

LIBRO DE ABSTRACTS

XIV CONGRESO DE MEDICINA Y ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS DE CASTILLA LA MANCHA

30, 31 de marzo y 1 abril de 2017
Centro Cultural de Puertollano



somiucam
SOCIEDAD DE MEDICINA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS DE CASTILLA-LA MANCHA

RESÚMENES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL XIV CONGRESO SOMIUCAM



Coordinadores-Editores Medicina

- Manuela Cid Cumplido
- Francisca Prieto Valderrey
- Antonio María García Fernández
- Jerusalén Villegas del Ojo
- María Nieves Parias Ángel
- Álvaro Raimundo Murillo Martín

Coordinadores-Editores Enfermería

- María de Gracia Prado Serrano
- Irene Rodríguez Ramírez
- Isabel Monroy Chamorro
- M^a Ángeles Serrano Arroyo
- M^a Mar Cabañas Carretero
- M^a del Pilar Fernández Martín
- Esther Arroyo Ruiz
- Ana Delgado Muñoz
- Paula García González
- Cebrián Rivilla
- Ana Blanca Alañón Varón
- Julia Esquivel García
- Ana Martín Díaz

Servicio de Medicina Intensiva Hospital Santa Bárbara Gerencia de Atención Integrada del Área de Puertollano

Autores

Facultativos Especialistas y Residentes de Medicina Intensiva de Castilla la Mancha
Enfermería de Medicina Intensiva de Castilla la Mancha

Publicación para divulgación gratuita

ISBN 978-84-09-29180-9

Diseño, edición y maquetación: Secretaría SOMIUCAM- Simposia
Congresos

Los juicios, contenidos y opiniones de los distintos capítulos, pertenecen al autor/autores, por lo que los coordinadores de la publicación y la empresa editora, declinan cualquier responsabilidad

ÍNDICE

MEDICINA COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

01-DOM-¿EXISTE RELACION ENTRE LESIÓN AGUDA DEL NEUROEJE CON DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA?

Pereyra Pache, A.E.; Prado Mira, A.; Muñoz de Luna Herrera, L.; González Mozo, M.; Murcia Saez, I.M.; Córdoba Nielfa, M.C.; Gimeno González, M.; Córcoles González, V.; Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Sánchez Iniesta, R.; Cortés Monedero, J.L.; García López, F.A.

Premio Mejor Comunicación Oral de Medicina presentada al Congreso

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete21

02-DOM-UTILIDAD DEL ÍNDICE ROX COMO PREDICTOR DE FRACASO DEL TRATAMIENTO CON ALTO FLUJO, CON CÁNULA NASAL EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA

Artacho Ruiz, R.; Guzmán, J. A.; M. López, García, F.J.; Caballero Güeto, F.; Palenzuela, J.; Aguilera, M.; Fernández, E.; Romero, R.J.; Del Campo, E.

Hospital de Montilla. Córdoba22

03-DOM-¿SE COMPORTA EL SÍNDROME METABÓLICO COMO UN FACTOR RIESGO PARA EL DESARROLLO DE UN EVENTO INFECCIOSO EN EL PACIENTE CRÍTICO?

Villegas del Ojo, J.; Cid Cumplido, M.; Prieto Valderrey, F.; García Fernández A. M.; Parias Ángel M. N.; Moreno Millán, E.

Hospital Santa Bárbara. Puertollano23

04-DOM-RELACIÓN ENTRE BALANCE HÍDRICO POSITIVO Y MORTALIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO: ¿CÓMO MEDIR LA SOBRESHIDRATACIÓN?

Prado Mira, A.; Centellas, F.J.; Pereyra Pache, A.E.; Ortega Cerrato, A.; Martínez Díaz, M.; López Tendero, J.; Villena Martínez, I.; García-Alcalá Hernández, M.; Saiz Jiménez, J.; Córcoles González, V.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete24

05-DOM-CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES NO SUBSIDIARIOS DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL QUE RECIBIERON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Morán Gallego, F. J.; Vecino Montoya, M.; Paredes Borrachero I.; Vargas Guzmán L.; Merlo González, V.E.; Romeu Prieto, J.; Sánchez Casado, M.; Arrese Cosculluela, M.A.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.....25

06-DOM-PRONO EN EL DISTRÉS: EL ECOCARDIO SE CONVIERTE EN UN INDISPENSABLE

Córdoba Nielfa, M.C., Pereyra Pache, A.E.; Muñoz de Luna Herrera, L.; González Mozo, M.; Gimeno González, M.; Sánchez Iniesta, R.; Prado Mira, A.; Murcia Saez, I.M.; Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Córcoles González, V.; García López, F.A.; Tendero Egea, A.; Cortés Monedero, J.L.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete26

ÍNDICE

MEDICINA COMUNICACIONES ORALES

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS PARA DEFENSA

01-DCCM-EVALUANDO MORTALIDAD INTRAUCI EN MAYORES DE 80 AÑOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Prado Mira*, A.; Muñoz de Luna Herrera, L.; González Mozo, M.; Pereyra

Pache, A.E.; Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Murcia Sáez, I.; Córcoles González, V.; Cortés Monedero, J.L.

Premio Mejor Cartel Científico de Medicina presentado al Congreso

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.....27

02-DCCM-LOS INTENSIVISTAS FRENTE A LOS RESULTADOS ANÁLITICOS DEL HOSPITAL COMARCAL: NO SOMOS EFICIENTES. ¿ESCRIBIMOS LO QUE HACEMOS?

Del Campo Molina, E.; Galán Doval, C.; Pérez Valenzuela, J.; López Obispo, M.; Guzmán Pérez, J. A.;

García Delgado, F.; Artacho Ruiz, R.; Caballero Güeto, F.

Hospital de Montilla. Córdoba.....28

03-DCCM-HAY FORMAS DE HACERLO MAS FÁCIL Y SEGURO

Del Campo Molina, E.; Galán Doval, C.; Pérez Valenzuela, J.; López Obispo, M.; Artacho Ruiz, R.; Aguilera Peña, M.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.....29

04-DCCM-INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EMBARAZADA

Rubio Prieto, E.; Hornos López, C. Abdel-Hadi Álvarez, H.; Ambrós Checa, A.;

Izquierdo Fernández, R.; Gómez Carranza, A.; Tituana Espinosa, I.

Hospital General Universitario de Ciudad Real.....30

05-DCCM-¿SE ASOCIA EL SÍNDROME METABÓLICO CON EL DESARROLLO DE UNA COMPLICACIÓN CARDIOVASCULAR DURANTE LA ESTANCIA EN UCI?

Villegas del Ojo, J.; Cid Cumplido, M.; Prieto Valderrey, F.; García Fernández, A. M.; Parias

Ángel, M. N.; Moreno Millán, E.

Hospital Santa Bárbara. Puertollano.....31

06-DCCM-EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA

Vecino Montoya, M.; Romeu Prieto, J.M.; Vargas Guamán, L.G.; Carneiro Pereda, P.A.;

Paredes Borrachero, I.; Morán Gallego, F.J.; Merlo González, V.E.; Velasco Ramos, A. ;

Arrese Cosculluela, M.A.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo32

ÍNDICE

MEDICINA CARTELES CIENTÍFICOS

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS PARA DEFENSA

07-DCCM-¿INFRAESTIMAMOS LA INCIDENCIA DE ESTATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO? ESTUDIO RETROSPECTIVO TRAS DISPONER DE MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA URGENTE

Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Prado Mira, A; Sánchez Larsen, A.A.; Gómez Iniesta, C.; Pereyra Pache, A.E.; Muñoz de Luna Herrera, L.; Sánchez Iniesta, R.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.....34

08-DCCM-APACHE GLOBAL: ¿SIRVE PARA EXPRESAR LA REALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA UCI DEL C.H. MANCHA-CENTRO

García Bonillo, M. P.; Herreros Gonzalo, M.; Vizuite Medrano, T.; Serrano Castañeda, J. J.; Mora Fernández-Caballero, M.; Alonso García, A. A.; Padilla Serrano, A.; Sánchez de Haro, A.; Martín Delgado, M.C; González Manzanares, J. L.

Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.....35

09-DCCM-OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA NEBULIZADA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Blanco Calonge, J.M.; Solano Vera, M^a R.; San Pedro Navarrete, S.; Martínez García, L.; González Higuera, E.; Pérez Llorens, J.C.

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca36

10-DCCM-¿DAR O RECIBIR?; TÚ ELIGES. DOS AÑOS DEL PROYECTO DONA VIDA

Cid-Cumplido, M.; Cerros González, N.; Mosquera Tejeiro, I.; Patón Vela, M.G.; Madrigal Sánchez, E.

Hospital Santa Bárbara (Puertollano). Centro Regional de Transfusiones del Hospital General Universitario de Ciudad Real.....37

11-DCCM-¿SE PUEDE PREDECIR EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN CRÍTICA A PARTIR DE LA EVOLUCIÓN DE LA COAGULACIÓN EN LAS PRIMERAS 48 HORAS?

Nanwani, K. ; Suárez, N. ; Saravia, A. ; Sarria, A. ; Quintana, M.

Hospital Universitario La Paz, Madrid.....38

ÍNDICE

MEDICINA CARTELES CIENTÍFICOS

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

01-ECCM-PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL ICTUS ISQUÉMICO NO LISADO: TOPOGRAFÍA NEUROARTERIAL, MORTALIDAD Y RESULTADOS DE GESTIÓN

Moreno Millán, E. (1, 2); Cid Cumplido, M. (3); García Torrecillas, J. M. (4); Prieto Valderrey, F(3); Lea Pereira, M. C. (5); Villegas del Ojo, J. (3).

(1)GT Planificación, Organización y Gestión, SEMICYUC; (2)Dpto. Economía Aplicada, Universidad de Almería; (3)Hospital Santa Bárbara, Puertollano; (4)Investigación, Complejo Hospitalario

Torrecárdenas, Almería; (5)Hospital de Poniente, El Ejido (Almería).....39

02-ECCM-FACTORES PRONÓSTICOS Y SUPERVIVENCIA DE LA PARADA CARDÍACA DE ORIGEN TRAUMÁTICA

Viejo Moreno, R.; García Fuentes, C.; Chacón Alves, S.; Domínguez Aguado, H.; Barea Mendoza, J.; Delgado Moya, F.; Terceros Almanza, L.; Montejo González, J.C.; Chico Fernández, M.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.....40

03-ECCM-SINCRONIZACIÓN BIVENTRICULAR INADECUADA EN FIBRILACION AURICULAR

Tituana Espinosa, I.; Ortiz Díaz-Miguel, R.; Espinosa González, C.; Bueno González, A.; Hornos López, M-C.; Izquierdo Fernández, R.; Del Campo Tejedor, R.; Ambrós Checa, A.

Hospital General Universitario de Ciudad Real41

04-ECCM-LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DE ALTERNATIVAS PARA DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Rubio Prieto, E.; Ortiz Díaz-Miguel, R.; Hornos López, C.; Izquierdo Fernández, R.

Hospital General Universitario de Ciudad Real42

05-ECCM-CANDIDURIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI; ¿ES ÚTIL LA FLUCITOSINA?

Tituana Espinosa, I.; Abdel-Hadi Álvarez, H.; Pérez Serrano, R.; Hornos López, M.; Izquierdo Fernández, R.; Rubio Prieto, E.; Campo Tejedor, R.; Ambrós Checa, A.

Hospital General Universitario Ciudad Real.....43

06-ECCM-EL USO DE LAS HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR Y EL HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO

Gómez Carranza, A.; Ortiz Díaz-Miguel, R.; Tituana Espinosa, I.; Hornos López, C.; Izquierdo Fernández, R.; Rubio Prieto,E.; Piaggio Muenta, F.; Escribano Ocón, A.

Hospital General Universitario de Ciudad Real44

ÍNDICE

MEDICINA CARTELES CIENTÍFICOS

07-ECCM-PREDICTORES ASOCIADOS A PRONÓSTICO EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA SOMETIDOS A TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR

Viejo Moreno, R.; Pérez Vela, J. L.; Corres Peiretti, M.A.; López Gude, M. J.; Cortina Romero, J.M.;
Renes Carreño, E.; Montejo González, J.C.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.....45

08-ECCM-FIBRINOLISIS LOCAL EN EMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Martín Dal Gesso, C.; Estrella Alonso, A.; del Cerro Gonzalez, J.V.; Benito Puncel, C.; Romo Gonzáles, J.E.;
Arriero Fernández, N.; Marián Crespo, C.

Hospital General Universitario de Guadalajara.....46

09-ECCM-UNA FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA: TOXICIDAD POR CISPLATINO

Hornos López, M.C.; Molina Domínguez, E.; Perez Serrano, R.; Ambrós Checa, A.; Martín Rodríguez,
C.; Abdel-Hadi Álvarez, H.; Martínez Migallón, M.; Bueno González, A.; Gómez Grande, M. L.;
Ortiz Díaz-Miguel, R.

Hospital General Universitario de Ciudad Real47

10-ECCM-EXPERIENCIA EN TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD

Romeu Prieto, J.M.; Ciampi Dopazo, J.J.; Vecino Montoya, M.; Vargas Guamán, L.G.; Paredes
Borrachero, I.; Sánchez Casado, M.; Arrese Coscolluela, M.A.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.....48

11-ECCM-EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ECOCARDIOGRÁFICA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO TRATADO MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Ciampi Dopazo, J.J.; Vecino Montoya, M.; Carneiro, Pilar A.; Morán Gallego, F.J; Sánchez Casado, M.;
Arrese Coscolluela, M.A.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.....49

12-ECCM-FRACASO ORGÁNICO Y SÍNDROME METABÓLICO ¿EXISTE RELACIÓN?

Villegas del Ojo, J.; Moreno Millán, E.; Garcia Torrecillas, J. M.; Cid Cumplido, M.; Prieto Valderrey, F.;
García Fernández, A. M.; Parias Ángel, M. N.

Hospital Santa Bárbara. Puertollano.....50

13-ECCM-VARIABILIDAD GEOGRÁFICA EN EL SÍNDROME METABÓLICO.

Villegas del Ojo, J.; Moreno Millán, E.; Garcia Torrecillas, J. M.; Prieto Valderrey, F.;

Hospital Santa Bárbara. Puertollano.....51

ÍNDICE

MEDICINA CARTELES CIENTÍFICOS

14-ECCM-TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS EN TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO

Vargas Guamán, L.; Carneiro Pereda, P.; Romeu Prieto, J.; Vecino Montoya, M.; Paredes Borrachero, I. ;
Magro Martín, M.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.....52

15-ECCM-PUESTA EN MARCHA DE LA “UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE SEPSIS” EN UN HOSPITAL TERCIARIO. CÓDIGO SEPSIS. RESULTADOS DEL PRIMER AÑO

Pérez-Pedrero Sánchez-Belmonte, M.J.; Sánchez Casado, M.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.....53

16-ECCM-ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DEL SHOCK

Prado Mira, A.; González Mozo, M.; Muñoz de Luna Herrera, L.; Pereyra Pache, A.E.; Ruiz-Escribano
Taravilla, E.; Murcia Sáez, I.; Córcoles González, V.; Cortés Monedero, J.L.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete54

17-ECCM-ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES SÉPTICOS QUE DESARROLLAN O NO LINFOPENIA: INFLUENCIA EN PRONÓSTICO VITAL

Muñoz de Luna Herrera, L.; Prado Mira, A.; Pereyra Pache, A.E.; Ruiz-Escribano Taravilla, E.;
Murcia Sáez, I.; Córcoles González, V.; García López, F.A.; Cortés Monedero, J.L.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete55

18-ECCM-EVALUANDO MORTALIDAD INTRAUCI EN MAYORES DE 80 AÑOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Prado Mira, A.; Pereyra Pache, A.E.; González Mozo, M.; Muñoz de Luna Herrera, L.; Pereyra Pache,
A.E.; Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Murcia Sáez, I.; Córcoles González, V.; Cortés Monedero, J.L.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete56

19-ECCM-FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO EN UCI

Prado Mira, A.; Muñoz de Luna Herrera, L.; González Mozo, M.; Pereyra Pache, A.E.;
Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Murcia Sáez, I.; Córcoles González, V.; Cortés Monedero, J.L.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete57

20-ECCM-INFLUENCIA DEL MOMENTO DE REALIZACIÓN DE TRAQUEOTOMÍA EN PRONÓSTICO A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA

Muñoz de Luna Herrera, L.; Prado Mira, A.; González Mozo, M.; Pereyra Pache, A.E.;
Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Murcia Sáez, I.; Gimeno González, M.; Sánchez Iniesta, R.; Córcoles
González, V.;García López, F.A.; Cortés Monedero, J.L.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete58

ÍNDICE

MEDICINA CARTELES CIENTÍFICOS

21-ECCM-¿QUÉ OCURRE CON AQUELLOS PACIENTES VALORADOS POR INTENSIVISTAS QUE NO INGRESAN EN UCI?

González Mozo, M.; Prado Mira, A.; Muñoz de Luna Herrera, L.; Pereyra Pache, A.E.;
Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Murcia Sáez, I.; Gimeno González, M.; Gimeno González, M.; Córdoba
Nielfa, M.C.; Sánchez Iniesta, R.; Cortés Monedero, J.L.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete59

22-ECCM- ¿QUÉ PACIENTES FALLECEN TRAS SER DADOS DE ALTA DE UCI?

Muñoz de Luna Herrera, L.; Prado Mira, A.; González Mozo, M.; Pereyra Pache, A.E.;
Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Murcia Sáez, I.; Córcoles González, V.; Cortés Monedero, J.L.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete60

23-ECCM-PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA (HSA) EN UNA UCI DE NEUROCRÍTICOS : IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

Sánchez Carretero, M.J.; Pedrosa Guerrero, A.; Magro Martín, M.; Sánchez Rodríguez, P.;
García Ortiz, C.; Alonso Gómez, G.; Romeu Prieto, J.; Vargas Guamán, L.; Marina Martínez, L. C.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.....61

24-ECCM-SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A DECÚBITO PRONO

Córdoba Nielfa, M.C.; Pereyra Pache, A.E.; Muñoz de Luna Herrera, L.; González Mozo, M.; Gimeno
González, M.; Sánchez Iniesta, R.; Prado Mira, A.; Murcia Saez, I.M.; Ruiz-Escribano Taravilla, E.;
Córcoles González, V.; García López, F.A.; Tendero Egea, A.; Cortés Monedero, J.L.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete62

25-ECCM-EXPERIENCIA EN 2016 CON EL PROTOCOLO DE CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA

Paredes Borrachero, I.; Sánchez Rodríguez, P.; Marina Martínez, L.; Morán Gallego, F.J.;
Vecino Montoya, M.; Carneiro Pereda, P.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.....63

26-ECCM-ICTUS VERTEBROBASILAR VS CIRCULACIÓN ANTERIOR EN 2016

Paredes Borrachero, I.; Sánchez Rodríguez, P.; Marina Martínez, L.; Morán Gallego, F.J.;
Vecino Montoya, M.; Carneiro Pereda, P.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.....64

ÍNDICE

MEDICINA CARTELES CIENTÍFICOS

27-ECCM-STAPHYLOCCOCUS AUREUS METICILIN SENSIBLE (SAMS) Y LEUCOCIDINA DE PANTON VALENTINE (LPV)

Romo Gonzales, J.; Estrella Alonso A.; Marian Crespo, C.; Martín Dal Gesso, C.; Gallardo Culebradas, P.; Yañes Parareda, E.; Silva Obregón, A.; Benito Puncel, C.; Albaya Moreno, A.; Oyagüez, E.; Revuelta, P.
Hospital General Universitario de Guadalajara.....65

28-ECCM- FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA (FTE) EN EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Herreros Gonzalo, M.; García Bonillo, P. M.; Vizuite Medrano, T.; Serrano Castañeda, J.J.; Mora Fernández-Caballero; Alonso García, A.A.; Padilla Serrano, A.; Sánchez de Haro, A.; Martín Delgado, M.C.; González Manzanares, J.L.
Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan66

29-ECCM-ACTIVIDAD DE MARCAPASOS (MCP) EN LA UCI DE UN HOSPITAL GENERAL

Herreros Gonzalo, M.; García Bonillo, P.M.; Vizuite Medrano, T.; Serrano Castañeda, J.J.; Mora Fernández-Caballero; Alonso García, A. A.; Padilla Serrano, A.; Sánchez de Haro, A.; Martín Delgado, M.C.; González Manzanares, J.L.
Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan67

30-ECC-MAFECTACIÓN CARDIACA EN LOS PACIENTES CRÍTICOS CON GRIPE

Martínez García, L.; Solano Vera, M.R.; Hernández Parada, O.A.; Pérez Llorens, J.C.; González Higuera, E.; Garijo Catalina, M.A.; Araujo Alcántara, J.B.; Castro Gallego, M.O..
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca68

31-ECCM-UTILIDAD DE LA EXPLORACIÓN CON DOPPLER COLOR TRANSCRANEAL (DCTC) EN PACIENTES CON PATOLOGÍA NEUROCRÍTICA

Magro Martín, M.; Leal Sanz, M.P.; Pedrosa Guerrero, A.; García Ortiz, C.; Carneiro Pereira, P.; Vecino Montoya, M.; López-Reina Torrijos, P.; López de Toro Martín Consuegra, I.; Marina Martínez, L.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo69

32-ECCM-SÍNDROME DE BRUGADA ATÍPICO COMO CAUSA DE TORMENTA ARRÍTMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carneiro Pereda, P.; Merlo, M.V.; Colinas Fernández, L.; Canabal Berlanga, A.; Romeu Prieto; J.; Vecino Montoya, M.; Vargas Guamán, L.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo70

ÍNDICE

MEDICINA CARTELES CIENTÍFICOS

33-ECCM-¿HA AUMENTADO LA MORTALIDAD EN NUESTRA UCI EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS?

