.

Objetivo:

Describir las características clínicas y evolución de los pacientes ingresados en nuestra unidad por fracaso ventilatorio hipercápnico, tratados con VMNI alternando con OAF en periodos de descanso usando la V60.

Metodología:

Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra de 14 pacientes con fracaso respiratorio hipercápnico grave que requiere VMNI, ingresados desde noviembre de 2023 hasta septiembre de 2024.

Resultados:

n total de 14 pacientes, 50% varones, 50% mujeres, con una edad media de 68,5 años. El 57,14% obesos y el 42,5 % fumadores activos. Tenían EPOC el 57.14% con un FEV1 medio del 44%, el 57,14% presentaban cardiopatía, el 35,71% nefropatía y el 35,71% tenía antecedente de enfermedad neuromuscular. El fracaso ventilatorio fue predominantemente hipercápnico con una gasometría media Ph 7,26, PO2 77, PCO2 72,7 y su causa en el 42.85% fue por AEPOC y el 14,28% por insuficiencia cardiaca. La estancia media fue

de 16,2 días. La mitad de los pacientes no eran candidatos a intubación siendo la VMNI/OAF el techo de tratamiento. De estos, 5 pacientes fallecieron (35,71%) durante su estancia. Sólo un paciente precisó ingreso en UCI (7,14%) con evolución favorable.

La tolerancia del paciente fue en general buena con escasos efectos adversos . La satisfacción de la enfermería con el uso del aparato fue favorable tras la realización de sesiones formativas .

Conclusión:

Los pacientes tratados con VMNI y OAF alternos, presentan fracaso ventilatorio muy grave. Tienen importante comorbilidad, principalmente EPOC grave y cardiopatía por lo que no son candidatos a intubación orotraqueal.

La estancia media es elevada, con evolución favorable en el 64,3% de los casos . Son pacientes que requieren monitorización estrecha y gran demanda de cuidados, con lo que supone carga asistencial al personal sanitario.

Es indispensable la formación continuada de las terapias respiratorias no invasivas y asimismo optimizar los recursos que la tecnología ofrece para una mejor atención de los pacientes respiratorios graves.

Bibliografía:

1. Xu Z, Zhu L, Zhan J, Feng H, Deana C, Vetrugno L, et al. Efecto de la oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo en combinación con ventilación no invasiva en pacientes críticos con insuficiencia respiratoria aguda: un estudio retrospectivo. J Thorac Dis [Internet]. 2023;15(12):6821–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/jtd-23-1014>

PLAN DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE COMPLEJO EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA

Autores: Sota Sanz, S.; Alonso Maruri, I.; Álvarez Vela, E.; Fiallegas Cano, A.; Macarro Molaguero, I.; Rojas Gutierrez, R.

Centro: Hospital Universitario de Cruces

Introducción: En la unidad de monitorización de neumología se reciben los pacientes de alta complejidad con polineuromiopatías para continuar con tratamiento y evolución después de la salida de UCI-REANIMACION.

Por su alta demanda de cuidados y alta especificidad en la atención por parte de profesionales, son abordados por un equipo multidisciplinar con un mismo fin, el alta del paciente.

Objetivos: Realizar un análisis DAFO de la actividad asistencial durante el turno de mañana de un paciente complejo y desarrollar una metodología que permita la coordinación de los diferentes profesionales que integran el equipo multidisciplinar.

Metodología: Se crea un equipo de trabajo formado por 6 personas (4 enfermeras y 2 fisioterapeutas) que analizan un turno de mañana de trabajo con un paciente complejo utilizando una matriz DAFO con el fin de elaborar un plan de acción para la mejora asistencial.

Resultados:

Debilidades

- Altas necesidades propias del paciente complejo.
- **Múltiples profesionales atendiendo a la vez no coordinados. Por ello se elabora un plan de acción (ÁREA DE MEJORA).**
- Recursos profesionales limitados para llevar a cabo el trabajo en la unidad.

Amenazas

- Desestabilización del paciente debido a su fragilidad.
- interrupciones (imprevistos).
- Realización de pruebas fuera de la unidad.
- Deterioro del estado emocional de los acompañantes por los largos periodos de hospitalización y fluctuación del estado del paciente.