Herreros Gonzalo, M.; García Bonillo, P.M.; Vizuite Medrano, T.; Serrano Castañeda, J. J.;
Mora Fernández-Caballero; Alonso García, A.A.; Padilla Serrano, A.; Sánchez de Haro, A;
Martín Delgado, M. C.; González Manzanares, J. L.
Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan71

34-ECCM-A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO

Alonso Gómez, G.; Canabal Berlanga, A.; Carneiro Pereda, P.; Vargas, L. G.; Romeu Prieto, J.M.;
Pedrosa Guerrero, A.; Colinas Fernández, L.; Magro Martín, M.A.; Díaz Borrego, J.M.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo72

35-ECCM-SÍNDROME DE PERCHERÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torres Trenado, Laura; La Rosa, B.; Torres, P.; Ortiz, R.; Espinosa, C.; Gómez, M. L.; Yuste, L.;
Romero, T.
Hospital General Universitario de Ciudad Real73

36-ECCM-TORSADES DE POINTES Y MUERTE SÚBITA POR QT LARGO CONGÉNITO

Izquierdo Fernández, R.; Tituana Espinosa, I.; Hornos López, C.; Rubio Prieto, E.; Gómez Carranza, A.;
Ambrós Checa, A.; Ortiz Díaz-Miguel, R.; Gómez Grande; M.L.; Espinosa González; M.C.;
Del Campo Tejedor, R.
Hospital General Universitario de Ciudad Real74

37-ECCM-FOGGING EFFECT O EFECTO NIEBLA EN LOS PACIENTES CON ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA (DCI) SECUNDARIA A VASOESPASMO (VS) TRAS HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA (HSA).

Magro Martín, M.; Pedrosa Guerrero, A.; Sánchez Carretero, M. J.; García Ortiz, C.; Marina Martínez,
L.; Vargas Guamán, L.; Paredes Borrachero, I.; Alonso Gómez, G.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo75

38-ECCM-CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL VASOESPASMO (VS) REFRACTARIO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Pedrosa Guerrero, A.; Magro Martín, M.; Vecino Montoya, M.; López de Toro Martín Consuegra, I.;
López Reina Torrijos, P.; Sánchez Rodríguez, P.; Leal Sanz, P.; Raigal Caño, A.
Hospital Virgen de la Salud. Toledo76

39-ECCM-CONCENTRADOS DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO(CCP) EN INTENSIVOS: ¿MÁS QUE REVERSORES DE ANTICOAGULANTES?

Suárez, N.; Saravia, A.; Sarria, A.; Quintana, M.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.....77

ÍNDICE

MEDICINA CARTELES CIENTÍFICOS

40-ECCM-EXTRACCIONES RUTINARIAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ¿CRÓNICAS VAMPÍRICAS?

Saravia, A.; Suárez, N.; Nanwani, K.; Sarria, A.; Quintana, M.

Hospital Universitario La Paz. Madrid78

41-ECCM-ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) EN LOS PACIENTES CRÍTICOS

Villegas del Ojo, J. (1); Moreno Millán, E. (2, 3); Cid Cumplido, M. (1); Prieto Valderrey, F. (1);

GarcíaTorrecillas, J.M.(4).

(1)Hospital Santa Bárbara, Puertollano; (2)G. T. Planificación, Organización y Gestión, SEMICYUC;

(3)Dpto. Economía Aplicada, Universidad de Almería; (4)Unidad de Investigación, Complejo

Hospitalario Torrecárdenas, Almería79

ÍNDICE

ENFERMERÍA COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

01-DCOE-ESTUDIO SOBRE AEROSOLTERAPIA EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA

Blanco Calonge, J.M.; Simarro Blasco, J.A.; Noheda Recuenco, M.; Bascuñana Blasco, M.; Tolmo Aranda, I.; Escamilla Saiz, M.; Osma Perez, V.; Martínez Toledo, I.; Checa Osma, C.; Abanades Contreras, M.; Martínez Murcia, M.T.; Bachiller Culebras, A.M.; Soriano Moya, M.P.; Franco Córdoba, R.; Poyatos Álvarez, M.A.; De Las Heras Lain, M.T.; Checa Osma; R.

Premio Mejor Comunicación Oral de Enfermería presentada al Congreso

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca80

02-DCOE- BUSCANDO EL SILENCIO

Del Campo Molina, E.; López Valero, M.; Ramírez Ruiz, J.A.; Pulido Sánchez, M.D.; Ramírez Pérez, M.A.

Hospital De Montilla. Córdoba81

03-DCOE-PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO CERRADO

Vázquez Rodríguez Barbero, I.; Puebla Martín, A.; Espinar Ochoa, A.; Pacheco Salgado, J.M.;

Rubio Serrano, M.P.; García Fernández, G.; Puebla Martín, M.A.; Espadas Maeso, M.J.

Hospital General Universitario de Ciudad Real82

04-DCOE-¿QUÉ PACIENTES SON LOS QUE PRESENTAN MÁS DOLOR EN UCI?

Castillo Lag, M.D.; Torneros Sánchez, L.; Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Rojano Ibáñez, V.; García Vitoria, J.;

Prado Mira, A.; Saiz Vinuesa, M.D.; López Sánchez, I.; Carrilero López, C.; Bonaga Serrano, B.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete83

05-DCOE-SANGRE A DESECHAR DE UN CATÉTER ARTERIAL PARA LA REALIZACIÓN DE GLUCEMIAS

Puebla Martín, A.; Vázquez Rodríguez Barbero, I.; Puebla Martín, M.A.; Del Fresno Sánchez, M^aM.;

Rubio Serrano, M^aP.; Viedma Moreno, I.; Ramírez Orol, M.A.; López Guillén, P.

Hospital General Universitario de Ciudad Real84

06-DCOE-PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA GANGRENA DE FOURNIER DEBIDO A UNA INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM SEPTICUM*

Pérez González, E.M^a; Cosano López, M.R.; Jiménez López-Peláez, M^aI.; Montes Oviedo, M^aE.;

Rivero García, R.M^a.

Hospital General Universitario de Guadalajara85

ÍNDICE

ENFERMERÍA CARTELES CIENTÍFICOS

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

01-DCCE-ESTUDIO SOBRE DETECCIÓN DE ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN UCI.

Jose Antonio Simarro Blasco; Isabel Tolmo Aranda; M^a José Rodríguez Escudero; Ángela Martínez Martínez, M^a Carmen; Carralero Palomero; Milagros Noheda Recuenco; Juan Manuel Blanco Calonge; Mónica Bascuñana Blasco; Cristina Lillo Pérez; Marta Escamilla Saiz; M^a Ángeles Candela Rodríguez; Isabel Martínez Toledo; Coral Checa Osma; Marta Abanades Contreras; Marta Chust Álvarez.

Premio Mejor Cartel Científico de Enfermería presentado al Congreso

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca86

02-DCCE- TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL EN UN PACIENTE CRÓNICO DE DIÁLISIS.

Vázquez Rodríguez Barbero, I.; Espadas Maeso, M^aJ.; Puebla Martín, A.; Rubio Serrano, M^aP.; Puebla Martín, M.A.; Pacheco Salgado, J.M.; García Fernández, G.; Espinar Ochoa, A.

Hospital General Universitario de Ciudad Real87

03-DCCE-INHALADORES DE DOSIS MEDIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.

Blanco Calonge, J.M.; Noheda Recuenco, M.; Simarro Blasco, J.A.; Bascuñana Blasco; M.; Tolmo Aranda, I.; Escamilla Saiz, M.; Osma Pérez, V.; Martínez Toledo, I.; Checa Osma, C.; Abanades Contreras, M.; Martínez Murcia, M.T.; Bachiller Culebras, A.M.; Soriano Moya, M.P.; Franco Córdoba, R.; Poyatos Herraiz, M.A.; De Las Heras Laín, M.T.; Checa Osma, R.

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca88

04-DCCE-ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL SÍNDROME DE CAUTIVERIO

Simarro Blasco, J.A.; Bascuñana Blasco, M.; Noheda Recuenco, M.; Blanco Calonge, J.M.; Escamilla Saiz, M. Tolmo Aranda, I; Osma Pérez, V.; Martínez Toledo, I.; Checa Osma, C.; Abanades Contreras, M.; Martínez Murcia, M.T.; Bachiller Culebras, A.M.; Soriano Moya, M.P.; Franco Córdoba, R.; Poyatos Herraiz, M^aA.; De Las Heras Laín, M^aT.; Checa Osma, R.

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca89

05-DCCE-SEGURIDAD EN HEMOTERAPIA

Cabañas Carretero, M.M.(1); Fernández Bejarano, J.A. (2); Cabanillas Cervantes, M.I.(2); Monroy Chamorro, A.I.(1); Rodríguez Fernández, M.(2) ; Esquivel García, J.(1)

(1)Hospital Santa Bárbara. (2)Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba)90

ÍNDICE

ENFERMERÍA CARTELES CIENTÍFICOS

06-DCCE-¿INFLUYEN LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO?

Palacio Valverde, I.; Villegas-del Ojo, J.; Rodríguez Roldán, V.; Bustelo Bueno, P.
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital HLA Jerez Puerta del Sur.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Santa Bárbara91

07-DCCE-USO, MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE VÍA INTRAÓSEA EN EL PACIENTE CRÍTICO

León, P.; Félix Ramos, M.E.; Checa, E.; García, I.; Illescas Diezma, M.I.; Fernández Bravo, C.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo92

08-DCCE- ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A FAMILIARES, PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Rivas Valenzuela, M.P.; Larios Reyes, V.; Ruiz Tarragona, R.O.; Navarro Nicuesa, M^aA.; Viejo Hernando, B.

Hospital Universitario. Guadalajara93

09-DCCE-PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Ruíz Tarragona, R.O.; Larios Reyes, V.; Navarro Nicuesa, M.A.; Rivas Valenzuela, M.P.; Viejo Hernando, B.

Hospital Universitario. Guadalajara94

10-DCCE-LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO. FORMULARIO DE REGISTRO

Torres Fernández, L.; Medina González, E.M.; Molina Pereda, L.; Lanillos de la Cruz, M^a J.; Granda Miranda, Y.; Rojo Villar, P.

Hospital Universitario. Guadalajara95

ÍNDICE

ENFERMERÍA CARTELES CIENTÍFICOS

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

01-ECCE-PROYECTO H-UCI EN EL HOSPITAL DE HELLÍN: FASE INICIAL Y PUESTA EN MARCHA

Martínez González, R.; Muñoz López, S.; Azor García, R.J.

Hospital de Hellín. Albacete96

02-ECCE- PRIMEROS PASOS DE HU-CI MANCHA CENTRO.

García-Miguel Vela, Marta; Mohino Álvarez, Inmaculada; Soto Barrera, Virginia; Ortiz Fernández, Francisca; Aznar Sepúlveda, Elena (1); Fernández-Espartero Rodríguez-Barbero(1);Quero Palomino, Azucena(1)

(1)-Técnico Auxiliar Enfermería

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan97

03-ECCE-¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL USO DE ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ESPECÍFICAS PARA PACIENTES CRÍTICOS?

Gracia Martínez, Moisés; Rojo Villar, Pablo; Giménez López-Peláez; M^a Isabel; Gallardo Muñoz; Cristina M^a; Soler González, Judit; García Molpeceres, Ruth.

Hospital Universitario, Guadalajara98

04-ECCE-PROTOCOLO DE NUTRICIÓN ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ALCÁZAR DE SAN JUAN

Gutiérrez Ramos Noelia; Zamora García M^a Cruz; Sáez Campos José; Padilla Serrano Antonio.

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan99

05-ECCE-NEBULIZADORES NEUMÁTICOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Juan Manuel Blanco Calonge; Milagros Noheda Recuenco; José Antonio Simarro Blasco; Mónica Bascuñana Blasco; Isabel Tolmo Aranda; Marta Escamilla Saiz; Valentina Osma Perez; Isabel Martinez Toledo; Coral Checa Osma; Marta Abanades Contreras; M^a Teresa Martinez Murcia; Ana M^a Bachiller Culebras; M^a Del Pilar Soriano Moya; Raquel Franco Córdoba; M^a Angeles Poyatos Álvarez; M^a Teresa de las Heras Laín; Riánsares Checa Osma.

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca100

06-ECCE-PROTOCOLO: TRASLADO DEL PACIENTE DE QUIRÓFANO A LA UNIDAD DE CRÍTICOS

Raquel Melero Vindel; María José Jiménez Pérez, José Antonio Simarro Blasco, Mónica Bascuñana Blasco, Milagros Noheda Recuenco, Juan Manuel Blanco Calonge, Marta Escamilla Saiz.

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca101

07-ECCE-TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DE UCI A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Noheda Recuenco, M.; Osma Pérez, V.; Martinez Toledo, I.; Checa Osma, C.; Abanades Contreras, C.; Blanco Calonge, J.M.; Martinez Murcia, M.T.; Bachiller Culebras, A.M.; Soriano Moya, M.P.; Franco Córdoba, R.; Simarro Blasco, J.A.; Bascuñana Blasco, M.; Poyatos Álvarez, M.A.; De Las Heras Lain, M.T. Escamilla Saiz, M.; Checa O, R.

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca102

ÍNDICE

ENFERMERÍA CARTELES CIENTÍFICOS

08-ECCE-TRANSFERENCIA DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE EN UCI

Noheda Recuenco, M.; Osma Pérez, V.; Martínez Toledo, I.; Checa Osma, C.; Abanades Contreras, M.; Blanco Calonge, J.M.; Martínez Murcia, M.T.; Bachiller Culebras, A.M.; Soriano Moya, M.P.; Franco Córdoba, R.; Simarro Blasco, J.A.; Bascuñana Blasco, M.; Poyatos Álvarez, M.A.; .. De Las Heras Laín, M.T.; Escamilla Saiz, M.; Checa Osma, R.
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca103

09-ECCE- CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: MÉTODO IDEAS

Noheda Recuenco, M.; Osma Pérez, V.; Martínez Toledo, I.; Checa Osma, C.; Abanades Contreras, M.; Blanco Calonge, J.M.; Martínez Murcia, M.T.; Bachiller Culebras, A.M.; Soriano Moya, M.P.; Franco Córdoba, R.; Simarro Blasco, J.A.; Bascuñana Blasco, M.; Poyatos Álvarez, M.A.; De Las Heras Laín, M.T.; Escamilla Saiz, M.; Checa Osma, R.; Chust Álvarez, M.
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca104

10-ECCE-BENEFICIOS DE LA TERAPIA CON PRESIÓN NEGATIVA

Cabañas Carretero, M.M.(1); Monroy Chamorro, A.I.(1); Fernández Bejarano, J.A.(2); Esquivel García, J.(1); Delgado Muñoz, A.M.(1); Cebrián Rivilla, M.P.(1).
Hospital Valle de los Pedroches, Pozoblanco. Córdoba(2),
Hospital Santa Bárbara, Puertollano(1)105

11-ECCE-¿QUÉ SABEMOS DE LOS TICLA Y TECLA?

Cabañas Carretero, M.M.(1); Fernández Bejarano, J.A.(2); Cabanillas Cervantes, M.I.(1); Monroy Chamorro, A.I.(1); Rodríguez Fernández, M.(2); Esquivel García, J.(1).
Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba(2)
Hospital Santa Bárbara, Puertollano(1)106

12-ECCE-CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS CON SONDA NASOGÁTRICA Y NUTRICIÓN ENTERAL

Zamora García, M.C.(1); Gutiérrez Ramos, N.(2), Sáez Campos, J.(2), Serrano Castañeda, J.(2), Padilla Serrano, A.(2).
Gerencia de Atención Integrada del Área de Villarobledo(1)
Hospital General Mancha Centro(2)107

13-ECCE-IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVOS: ¿DÓNDE Y POR QUÉ?

Palacio Valverde, I.; Villegas del Ojo, J.; Rodríguez Roldan, V.; Bustelo Bueno, P.
Hospital Santa Bárbara, Puertollano108

14-ECCE-MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

García González, M.; Castro González, M.D.; Muñoz Manzananas, L.; Robas, A.; Tapial Rodríguez, D.; Gómez Robles, R.; Corchete González, C.J.
Hospital Virgen de la Salud, Toledo109

ÍNDICE

ENFERMERÍA CARTELES CIENTÍFICOS

15-ECCE-GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Navarro Nicuesa, M.A.; Ruíz Tarragona, R.O.; Larios Reyes, V.; Rivas Valenzuela, M.P.; Viejo Hernando, B.
Hospital General Universitario, Guadalajara110

16-ECCE- FLEXIBILIZACIÓN DEL HORARIO DE VISITAS : OPINIÓN DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Larios Reyes, V.; Ruíz Tarragona, R.O.; Navarro Nicuesa, M.A.; Rivas Valenzuela, M.P.; Viejo Hernando, B.
Hospital General Universitario, Guadalajara111

17-ECCE-PLAN DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN UCI

Viejo Hernando, B.; Pérez Jiménez, A.; Larios Reyes, V.; Navarro Nicuesa, M.A.; Rivas Valenzuela, M.P.; Ruiz Tarragona, R.O.
Hospital General Universitario, Guadalajara112

18-ECCE-GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO EN UCI

Granda Miranda, Y.; Lanillos de la Cruz, M.J.; Medina González, E.M.; Molina Pereda, L.; Rojo Villar, P.; Torres Fernández, L.
Hospital General Universitario, Guadalajara113

19-ECCE-CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) EN EL PACIENTE CRÍTICO

Muñoz Manzanos, L.; Checa Parrilla, E.; Félix Ramos, M.E.; Gallego Montañés, M.A.; García González, M.
Hospital Virgen de la Salud, Toledo114

20-ECCE-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

Rojo Villar, P.; Molina Pereda, L.; Lanillos de la Cruz, M.J.; Granda Miranda, Y.; Medina González, E.M.; Torres Fernández, L.
Hospital General Universitario, Guadalajara115

21-ECCE-PLASMAFÉRESIS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA UCI COMARCAL

Fernández Martín, M.P.; Rodríguez Ramírez, I.(1); Rodríguez Ramírez, L.(2).
Hospital Santa Bárbara, Puertollano(1)
Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas(2)116

22-ECCE-ETIQUETADO Y MANTENIMIENTO DE PERFUSIONES IV. BUENAS PRÁCTICAS ENFERMERAS SEGÚN EVIDENCIA CIENTÍFICA

Rivero García R.M.; Pérez González E.M.; Jiménez López-Pelaez, M.I.; Cosano López, M.R.; Montes Oviedo, M.E.
Hospital General Universitario, Guadalajara.....117

ÍNDICE

ENFERMERÍA CARTELES CIENTÍFICOS

23-ECCE-CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS ENFERMERAS EN LA PROTECCIÓN MEDULAR TRAS LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LA AORTA TORÁCICA EN LOS PACIENTES DE LA UCI DE GUADALAJARA

Jiménez López-Pelaez M.I.; Rivero García R.M.; Montes Oviedo M.E.; Cosano López M.R.; Pérez González E.M.