Fortalezas

- Motivación e implicación del equipo multidisciplinar.
- Adaptación de los recursos.
- Centro asistencial de alta especialización.

Oportunidades

- Aprendizaje y desarrollo tanto personal como profesional.
- Coordinación del equipo multidisciplinar.

Plan de acción

El grupo de trabajo que realizó el estudio observacional desarrollará un protocolo que incluya:

1. **Definir los integrantes** del equipo.
2. **Establecer reuniones** periódicas del equipo multidisciplinar con el objetivo de valorar de forma integral al paciente teniendo en cuenta valores y creencias del paciente y de los cuidadores principales.
3. Definir un **cronograma** para la atención holística del paciente:
 - 3.1 Establecer el diseño de la tabla cronograma.
 - 3.2 Definir las intervenciones y actividades a realizar por los diferentes profesionales.

Conclusiones: El paciente complejo precisa de una serie de cuidados especializados para los cuales es imprescindible la coordinación del equipo multidisciplinar que se guie a través de un cronograma individualizado para cada paciente.

PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS DE NEBULIZACIÓN DE LA OSI ARABA

Autoras: Aguirre Oraá A, Senderos Osua L, Ajuria Jausoro A, Salaberria Osa L, Ripa Chávarri AE, Gutiérrez García de Cortázar A, Mendaza Martínez M, Iñarra Muñoz H, Magaña Perez P.

INTRODUCCIÓN

La vía inhalatoria es la preferible y más utilizada para la administración de fármacos en Neumología. Los dispositivos para uso inhalatorio de elección en el ámbito hospitalario son los nebulizadores. Estos, crean la posibilidad de utilizar fármacos en dosis muy pequeñas y de hacerlos llegar casi exclusivamente al lugar donde van a desarrollar su acción convirtiéndolos en la vía de elección en la fase aguda de las enfermedades respiratorias. Pero, estos dispositivos no se encuentran libres de riesgos, y es que, son fuente potencial de contaminación, especialmente si su mantenimiento y limpieza es inadecuado. (1,2)

En la Unidad de Neumología de la OSI Araba se ha observado que dentro del equipo de enfermería no hay adherencia a las guías de las sociedades de Neumología sobre limpieza y mantenimiento de los dispositivos a pesar de haber hecho sesiones en la unidad para la concienciación de estas. Por ello, se plantea elaborar un nuevo procedimiento para la limpieza y mantenimiento de los nebulizadores. (3)

OBJETIVOS

- Principal: realizar un procedimiento para el mantenimiento y limpieza de los nebulizadores en la unidad de Neumología de la OSI Araba
- Secundario: fomentar la adherencia del personal de enfermería de la unidad de Neumología de la OSI Araba en el cuidado de los dispositivos de nebulización

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando diferentes bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden y Dialnet. Los términos de búsqueda empleados incluyeron: nebulizador, limpieza, mantenimiento. Se revisaron los títulos y resúmenes para identificar los textos más relevantes. También se han revisado Guías de práctica clínica de diferentes hospitales a nivel nacional.

RESULTADOS

Elaboración del procedimiento: "Limpieza y mantenimiento de los dispositivos de nebulización" que se incluirá como apartado dentro del procedimiento de administración de fármacos nebulizados de la OSI Araba. Este describe:

1. Vaciado del volumen residual de la cazoleta/tanque del nebulizador tras cada uso por la enfermera. (4,5)

2. Limpieza jabonosa y secado al aire por la enfermera diariamente en turno de noche. (2,6,7,8,9)
3. Cambio semanal de dispositivo completo por enfermería los viernes en el turno de noche. (2,4,5,10,11,12,13,14)

CONCLUSIÓN

La limpieza y mantenimiento adecuado de los nebulizadores es imprescindible para evitar el crecimiento de microorganismos que afecta de manera directa a la salud de los pacientes. Por eso es necesario un procedimiento que asegure y unifique los cuidados de enfermería y la adherencia al mismo.

Para asegurar la adherencia, se realizará una sesión informativa a las enfermeras de la unidad.

A lo largo de 2025 se reevaluará la adherencia al procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gardenhire DS, Burnett D, Strickland S, Myers TR. A guide to aerosol delivery devices for respiratory therapists, 4th edition. Am Assoc Respir Care. 2017;17.
2. Órgano oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT) y la Asociación Iberoamericana de Cirugía Torácica (AIACT). Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. Arch Bronconeumol. 2013;49(Supl 1):4-5.
3. Gutiérrez García de Cortázar A, Arriaran Mendialdua I, Martínez de la Hidalga O, Rodríguez Borrajo S. Terapia inhalada: ¿conoce la enfermera su correcta utilización? Metas Enferm. 2008;11(3):60-64.
4. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Guía de cuidados: terapia inhalada. [Salud Madrid]. 2015. 23-24.
5. Hess DR, Myers T, Rau JL. Una guía de dispositivos para aerosolterapia. Producido en colaboración con la Asociación Americana de Cuidados Respiratorios. Amparado por una subvención educacional de Respiroics Inc. 12-23.
6. Carratalá Perales JM, Amoedo Albero M^a del Carmen, Domingo Pozo M, Dapena Romero I. Protocolo para el uso y manejo de sistemas de aerosolterapia de tipo malla vibrante en pacientes con o sin patologías transmisibles por vía aérea/gotas. Generalitat Valenciana, Conselleria de

Sanitat Universal i Salut Pública. Alicante Hospital General, Departament de Salut; 2020. 10-11.

7. Riquena B, Velloso Monte LF, Lopes AJ, Ferreira da Silva-Filho LV, Damaceno N, da Silva Aquino E, Marostica PJ, Ribeiro JD. Microbiological contamination of nebulizers used by cystic fibrosis patients: an underestimated problem. *J Bras Pneumol*. 2019;45(3). doi:10.1590/1806-3713/e20170351.
8. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud. Manual clínico. Procedimientos generales de enfermería. Coordina: Estepa Osuna MJ, Gallego Espina MA. 2022. 202-203.
9. García Cases S, Caro Aragonés I, Aguinagalde Toya A. Dispositivos y guía de administración vía inhalatoria. Grupo de Productos Sanitarios de la SEFH. 2017. 54-55.
10. Banco de Preguntas Preevid. ¿Cuál es el tiempo recomendado para cambiar el dispositivo de administración de nebulización? Murciasalud, 2014. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/20177>
11. Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep*. 2004 Mar 26;53(RR-3):1-36.
12. Hamilton Medical. Instrucciones de uso de Aerogen Solo/Pro. 2021.18-21.
13. Máiz Carro L, Wagner Struwing C. Beneficios de la terapia nebulizada: conceptos básicos. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(Supl 6):6. Disponible en: www.archbronconeumolog.org
14. Boe J, Dennis JH, O'Driscoll BR, Bauer TT, Carone M, Dautzenberg B, Diot P, Heslop K, Lannefors L. European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulizers. *Eur Respir J*. 2001;18:228-42. doi: 10.1183/09031936.01.00220001.

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LESIONES PULMONARES PERIFÉRICAS

EBUS RADIAL Y CRIOBIOPSIA

Autores: González Vesga, Beatriz ⁽¹⁾; Vallejo de la Hoz, Gorka ⁽¹⁾; Ortiz de Mendivil Bernal, Ana ⁽¹⁾; Sarria Pentón, Andria Mercedes ⁽¹⁾; Gojenola Herrero, Naia ⁽¹⁾; Sobrado González, María ⁽¹⁾; Egurrola Izquierdo, Mikel ⁽²⁾; García Hontoria, Patricia ⁽²⁾

(1) Enfermería. Servicio Neumología. Hospital de Galdakao

(2) Facultativos. Servicio Neumología. Hospital de Galdakao

INTRODUCCIÓN

La principal indicación del EBUS RADIAL es la localización de lesiones pulmonares periféricas para la obtención de muestras con fines diagnósticos. Se realiza a través de una vaina guía con cepillo citológico y pinzas de biopsia.