Hospital General Universitario, Guadalajara118

24-ECCE- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

Montes Oviedo, M.E.; Cosano López, M.R.; Jiménez López-Peláez, M.I.; Pérez González, E.M.; Rivero García, R.M.

Hospital General Universitario, Guadalajara119

25-ECCE-CUIDADOS Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST-IMPLANTADOS DE MARCAPASOS TRANSITORIOS ENDOCAVITARIOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (HUGU)

Cosano López, M. R.; Jiménez López-Peláez, M. I.; Montes Oviedo, M.El.; Pérez González, E.M.; Rivero García, R.M.

Hospital General Universitario, Guadalajara120

26-ECCE-CUIDADO OCULAR EN EL ENFERMO CRÍTICO.

Félix Ramos, M.E.; Checa Parrilla, E.; Gallego Montañés, M.A.; García González, M.; Muñoz Manzananas, L.; Robas Gómez, A.

Hospital Virgen de la Salud, Toledo121

27-ECCE-PLAN DE ATENCIÓN ENFERMERÍA A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UCIP.

Pérez Jiménez, A.; Viejo Hernando, B.; Pérez Jiménez, C., Rivas Valenzuela, M.P.; Navarro Nicuesa, M. Ángeles; Ruíz Tarragona, R.O.; Larios Reyes, V.

Hospital General Universitario, Guadalajara122

28-ECCE-MONITORIZACIÓN DE LA SEDACIÓN DEL ENFERMO CRÍTICO; BIS; ÍNDICE BIESPECTRAL.

Puebla Martín, A.; Vázquez Rodríguez Barbero, I.; Puebla Martín, M. A.; Castellano Soriano, MG; Del Fresno Sánchez, M.M.; Rubio Serrano, M.P.; Espinar Ochoa, A.M.; Fernandez Paredes, I.

Hospital General Universitario, Ciudad Real123

30-ECCE-SÍNDROME DEL QT LARGO IMPORTANCIA DE LA CORRECTA MONITORIZACIÓN EN EL ENFERMO CRÍTICO

Puebla Martín, Amadeo1; .Vázquez Rodríguez Barbero, Inmaculada1; Puebla Martín, Miguel Ángel1; Moreno Grande M. L.; Del Fresno Sánchez, Mª del Mar1; Rubio Serrano, Mª Pilar1; Trujillo Juárez Juan Pablo1; Ramírez Orol, Miguel Ángel1; Espigares Ávila Rafaela2.

1 Diplomados Universitarios en Enfermería, 2 Técnicos en Cuidados de Enfermería.

Hospital General y Universitario, Ciudad Real124

MEDICINA
COMUNICACIONES ORALES
COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

01-DOM

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LESIÓN AGUDA DEL NEUROEJE CON DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA?

OBJETIVOS

Relacionar alteración directa o indirecta de función miocárdica con pacientes neurocríticos y su asociación con morbimortalidad.

MÉTODOS

Estudio prospectivo, comparativo, realizado en una UCI durante los últimos 18 meses. Se incluyen: pacientes que ingresen en situación neurocrítica. Se excluyeron: pacientes con fallo cardiaco crónico conocido, pobre calidad de imagen en la ecografía transtorácica (ETT), muerte cerebral, y SCACEST con niveles de troponina sérica anormales. Se recogió edad, sexo y procedencia. Además, al ingreso, a las 24 y 48 horas de hospitalización: APACHE II, SOFA, ecotranstorácico (ETT), etiología situación neurocrítica, administración de catecolaminas, tiempo de estancia y mortalidad intra-UCI, parámetros hemodinámicos, troponina I, lactato y electrocardiograma. Miocardiopatía si descenso FEVI mayor o igual al 15%. Presentamos las variables continuas normales por medio de su media (x), desviación estándar (DE) e Intervalo de Confianza 95% (IC95%); y las no normales por su mediana y rango intercuartil (RI). Estudio comparativo por medio de pruebas paramétricas para distribuciones normales y no paramétricas para no normales. Se realizó la chi cuadrado para variables nominales. Significación estadística $p \leq 0,05$.

RESULTADOS:

56 pacientes edad media 62 años, DE: 15,8 IC95% (57-66); hombres: 34 (60,7%), diagnóstico más frecuente: hemorragia intraparenquimatosa: 15 (27%). Estancia 5 días, RI (3-12). Fallecieron 18 (32,1%), de estos 13 (72,2%) presentaron cambios en el ECG ($p: 0,035$). Además, en los pacientes con cambios en el ECG presentaron troponina TUS más elevada ($p < 0,05$) y miocardiopatía ($p: 0,07$); que los que no. Se evidenció menor FEVI los pacientes con miocardiopatía en las primeras 48 horas de ingreso ($p < 0,05$), que los que no. Aquellos con miocardiopatía estuvieron más días ingresados ($p: 0,6$).

CONCLUSIONES

cambios en ECG se relacionan con alteración de la función ventricular, troponinas elevadas y mortalidad. Los pacientes considerados con miocardiopatía tenían menor FEVI y estuvieron más días ingresados, aunque este último no alcanzó significancia estadística.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belcour D1, Jabot J, Grard B, et al. Prevalence and Risk Factors of Stress Cardiomyopathy After Convulsive Status Epilepticus in ICU Patients. Crit Care Med. 2015 Oct; 43(10):2164-70.
- Richard Annals of Intensive Care 2011, 1:39.
- Ilan S. Wittstein, M.D., David R. Thiemann, M.D., Joao A.C. Lima, M. Neurohumoral Features of Myocardial Stunning Due to Sudden Emotional Stress. N engl j med 352;6.
- Lee, Pil Hyung et al. Outcomes of Patients with Stress-Induced Cardiomyopathy Diagnosed by Echocardiography in a Tertiary Referral Hospital. Journal of the American Society of Echocardiography, Volume 23, Issue 7 , 766 – 771.

02-DOM

UTILIDAD DEL ÍNDICE ROX COMO PREDICTOR DE FRACASO DEL TRATAMIENTO CON ALTO FLUJO CON CÁNULA NASAL EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA

INTRODUCCIÓN

El alto flujo con cánula nasal (AFCN) ha demostrado ser superior a la oxigenoterapia convencional en el tratamiento del fallo respiratorio agudo hipoxémico, y en algunas patologías, en pacientes bien seleccionados, ha demostrado no ser inferior a la ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Recientemente se ha publicado que la aplicación del índice ROX (ROXI), que resulta de dividir la saturación de oxígeno por la fracción inspirada de oxígeno y el resultado dividirlo por la frecuencia respiratoria ($ROXI = SpO_2 : FiO_2 / FR$), puede ser útil para predecir el fracaso de AFCN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde enero a diciembre de 2016 hemos tratado con AFCN a 24 pacientes con fallo respiratorio agudo o crónico agudizado (5 pacientes con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 2 con insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica y 17 con fallo respiratorio agudo hipoxémico). A todos los pacientes se les determinaba, entre otras variables, la SpO₂, FR y FiO₂ en situación basal (antes de la aplicación de AFCN), a la hora, a las 2 horas y a las 8 horas de tratamiento. Con estas variables hemos introducido en la base de recogida de datos el ROXI y hemos comparado el resultado entre los pacientes en los que fracasaba la técnica (se definió fracaso como la necesidad de VMNI o intubación y ventilación mecánica convencional) y en los que se conseguía un resultado favorable.

RESULTADOS

De los 17 pacientes hipoxémicos tratados con AFCN, se consiguió un resultado positivo en 14 pacientes, mientras que fracasó en 3. El ROXI medio a las 8 horas de los pacientes en los que se obtuvo un resultado favorable fue de 9,71 (6,60 – 15,93), mientras que en los que fracasó fue de 4,38 (3,78 – 4,98)

Conclusiones

1. Un ROXI inferior a 5 calculado a las 8 horas de tratamiento, se asoció, en nuestra serie, a fracaso de AFCN
2. Nuestros resultados concuerdan con lo publicado recientemente acerca de la predicción de fracaso del ROXI

BIBLIOGRAFÍA

Roca O, et al. Predicting success of high-flow nasal cannula in pneumonia patients with hypoxemic respiratory failure: The utility of the ROX index. Journal of Critical Care 2016; 35. 200-205

MEDICINA
COMUNICACIONES ORALES
COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

03-DOM

¿SE COMPORTA EL SÍNDROME METABÓLICO COMO UN FACTOR RIESGO PARA EL DESARROLLO DE UN EVENTO INFECCIOSO EN EL PACIENTE CRÍTICO?

INTRODUCCIÓN

La etiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del Síndrome Metabólico (SMET) siguen generando controversia en la actualidad. Quedan dudas sobre su capacidad para predecir la evolución a DMT2 o ECV, quedando la incógnita sobre si alguno de sus componentes por separado tienen una capacidad predictora y/o pronóstica superior que el propio SMET. Incluso la propia existencia del SMET y su utilidad clínica son controvertidas.

OBJETIVO

Analizar si la presencia del SMET en el paciente crítico (NCEP-ATP-III), se podría correlacionar con un aumento de la morbimortalidad en el paciente crítico, definida como el desarrollo de un evento infeccioso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional del tipo cohorte prospectivo. Se incluyeron todos los episodios de hospitalización en UCI que cumplieran los criterios diagnósticos y firmaran el consentimiento informado. El estudio se desarrolló en 2 etapas: Primera etapa: Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. 01/09/2006-30/04/2007. 304 pacientes. Segunda etapa: Hospital Santa Bárbara, Puertollano. 01/03/2011-31/12/2011. 199 pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron un todas de 504 pacientes. El porcentaje de SMET fue del 53,4%, sin encontrar diferencias entre sexos.

En el estudio bivariado, encontramos que los pacientes con SMET tenían un mayor porcentaje de EINF (sin alcanzar significación) de forma global,

y > ITU e infección abdominal de forma significativa que los pacientes que no padecían este síndrome.

Con respecto a la IN, nuestros datos mostraron un porcentaje más elevado de IN en los pacientes con SMet (24,6 vs 20,2 %), pero esta diferencia no llegaba a alcanzar significación estadística.

Posteriormente al realizar en análisis de regresión logística encontramos que de todas las variables incluidas en el modelo era el SMET el único que actúa como FR para el desarrollo de un EINF.

Los pacientes que cumplían criterios de SMET tenían 2,20 veces más probabilidad de desarrollar un EINF durante su hospitalización.

Con respecto al desarrollo de una IN, encontramos también que el SMET fue el único que actuaba como FR, para el desarrollo de una IN.

Los pacientes que presentaban un SMet tenían 2,61 veces más probabilidad de desarrollar una IN.

CONCLUSIONES:

1.El SMET se comportó como un FR para el desarrollo de un EVENTO INFECCIOSO y una INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

2.La presencia del SMET en los pacientes críticos por tanto tiene un impacto clínico importante (mayor porcentaje de IN (2,61 veces más probabilidades de desarrollarla) y EINF (2,20 veces más probabilidad de presentarlo) que repercutirán en el gasto sanitario, por lo que será necesario implantar estrategias preventivas y terapéuticas para minimizar sus consecuencias.

MEDICINA
COMUNICACIONES ORALES
COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

04-DOM

RELACIÓN ENTRE BALANCE HÍDRICO POSITIVO Y MORTALIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO: ¿CÓMO MEDIR LA SOBRESHIDRATACIÓN?

INTRODUCCIÓN

El balance hídrico positivo se ha asociado con disfunción orgánica y morbimortalidad. Actualmente no disponemos de mediciones fiables de sobrehidratación que permitan un ajuste adecuado de sueroterapia en nuestros enfermos.

OBJETIVOS

Evaluar la correlación existente entre diferentes sistemas de medida de hidratación (ecografía torácica, bioimpedancia y balances hídricos extraídos de las gráficas de UCI-BH-) y su relación con soporte vital, estancia y mortalidad.

MÉTODO

Estudio prospectivo descriptivo realizado en la UCI de un hospital terciario en Octubre-Febrero 2016, comparando sistemas de medición de sobrehidratación: realizamos tres bioimpedancias (ingreso, 48 horas y al alta:BI,BII,BIII) y tres ecografías torácicas contabilizando líneas B según protocolo LUS (IDEM: LI,LII,LIII) y recogimos balances estimados en gráficas. Analizamos variables demográficas, clínicas y de manejo terapéutico, estancia y mortalidad en UCI e intrahospitalarias. Se excluyeron los pacientes con SDRA, cirugía/intervencionismo torácico y aquellos con prótesis/stents metálicos.

RESULTADOS

Incluimos 56 pacientes, 33 varones (58.9%), edad media 61.9 (DE 13, IC95%(58.4-65.5)), APACHEII medio 17 (DE 5.4, IC95%(15.5-18.5)), estancia mediana en UCI 5 (4-8) y total 16(10-28), mortalidad intrauci 3(5.4%) y total 7(12.5%) enfermos. No hubo diferencias en las características de los fallecidos y no fallecidos (sexo, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, insuficiencia renal crónica, cardiopatía, neumopatía y arteriopatía, motivo de ingreso) a excepción de mayor edad (72,DE11,IC95%(62-82) vs 60,DE13,IC95%(56-64);p0.02) y a menudo mayor APACHEII (20,DE4,IC95%(16-24) vs 17,DE5,IC95%(15-19);p0.1) en los fallecidos. Los exitus precisaron más frecuentemente aminas (5(71.4%) vs 11(26.2%);p0.02) y a menudo más ventilación mecánica-VM- (4(57.1%) vs 12 (28.6%);p0.14). Los "sobrehidratados" por BI recibieron más aminas(p0.05), por LI y LII más VM(p<0.01) y por BI y BIII tuvieron más fracaso renal al alta de UCI (p<0.05); no hubo diferencias en reemplazo renal ni en incidencia de fibrilación auricular. Los más "sobrehidratados" por BII permanecen más días en UCI (p0.04). Los fallecidos tendían a tener mayor sobrehidratación medida por ecografía (LI 40(10-88) vs 13(2-37);p0.06//LII 31(3-42) vs 8(3-26);p0.7// LIII 22(7-36) vs 11 (1-39);p0.7) y por bioimpedancia (BI 1.8(-1.9-2.3) vs 0.5(-0.5-3);p0.6// BII 4,DE6.8,IC95%(-6.8-14.8) vs 2.2,DE5.4,IC95%(-0.6-5);p0.5// BIII 1.4,DE6.3,IC95%(-8.6-11.4) vs 0.9,DE3.8,IC95%(-1-2.9);p0.8) al ingreso, 48 horas y alta. No encontramos correlación entre sobrehidratación medida por ecografía o bioimpedancia con BH.

CONCLUSIÓN

Los pacientes críticos "sobrehidratados" por bioimpedancia a menudo precisan más aminas y presentan más fallo renal al alta de UCI y los "sobrehidratados" por ecografía necesitan más VM. Los fallecidos tendían a presentar mayor sobrehidratación medida por ecografía torácica y por bioimpedancia al ingreso, 48horas y al alta. No encontramos correlación entre estas mediciones y BH.

MEDICINA
COMUNICACIONES ORALES
COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

05-DOM

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES NO SUBSIDIARIOS DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL QUE RECIBIERON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTRODUCCIÓN:

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una opción de tratamiento en la insuficiencia respiratoria aguda en pacientes candidatos a cuidados intensivos, pero no subsidiarios de intubación orotraqueal (IOT). El objetivo de nuestro estudio es analizar las características y los resultados de estos pacientes en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes que precisaron VMNI en UCI durante un año. Se analizan las diferencias entre los pacientes subsidiarios de IOT o no, en cuanto a edad, sexo, APACHE, comorbilidad, diagnóstico, duración de VMNI, estancia en UCI y mortalidad en UCI y hospitalaria. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS

Recibieron en el período analizado VMNI, 132 pacientes. De ellos 33 (19.4%) fueron considerados no intubables. En cuanto a las características de los pacientes se encontró que los pacientes no subsidiarios de IOT tenían una mayor edad $71,91 \pm 12,07$ vs $62,99 \pm 13,87$ ($p=0.01$) y una mayor comorbilidad (≥ 4), a expensas sobre todo de más cardiopatías (63,6% vs 34,3%, OR 0.46) y nefropatías (36,4% vs 19 %, OR 0.52). No había diferencias estadísticamente en el APACHE II ni en otras comorbilidades como EPOC, hipertensión arterial, diabetes o diagnóstico de ingreso entre ambos grupos, siendo los más frecuentes la insuficiencia cardíaca (27.3 % vs 20,4%) y el EPOC reagudizado (21,2% vs 12.4 %). La estancia en UCI fue de $14,81 \pm 14,81$ vs $5,82 \pm 5,39$ días ($p=0.01$). En cuanto a la mortalidad en UCI se objetivó una mayor mortalidad en pacientes no intubables [30.3 % vs 10.9 %, OR 1.24 (0.98-1.56)] resultado sin significación estadística; también fue mayor la mortalidad hospitalaria [63,6% vs 16.1%, OR 0,18 (0.10-0.31)], este último con significación estadística.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio los pacientes no subsidiarios de UCI eran más mayores y con una alta comorbilidad, siendo la mortalidad hospitalaria del 66%. Por ello creemos importante la elaboración de protocolos sobre cuando, quienes y donde deben recibir la VMNI, así como valorar la mortalidad tras el alta hospitalaria y su calidad de vida, por ejemplo a los tres meses, con el principal objetivo de optimizar al máximo el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Azoulay E, Kouatchet A, Jaber S, et al. Noninvasive mechanical ventilation in patients having declined tracheal intubation. Intensive Care Med. 2013; 39: 292–301.
- Cabrini L, Landoni G, Bocchino S, et al. Long-Term Survival Rate in Patients With Acute Respiratory Failure Treated With Noninvasive Ventilation in Ordinary Wards. Clinical investigations. 2016 Dec; 44 (12): 2139-2144.
- Rialp Cervera G, Castillo Blanco A, Pérez Aizcorreta O, Parra Morais L. Ventilación mecánica no invasiva en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en el edema agudo de pulmón cardiogénico. Medicina Intensiva. 2014; 38 (2): 111-121.
- Ferreyra G, Fanelli V, Del Sorbo L, Ranieri VM. Are guidelines for non-invasive ventilation during weaning still valid?. Minerva Anestesiol. 2011 Sep; 77 (9): 921-925.
- Azoulay E, Demoule A, Jaber S, et al. Palliative noninvasive ventilation in patients with acute respiratory

MEDICINA
COMUNICACIONES ORALES
COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

06-DOM

PRONO EN EL DISTRES: EL ECOCARDIO SE CONVIERTE EN UN INDISPENSABLE

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) en sí mismo y por la Ventilación, con frecuencia produce cor pulmonare. El decúbito prono (DP) mejora la relación V/Q y disminuye la P transpulmonares, mejorando las presiones en el Ventrículo Derecho (VD).

OBJETIVOS

Estudiar los cambios ecocardiográficos antes y después del DP en pacientes con SDRA.

METODOS

Estudio observacional prospectivo en UCI de Albacete entre 2015-2016. Se incluyen los SDRA con ecocardiografía. Se recogen variables demográficas y variables ecocardiográficas referentes a ventrículo izquierdo (VI) y (VD), según las guías de ecocardiografía. Los resultados se presentan mediante media con desviación estándar (DE) o porcentajes. Según la variable se utilizó chi cuadrado, t Student o U Mann-Whitney.

RESULTADOS

se incluyen 47 pacientes con SDRA. La edad media es 63,3;DE:15,3(IC95:59-68) años, el 59,6% son hombres. APACHE II 21,13;DE6,3(IC95:2,72). El 42,5% están ventilados en Volumen Controlado Regulado por Presión. El 51% tienen presiones meseta (Pm) mayores de 27 y compliance media 34;DE13(IC95:30-38). El 60% tiene ecocardiografía y el 40% no lo tienen. La FEVI media es 53%DE:9,4 (IC95:47-59), el MAPSE medio es 15;DE:3,2 (IC95:13-17), el TAPSE medio es 20;DE:4 (IC95:18-23), la longitud transversal del VD (LTVD) media es 43;DE:7 (IC95:39-48) mm y el 36% tienen movimiento paradójico del septo (MPS). El análisis nos muestra que pronamos al 79% de los pacientes que tienen Pm >27cmH₂O (p0,001). Pronamos al 50% de los pacientes con TAPSE <17 (p0,5), al 62,5% de los que desplazan el septo (p0,5) y al 69% de los que tienen una longitud transversal del VD >40 mm (p0,3). Tras el DP, el TAPSE medio mejora hasta 22,4;DE4,3(IC95:19-26) mm, en un 92% mejora por encima de 17mm (p0,3); al igual que LTVD 39,2;DE4,6(IC95:36-43), mejorando en un 50% con diámetros <40 mm (p0,8) y al igual que el MPS, que un 83% no desplazan septo (p0,7). De la misma forma, las Pm descienden <27 cmH₂O en un 62% tras el DP, p0,06.

CONCLUSIONES

La ecocardiografía pueden ayudarnos a identificar pacientes con SDRA y VD para intensificar el tratamiento. Tras el prono las Pm y las variables que indican disfunción del VD (el TAPSE, la LTVD y el MPS) mejoran pero sin significación estadística.

BIBLIOGRAFÍA

- Boissier F et al. Prevalence and prognosis of cor pulmonale during protective ventilation for acute respiratory distress syndrome. IntensiveCareMed (2013) 39:1725–1733.
- Jardin F, Vieillard-Baron A. Is there a safe plateau pressure in ARDS? The right heart only knows. IntensiveCareMed (2007)33:444–447

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

01-DCCM

EVALUANDO MORTALIDAD INTRAUCI EN MAYORES DE 80 AÑOS: NUESTRA EXPERIENCIA

INTRODUCCIÓN

Un manejo inadecuado de fluidoterapia, drogas vasoactivas y soporte vital se relaciona con aumento de mortalidad en el shock.

OBJETIVO

Establecer diferencias en cuanto al manejo terapéutico del shock entre los pacientes fallecidos en UCI y en el hospital y los no fallecidos.

MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo en pacientes ingresados por shock en la UCI de un hospital terciario en 2013-2015. Recogimos variables demográficas, clínicas y de manejo terapéutico, estancia intrauci y mortalidad intraUCI e intrahospitalaria. SPSSv15.

RESULTADOS

Incluimos 189 pacientes con diagnóstico de shock, de los cuales fallecieron intraUCI (E1) 42 (22.2%) y en el hospital (E2) 66 (34.9%). No hubo diferencias en las características de los pacientes (edad, sexo, HTA, DM, cardiopatía, neumopatía, insuficiencia renal crónica y tipo de shock) entre E1 y E2 frente al grupo de no fallecidos (NE), excepto para SOFA, mayor en E1 y E2 frente a NE ($p<0.000$). Los fallecidos E1 y E2 tuvieron mayores niveles de lactato los tres primeros días frente a NE ($p<0.05$). Los fallecidos E1 y E2 solían haber recibido más fluidoterapia los tres primeros días, significativo para E1 el tercer día ($p<0.01$). E1 y E2 tuvieron menos pérdidas reales segundo y tercer día que NE ($p<0.01$). Muy llamativo que E1 y E2 recibieran menos dosis de noradrenalina primer día frente a NE ($p<0.05$) y sin embargo mantuvieran dosis más altas segundo y tercer día ($p<0.000$). E1 y E2 precisaron más frecuentemente dobutamina, corticoides de shock y terapias continuas de reemplazo renal que NE ($p<0.01$). En los grupos E1 y E2 hubo mayor incidencia de fibrilación auricular intraUCI y mayor diagnóstico de SDRA que en grupo NE ($p<0.05$). En cuanto a estancia hospitalaria, no hubo diferencias entre E1 y NE, pero sí entre E2 y NE, permaneciendo los fallecidos más días ingresados en críticos ($p<0.02$).

CONCLUSIÓN

Los pacientes que fallecen son los más graves y los que más tiempo permanecen en UCI si tenemos en cuenta mortalidad intrahospitalaria. Los fallecidos (intraUCI y en el hospital) presentan mayores niveles de lactato los tres primeros días, reciben menos dosis de noradrenalina las primeras 24 horas y más segundo y tercer día, acumulan mayor balance hídrico en general y presentan más SDRA y más fibrilación auricular de novo en UCI. Los que fallecen intraUCI y en el hospital requieren más frecuentemente dobutamina, corticoides de shock y terapias de reemplazo renal.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

02-DCCM

LOS INTENSIVISTAS FRENTE A LOS RESULTADOS ANALÍTICOS DEL HOSPITAL COMARCAL: NO SOMOS EFICIENTES. ¿ESCRIBIMOS LO QUE HACEMOS?

INTRODUCCIÓN

El trabajo que realiza un intensivista en el hospital no es sólo el trabajo de los pacientes ingresados, en muchos casos hay actividad que no queda plasmada en las estadísticas del hospital y es un trabajo no reconocido de los intensivistas. De igual manera, en ocasiones no se identifica la escritura del intensivista en la historia clínica (HC)

OBJETIVOS

Descripción y análisis del trabajo extraUCI realizado por intensivistas durante 9 años en un hospital comarcal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se creó una base de datos en Access donde registramos los pacientes atendidos fuera de la UCI sin ingreso en ella (Exploraciones, tratamientos, técnicas, o acto médico). Se realiza un análisis cuali y cuantitativo durante 9 años (2008-2016): Motivo del acto médico, médico que lo realiza, registro en la historia clínica (HC), y las especialidades donde se realizan. Solo está analizado el trabajo registrado, es posible que haya actividad real que no ha sido registrada. Se realizó un seguimiento de un 5% de las HC anotadas para comprobar que la escritura en la HC por parte del intensivista era real. Resultados: El 100% de las escrituras en la HC era correcta. Por médicos no hay una homogeneidad en los resultados. El total de actos realizados anotados es de 1939. El principal motivo de consulta son las sedaciones en digestivo (45,41%), seguido de atención en consulta de críticos (16,75%), y seguimiento de pacientes en planta (11,8%). Por especialidades la que más nos requiere es digestivo (47,14%), seguido de urgencias (16,97%) y observación (11,6%). Comenzamos reflejando en la Historia clínica un 22,9% hasta llegar al Año 2016 con un 84,5%.

CONCLUSIONES:

1. No todos los médicos registran su trabajo extraUCI en la base de datos. Posiblemente el trabajo sea mayor al estudiado.
2. Los intensivistas realizamos un trabajo importante no reconocido fuera de la UCI
3. En nuestro hospital la sedación en digestivo tiene la principal fuente de trabajo externo.
4. Con el paso del tiempo hemos creado la cultura de escribir en las HC, dándole valor real a nuestro trabajo.
5. Hay trabajo externo no registrado: organización de cursos, puesta en marcha de protocolos, seguridad del paciente, etc que dan valor añadido a nuestro trabajo.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

03-DCCM
HAY FORMAS DE HACERLO MÁS FÁCIL Y SEGURO

INTRODUCCIÓN

Cada vez hay mayor tendencia al uso de calculadoras médicas para prescribir el tratamiento ajustado de los pacientes. La puesta en marcha de estrategias conjuntas con nuevas tecnologías y realización de medidas calculadas automáticamente en el tratamiento generan mayor facilidad y seguridad en la prescripción del tratamiento del paciente grave

Objetivo

Presentación y experiencia de uso de una hoja de calculo para la obtención final del tratamiento de los trastornos hidroelectrolíticos en la hipo-hipernatremia y cetoacidosis diabética

Material y Método

Con el programa Excel de Microsoft, se programó una hoja de Excel, donde se incluían 3 hojas de cálculo: hiponatremias, hipernatremias, y cetoacidosis diabética. En cada una de ellas se planificaron macros ocultas para el cálculo posterior de los valores/necesidades de fluidos en el tiempo y administración de iones. Se introducen valores de bioquímica y gasométricos. La hoja ofrece campos rellenables y otros no rellenables.

Resultados

La hoja calcula directamente los fluidos e iones que deben administrarse en función de los parámetros escritos y los tiempos de infusión, permitiendo un informe que puede imprimirse o copiar en la hoja de tratamiento.

Conclusiones

- 1) La hoja puede incluirse y cualquier ordenador o *tablet* y ser reproducible.
- 2) El uso se ha generalizado en nuestro hospital en varios servicios.
- 3) Su uso es intuitivo y de fácil utilización.
- 4) Es una herramienta fundamental en urgencias y cuidados intensivos .

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

04-DCCM
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EMBARAZADAS

INTRODUCCIÓN

La embolia de líquido amniótico (ELA) es una complicación obstétrica no prevenible ni predecible cuyo diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica. La incidencia descrita en la literatura es de hasta 12 casos cada 100.00 partos/año. Tiene lugar durante o en el postparto inmediato siendo excepcional su aparición en el postparto tardío. Entre los factores de riesgo se han descrito el parto prematuro e instrumental, inducción mecánica del parto, multiparidad, laceraciones cervicales o eclampsia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos a dos pacientes, una con alta sospecha de presentar ELA y otra con ELA confirmada postmortem.

RESULTADOS

La incidencia en un año en nuestro área de influencia ha sido de 2 casos entre 1937 partos y la mortalidad fue del 50%. Aunque la edad no es un factor de riesgo establecido ambas pacientes tenían 37 años y, por tanto, son consideradas madres añosas. En una de las pacientes presentó la ELA durante el expulsivo y el ritmo de parada fue asistolia, mientras que la otra se produjo con embarazo a término sin trabajo de parto y el ritmo de parada fue actividad eléctrica sin pulso.

Conclusiones

Clínicamente se caracteriza por hipoxia, shock hemodinámico, PCR y CID, debido a que el líquido amniótico tiene un efecto similar a la tromboplastina. No existen hallazgos patognomónicos para el diagnóstico siendo éste de exclusión. Entre las pruebas complementarias, aunque las manifestaciones radiológicas son inespecíficas, habitualmente se visualizan áreas homogéneas o heterogéneas bilaterales difusas con aumento de opacidad. El pronto diagnóstico y tratamiento con la instauración de maniobras de soporte vital óptimas suponen la diferencia entre la vida y la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Stevens L. Clark, MD. Embolia de líquido amniótico. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 337-48
- Nobrega-Correa H et al. Embolia de líquido amniótico. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54 (8): 420-422
- Abenhaim HA, Azoulay L, Kramer MS, Leduc L. Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a population-based study on 3 million births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:49.e1.
- Fitzpatrick KE, Tuffnell D, Kurinczuk JJ, Knight M. Incidence, risk factors, management and outcomes of amniotic

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

05-DCCM

¿SE ASOCIA EL SÍNDROME METABÓLICO CON EL DESARROLLO DE UNA COMPLICACIÓN CARDIOVASCULAR DURANTE LA ESTANCIA EN UCI?

INTRODUCCIÓN

Estamos ante un problema de Salud Pública de 1er orden, con una incidencia y prevalencia crecientes tanto de los FRCV como del SMET. A su vez, los pacientes críticos son susceptibles de presentar una evolución clínica desfavorable. Conllevan un alto porcentaje de discapacidad. Gran repercusión en los costes de la asistencia sanitaria.

OBJETIVO

Analizar si la presencia del SMET en el paciente crítico (NCEP-ATP-III), se podría correlacionar con el desarrollo de una complicación cardiovascular (CCV).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional del tipo cohorte prospectivo. Se incluyeron todos los episodios de hospitalización en UCI que cumplieran los criterios diagnósticos y firmaran el consentimiento informado. Se incluyeron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (FRCV y CCV).

Se incluyeron un total de 504 pacientes. El porcentaje de SMET fue del 53,4%, sin encontrar diferencias entre sexos.

Criterios diagnósticos del NCEP-ATP III modificados:

1. **Obesidad abdominal**, circunferencia de la cintura ≥ 102 cm en hombres o ≥ 88 cm en mujeres.
2. **TG en ayunas ≥ 150 mg/dl** en analítica preoperatoria en los pacientes sometidos a cirugía programada y/o en analítica realizada en los 6 meses previos al ingreso o AP de HTG.
3. **HDL-col < 40 mg/dl en hombres o < 50 mg/dl en mujeres** en analítica preoperatoria en los pacientes sometidos a cirugía programada y/o en analítica realizada en los 6 meses previos al ingreso.

	General	Hombre	Mujer	p
CV, %(n)	23,3(114)	20,3(64)	28,6(50)	0,038
ACV isquémico, %(n)	2,9(14)	0,9(3)	6,3(11)	0,001
ACV hemorrágico, %(n)	0,8(4)	0,6(2)	1,2(2)	ns
Shock Cardiogénico, %(n)	9,2(44)	8,3(26)	11,5(20)	ns
SCA, %(n)	4,65(23)	5,1(16)	4,2(7)	ns
Arritmia ventricular, %(n)	2,3(11)	3,5(11)	0,6(1)	0,04
EAP y/o ICI, %(n)	8,1(39)	5,7(18)	12,1(21)	0,013
Evento vascular periférico, %(n)	2,1(10)	1,9(6)	2,3(4)	ns
TEP, %(n)	1,2(6)	1,6(5)	0,6(1)	ns
FA, %(n)	4,2(20)	3,5(11)	5,2(9)	ns

Encontramos que los pacientes presentaban un elevado porcentaje de CCV (23,3%), más en el sexo femenino. Las mujeres mostraron un > porcentaje de ACV isquémico, EAP y FA y los hombres de SCA y arritmia ventricular.

	SMet+	SMet-	p
CV, %(n)	31,1(80)	13,9(31)	<0,001
ACV isquémico, %(n)	3,5(9)	2,2(5)	ns
ACV hemorrágico, %(n)	1,2(3)	0,5(1)	ns
Shock Cardiogénico, %(n)	10,9(28)	7,2(16)	ns
SCA, %(n)	5,8(15)	2,3(5)	ns
Arritmia ventricular, %(n)	1,9(5)	2,7(6)	ns
EAP y/o ICI, %(n)	13,2(34)	2,3(5)	<0,001
Evento vascular periférico, %(n)	1,9(5)	2,2(5)	ns
TEP, %(n)	0,8(2)	1,8(4)	ns
FA, %(n)	7,2(18)	0,9(2)	0,001

En relación con el desarrollo de CCV en el estudio bivariado, el SMET se comportó como FR para el desarrollo de una CCV (31,1% vs 13,9%, $p < 0,001$), de forma global y para el desarrollo de ICI-EAP (13,2% vs 2,3%, $P < 0,001$) y FA (7,2% vs 0,9%, $p \leq 0,001$), como se muestra en la tabla. Sin embargo al realizar el ajuste por las otras variables de interés incluidas en el modelo, fue la edad fue la única variable que actuaba como FR, para el desarrollo de una CCV (OR 1,05 (IC 1,05-1,07)).

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

05-DCCM

¿SE ASOCIA EL SÍNDROME METABÓLICO CON EL DESARROLLO DE UNA COMPLICACIÓN CARDIOVASCULAR DURANTE LA ESTANCIA EN UCI? (Continuación)

	OR cruda	p	(IC)	OR ajustada	p	(IC)
Sexo varón	0,64	0,04	(0,42-0,98)	0,67	0,14	(0,67-1,14)
Edad	1,04	<0,001	(1,03-1,06)	1,05	<0,001	(1,05-1,07)
HTA	2,86	<0,001	(1,77-4,62)	0,89	0,76	(0,41-1,92)
DMT2	1,73	0,01	(1,13-2,67)	1,01	0,98	(0,57-1,76)
SMet	2,79	<0,001	(1,76-4,44)	1,84	0,13	(0,83-4,08)
Obesidad	1,44	0,17	(0,85-2,44)	1,01	0,97	(0,56-1,83)
Dislipemia	2,01	0,001	(1,32-3,09)	1,08	0,77	(0,63-1,88)

CONCLUSIONES

- Nuestros pacientes presentaban un porcentaje del 23,3% de CCV, siendo más frecuente en el sexo femenino.
- La edad fue la única variable que actuaba como FR, para el desarrollo de una CCV. Por tanto nuestros pacientes por cada año de edad tenían 1,05 veces más probabilidad de desarrollar una CCV.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

06-DCCM
EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA

INTRODUCCIÓN

Un 5-10% de pacientes críticos necesita una técnica de remplazo renal (TRR). Las TRR suponen una intervención sobre el paciente que puede conllevar complicaciones. El objetivo fue analizar nuestros resultados y elaborar un plan de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes que precisaron TRR en el último trimestre de 2014. Se recogieron variables demográficas, indicación y duración de TRR, acceso vascular, anticoagulación, evolución función renal y mortalidad. Los datos se presentan como media±desviación estándar para variables continuas y porcentaje para variables cualitativas.

RESULTADOS

De los 355 ingresos, 18 (5,07%) precisaron TRR. La edad fue 65,2±13,2 años, siendo varones 12 (66,7%). Tenían insuficiencia renal crónica 5(27,8%) con 1(5,6%) en hemodiálisis. La procedencia era urgencias 8 (44,4%) y hospitalización 7 (38,9%). El APACHE II al ingreso en UCI era 22,9±6,6. La patología más frecuente era médica 12 (66,7%). El SOFA renal al ingreso en UCI era 0: 5 (27,8%); 1: 2(11,1%); 2: 7 (38,9%); 3:3 (16,7%); 4:1(5,6%). Entre los factores de riesgo un 66,7% tenían sepsis y un 60% drogas vasoactivas. La indicación principal fue oliguria y/o alteraciones hidroelectrolíticas 11 (60,1%). El acceso vascular más frecuente fue femoral derecho 9 (50%). La anticoagulación con heparina se utilizaba en 41% de los casos, siendo la trombopenia (60%), la contraindicación más frecuente. La duración de TRR fue 111,4±98.7 horas. La duración de los filtros fue 42,3± 31,5 horas, con un 40% de filtros con duración < 24 horas. La mortalidad en UCI fue de 6 (33,3%) y la necesidad de TRR al alta de UCI fue 2 (11%).

CONCLUSIONES

La incidencia de TRR en nuestra unidad es similar a la descrita en la literatura (5%), si bien nuestra mortalidad (33%) y datos de recuperación de función renal (90%) son mejores. Es muy importante el análisis de resultados para detectar posibles mejoras. En nuestro caso se realizó un plan de mejora con aumento de la formación del personal, protocolo de acceso vascular de TRR; revisión del protocolo de anticoagulación con heparina, introducción de la anticoagulación con citrato y elaboración de un registro. Actualmente estamos analizando los resultados del mismo, si bien hemos objetivado que el acceso más frecuente en la actualidad es la yugular derecha con un 40%.

BIBLIOGRAFÍA:

- KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Volume 2, Issue 1, March 2012
- Initiation Strategies for Renal-Replacement Therapy in the Intensive Care Unit. N Engl J Med 375;2 nejm.org July 14, 2016
- Effect of Early vs Delayed Initiation of Renal Replacement Therapy on Mortality in Critically Ill Patients With Acute Kidney Injury. JAMA, May 24/31, 2016. Volume 315, Number 20

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

07-DCCM

**¿INFRAESTIMAMOS LA INCIDENCIA DE ESTATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO?
ESTUDIO RETROSPECTIVO TRAS DISPONER DE MONITORIZACIÓN
ELECTROENCEFALOGRÁFICA URGENTE**

OBJETIVO

Evaluar la mortalidad y pronóstico del paciente con estatus epiléptico (EE), tratamiento y tiempos hasta el diagnóstico, y beneficio con Electroencefalograma (EEG) urgente (Neurofisiólogo de guardia localizada) desde 2015.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo, de 2013-2015, en UCI polivalente de 12 camas de un Hospital terciario. Se presentan las variables de distribución normal con media, desviación estándar (DE) e IC 95%; variables no normales por su mediana, rango intercuartil (RIC) y las proporciones por número absoluto y porcentaje. El estudio comparativo por chi-cuadrado en cualitativas, pruebas paramétricas en variables normales, y no paramétricas en no normales. Significación estadística $p < 0.05$. Analizador SPSS 15.0.

RESULTADOS

Estudiamos 49 pacientes, mujeres 27 (55,1%), con mediana de edad 61 años (RIC 25-75, 49-75), APACHE II medio 15.31, DE 7,2 IC 95% (3-34), SOFA al ingreso medio 6,2 DE 3,57 IC 95% (0-15), Escala coma de Glasgow (GCS) de ingreso medio 8,1 DE 4.38 (1-15). Etiología mayoritaria tóxico-metabólica 11 (22,4%), seguida de infecciones del SNC 8 casos (16.3%). Presentación como EE convulsivo (EEC) en 32 casos (65,3%), no convulsivo (EENC) 17 (34,7%), con Rankin al alta desfavorable (>2) en EENC vs convulsivo ($p=0.00$). De los EEG realizados ante la sospecha clínica de EE, eran convulsivos 58,3% frente a 41,7% no convulsivo (año 2014) con significación estadística 95% ($p=0.009$); en 2015, el 70% eran EENC frente a 30% EEC ($p=0.002$). Sedoanalgesia profunda en 41 (83,7%), resolución del estatus con 2 FAEs de media, DE 1-2 (3-15). Estancia en UCI mediana 4 días, RIC 25-75 (2-16), hospitalaria de 15 días (7-27).