El aumento de estudios de Inmunohistoquímica y marcadores tumorales obliga a que estas muestras sean de mayor tamaño y de mejor calidad.

Atendiendo a la seguridad del paciente y para garantizar la calidad de los cuidados, debemos decantarnos siempre por técnicas mínimamente invasivas y con un alto rendimiento diagnóstico.

Por ello, surge la posibilidad de utilizar criosondas para la toma de biopsias en detrimento de las pizas convencionales.

OBJETIVO

Evaluar la rentabilidad diagnóstica de la técnica y las posibles complicaciones.

MATERIAL Y METODO

Estudio retrospectivo de 57 pacientes sometidos a EBUS radial con criobiopsia en el H. Galdakao entre 2012-2022, realizados por el mismo equipo médico intervencionista y con el mismo aparataje.

Criterios de Inclusión

Lesiones pulmonares periféricas para descartar neoplasias malignas

Procesos finalizados

Visualización Ecográfica de la lesión en el procedimiento

Criterios de Exclusión

Otra Patología: 7 pacientes

Ausencia de datos: 4 pacientes

Permanecen en el estudio 46 pacientes.

Localización de la Lesión: LSD(8) LSI(8) LII(7) LID(8) LM(15)

Tamaño de la lesión en mm (eje mayor): Media de 28 mm. Rango 8-70

≤ 19(13) 20-39 (20) ≥ 40(8) N.C(5)

Visualización ecográfica

Total (28) Parcial (18)

*Datos de referencia (no comparativos) en EBUS radial convencional: 154 casos correlativos, realizados en el mismo periodo y con los mismos criterios de inclusión/ exclusión

Datos obtenidos de la Historia Electrónica (Osabide Global)

RESULTADOS

Tamaño y Valor de las muestras: Criterio del servicio de Anatomía Patológica

46 muestras enviadas: 45 valorables

Muestras no valorables 2,1% * 9,4%

Tamaño medio tejido/paciente 0,6 cm * 0,31 cm

Análisis de las muestras

Positivo para células malignas: 32 (31 diagnóstico definitivo).

Casos sin Inmunofenotipo 3% *17%

Sospechosas 3

Negativas 11

RESOLUCIÓN DIAGNÓSTICA

Los pacientes con resultado sospechoso/negativo deben ser sometidos a otras técnicas de diagnóstico/ control, resultando: 12 falsos negativos

2 verdaderos negativos (Alta)

Derivación: C. Torácica 38% Oncología 62%

COMPLICACIONES

No se registran neumotórax ni otras complicaciones graves.

CONCLUSIONES

Rentabilidad Diagnóstica

Sensibilidad: 72,7%

Especificidad: 100%

VPP: 100%

VPN: 14,3%

Es una técnica segura, mínimamente invasiva y ambulatoria.

El tamaño de las biopsias con crisonda es significativamente mayor a las recogidas con pinza convencional.

Disminuye el número de muestras no valorables / insuficientes

Mejora la obtención de diagnósticos precisos

BIBLIOGRAFIA

Rosa Cordovilla Pérez y Vicente Macián Gisbert. Manual 28 de procedimientos SEPAR. Plan de calidad para la toma y procesado de las muestras endoscópicas.

Sánchez-Font A, Giralt L, Vollmer I, Pijuan L, Gea J, Curull V. Endobronchial ultrasound for the diagnosis of peripheral pulmonary lesions. A controlled study with fluoroscopy. Arch Bronconeumol. 2014 May;50(5):166-71. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2013.11.019. Epub 2014 Jan 15. PMID: 24439465.

Perez Izquierdo J. Ecobroncoscopia. Medicina respiratoria 9 2014, 7 (1): 9-21

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DE NEBULIZADORES Y LOS CUIDADOS ASOCIADOS

Autores: Achalandabaso de la Peña M., Holgueras Fraile P., Lesaka Ortega A., Torralba Romero M., Regulez Campo V., Sarasola Echeberria A.

INTRODUCCIÓN

El uso del nebulizador es fundamental en el tratamiento de pacientes con patologías respiratorias agudas. En el ámbito hospitalario, su uso no se limita a las unidades de neumología, sino que se extiende a diferentes áreas y su eficacia depende en gran medida de los cuidados aplicados por el personal de enfermería.