Existe relación estadísticamente significativa 95% entre APACHE II ($p=0,004$), SOFA ($p=0,000$), GCS ($p=0,012$) y la Mortalidad en UCI. Edad no significativa ($p=0,058$). Con respecto a los tiempos (hasta el diagnóstico, hasta el ingreso en UCI y duración del EE) encontramos mayor duración del EE en el no convulsivo. Inicio de tratamiento en <4 horas en EE convulsivo en 60% frente a 40 % no convulsivo ($p=0,7$). Tiempo desde el inicio de síntomas hasta hospitalización, el grupo <6 horas, un 63,2% en EE convulsivo, 36,8% no convulsivo. Mayor mortalidad en EE no convulsivo ($p=0,065$).

CONCLUSIONES

EL EE es una patología grave con secuelas desfavorables que se beneficia de una asistencia dirigida urgente. La monitorización de EEG evita el infradiagnóstico del EENC, asociado a peor pronóstico. Además parece reducir el tiempo hasta el inicio del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Fawaz A, MD, et al FNCS*. Status Epilepticus Review. Crit Care Clin 30 (2014) 751–764
- Dieter S et al. Drug treatment of epilepsy in adults. BMJ 2014;348:g2546.
- Fernández-Torre J. Estado epiléptico no convulsivo en adultos en coma . Rev Neurol 2010; 50: 300-8

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

08-DCCM

APACHE GLOBAL: ¿SIRVE PARA EXPRESAR LA REALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS? ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA UCI DEL C.H. MANCHA CENTRO

INTRODUCCIÓN

APACHE II (1) es un sistema de puntuación que se obtiene mediante varios parámetros y que se utiliza para clasificar la severidad o gravedad de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Es aplicado dentro de las primeras 24 horas (2). A mayor puntuación le corresponde patología más grave y mayor riesgo de muerte.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un estudio descriptivo de la actividad de la UCI del C. H Mancha Centro de Alcázar de San Juan que incluye a la totalidad de los pacientes ingresados en un periodo de tiempo de cuatro años (2013-2016). Se valoran los siguientes parámetros: APACHE, estancia media real y mortalidad; y se han subdividido por tipo de paciente.

RESULTADOS

De un total de 1.715 pacientes, 1.025 fueron médicos (coronarios 447), 170 quirúrgicos, 75 traumatológicos, 6 ginecológicos, 3 pediátricos y 431 marcapasos. Los resultados muestran una mayor mortalidad en el grupo de pacientes médicos no coronarios, en torno a un 17.02%. Los pacientes médicos no coronarios, los quirúrgicos y los traumatológicos presentan unos valores similares de estancia media en la UCI (con una media de 10.46, 10.88 y 11.86 días respectivamente) y APACHE similar, con una puntuación media entre 19.60 y 19.74. Así mismo, los pacientes con menor puntuación (marcapasos, ginecológicos y pediátricos, con APACHE 11.55, 12.77 y 8.75) presentan una menor mortalidad y menos días de estancia media en la UCI.

CONCLUSIONES

Se observa una clara relación entre la puntuación del APACHE II y la morbimortalidad. Al desglosar los pacientes en subtipos cabe destacar que existen diferencias de hasta 12 puntos en el APACHE II, debidas a la heterogeneidad de los pacientes ingresados, que no queda reflejada al realizar una valoración global.

BIBLIOGRAFÍA

- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med 1985;13:818-829.
- Serrano N, Garcia A, Mora M, Fedriani J. Validación de los Mortality Probability Models II al ingreso (MPM II-0), a las 24 horas (MPM II-24), y a las 48 horas (MPM II-48) comparados con las predicciones de mortalidad hospitalaria de APACHE II y SAPS II realizadas en los días 1 y 2 de estancia en UCI. Med Intensiva 2000;24:49-60.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

09-DCCM

OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA NEBULIZADA EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA

INTRODUCCIÓN

En torno al 50% de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente requieren ventilación mecánica (VM). La terapia nebulizada forma parte del manejo habitual de broncopatías agudas y crónicas. Además, el incremento de patógenos multirresistentes causantes de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM), ha propiciado el uso de antimicrobianos por vía inhalatoria en los últimos años.

La eficacia de estas terapias depende, en buena medida, de un adecuado control de los factores implicados en la VM.

OBJETIVOS

Conocer qué parámetros de la VM permiten optimizar la eficacia de la terapia nebulizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de trabajos originales recogidos en las bases de datos Pubmed, Lilacs, Tripdatabase, PEDro y Cochrane.

Se excluyeron artículos de revisión, trabajos realizados en pacientes con ventilación no invasiva y en población pediátrica.

RESULTADOS

Entre los parámetros estudiados, la posición del aerosol con respecto al tubo endotraqueal influye en la entrega del fármaco, siendo la distancia ideal de 30cm. El volumen tidal ≥ 500 ml y los flujos más bajos disminuyen el acúmulo del fármaco en las tubuladuras. Es preciso un tiempo inspiratorio suficiente, con relación tiempo inspiratorio/tiempo espiratorio $>1/3$

No hay claras diferencias según la modalidad de ventilación empleada ni en el uso de PEEP.

La utilización de gases de baja densidad mejora la correcta nebulización de los broncodilatadores.

CONCLUSIONES

Debemos conocer qué factores influyen en la eficacia del tratamiento nebulizado en los pacientes en VM. Hay poca literatura al respecto, por lo que deberían realizarse en el futuro estudios bien diseñados.

BIBLIOGRAFÍA

- Dhand R. *Special problems in aerosol delivery: artificial airways*. Respir Care. 2000 Jun;45(6):636–45.
- Dhand R. *Basic techniques for aerosol delivery during mechanical ventilation*. Respir Care. 2004 Jun;49(6):611–22
- Mouloudi E, Prinianakis G, Kondili E, Georgopoulos D. *Effect of inspiratory flow rate on beta2-agonist induced bronchodilation in mechanically ventilated COPD patients*. Intensive Care Med. 2001 Jan;27(1):42–6.
- Goode ML, Fink JB, Dhand R, Tobin MJ. *Improvement in aerosol delivery with helium-oxygen mixtures during mechanical ventilation*. Am J Respir Crit Care Med. 2001 Jan;163(1):109–14.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

10-DCCM

¿DAR O RECIBIR?; TÚ ELIGES. DOS AÑOS DEL PROYECTO DONA VIDA

INTRODUCCIÓN

La Salud y la Educación se erigen como derechos fundamentales de la sociedad en que vivimos y a la vez son producto de un proceso dinámico de cambio que responden a la interacción de factores y condiciones personales, sociales, culturales y ambientales que influyen en las personas que la componen.

OBJETIVOS

- 1.-Educar en la concienciación social y el compromiso con la salud, la solidaridad, la cooperación y la donación.
 - 2.-Comenzar las campañas educativas en una edad más temprana.
 - 3.-Valorar a medio-largo plazo los resultados del proyecto "DONA VIDA".
- MATERIALES Y MÉTODO:** Ensayo comunitario desarrollado desde septiembre de 2014 hasta diciembre de 2016. **Ámbito:** Alumnos de Infantil, Primaria, ESO, Bachillerato y FP de la Comunidad Educativa de Puertollano y comarca. La difusión de los contenidos ha sido gratuita y sin conflicto de intereses.

Las sesiones se componen de:

- 1) Proyección y lectura de la obra: "Reyes y las moléculas de oxígeno". Cuento que hace reflexionar sobre la importancia del oxígeno en el funcionamiento del organismo.
- 2) Conferencia "DONA VIDA" adaptada a la edad, responde a preguntas como: ¿qué significa donar?, ¿qué se puede donar?, ¿cómo podemos ser donantes? Con alumnos de infantil se realizaron actividades plásticas y artísticas. Con los mayores de 12 años tras la conferencia debate y encuesta. **RESULTADOS:** Desde septiembre de 2014 a diciembre de 2016 se realizaron 36 sesiones en 15 centros, un total 1235 alumnos; 194 pertenecen de Educación Infantil y Primaria (de 3 a 12 años) y 1041 alumnos (de 13 a 38 años) de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), Bachillerato y Formación Profesional (FP); siendo la edad media de 18,3 años y moda de 16 años. Se han incrementado las donaciones de sangre pasando 1810 en 2013 a 2205 en 2016, donantes de médula de 25 en 2013 a 132 en 2016 y, número de registros de donantes de órganos de 42 en 2013 a 64 en 2016.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de este proyecto ha dado un empuje importante al número de donaciones y la concienciación. De este modo consideramos que la educación para la donación debe estar viva en nuestro Sistema Educativo, y reconocerse como un tema de responsabilidad compartida por parte de la comunidad educativa y sanitaria.

Seremos más solidarios si estamos bien informados.

Los niños son los mejores agentes de difusión de la donación.

Es necesario educar en la responsabilidad para tener ciudadanos responsables y comprometidos; educar con ejemplos es la mejor forma.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA DEFENSA

11-DCCM

¿SE PUEDE PREDECIR EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN CRÍTICA A PARTIR DE LA EVOLUCIÓN DE LA COAGULACIÓN EN LAS PRIMERAS 48 HORAS?

OBJETIVO

Evaluar la relación entre los cambios producidos en la coagulación con el pronóstico y mortalidad, en pacientes con sepsis, sepsis grave o shock séptico en el servicio de Medicina Intensiva de un Hospital terciario.

PACIENTE Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes consecutivos ingresados en UCI con diagnóstico de sepsis, sepsis grave y shock séptico durante 10 meses. Se registraron las variables demográficas clásicas (VD), comorbilidades, datos de laboratorio en primera valoración por UCI, a las 24 y 48 horas, foco infeccioso y gravedad al ingreso, ajuste de antibioterapia (AB) y mortalidad de los pacientes. Se analizó la relación de las variables descritas y la mortalidad.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 118 pacientes. El 57% (n:68) de la serie fueron varones. La media de edad fue de 60.4±4.3 años y de la escala APACHE de 20.25±3. La procedencia más frecuente fue del servicio de urgencias n= 74 (62,7%), y la localización de la infección más frecuente fue respiratoria 39.8% (n=47). El 58,4% (n: 69) presentó shock séptico. La mortalidad global fue de 26.2% (n=31), observándose mayor mortalidad (51,61% n=16) en los pacientes que tenían un INR > 1.5 en las primeras 48 horas OR: 3,6 IC(1,2-10.9), p=0.02, además, hubo mayor mortalidad (40,91%) en los pacientes que tenían enfermedad hematológica asociada (n=22). En la tabla 1 y 2 se muestran las variables analizadas en relación a la mortalidad de los pacientes.

Tabla 1: Distribución VD y mortalidad

VARIABLE	NO EXITUS	EXITUS	TOTAL	p
Género Masculino medio (±DT)	51 (75%)	17 (25%)	68 (100%)	0.024
EDAD MEDIA (±DT)	64,23(±13,99)	59,08(±14,30)		0.747
APACHE (±DT)	17,15 (±6,73)	28,94 (±8,07)		0.000
GRAVEDAD AL INGRESO				
Sepsis	23 (85,2%)	4 (14,8)	27 (100%)	0.218
Sepsis Grave	14 (63,6%)	8 (36,4%)	22 (100%)	0.202
Shock Séptico	50 (72,5%)	19 (27,5%)	69 (100%)	0.319
ANTIBIOTICO				
Aumento del espectro	2 (28,6%)	5 (71,4%)	7 (100%)	0.013
Reducción del espectro	20 (95,2%)	1 (4,8%)	21 (100%)	0.009

Tabla 2: Mortalidad e INR ≥ 1.5 en las primeras 48 horas ajustada por APACHE, presencia de trombocitopenia, gravedad al ingreso

MORTALIDAD	Odds Ratio	IC 95%	p
INR (<1.5 vs >1.5)	3.63	1.20 – 10.94	0.022
Plaquetas (<100000 vs >100000)	0.76	0.26 – 2.24	0.617
APACHE (<20 vs >20)	15.60	5.08 – 47.85	0.000
Sepsis vs Sepsis grave	1.59	0.29 – 8.86	0.594
Sepsis vs Shock séptico	1.15	0.28 – 4.69	0.844

...normalizadas, con un INR a las 48 horas de 1.5 se mayor de 20 y la necesidad de aumentar el espectro. No obstante, es necesario obtener una muestra más amplia, que se realice en más centros, para realizar un análisis multivariante que nos permita confirmar estos resultados.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

01-ECCM

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL ICTUS ISQUÉMICO NO LISADO: TOPOGRAFÍA NEUROARTERIAL, MORTALIDAD Y RESULTADOS DE GESTIÓN

INTRODUCCIÓN.

El ictus agudo isquémico (IAI) es tercera causa de muerte en el mundo occidental –primera en mujeres y segunda global en España- y primera de discapacidad en adultos, suponiendo importante carga económica, social y familiar. Su incidencia y prevalencia aumentan debido al envejecimiento demográfico. No obstante, existe tendencia decreciente en mortalidad por mejor prevención y control de factores de riesgo modificables y avances en diagnóstico y tratamiento rápidos (código, trombolisis, intervencionismo). Pretendemos conocer el perfil epidemiológico de aquellos IAI no lisados (IAINL), intentando buscar factores asociados a cada tipo etiopatogénico y territorio neurovascular para mejorar la calidad.

METODOLOGÍA

Estudio observacional analítico de IAINL ingresados en España desde 2008- 2012 (CMBD del IIS, M^o. Sanidad), tomando como variables cuantitativas edad, número diagnósticos al alta (NDA), número procedimientos (NPA), estancia; cualitativas género y territorio vascular lesionado, aplicando test T-Student para datos independientes y ANOVA de comparación de medias para cuantitativas respecto de dependientes, significación para $p < 0.05$.

RESULTADOS

186.245 episodios, edad media $73,92 \pm 12,54$ años (24-111), varones 53,3%, ingreso por Urgencias 97,1%, mortalidad 6,9%, retraso ingreso >3 h 41,2%, estancia media $7,54 \pm 4,54$ días (0-21), Neurología 59,8%, M. Interna 32,8%, Geriátrica 2,1%, NDA $6,91 \pm 2,95$ (1-14), NPA $3,27 \pm 2,45$ (0-20), reingresos 30 días 4,8%, traslado otro hospital 5,6%. HTA 64,4%, dislipemia 35,4%, diabetes 31,0% y arritmias 27,4% son factores de riesgo más frecuentes, destacando la primera en el grupo de 75-84 años. Insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular (FA) son los elementos que provocan globalmente mayor mortalidad. Aterotrombosis es la forma etiopatogénica más habitual (34,5%), aunque embolismo tiene mayor mortalidad, sobre todo por FA. Entre los tipos topográficos neuroarteriales, aunque es la oclusión de arteria inespecífica (63,3%) la lesión más común, la estenosis de arteria basilar produce superior mortalidad. Esta se observa más en el grupo de >85 años, tanto en varones (14,0%) como en mujeres (15,6%), aumentando con la edad. Mejora la atención clínica con descenso de estancia media y mortalidad e incremento de NDA y NPA.

CONCLUSIONES

Emergencia médica tiempo-dependiente, que aumenta con edad. La mitad de pacientes acude en ventana de trombolisis, pero no se realiza. La HTA, dislipemia y diabetes son factores modificables más frecuentes. La mortalidad es superior en pacientes con FA, insuficiencia cardíaca, renal y reingreso. Los éxitos son de mayor edad y producen estancias más cortas. Insuficiencia cardíaca y FA se relacionó con mayor mortalidad en los ictus trombóticos (OR 2,24), FA en ictus embólicos (OR 4,4) y HTA (OR 3,37) en indeterminados.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

02-ECCM

FACTORES PRONÓSTICOS Y SUPERVIVENCIA DE LA PARADA CARDIACA DE ORIGEN TRAUMÁTICA

INTRODUCCIÓN

Durante décadas, la parada cardiaca traumática (PCT) ha sido concebida como una situación clínica tal, que la reanimación cardiopulmonar fue considerada una maniobra fútil^{1,2}. Estudios posteriores replantearon dicha premisa al recoger supervivencias del 5%-8%^{3,4}. Nuestro objetivo es identificar factores pronósticos a la llegada al box vital de trauma en el hospital así como la supervivencia hospitalaria de los pacientes encontrados en PCT por los servicios de emergencia extrahospitalarios (SE-EH), con posterior recuperación de la circulación espontánea.

MÉTODO

Estudio de cohortes de pacientes con PCT recuperada por los SE-EH, trasladados a un hospital terciario de 2003 a 2016. Se recogieron variables epidemiológicas, tipo y mecanismo del trauma, datos del SE-EH e intrahospitalarios. Se realizó análisis multivariable siendo la variable resultado la mortalidad global intrahospitalaria.

RESULTADOS

Se incluyeron 130 PCT, de los cuales 123 (94,6%) sufrieron un traumatismo cerrado y 65 (50%) tuvieron un accidente de tráfico. La edad media fue de 39 (± 16) años, 96 (73,8%) fueron varones. Cincuenta (65%) pacientes presentaron asistolia y 42 (32,3%) actividad eléctrica sin pulso (AESP). Dieciséis (12,3%) sobrevivieron al alta, de los cuales 13 (81,3%) tuvieron recuperación neurológica favorable (RNF).

Un ritmo en AESP o en FV en la primera atención de extrahospitalaria (OR=0,057; IC 95%: 0,007-0,468; p=0,008), las pupilas reactivas a la llegada al hospital (OR=0,057; IC 95%: 0,009-0,362; p=0,002), y una puntuación ≤ 25 del Injury Severity Score (ISS) (OR=0,075; IC 95%: 0,010-0,584; p=0,013) se asociaron independientemente con la supervivencia intrahospitalaria.

CONCLUSIÓN

La supervivencia intrahospitalaria de la PCT fue del 12% alcanzando una RNF en ocho de cada diez vivos. Un ritmo inicial en FV o AESP en la atención extrahospitalaria, pupilas reactivas a la llegada al hospital y una puntuación ≤ 25 de ISS podrían implicar un buen pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

- Rosemurgy AS, Norris PA, Olson SM, Hurst JM, Albrink MH. Prehospital traumatic cardiac arrest: the cost of futility. J Trauma. 1993;35:473-4.
- Mollberg NM, Wise SR, Berman K, Chowdhry S, Holevar M, Sullivan R, et al. The consequences of noncompliance with guidelines for withholding or terminating resuscitation in traumatic cardiac arrest patients. J Trauma. 2011; 71:997-02.
- Deasy C, Bray J, Smith K, Harriss L, Morrison C, Bernard S, et al. Traumatic out of hospital cardiac arrests in Melbourne, Australia. Resuscitation. 2012;83:465-70.
- Huber-Wagner S, Lefering R, Qvick LM, Korner M, Kay MV, Pfeifer KJ, et al. Outcome in 757 severely injured patients with traumatic cardiorespiratory arrest. Resuscitation. 2007;75:276-85.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

03-ECCM

SINCRONIZACIÓN BIVENTRICULAR INADECUADA EN FIBRILACIÓN AURICULAR

INTRODUCCIÓN

La terapia de resincronización cardíaca (RSC) tiene como objetivo contrarrestar eléctricamente las alteraciones mecánicas secundarias a los trastornos de activación eléctrica del corazón presentes en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). El éxito de la RSC se basa en sincronizar la actividad auricular con la ventricular y del ventrículo derecho con el ventrículo izquierdo. Sin embargo, aproximadamente 25-35% de los pacientes con indicación del RSC se encuentran en fibrilación auricular (FA), y no alcanzan un porcentaje aceptable de estimulación biventricular (BiV)

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 76 años, con miocardiopatía dilatada, FA paroxística, portador de un desfibrilador con terapia de resincronización (DAI-RSC) desde hace 6 años, en tratamiento con bisoprolol y acenocumarol. Ingresado en UCI por insuficiencia respiratoria en el contexto de neumonía comunitaria por neumococo. En las pruebas complementarias destaca el electrocardiograma con ritmo de FA a 100 lpm morfología de BRIHH y QRS > 120 ms. Ecocardiográfica una función ventricular moderadamente deprimida.

Se inicia tratamiento antibiótico dirigido para el proceso infeccioso respiratorio con respuesta favorable, aunque persiste la clínica de IC con la disfunción ventricular documentada. Tras varios intentos fallidos de cardioversión farmacológica con amiodarona se realiza cardioversión eléctrica externa para recuperar la estimulación BiV y mejorar la FEVI. Logrando la conversión a ritmo sinusal, la resincronización y la mejoría clínica.

DISCUSIÓN

Aunque es escasa la evidencia científica disponible que apoye la indicación de resincronización en paciente en FA, las actuales guías, europeas y americanas de RSC establecen una indicación la para pacientes en FA, y resaltan la necesidad de establecer una estimulación biventricular cercana al 100% con tratamiento farmacológico incluso considerando la ablación del nodo auriculo-ventricular.

Los pacientes portadores de DAI-RSC en FA persistente o permanente tienen un menor porcentaje de estimulación BiV y mayor riesgo de mortalidad ajustado a la edad, sexo, porcentaje de estimulación y choques. Lo que obliga a llevar medidas más agresivas de control del ritmo para aumentar el porcentaje de estimulación.

CONCLUSIONES

La RSC proporciona un claro beneficio clínico en pacientes con insuficiencia cardíaca al regularizar el ritmo y mejorar la función sistólica, por lo que es aconsejable intentar mantener el ritmo sinusal para lograr una adecuada sincronización auriculo-ventricular e interventricular.

Es seguro realizar una cardioversión/desfibrilación en pacientes portadores de marcapasos o DAI-RSC porque están protegidos con un diodo regulador de tensión que les permite resistir descargas de hasta 400 Jouls.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

04-ECCM

**LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DE ALTERNATIVAS PARA DIAGNÓSTICO PRECOZ DE
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones electrocardiográficas típicas que indican isquemia y lesión miocárdica pueden verse dificultadas por patrones electrocardiográficos previos de bloqueo de rama debido a la presencia de marcapasos endocavitarios, dificultando así el diagnóstico y retrasando la terapia de reperfusión.

MÉTODOS

Se presenta el caso de un paciente de 75 años con factores de riesgo cardiovascular y portador de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo que acude a urgencias por dolor torácico inespecífico. El ECG muestra ritmo de marcapasos en función DDD y las pruebas de laboratorio con marcadores miocárdicos son negativas para isquemia siendo dado de alta sin tratamiento. A las 24 horas el paciente vuelve a consultar por persistencia de dolor torácico. Se evalúa el marcapasos disminuyéndole la FC hasta 30 lpm sin conseguir objetivar despolarización intrínseca. Se realiza ecocardiograma con el que se visualiza aquinesia inferoposterior con alteración diastólica leve. Ante estos hallazgos, se ingresa en UCI con sospecha de SCA, se inicia tratamiento antisquémico y se solicita de nuevo analítica: CPK 2200, Mb>200, troponina I 47. Con el diagnóstico de IAM evolucionado se realiza cateterismo preferente observándose lesión crítica a nivel del ostium de CD donde se implanta *stent* farmacoactivo.

DISCUSIÓN

Existen estudios (estudio GUSTO I, Scarbossa et al.) que han descrito patrones electrocardiográficos para diagnosticar SCA en presencia de BCRI que presentan alta especificidad pero muy baja sensibilidad, con los que no se ha evitado el retraso en el diagnóstico de esta patología

CONCLUSIONES

En pacientes portadores de MCP dependientes de dicho dispositivo, dado que no podemos valorar las características típicas de la isquemia en el electrocardiograma, cuando aparezca dolor torácico será necesario una mayor cautela a la hora de valorar dicho cuadro, pudiendo utilizar herramientas alternativas como el ecocardiograma para apoyo del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

-Sgarbossa EB, Pinski SL, Barbagelata A, et al. *Electrocardiographic diagnosis of evolving acute myocardial infarction in the presence of left bundle-branch block. GUSTO-1 (Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries) Investigators.* N Engl J Med 1996; 334:481.

-Shlipak MG, Go AS, Frederick PD, et al. *Treatment and outcomes of left bundle-branch block patients with myocardial infarction who present without chest pain.* National Registry of Myocardial Infarction 2 Investigators. J Am Coll Cardiol 2000; 36:706.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

05-ECCM

CANDIDURIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI, ¿ES ÚTIL LA FLUCITOSINA?

INTRODUCCIÓN

La infección de vías urinarias es la segunda causa de infecciones adquiridas en la UCI, siendo la *Cándida* un agente etiológico relevante de infección nosocomial. Debido a la resistencia a los antifúngicos triazólicos, al aumento de los aislamientos de *C. Glabrata* y la falta de eficacia de las equinocandinas, se justifica la necesidad de identificar la especie de levaduras aisladas y efectuar una monitorización de la sensibilidad de los antifúngicos utilizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo, observacional, y retrospectivo que analiza datos recogidos en las historias clínicas de los pacientes con infección urinaria por *Cándida Glabrata* confirmada por Urocultivo, durante el año 2016 en el servicio de UCI del HGUCR.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de seis pacientes (año 2016), 50% género femenino, edad mediana 69 (42-74) años. Todos los ingresos fueron de causa médica, APACHE II >16, fracaso renal agudo AKI >2, el 50% recibió TCRR, todos tuvieron sondaje uretral durante más de dos semanas, y recibieron antibioterapia de amplio espectro previamente y durante su ingreso en UCI.

En tres pacientes se aislaron bacterias (BGN) junto con las levaduras, se realizó fungigrama en el 50% de las muestras positivas y se confirmó la resistencia al fluconazol así como la sensibilidad a la flucitosina,

Todos recibieron como tratamiento Flucitosina 25mg/K, 4 veces al día durante una semana y se realizó urocultivos de control a las dos semanas para confirmar la erradicación de la *C. Glabrata*.

En un paciente persistió la candiduria por lo que recibió tratamiento con Anfotericina B liposoma intravenosa e irrigación vesical de Anfotericina para resolver la ITU. (Probablemente por infradosificación en la dosis inicial)

CONCLUSIONES

En pacientes ingresados en UCI con sondaje vesical el aislamiento de *C. Glabrata* es un indicador de mal pronóstico. El tratamiento de la candiduria sintomática es objeto de controversia, pero en microorganismos resistentes a fluconazol, se recomienda el uso de Flucitosina que es excretada como droga activa por la orina, aunque su uso está limitado por la toxicidad y el desarrollo de resistencias.

En nuestra experiencia el uso de Flucitosina es viable, apoyado en el antibiograma y ha demostrado buena actividad en contra la *C. Glabrata*.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

06-ECCM

**EL USO DE LAS HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR Y EL HEMATOMA
RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO**

INTRODUCCIÓN

El hematoma retroperitoneal espontáneo (HRE) se presenta sin antecedentes de traumatismo externo o interno. La asociación del HRE y el tratamiento anticoagulante ha sido descrita en series de casos en la literatura mundial, muchos de ellos con desenlace fatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 78 años, con antecedentes personales de FA paroxística y prótesis mitral mecánica, dado de alta de UCI tras neumonía neumocócica al servicio de M. Interna. Al alta de UCI, el paciente se encontraba con creatinina normal y con HBPM (enoxaparina) a dosis de 1mg/kg/12h. Durante su estancia en planta, el enfermo comenzó con disminución de la diuresis, sin control analítico en días posteriores. Al 5º día de ingreso, presentó situación de shock y disnea. A la exploración destacaban signos de peritonismo abdominal, objetivando la analítica 5.5 gr de hemoglobina y creatinina de 2.11mg/dl. Se inició resucitación con hemoderivados y se realizó angio-TC abdominal donde se halló hematoma retroperitoneal con su origen a nivel de la arteria hipogástrica, realizando arteriografía urgente y embolizando dicha arteria. Tras colocación de cinco coils, el paciente ingresó en UCI, inestable hemodinámicamente, con necesidad de soporte vasoactivo a pesar de la transfusión de 8 concentrados de hematíes, 4 de plasma y un vial de protromplex. A las 24h, falleció en situación de fracaso multiorgánico refractario.

RESULTADOS

La edad de nuestro paciente y la disfunción renal aumentaron el riesgo de aparición del HRE. El dolor lumbo-abdominal es el hallazgo más frecuentemente descrito, seguido por la hipotensión o disminución del hematocrito y la presencia de una masa palpable. La TC con contraste es la prueba más rentable ante la sospecha, ya que delimita la extensión, detecta patología concomitante y puede identificar el origen del sangrado. Lo primordial en estos casos es conseguir una estabilidad hemodinámica, y la reversión de la coagulación, llegando al tratamiento quirúrgico sólo los HRE asociados a patología estructural o que presenten complicación secundaria, como el síndrome compartimental.

CONCLUSIONES

- Para el uso de HBPM a dosis anticoagulantes será necesario extremar las precauciones en pacientes añosos y con deterioro de función renal ante el riesgo de hemorragia por intoxicación.
- Una alternativa sería medir los niveles de anti-Xa.

BIBLIOGRAFÍA

- Chan Y, Morales J, Reidy J, Taylor P. *Management of spontaneous and iatrogenic retroperitoneal haemorrhage: conservative management, endovascular intervention or open surgery?* Int J Clin Pract. 2008;62(10):1604-1613.
- Gómez R, Milla A, Cadenas F, Fernández J, Vázquez M. Hematoma retroperitoneal espontáneo inducido por enoxiparina a dosis terapéuticas. An Med Interna. 2003;20(7):386-387.
- Conde MA, Perez CS. *Spontaneous retroperitoneal haematomas in elderly patients treated with low-molecularweight heparins.* J Am Geriatr Soc 2005;53:548-9.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

07-ECCM

**PREDICTORES ASOCIADOS A PRONÓSTICO EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR
TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA, SOMETIDOS A TROMBOENDARTERECTOMÍA
PULMONAR**

INTRODUCCIÓN

La tromboendarterectomía pulmonar (TP) continúa siendo el tratamiento de elección en el paciente con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC), sin embargo, dicha técnica no está exenta de riesgos, por lo que es fundamental evaluar el riesgo/beneficio de los pacientes subsidiarios a la misma.

OBJETIVO

Describir una serie de pacientes con HPTEC sometidos a TP analizando variables hemodinámicas y evolutivas asociadas a pronóstico.

MÉTODO

Estudio de cohortes observacional prospectivo de enero de 2012 a diciembre de 2016. Las variables cuantitativas se describen como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. Su contraste de hipótesis se realizó mediante “*t de Student*” si la distribución era normal o “*U de Mann-Whitney*” si no lo fue. Variables cualitativas se mostraron mediante valor absoluto y porcentaje. La asociación se analizó mediante test ji cuadrado.

RESULTADOS

Analizamos 114 pacientes, de ellos 57 (50%) varones con una media de edad de $54,4 \pm 14,7$ años. Las variables hemodinámicas preoperatorias fueron: gasto cardiaco medio de $4,0 \pm 1,1$ l/min, presiones arteriales pulmonares sistólicas (PAPs) y medias (PAPm) de $82,8 \pm 21,3$ mmHg y de $48,3 \pm 11,9$ mmHg respectivamente, así como una mediana de resistencias vasculares pulmonares (RVP) de 9,7 (6,3-14,0) U.W y 720,0 (511-1107,0) dinas-seg./cm-5. 57 (50%) presentaban disfunción moderada-severa del ventrículo derecho (VD). El tiempo de parada circulatoria fue 44,5 (36,0-54,2) min.

Variables hemodinámicas postoperatorias: la PAPm fue $28,4 \pm 7,1$ mmHg, siendo inferior a 25 mmHg en 71 (62,3%) de los pacientes. Se objetivó una diferencia de PAPm pre y postquirúrgico de 22 (10,0-33,8) mmHg. Las resistencias vasculares pulmonares descendieron a 3,4 (2,3-4,5) UW y 28 (18,5-37,0) dinas-seg./cm-5.

La complicación más frecuente fue el síndrome de bajo gasto 52 (45,6%). 8 (7,0%) pacientes requirieron de oxigenación con membrana extracorpórea. La mediana de horas de drogas vasoactivas y ventilación mecánica (VM) fue de 72,0 (48-112) y 27 (21,0-96,0) respectivamente. La estancia en UCI fue de 6 (4-9) días falleciendo 4 (3,5%) pacientes. Estos, presentaron mayores RVP pre-quirúrgicas 11,3 (6,2-15,0) Vs 9,0 (6,4-13,8) dinas-seg./cm-5 ($p=0,043$); PAPs post-quirúrgicas $64 \pm 18,0$ Vs $45,1 \pm 15,4$ mmHg ($p=0,037$), así como mayor tiempo de soporte con drogas vasoactivas 319,7 (12,0-553,1) Vs 72,0 (48,0-105) horas ($p<0,001$) y de ventilación mecánica 456,0 (240,0-653,6) Vs 26,0 (21,5-50,0) horas ($p<0,001$).

CONCLUSIONES

La TP permite unos resultados óptimos resolviendo la HPTEC con descenso significativo de las PAP en un elevado porcentaje de casos, asociando baja tasa de mortalidad. Unas mayores RVP pre-quirúrgicas, PAPs post-quirúrgicas así como mayores tiempos de DVA y VM se asociaron a peor pronóstico

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

08-ECCM

FIBRINOLISIS LOCAL EN EMBOLISMO PULMONAR AGUDO

INTRODUCCIÓN

La disfunción ventricular derecha (DVD) por sobrecarga de presión en la arteria pulmonar aumenta la morbimortalidad en el tromboembolismo pulmonar (TEP); para tratarla, los estudios demuestran los efectos beneficiosos de la fibrinólisis. Las guías actuales recomiendan trombolisis sistémica en el TEP de alto riesgo o masivo. El interrogante surge en el TEP submasivo o de riesgo intermedio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 15 pacientes ingresados en UCI tras diagnóstico de TEP (2009 - 2016). Se analizaron datos demográficos, tipo de tratamiento empleado, complicaciones y evolución clínica. Análisis estadístico con SPSS.

RESULTADOS

El 60% fueron mujeres, edad media $70,68 \pm 10,96$ años (mediana 72). Un 20% (3 pacientes) tenían antecedentes de ETEV previa o inmovilización >4 semanas. Sólo 1 paciente tenía una neoplasia conocida. Se demostró TVP por ecodoppler durante el ingreso en el 60% (9 pacientes). La sintomatología más frecuente fue disnea (73%), seguido de dolor torácico (40%), y síncope (24%).

Clasificación y tipo de tratamiento:

- TEP de bajo riesgo (13%, 2 pacientes), se trataron con heparina sin presentar complicaciones salvo hemorragias menores.
- TEP submasivo (53%, 8 pacientes, de los cuales 7 presentaron DVD ecocardiográfica); recibieron fibrinólisis sistémica 2, sistémica y después local 1, fibrinólisis local 3, y tratamiento con heparina 2 pacientes. En este grupo se encontró 1 hemorragia intracraneal como complicación tras fibrinólisis sistémica y 1 sangrado menor (aneurisma de arteria radial) con fibrinólisis local.
- TEP masivo (33%, 5 pacientes): recibieron fibrinólisis sistémica 2, sistémica seguida de local otros 2, y sólo local 1 paciente (shock cardiogénico refractario). Como complicaciones se encontraron 1 éxitus en el paciente que se trató con fibrinólisis local y hemorragias menores relacionadas con fibrinólisis sistémica.

En los pacientes que reciben fibrinólisis local se observó mejoría radiológica tras el procedimiento en el 100% de los casos, con reducción significativa de PSP en el seguimiento ecocardiográfico en todos los pacientes: PSP pre-procedimiento: $58,90 \pm 18,66$ (mediana 60 mmHg) y post-procedimiento: $48,4 \pm 13,23$ (mediana 47 mmHg), $p < 0.001$.

CONCLUSIONES

La fibrinólisis local es una técnica eficaz y segura, que mejora la DVD con bajo riesgo de sangrado. Debemos considerar su empleo en TEP submasivo con DVD, alto riesgo de sangrado, contraindicación para fibrinólisis sistémica, fibrinólisis sistémica fallida y shock previsible de causar la muerte del paciente antes de que la fibrinólisis sistémica pueda ser efectiva.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

09-ECCM

**UNA FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN
MULTIORGÁNICA: TOXICIDAD POR CISPLATINO**

INTRODUCCIÓN

El Mesotelioma peritoneal maligno (MPM) es un tumor infrecuente de la serosa peritoneal. La cirugía citorrreductora (CCR) con quimioterapia intraperitoneal e hipertermia (HIPEC) con mitomicina o cisplatino ha mejorado el pronóstico de los pacientes (50% viven a los 5 años). La disfunción multiorgánica y la pneumatosis intestinal asociada a cisplatino no está descrita en la CCR e HIPEC.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de las complicaciones postquirúrgicas de paciente con diagnóstico de MPM tratada con CCR e HIPEC ingresada en el SMI.

RESULTADOS

Paciente de 44 años diagnosticada por citología de tumor ginecológico y en pruebas de imagen (TAC abdominal y PET/TAC) de MPM, confirmado en anatomía patológica. Se objetivó implantes en trompa uterina, ovario y peritoneo realizándose CCR e HIPEC con cisplatino. En el postoperatorio inmediato **en el SMI presenta un cuadro de disfunción multiorgánica por toxicidad a cisplatino con:** insuficiencia renal oligúrica, disfunción neurológica con sordera, afasia, delirio y agitación psicomotriz, disfunción gastrointestinal con transaminasemia de hasta 8000 UI/ml y bilirrubinemia de 10-11 mgr/dl y evolución a aplasia medular. La ecocardiografía transtorácica no mostró datos de interés, y el edodoppler del árbol portal descartó trombosis portal. La evolución de la paciente fue mala, desarrollando insuficiencia renal anúrica. Los cultivos microbiológicos fueron negativos y la carga viral para CMV positiva. La paciente precisó ventilación mecánica invasiva y evolucionó a shock séptico y patrón radiológico de infiltrados bilaterales alodanosos con LBA positivo para Kebsiella. Se solicitó TAC abdominal y craneal que mostró **pneumatosis intestinal y signos indirectos de aire en árbol portal**. Dada la evolución a shock séptico se realizó laparotomía que mostró **isquemia intestinal (Intestino delgado)**, realizándose resección de intestino necrótico. La paciente falleció en Shock refractario y SDMO.

CONCLUSIONES Y RESULTADOS

1.- El SDMO secundario a cisplatino en el contexto de cirugía citorrreductora con HIPEC es un hecho **no descrito** en la literatura. 2.- La pneumatosis intestinal e isquemia intestinal se asocia a quimioterapia, entre ellos el cisplatino, aunque no existen casos registrados asociados a la cirugía citorrreductora e HIPEC. 4.- Entre las causas podemos encontrar lesiones en la mucosa intestinal (mucositis) por las que penetra el gas producido por las bacterias intestinales o la invasión submucosa de dicho gas. 5.- Otras causas de pneumatosis intestinal son: la ventilación mecánica, nutrición enteral e infección por CMV. 5.- La toxicidad de cisplatino es dosis dependiente, aunque los fármacos intraperitoneales tienen escaso acceso a la vía sistémica.

BIBLIOGRAFIA

- BASE DE DATOS EUROPEA DE INFORMES DE PRESUNTAS REACCIONES ADVERSAS:
http://www.adrreports.eu/es/search_subst.html (fecha de consulta enero de 2017).
- Kanat O, Evrensel T, Keskin K, manavoglu O. Fatal oschemic bowel necrosis possibly due to docetaxel and cisplatin in a patien with non-small cell lung cancer. Lung Cancer 2007. 56:143-144.
- Pear BL. Pneumatosis intestinalis: a revie. Radiology 1998; 207-13.
- Kung D, Ruan DT, Chan RK, Erixsson ML, Saund MS. Pneumatosis Intestinalis and portal Venous Gas Without Bowel Ischemia in a Patient Treated with Irinotecan and Cisplatin. Dig Dis Sci 2008; 53: 217-219.
- Palencia Herrejón E. Comparación de qSOFA con otras escalas para detectar el deterioro de pacientes con infección fuera de la UCI. REMI; artículo 2166. 2016.
- Shankar-Han M, Phillips GS, Seymour CW, et al. Developing a New definition and Assessing New Clinical Criteria for septic Shock: For the Third International Consensus Definition for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315:775.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

10-ECCM

EXPERIENCIA EN TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es la tercera enfermedad cardiovascular más frecuente con una incidencia anual global de 100-200/100.000 habitantes. Es una patología grave que puede comprometer súbitamente la vida del paciente al provocar una obstrucción al flujo de sangre a nivel de las arterias pulmonares con la consiguiente inestabilidad hemodinámica y respiratoria. Desde hace pocos años se ha introducido en la terapia del TEP la trombectomía mecánica, de cara a sustituir la fibrinólisis convencional y evitar sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de octubre de 2015 a febrero de 2017 entre Unidad de Cuidados Intensivos y el servicio de Radiología Intervencionista del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Criterios de inclusión: Pacientes con TEP de riesgo moderado-alto (disfunción de ventrículo derecho medido por TAPSE, Onda S tricuspídea, capacidad de contracción y dilatación con respecto a ventrículo izquierdo; elevación de troponina o ProBNP) y riesgo alto (fracaso de ventrículo derecho, elevación de troponina y ProBNP) sometidos a trombectomía mecánica. 18 pacientes recogidos.