OBJETIVO

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento del personal de enfermería del Hospital Universitario de Cruces sobre el manejo del tratamiento nebulizador, tras objetivar un aumento de la incidencia de mucositis.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, mediante un cuestionario dirigido a los profesionales de las unidades de adultos de hospitalización, críticos y urgencias. El cuestionario, que contenía 9 preguntas con variables sociodemográficas y de cuidados sanitarios, se envió a aproximadamente 1200 profesionales de enfermería a través de correo corporativo y se difundió mediante un código QR en grupos de WhatsApp.

RESULTADOS

Se obtuvieron 323 respuestas, de las cuales 280 fueron correctamente cumplimentadas. El 72,5% de los profesionales tiene más de un año de experiencia en su unidad actual. Respecto a la experiencia laboral, el 57,9% tiene una experiencia de más de 10 años y el 16,4% más de cinco años. En cuanto a los cuidados durante la nebulización, el 93,9% del personal asegura la correcta postura del paciente y el 85,7% ajusta adecuadamente la mascarilla para evitar la dispersión del aerosol y la irritación ocular. Sin embargo, solo el 40% recomienda siempre la higiene bucal, mientras que la higiene facial es

aconsejada siempre solo por el 15,4% de los encuestados. En términos de educación sanitaria, el 47,9% de los profesionales considera que la educación brindada al paciente es buena, aunque solo el 5,7% la califica como excelente.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio señalan la dificultad para recoger datos a través del correo corporativo, siendo más efectiva la difusión mediante WhatsApp. Se observa una buena práctica en cuanto a la postura del paciente y el ajuste de la mascarilla, pero una menor atención hacia la higiene bucal y facial, lo cual es relevante dado el aumento de casos de mucositis. Este tipo de estudios contribuyen al conocimiento y mejora continua del personal de enfermería en el manejo del tratamiento nebulizador y nos plantea la conveniencia de continuar con sesiones formativas intraunidad y a través de la plataforma formativa de Osakidetza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aemps.es. [citado el 16 de octubre de 2024]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/p/59297/P_59297.pdf
2. GonzálezMartín S, Mj CC, TrevissonRedondo B. Enfermedades de la mucosa oral en pacientes geriátricos con aerosolterapia: revisión bibliográfica. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado el 21 de octubre de 2024];30(2):72–5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200072&lng=es.
3. De recomendación S. Red de Salud [Internet]. Xunta.gal. [citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible en: https://libreria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas_via_inhalatoria_revisado_pl.pdf

EDUCACION AL PACIENTE CON VENTILACION CRONICA DOMICILIARIA

INTRODUCCION

Las indicaciones de inicio de Ventilación Crónica Domiciliaria (VCD) es el Fracaso Ventilatorio Crónico en pacientes con diferentes patologías.

La adaptación de la VMNI en el paciente crónico estable, suele realizarse durante un ingreso programado o durante un ingreso urgente debido a una descompensación.

La VCD requiere que tanto el paciente como sus cuidadores, comprendan y manejen ciertos aspectos importantes para asegurar su efectividad. En la unidad, esta educación se realiza de manera informal y no estructurada y con una alta delegación en la empresa suministradora de aparatos de ventilación.

Para conocer la percepción que tienen las enfermeras sobre la educación que se imparte a estos pacientes, se pasó una encuesta elaborada ad hoc. El 95.2% refiere que no la consideran adecuada y es por ello que se justifica elaborar un plan de acción para dar respuesta a este problema.

OBJETIVOS

Elaborar un procedimiento para que las enfermeras realicen una educación sistematizada y estructurada a los pacientes que inician VCD en la Unidad.

Asegurar los conocimientos y habilidades básicas de los pacientes/familiares al alta con VCD

METODOLOGIA

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando la Biblioteca Virtual de Salud de Euskadi y la base de datos PubMed. Los términos de búsqueda empleados incluyeron: VMNI, VCD y educación. Se revisaron los títulos y resúmenes para identificar los textos más relevantes seleccionando los artículos y capítulos de libros que se sintetizaron y organizaron para la elaboración de los procedimientos.