RESULTADOS

Agrupados por género 10 pacientes (55'6%) fueron mujeres, 8 varones (44'4%); los antecedentes personales más frecuentes fueron hipertensión arterial (10, 55'6%), dislipemia (7, 38'9%) y obesidad (6, 33'3%). La media de edad fue de 60'1 ± 13'6. La media de días previos a la trombectomía con clínica fue de 4'61 ± 5'67. La clínica más frecuente fue disnea (14, 77'8%), compromiso respiratorio definido por PaFI <250 (12, 66'7%) y síncope (11, 61'1%). 10 pacientes (55'6%) presentaron TEP bilateral masivo. Se llevó a cabo fibrinólisis con alteplasa en 4 pacientes (22'2%) con complicaciones hemorrágicas en 3 de ellos (75% de los fibrinolizados) de las cuales 2 fueron intracraneales. Ningún paciente sufrió complicaciones derivadas del procedimiento (sangrados a nivel de punción, disecciones vasculares por catéteres, lesiones a nivel de arterias pulmonares). La mortalidad fue del 16'7% (3 pacientes) de las cuales una fue intraprocedimiento.

CONCLUSIONES

El TEP es una patología frecuente, grave y que puede comprometer la vida de los pacientes en pocos minutos de duración. El tratamiento de la inestabilidad hemodinámica y respiratoria en estos pacientes con TEP masivos se reducía a la fibrinólisis y anticoagulación hasta hace pocos años, con las limitaciones que dicho tratamiento tenía por el riesgo de sangrado, así como las numerosas complicaciones hemorrágicas que originaba. La trombectomía mecánica abre una nueva puerta terapéutica con menor tasa de complicaciones y con muy buenos resultados en cuanto a supervivencia se refiere.

BIBLIOGRAFÍA

-Konstantinides S et al. Guía de práctica clínica de la ESC 2014 sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. Rev Esp Cardiol. 2015;68(1):64.e1-e45

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

11-ECCM

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ECOCARDIOGRÁFICA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO TRATADO MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología grave con importante repercusión a nivel clínico, hemodinámico y respiratorio de los pacientes. A nivel hemodinámico la obstrucción de las arterias pulmonares produce hipertensión pulmonar (HTP), que a su vez sobrecarga el ventrículo derecho (VD) provocando alteraciones de la contractilidad, disfunción de ventrículo y elevación de marcadores de daño miocárdico. En función de las alteraciones ecocardiográficas y analíticas el TEP puede clasificarse de riesgo bajo, intermedio o alto para mortalidad a los 30 días del episodio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de octubre de 2015 a febrero de 2017 entre Unidad de Cuidados Intensivos y el servicio de Radiología Intervencionista del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Criterios de inclusión: Pacientes con TEP de riesgo moderado-alto (disfunción de ventrículo derecho medido por TAPSE, Onda S tricuspídea, capacidad de contracción y dilatación con respecto a ventrículo izquierdo; elevación de troponina o ProBNP) y riesgo alto (fracaso de ventrículo derecho, elevación de troponina y ProBNP) sometidos a trombectomía mecánica. 18 pacientes recogidos. Se analizaron datos clínicos, analíticos y ecocardiográficos para comprobar la evolución de los pacientes tras ser tratados mediante trombectomía mecánica.

RESULTADOS

Clínicamente el principal compromiso que presentaban nuestros pacientes era respiratorio, encontrándose en el 66'7% pretrombectomía y reduciéndose al 16'7% posttrombectomía. La disnea se redujo del 77'8% al 5'6% tras el procedimiento, y hemodinámicamente la repercusión se redujo del 44'4% de pacientes al 16'7%. Ecocardiográficamente hubo una mejoría significativa a nivel de la contractilidad del VD con mejoría del TAPSE (16 cm \pm 3 pretrombectomía, 18'57 cm \pm 3'9 posttrombectomía, p=0'011), Onda S (10cm/sg \pm 2'1 pretrombectomía, 13'1 cm/sg \pm 3'8, p=0'02) y el diámetro del VD (46'3 mm \pm 2'2 pretrombectomía, 41'79 mm \pm 7'4 posttrombectomía, p=0'041). Se obtuvo una mejoría no significativa de la HTP (51'9 mmHg \pm 15'2 pretrombectomía, 46'7 \pm 20'4 mmHg posttrombectomía, p=0'36). Desde el punto de vista analítico se obtuvo mejoría significativa de la PaFi (180'11 \pm 16'9 pretrombectomía, 299'98 \pm 5'3 posttrombectomía, p<0'001).

CONCLUSIONES

La trombectomía mecánica en el TEP consigue una mejoría significativa a nivel del compromiso funcional del VD y mejora la situación respiratoria de los pacientes de manera significativa. No se obtuvieron mejorías significativas a nivel de repercusión hemodinámica o respiratoria muy probablemente por el tamaño muestral de nuestro estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Konstantinides S et al. Guia de practica clinica de la ESC 2014 sobre el diagnostico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda. Rev Esp Cardiol. 2015;68(1):64.e1–e45
- ✓ Dobrow E, Kim P. Endovascular treatment of massive and submassive pulmonar embolism. Tech Vasc Interventional Rad 17:121-126
- ✓ Bayiz H, Dumantepe M, Teymen B, Uyar I. Percutaneous Aspiration Thrombectomy in Treatment of Massive Pulmonary Embolism. Heart, Lung and Circulation (2015) 24, 46–54
- ✓ Konstantinides S, Wärntges S. Acute phase treatment of venous thromboembolism: advanced therapy. Systemic fibrinolysis and pharmacomechanical therapy. Thromb Haemost 2015; 113: 1202–1209

MEDICINA

CARTELES CIENTÍFICOS

PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

12-ECCM

FRACASO ORGÁNICO Y SÍNDROME METABÓLICO ¿EXISTE RELACIÓN?

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un fracaso orgánico en nuestros pacientes condiciona el pronóstico del mismo, la necesidad de soportes y en consecuencia la eficiencia de la Unidad.

OBJETIVO

Analizar si la presencia del SMET en el paciente crítico (NCEP-ATP-III), se podría correlacionar con el desarrollo de fracasos orgánicos y la necesidad de tratamientos en UCI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional del tipo cohorte prospectivo. Se incluyeron todos los episodios de hospitalización en UCI que cumplieran los criterios diagnósticos y firmaran el consentimiento informado. Se incluyeron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (FO) y de gestión (tratamiento).

	General	Hombre	Mujer	p
FO, %(n)	54,5(261)	50,2(158)	63,2(110)	0,005
Fracaso respiratorio, %(n)	44,9(215)	42,2(133)	51,1(89)	0,058
Fracaso hemodinámico, %(n)	32,6(156)	29,8(94)	39,7(69)	0,028
Disfunción miocárdica, %(n)	13,4(64)	11,1(35)	18,4(32)	0,025
Fracaso metabólico, %(n)	18,4(88)	15,2(48)	25,3(44)	0,006
Fracaso renal, %(n)	25,9(124)	24,8(78)	29,3(51)	ns
Coagulopatía, %(n)	11,1(53)	9,8(31)	14,4(25)	ns

Se incluyeron un todas de 504 pacientes. El porcentaje de SMET fue del 53,4%, sin encontrar diferencias entre sexos.

Si analizamos los FO, encontramos que más de la mitad de la población (54,5%) desarrollaba alguno, siendo el más frecuente el respiratorio (44,9%), seguido del hemodinámico (32,6%) y del renal (25,9%).

Analizando por sexos, encontramos diferencias significativas en el FO globalmente (63,2% vs 50,2%, p=0,005), y en el hemodinámico, metabólico, y la disfunción miocárdica, siendo todos ellos más frecuentes en el sexo femenino de forma significativa, y mostrando una tendencia a favor del sexo femenino el fracaso respiratorio. Coagulopatía y fracaso renal no fueron significativos.

	SMet+	SMet-	p
FO, %(n)	56,8(146)	51,8(115)	ns
Fracaso respiratorio, %(n)	46,3(119)	43,2(96)	ns
Fracaso hemodinámico, %(n)	35,4(91)	29,3(65)	ns
Disfunción cardíaca, %(n)	16(41)	10,4(23)	0,073
Fracaso metabólico, %(n)	16,7(43)	20,3(45)	ns
Fracaso renal, %(n)	30,7(79)	20,4(45)	0,010
Coagulopatía, %(n)	10,5(27)	11,7(26)	ns

Al estudiar la relación entre el desarrollo de un FO y la presencia o no del SMet, vimos que aunque los pacientes con SMet presentaban FO en un mayor porcentaje (56,8% vs 51,8%), este resultado no alcanzaba significación estadística. Estudiando su asociación por tipo de FO, encontramos diferencias significativas con el desarrollo de fracaso renal (30,7% vs 20,4%, p=0,010) y casi alcanzaba significación con la disfunción cardíaca (16% vs 10,4%, p=0,073).

Para estudiar el riesgo existente entre la presencia de los diferentes FRCV, el SMet y el desarrollo de un FO realizamos una regresión logística binaria cuyos resultados se exponen en la tabla.

	OR cruda	p	(IC)	OR ajustada	p	(IC)
Sexo varón	1,71	0,006	(1,17-2,49)	0,51	0,004	(0,32-0,85)
Edad	1,01	0,12	(1,00-1,02)	1,02	0,03	(1,01-1,03)
HTA	1,34	0,11	(0,93-1,92)	0,85	0,64	(0,45-1,63)
DMT2	1,12	0,55	(0,77-1,63)	0,77	0,32	(0,46-1,23)
SMet	1,22	0,27	(0,85-1,75)	1,72	0,11	(0,88-3,32)
Obesidad	1,25	0,31	(0,81-1,95)	1,07	0,77	(0,66-1,75)
Dislipemia	0,81	0,29	(0,56-1,18)	0,76	0,28	(0,47-0,81)

	General	SMET +	SMET -	p
TCRR, %(n)	7,1 (33)	8,7(22)	5,1(11)	ns
PC insulina, %(n)	24,6(68)	34,1(56)	10,9(12)	<0,001
VMI %(n)	56,8(279)	53,3(137)	59,6(133)	ns
VMNI %(n)	11,5(56)	13,7(35)	9,5(21)	ns
Traqueostomía, %(n)	6,7(32)	7(18)	6,3(14)	ns

CONCLUSIONES

- Nuestros pacientes presentaban un elevado porcentaje FO, siendo más frecuente en el sexo femenino.
- Presentaron un mayor porcentaje de Fracaso renal los pacientes que cumplían criterios de SMET.
- La edad actuó como FR, teniendo nuestros pacientes por cada año más de edad 1,02 veces más de probabilidad de desarrollar un FO. El sexo masculino se comportaba como factor protector (OR: 0,51), teniendo casi la mitad de probabilidad de desarrollar un FO los hombres.
- Aunque los pacientes que cumplían criterios de SMET necesitaban en mayor proporción cada uno de los tratamientos analizados, solo encontramos diferencia significativa en la necesidad de perfusión continua de insulina.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

13-ECCM

VARIABILIDAD GEOGRÁFICA EN EL SÍNDROME METABÓLICO

INTRODUCCIÓN

Estudio ENRICA (2008-2010), prevalencia del 22,7%, encontrando que las comunidades del sur de España y las insulares presentan mayor prevalencia, llegando a alcanzar valores de hasta un 39,4% en varones las prevalencias máximas y un 13,46% las prevalencias mínimas en mujeres. En este mismo estudio las variables más frecuentes fueron la HTA, la obesidad abdominal y la glucemia alterada en ayunas, aunque entre los varones predominó la HTA y entre las mujeres la obesidad, resultados similares a los encontrados en el estudio DARIOS. La frecuencia con que HTA y la glucemia elevadas eran componentes del SMet aumentaba con la edad, ocurriendo lo contrario con la dislipemia.

OBJETIVO

Analizar la prevalencia del SMet en el paciente crítico, según los criterios modificados del NCEP-ATP-III, en los pacientes críticos Canarios y de Castilla La Mancha.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional del tipo cohorte prospectivo. Se incluyeron todos los episodios de hospitalización en UCI que cumplieran los criterios diagnósticos y firmaran el consentimiento informado. Se incluyeron variables demográficas (edad, sexo) y clínicas (HTA, DM, dislipemia, obesidad abdominal, HTG).

Criterios diagnósticos del NCEP-ATP III modificado:

1. **Obesidad abdominal**, circunferencia de la cintura ≥ 102 cm en hombres o ≥ 88 cm en mujeres.
2. **TG en ayunas ≥ 150 mg/dl** en analítica preoperatoria en los pacientes sometidos a cirugía programada y/o en analítica realizada en los 6 meses previos al ingreso o AP de HTG.
3. **HDL-col < 40 mg/dl en hombres o < 50 mg/dl en mujeres** en analítica preoperatoria en los pacientes sometidos a cirugía programada y/o en analítica realizada en los 6 meses previos al ingreso.
4. Presión arterial sistólica ≥ 130 mmHg, diastólica ≥ 85 mmHg o tratamiento antihipertensivo (nuestros pacientes cumplían esta variable si se recogía esta patología, la **HTA dentro de sus AP**).
5. **Antecedente de DMT2 o HbA1c al ingreso $> 6,5\%$.**

	General	Hombre	Mujer	p
S Met,%(n)	53,4(257)	61,1% (157)	38,9% (100)	0,068

	General Tenerife	Hombre s Tenerife	Mujeres Tenerife	General Puertollan o	Hombres Puertolla no	Mujeres Puertolla no
SMet,% (n)	46,1(135)	48(95)	42,6(40)	64,9 (122)	50,8(62)	49,2(60)

Cumplían criterios de SMet el 53,5% de los pacientes estudiados, y por sexos el 38,9% (100) para el femenino y el 61,1% (157) para el masculino, sin alcanzar diferencias significativas (p=0,068).

Al analizar la influencia de la variabilidad geográfica encontramos que los pacientes de Castilla La Mancha presentaban una prevalencia más elevada de SMet, encontrando que en ambas poblaciones los porcentajes por sexos son prácticamente similares.

Variables del SMet	General Tenerife	Hombre Tenerife	Mujer Tenerife	General Puertollano	Hombre Puertollano	Mujer Puertollano
HTA, %(n)	85,9(116)	82,1(78)	95(38)	94,3(115)	93,5(58)	95(57)
Obesidad abdominal,%(n)	77,3(58)	69,8(37)	95,5(21)	87,6(99)	82,5(47)	92,9(52)
HDL-col (< 35 mujer; < 45 hombre), %(n)	81,1(103)	90,9(80)	59(23)	89,8(106)	88,5(54)	91,2(52)
HTG > 150 mg/dl, %(n)	51,9(69)	52,7(49)	50(20)	34,1(41)	42,6(26)	26,3(15)
Glucemia en ayunas elevada, %(n)	91,9(124)	90,5(86)	95(38)	61,5(75)	54,8(34)	68,3(41)

La triada más prevalente fue la formada por: HTA, HDL-col y obesidad abdominal.

Al analizar la probable influencia de la variabilidad geográfica encontramos que en la población canaria las 3 variables más frecuentes eran la glucemia elevada en ayunas, seguida de la HTA, y el HDL-col bajo. En cambio en Puertollano los pacientes eran diagnosticados por presentar HTA, HDL-col bajo y obesidad abdominal

CONCLUSIONES

1. La prevalencia estandarizada del SMet según la NCEP-ATP III en el paciente crítico alcanzo el 53,5% , sin encontrar diferencias de forma global, siendo la tasa más elevada publicada hasta el momento.
2. Encontramos diferencias geográficas, siendo la prevalencia en los pacientes críticos de Castilla La Mancha del 64,9%, siendo más frecuente en mujeres, en cambio en los pacientes canarios, no encontramos diferencias entre sexos y la prevalencia fue del 46,1%.
3. En cuanto a las variables más prevalentes en nuestra población (HTA, HDL-col y obesidad abdominal) encontramos diferencias si lo comparamos con los estudios poblacionales nacionales.
4. En relación con los criterios diagnósticos encontramos diferencias geográficas entre los pacientes canarios y los de Castilla La Mancha.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

14-ECCM

TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS EN TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO

INTRODUCCIÓN

Trombosis de senos venosos (TSV) es una causa infrecuente de accidente cerebrovascular, sin embargo su relación con trauma craneal (TCE) podría estar infraestimada según revisiones en las que la prevalencia es de hasta 35%, esta asociación puede influir en el pronóstico tanto vital como funcional a largo plazo y plantea un cambio en el manejo del trauma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentación de un caso clínico.

Caso clínico: Mujer, 31 años, antecedentes psiquiátricos de intentos autolíticos. Presenta caída desde tercer piso, Glasgow 3/15 de recogida, deformidad de miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo, atendida por UVI móvil, intubación orotraquel, canalización de vía intraósea, traslado a Urgencias. Se evidencia: TCE grave AIS 4 contusiones frontales bilaterales y temporal derecho, componente hemorrágico subdural, epidural, subaracnoideo, fractura esfenoides y occipital izquierdos; Trauma abdominal grave AIS 5 con estallido esplénico; Trauma ortopédico grave AIS 4 con fractura compleja de húmero derecho, fractura fémur izquierda, fractura de radio distal; Trauma facial moderado AIS 2; Trauma raquídeo sin afectación medular AIS 1; Trauma torácico leve AIS 1.

Ingresa a quirófano de forma precoz, se realiza esplenectomía, fijación externa de fémur, férula de miembro superior derecho. Evoluciona en UCI con hipertensión intracraneal refractaria, que precisó colocación de Drenaje ventricular externo, medidas de tercer nivel para su control, con hallazgo de infarto en territorio de Arteria cerebelosa posteroinferior izquierda se realiza nuevo control radiológico en el que hay sospecha de TSV (4º día de ingreso) que se confirma en AngioTC en fase venosa: TSV sigmoide y transverso izquierdo. Se decide tratamiento anticoagulante con Heparina sódica intravenosa. Tras 20 días se consigue control de presión intracraneal. Complicaciones: Candidemia, Ventriculitis, Neumonía nosocomial, colonización por bacteria multirresistente, plaquetopenia multifactorial sin relación con Heparina. Al alta la paciente presenta Glasgow 15/15, debilidad en resolución, TSV en resolución, se decide seguir anticoagulación durante 6 meses.

CONCLUSIÓN

La TSV en pacientes con TCE es poco común, no se ha establecido relación directa en particular con alguna lesión si bien las fracturas que se extienden a senos venosos podrían aumentar el riesgo y se debe tener en cuenta. En este caso el diagnóstico se confirmó con AngioTC venoso, se decidió iniciar Anticoagulación ya que la TSV podría condicionar situación de Hipertensión intracraneal, conociendo el riesgo de hemorragia que esto conlleva, por lo que esta decisión debe discutirse en cada caso. No existen recomendaciones con respecto a TSV en TCE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, deVeber G, Ferro JM, Tsai FY (2011) Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 42(4):1158–1192
2. Mark A. Rivkin & Piya V. Saraiya & Sarah I. Woodrow. (2014) Sinovenous thrombosis associated with skull fracture in the setting of blunt head trauma. Acta Neurochir 156:999–1007
3. Delgado Almandoz JE , Kelly HR , Schaefer PW , Lev MH , Gonzalez RG , Romero JM . Prevalence of traumatic dural venous sinus thrombosis in high-risk acute blunt head trauma patients evaluated with multidetector CT venography. Radiology 2010 ; 255 (2): 570 – 577 .