RESULTADOS

Elaboración del procedimiento "Educación intrahospitalaria al paciente que inicia VCD". Describe la educación que la enfermera debe impartir desde la detección de la necesidad, en cada turno durante 48h hasta el alta. Para apoyar la educación, también se ha elaborado una hoja informativa que recoge los puntos esenciales que debe conocer. Se ha realizado un Check list para comprobar los conocimientos al alta y así garantizar la seguridad de la terapia.

Durante el mes de octubre, se han realizado dos sesiones en la unidad: Una por parte de la empresa suministradora y otra explicando el nuevo procedimiento.

CONCLUSIONES

Disponer del procedimiento y la hoja de recomendaciones al paciente sobre VCD ayuda a las enfermeras a planificar y realizar la educación de forma estructurada con el objetivo de que el paciente maneje la terapia de forma efectiva y segura.

La realización del check list ayuda a monitorizar los conocimientos del paciente al alta y las necesidades que puede tener de cara al seguimiento para garantizar una buena adherencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Manual SEPAR de Procedimientos Ventilación Mecánica No Invasiva
2. SEPAR. Insuficiencia Respiratoria 2006
3. Documento Español de Consenso sobre la utilización del Soporte Respiratorio No Invasivo en el paciente con IRA grave.
4. Non-Invasive Ventilation (NIV) for use at home. Patient Information. NHS. WAHT-PI-0525. Version 2. Approval Date: 18/03/2024
5. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure (European respiratory journal)
6. Home Mechanical ventilation: Quality of life patterns after six months of treatment (BCM pulmonary Medicine)
7. Protocolos y Procedimientos del Servicio de Neumología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. 2ª Edición. Associació Pneumologia Sant Pau. 2015.

Gutierrez Garcia de Cortázar, A; Mendaza Martinez, M; Salaberria Osa, L; Elorza Sagasta, I; Ripa Chávarri, A; Iñarra Muñoz, H; Magaña Perez, P; Ajuria Jausoro, A;

USO DE AMBULANCIAS PARA EL TRASLADO DE PACIENTES DE ALTA A SU DOMICILIO

INTRODUCCIÓN:

El transporte sanitario no urgente (TSNU), ambulancias, en el ámbito hospitalario, es un tipo de transporte programado que solicita el facultativo.

En los últimos años, este servicio, sufre episodios frecuentes de saturación. Existe un debate en cuanto a sus causas y posibles soluciones para intentar rebajar dicha saturación. El uso de los servicios de TSNU muestra una amplia variabilidad, probablemente debida a una interpretación dispar de los criterios de indicación que deberían ser comunes y explícitos.

La *“Instrucción del 20 de diciembre de 2017, de la Viceconsejería de Administración y Financiación Sanitaria”* marca los criterios a fin de mejorar la calidad y adecuación de esta prestación sanitaria ajustando y homogeneizando su prescripción. La indicación incluye la existencia de deficiencia física o psíquica, que suponga gran impedimento para desplazarse de forma autónoma y que no permita utilizar los medios ordinarios de transporte: pacientes que requieren para su desplazamiento oxígeno, utilización de camilla o fragilidad severa.

Desde la unidad de neumología, nos planteamos si la prescripción de las ambulancias al alta para el traslado de los pacientes a su domicilio o residencia habitual es adecuada o por el contrario es excesiva generando un gasto innecesario.

OBJETIVOS:

Conocer la prescripción e indicación de las ambulancias en nuestra unidad al alta del paciente.

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo. Se analizan las historias clínicas de los pacientes con prescripción de ambulancia al alta en la unidad de Neumología de la OSI Araba durante el año 2023.

Se ha valorado de cada paciente:

1. Destino al alta
2. Diagnostico
3. Oxigenoterapia domiciliaria
4. Escala Braden
5. Dominio 4 de Osanaia
6. Evolutivos

RESULTADOS:

De 65 ambulancias prescritas, 25 cumplían indicación según la instrucción. 36 no cumplían indicación y con 3 prescripciones existen dudas. Además, una solicitud fue éxitus.

De estos 25, 19 eran usuarios de tratamientos de oxigenoterapia y 6 presentaban una alta fragilidad, cumpliendo criterio de inclusión.

De los 36, 13 pacientes con buena movilidad fueron dados de alta con necesidad de ambulancia por ser residentes en otra comunidad autónoma (12 a Alto Deba, 1 a Burgos)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Únicamente el 38% de las ambulancias se prescribieron correctamente. En la mayoría de las ambulancias solicitadas sin indicación, el paciente se podría haber trasladado en otro medio de transporte. El uso adecuado de los recursos es imprescindible para la sostenibilidad del sistema, por ello desde nuestra unidad hemos llevado a cabo las siguientes iniciativas.

- Dar a conocer las indicaciones de la preinscripción según la instrucción en una sesión de equipo multidisciplinar en la unidad, sensibilizando a todo el personal sobre el buen uso de los recursos.
- Reevaluar el impacto de esta medida en la unidad en el 2025.

BIBLIOGRAFIA

- Osanaia
- Osabide Global
- Registro de petición de ambulancias en la planta de Neumología de HUA Txagorritxu en 2023

- Instrucción 3/2019 de Pautas Generales de Actuación en la Coordinación Entre Niveles Asistenciales y Criterios para la Confección de Documentación Clínica.

AUTORES: Iñarra Muñoz H, Magaña Perez P, Mendaza Martinez M, Ajuria Jausoro A, Ripa Chavarri AE, Aguirre Oraá A, Salaberria Osa L, Gutierrez Garcia de Cortazar A.

USO Y MONTAJE DEL VENTILADOR PHILIPS V60-PLUS

Caballero Campos, N*; Medrano Vivanco, B*; Ibañez González, L*; Millán González, JA*

*DUE Hospital Universitario de Basurto

INTRODUCCIÓN

Las terapias respiratorias que se emplean con mayor frecuencia en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) del Hospital Universitario de Basurto (HUB) son la terapia de alto flujo y la ventilación mecánica no invasiva. Para ello, el equipo que utilizamos habitualmente es el ventilador Respironics V60 plus.

OBJETIVO

Explicar el montaje y funcionamiento del ventilador Respironics V60 plus, y del humidificador de gas respiratorio AIRcon Gen2.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica del manual de usuario del ventilador Respironics V60 plus, y del humidificador de gas respiratorio AIRcon Gen2, así como del protocolo de la UCRI del HUB.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

En el modo de terapia de alto flujo podemos emplear tanto cánulas nasales como cánulas para traqueotomía. Los parámetros modificables son el flujo (con un límite de 60lpm) y la FiO₂ (que puede alcanzar el 100%). Al usar este modo, es imprescindible el uso de humidificador.

En el modo de ventilación mecánica no invasiva, podemos emplear mascarillas oronasales o total face, con un puerto espiratorio que permita la salida de CO₂, dado que se trata de un ventilador de única rama. En esta modalidad, la humidificación es opcional. Además, existen diferentes codos, con características distintas según su código de color. Al seleccionar la ventilación mecánica no invasiva, podemos emplear diferentes modos: CPAP (presión positiva continua en la vía aérea), S/T (espontáneo/temporizado), PCV (ventilación controlada por presión) y AVAPS (presión de soporte con volumen promedio asegurado), que se emplearán según las necesidades del paciente.

Para la puesta en marcha del equipo, además de seleccionar en la pantalla los modos y parámetros deseados, es imprescindible conocer el material fungible necesario: tubuladuras, cámara humidificadora, filtros, agua estéril...tanto su montaje como la periodicidad de recambio.

Adquirir destreza en el uso y montaje de este equipo facilita nuestro trabajo diario y ayuda a resolver los problemas que pueden aparecer durante la administración de estas terapias.

BIBLIOGRAFÍA

-Manual de usuario Ventilador Respironics V60

-Manual de instrucciones y descripción técnica del humidificador de gas respiratorio AIRcon Gen2

www.wilamed.com