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

15-ECCM

**PUESTA EN MARCHA DE LA “UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE SEPSIS” EN UN HOSPITAL
TERCIARIO. CÓDIGO SEPSIS. RESULTADOS PRIMER AÑO**

INTRODUCCIÓN

La sepsis grave presenta una incidencia y una mortalidad hospitalaria más altas que otros procesos como el infarto agudo, el ICTUS o el cáncer., con una mortalidad en torno al 20- 30 % , siendo mayor del 45% en el shock séptico.

El pronóstico depende de la precocidad de estas medidas. El proyecto “Código Sepsis” nace en España con la intención de crear una herramienta para la homogenización en la detección precoz e inicio de medidas terapéuticas, guías de tratamiento y recomendaciones para el manejo de pacientes con sepsis grave, cuya expresión es el proyecto *Surviving Sepsis Campaign* (SSC) La creación de Unidades Multidisciplinares de Sepsis , conllevan un cambio de mentalidad donde el abordaje del paciente es multidisciplinar y el objetivo es disminuir la mortalidad de la sepsis.

Analizamos la puesta en marcha de una “Unidad Multidisciplinar de Sepsis” en un hospital terciario durante el primer años de implantación (marzo de 2015 a marzo de 2016).

MÉTODOS

Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar de colaboración y apoyo asistencial compuesto por diferentes especialistas (intensivista, internista, urgenciólogo y enfermera, con el apoyo de microbiólogo y farmacólogo), cuya misión es garantizar el diagnóstico y tratamiento precoz de los pacientes con sepsis, asegurando el cumplimiento de las medidas iniciales (bundle de resucitación) desde su llegada a Urgencias, así como el soporte asistencial diario de seguimiento mediante una serie de formularios asociados a la historia clínica.

Como corte basal se recogieron los datos de los pacientes ingresados desde Urgencias con el diagnóstico de sepsis durante el año 2014 (anterior a la implantación del Código Sepsis).

RESULTADOS

Se identificaron 245 casos de pacientes incluidos en el CS en todos los servicios del hospital, el 55,9% fueron activados en Urgencias. La edad media fue de 66 años (15-93) El 32% presentaron una sepsis grave y el 42% shock séptico. El SOFA medio fue de 4,9 (0-14).

El 65,3 % de los pacientes recibieron el antibiótico en la primera hora siendo en el 76,6% apropiado. Se sacaron hemocultivos al 89,7%.y se realizó medición del lactato al ingreso al 81,6%.

La mortalidad global fue del 16,9% (sepsis grave 18,8% y Shock séptico 23,8%). La mortalidad del la sepsis analizada durante el año 2014 (previo a la implantación del Código Sepsis) fue del 39,44%. Esto supuso una reducción de la mortalidad de un 42,3% (lo que equivale a 98 muertes menos en un año).

CONCLUSIÓN

La implantación del un conjunto de actuaciones para la detección precoz de los pacientes con sepsis y la creación de una Unidad Multidisciplinar de Sepsis para aseguran la continuidad asistencial, ha supuesto una importante reducción de la mortalidad en nuestro hospital de este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving SepsisCampaign Guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med 2008;34.17-60
2. Garnacho Montero J, García Garmendia JL, Barrero Almodóvar AE, Jiménez Jiménez FJ, Pérez Paredes C, Ortiz Leyba C. Impact of adequate empirical antibiotic therapy on the outcome in patients admitted to the ICU with sepsis. Crit Care Med 2003;31:2742-51.
3. Aguirre Tejedo A, Echarte Pazos JL, Mínguez Masó S, Supervía Caparrós A, Skaf Peters E, Campodarve Botet I. Implementación de un “Código de Sepsis Grave” en un servicio de Urgencias. Emergencias 2009;21: 255-261.
4. M. Vivancos Gallego¹, J. Rojas-Marcos¹, D. Benito¹, A. González¹, E. Loza², A. Robustillo³, J. Cobo Reinoso⁴, I.Prieto⁵. Puesta en marcha de un “Código Sepsis” en un hospital: experiencia durante 2 años Rev

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

16-ECCM

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DEL SHOCK

INTRODUCCIÓN

Los pacientes en shock más graves y que no mejoran en las primeras horas suelen ser candidatos a monitorización hemodinámica invasiva. Resulta difícil y hasta ahora no se ha podido demostrar que la monitorización agresiva mejore mortalidad en el crítico.

OBJETIVOS

Identificar las características clínicas de los pacientes en shock en los que se han empleado sistemas de monitorización hemodinámica invasiva: convencional (MC), *Swan-Ganz*(MS) y PiCCO(MP). Relacionar sistema de monitorización con manejo del shock, factores de gravedad y mortalidad.

MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo en pacientes ingresados con diagnóstico de shock en el período 2013-2015 en la UCI polivalente de un hospital terciario. Recogimos variables demográficas, clínicas y de manejo terapéutico incluyendo tipo de monitorización, estancia intrauci y mortalidad intrauci e intrahospitalaria. SPSSv15.

RESULTADOS

Incluimos 189 pacientes:153 recibieron MC (81%), 15 MS (7.9%) y 21 MP(11.1%). La etiología predominante del shock fue la sepsis 110 (72.4%) vs 9 (60%) vs 17 (81%); $p=0.06$ y el foco más frecuente el abdominal 41 (37%) vs 2(22.2%) vs 8(47.1%); $p=0.01$). No hubo diferencias en características de los pacientes (edad, sexo, HTA, DM, cardiopatía, neumopatía) excepto insuficiencia renal crónica 23 (15%) vs 6 (40%) vs 0; $p=0.004$ y SOFA inicial 9 (7-11) vs 11 (8-13) vs 10(9.8-12); $p=0.02$. Los pacientes monitorizados por MS y MP tuvieron mayor lactato y habían recibido más fluidos y más noradrenalina a las 24, 48 y 72h; todo $p<0.05$. Los pacientes que fueron monitorizados con MS y MP frente a MC recibieron más a menudo dobutamina, corticoides de shock y HFVVC y presentaron más fibrilación auricular de novo y más SDRA; todo $p<0.05$. MS y MP asocian mayor estancia mediana 8 (5-14) vs 9 (7-19) vs 13 (9-17); $p=0.04$.Estar monitorizado por MS o MP implica mayor mortalidad intraUCI OR10.8,IC95%(3.9-29.4); $p=0.000$ e intrahospitalaria OR8.2,IC95%2.8-23.7); $p=0.000$: 24(15.7%) vs 4 (26.7%) vs 14 (66.6%) para mortalidad en UCI y 43 (28.1%) vs 7 (46.7%) vs 16 (76.2%) para la intrahospitalaria.

CONCLUSIÓN

Los monitorizados mediante MP y MS son pacientes más graves y con más fallo renal previo en el caso de MS, y presentan mayores niveles de lactato a las 24, 48 y 72 horas. Reciben más fluidoterapia y dosis de aminas en los tres primeros días y son más frecuentemente tratados con DBT, corticoides y HFVVC. MP y MS presentan más frecuentemente fibrilación auricular de novo y SDRA, permanecen más días en UCI y fallecen más intraUCI y en el hospital.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

17-ECCM

**ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES SÉPTICOS QUE DESARROLLAN O NO
LINFOPENIA: INFLUENCIA EN PRONÓSTICO VITAL**

INTRODUCCIÓN

La linfopenia implica una mayor dificultad en la respuesta a la infección, desconociéndose a día de hoy la influencia de esta variable en el pronóstico de la sepsis.

OBJETIVO

Conocer las diferencias que existen en pacientes sépticos ingresados en UCI en función del desarrollo de linfopenia.

MÉTODO

Estudio prospectivo descriptivo comparativo en pacientes con diagnóstico de sepsis ingresados en Enero- Agosto 2016 en la UCI polivalente de un hospital terciario. Se evaluaron variables demográficas, comorbilidades, variables clínicas y de manejo terapéutico, estancia en UCI e intrahospitalaria y mortalidad intrahospitalaria. Se recogieron fórmulas leucocitarias extraídas de analíticas seriadas los tres primeros días de ingreso y se consideró linfopénicos aquellos pacientes que presentaron menos de 1000 linfocitos. Paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se reclutaron en total 82 pacientes, edad mediana 68 (56-78), sexo varón 50(61%), inmunosuprimidos 18 (22%), SOFA mediano 7(5-9) y APACHEII medio 18.2 DE 6.3, IC95%(16.7-19.6). El foco más frecuente de sepsis fue el respiratorio 27(33%) seguido del abdominal 24 (29%) y del total de pacientes desarrollaron linfopenia 69 enfermos (82%) y fallecieron 31 en el hospital (37.8%). No existe correlación entre inmunosupresión previa y desarrollo de linfopenia. No hubo diferencias significativas entre grupo de linfopénicos (L) y no linfopénicos (NL) en cuanto a características recogidas (edad, sexo, HTA, DM, DLP, OCFA, cardiopatía previa, insuficiencia renal y cirrosis) ni foco de sepsis. Tampoco había diferencias para SOFA mediano 8 (5-9) vs 6(5-8); p0.2 o APACHE medio 18.1, DE6.3, IC95% (16.6-19.7).2) vs 18.5, DE6.7, IC95% (14.3-22.7); p0.8. El grupo L tuvo mayor procalcitonina mediana 6.1 (2.2-28.6) vs 1.1(0.1-2.2);p0.04 y mayor proteína C reactiva media 207, DE133, IC95% (174-240) vs 122, DE76, IC95% (74-170); p0.03. No existían diferencias significativas en cuanto a soporte terapéutico en L y NL (necesidad de aminas vasoactivas, ventilación mecánica, terapias de reemplazo renal o control de foco) ni tampoco en estancias. Del multivariable se extrae que los pacientes linfopénicos presentan mayor mortalidad intrahospitalaria OR 8.6, IC95% (1.0-73.1), p 0.048: del grupo L fallecieron 29 pacientes (42%) y del NL 2 pacientes (15.9%).

CONCLUSIÓN

Los pacientes críticos con diagnóstico inicial de sepsis que desarrollan linfopenia en los tres primeros días de ingreso presentan mayor elevación de procalcitonina y proteína C reactiva y mayor mortalidad intrahospitalaria, independientemente del grado de inmunosupresión.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

18-ECCM
EVALUANDO MORTALIDAD INTRAUCI EN MAYORES DE 80 AÑOS: NUESTRA EXPERIENCIA

INTRODUCCIÓN

La población está envejeciendo y paralelamente, también la edad de los pacientes que ingresamos en UCI. La menor reserva fisiológica de los pacientes mayores implica una menor capacidad de respuesta al soporte vital, con el consecuente aumento de morbimortalidad en este grupo de enfermos.

OBJETIVO

Estudiar la relación existente entre factores relacionados con soporte vital, estancia en UCI y mortalidad en pacientes mayores de 80 años que ingresan en cuidados críticos.

MÉTODO

Estudio prospectivo descriptivo realizado en los enfermos mayores de 80 años que requirieron ingreso en la UCI polivalente de un hospital terciario en el período Enero-Diciembre 2016. Se excluyeron los ingresos que resultaron ser donantes de órganos. Paquete estadístico SPSSv15.

RESULTADOS

Se recogieron 58 pacientes mayores de 80 años, de los cuales 39 fueron varones (67.2%), edad mediana 82 años 81-84, APACHE medio 19.3 DE 6.2, IC95% (17.6-20.9), necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) en 19 casos (32.8%) y estancia mediana de 4 días 2-6. Fallecieron intrauci 15 pacientes (25.9%); del grupo de intubados murieron 11 (57.9%). No hubo diferencias en cuanto a edad, sexo, motivo de ingreso, necesidad de drogas vasoactivas, ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y días de VMNI, días de VMI, terapias de reemplazo renal, cirugía, procedimientos invasivos y necesidad de traqueotomía entre el grupo de fallecidos y el de no fallecidos. Sí se detectó cierta tendencia a ingresar por hemorragia cerebral en el grupo de fallecido 4(44.4%) vs 11 (22.4%);p0.2. Los fallecidos presentaron mayor APACHE 22.5 (DE 6.2, IC95%19.1-30) vs 18.1 (DE 5.8, IC95%16.3-19.9; p0.03 y requirieron más frecuentemente VMI 11 (73.3%) vs 4 (26.7%); p0.000. En el análisis multivariable identificamos en el subgrupo de pacientes intubados como factor relacionado con mortalidad una mayor estancia en UCI OR 1.3 (IC95% 1.01-1.7); p0.013.

CONCLUSIONES

Los pacientes críticos mayores de 80 años que fallecen en UCI son los más graves y los que necesitan VMI. Los enfermos intubados tienen más posibilidades de fallecer a mayor número de días de ingreso.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

19-ECCM
FACTORES ASOCIADOS A REINGRESO EN UCI

INTRODUCCIÓN

La detección de pacientes en riesgo de reingreso en críticos forma parte de la actividad “más allá de la UCI”, de cara a lograr un beneficio para tales enfermos, bien logrando prevenir una segunda estancia en UCI, bien participando en el manejo terapéutico multidisciplinar en planta de hospitalización.

OBJETIVO

Determinar los factores relacionados con reingreso en UCI.

MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo en pacientes críticos dados de alta de la UCI polivalente de un hospital terciario en Enero-Noviembre 2015. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de manejo terapéutico, estancia y mortalidad. Se excluyeron aquellos dados de alta para fallecer con acompañamiento familiar en planta y aquellos no reingresables. SPSSv15.

RESULTADOS

Incluimos 445 pacientes, de los cuales 33 reingresaron en UCI (7.4%). Los pacientes reingresados presentaban más frecuentemente hábito enólico severo 8(24.2%) vs 40(9.7%);p0.01, obesidad al menos grado III 8(24.2%) vs 52(12.6%);p0.05, enfermedad autoinmune 3(9.1%) vs 8(1.9%);p0.01 y mala clase funcional previa 6(18.2%) vs 15(3.6%);p0.000. No hubo diferencias en el resto de las características revisadas. El grupo de reingresos habían requerido en su primera estancia en UCI más monitorización hemodinámica invasiva 5(12.2%) vs 14(3.4%); p0.000 y más terapias de reemplazo renal 7(21.2%) vs 31(7.5%); p0.001. No hubo diferencias en el resto de factores recogidos (delirio, enfermedad neuromuscular del crítico, drogas vasoactivas, fibrilación auricular, SDRA, ventilación mecánica, nutrición parenteral, fracaso renal al alta). Los pacientes reingresados tuvieron mayor estancia hospitalaria 26(11-43) vs 13(9-22); p0.003 y fallecieron en mayor número en el hospital 4(12.1%) vs 7(1.7%);p0.000 y a día 28 2 (6.1%) vs 4(1%); p0.02. En el análisis multivariable se encontró relación entre mortalidad intrahospitalaria y a día 28 y reingreso en UCI: mortalidad intrahospitalaria OR 6.6 (IC95%1.2-37.4); p0.03 y a día 28 OR 8 (IC95% 2.2-28.8); p0.002 .

CONCLUSIONES

Los pacientes críticos que reingresan en nuestra UCI y que podrían beneficiarse de un seguimiento en planta por nuestra parte son con mayor frecuencia bebedores, obesos, con peor clase funcional y con diagnóstico previo de enfermedad autoinmune. Los que requieren monitorización hemodinámica invasiva y/o terapias de reemplazo renal en su primera estancia reingresan más a menudo. Los reingresados fallecen más y están ingresados más tiempo

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

20-ECCM

INFLUENCIA DEL MOMENTO DE REALIZACIÓN DE TRAQUEOTOMÍA EN PRONÓSTICO A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA

INTRODUCCIÓN

La traqueotomía precoz en pacientes con clara necesidad de ventilación mecánica prolongada ha demostrado reducir días de ventilación mecánica, estancia en UCI e incluso mortalidad intrahospitalaria.

OBJETIVO

Identificar las características diferenciales de los pacientes críticos con ventilación mecánica invasiva prolongada en los que se ha realizado traqueotomía percutánea en etapa precoz vs tardíamente. Comparar la seguridad de la técnica y evaluar relación con estancia y mortalidad.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo comparativo en pacientes traqueotomizados ingresados la UCI polivalente de un hospital terciario en el período 2012-2015. Se consideró traqueotomía temprana aquella realizada en los primeros diez días de ventilación mecánica y tardía la realizada a partir del día once. Paquete estadístico SPSSv15.

RESULTADOS

Incluimos 95 pacientes, 55 eran varones (57,9%), edad mediana 67 años (56-74) y 36 (37.9%) procedían de Urgencias. La mayoría de las traqueotomías fueron tardías 39 (70,9%) vs 16 (29,1%). Los pacientes con traqueotomía tardía tuvieron mayor APACHE 22, DE7.1, IC95% (20-24) vs 19, DE7.2, IC95% (16-21); p0.06 e ingresaron menos frecuentemente por patología neurocrítica 24 (36.4%) vs 14 (48.3%); p0.06. Los traqueotomizados tardíamente tuvieron mayor estancia en UCI 29 (24-40) vs 20 (11-35); p0,008 y mayor mortalidad intraUCI 20 (87%) vs 3 (13%); p0,04 y a los 28 días 34 (75,6%) vs 11 (24,4%); p0.05. No hubo diferencias en cuanto a complicaciones de la técnica 8 complicaciones en la tardía (20.5%) vs 3 (18.8%); p0.8.

CONCLUSIÓN

La mayor parte de las traqueotomías se han realizado en etapa tardía; tal vez esta demora pueda relacionarse con cierta tendencia a tratarse de los pacientes más graves y con menos patología neurocrítica, tal vez más difícil predecir necesidad de traqueotomía en este grupo. El grupo de traqueotomía tardía tuvo mayor estancia media y mayor mortalidad intrauci y a los 28 días. No hubo diferencias en cuanto a complicaciones de la técnica en relación con el momento de su realización.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

21-ECCM

¿QUÉ OCURRE CON AQUELLOS PACIENTES VALORADOS POR INTENSIVISTAS QUE NO INGRESAN EN UCI?

INTRODUCCIÓN

La valoración de pacientes ubicados fuera de UCI forma parte cada vez más de la actividad asistencial que el intensivista desarrolla “más allá de la UCI”. No existen estudios que evalúen el pronóstico vital de los pacientes que decidimos no ingresar en cuidados intensivos.

OBJETIVO

Revisar las características de los pacientes valorados por el equipo de intensivistas y que no ingresan en UCI, estudiar los motivos de no ingreso y evaluar el pronóstico a corto plazo de estos enfermos.

MÉTODO

Estudio prospectivo descriptivo desarrollado en Enero-Junio 2016 en un hospital terciario. Recogimos características de los pacientes, servicio demandante, momento de la valoración, solicitud (ingreso en UCI, manejo, donación de órganos), motivo de aviso, de rechazo y estancia. SPSSv15.

RESULTADOS

Incluimos 99 pacientes, 36 (36.4%) fallecieron. Los fallecidos eran más mayores 79.5(71-85) vs 70(55-79); p0.002, cardiopatas 17(47.2%) vs 21(33%); p0.007, inmunosuprimidos 13(36.4%) vs 11(17.4%); p0.04, cirróticos 3(8.3%) vs 0; p0.02 y con peor clase funcional (CF III/IV) 10(27.7%) vs 12(20%), p0.007 e Índice de Katz \geq B 12(48%) vs 8(15.4%); p0.03. Llamativamente, los fallecidos eran los que menos habían sido hospitalizados en los 6 meses previos (\geq 1ingreso) 2(5.6%) vs 14(22.2%); p0.03. El servicio que genera más interconsultas es Urgencias 45(45%) y la mayor parte se evalúan en horario de tarde o noche 73(72%). La solicitud más frecuente fue evaluar la posibilidad de ingreso en UCI (87%). Atendiendo al grupo de fallecidos, el motivo de consulta fue más a menudo coma/agitación o parada cardiorrespiratoria 8(22.2%) vs 4(6.3%); 4(11.1%) vs 1(1.6%); p0.009 y la principal causa de no ingresar fue mala situación basal 12(33.3%) vs 8(12.7%); p0.009. Los pacientes que fallecieron en planta permanecieron menos días ingresados desde el momento de la valoración por el intensivista 3.5(1-14.5) vs 10(7-16); p0.002. Se identificaron tres factores relacionados con mortalidad: mala situación basal OR 1.7(IC95% 1.3-2.1); p0.026, inmunosupresión OR 89.3(IC95% 5.2-1521; p0.002 y haber ingresado en más de una ocasión en los 6 meses previos OR 0.005(IC95% 0.0-0.2); p0.01. Del total de interconsultas, 27 pacientes ingresaron posteriormente en críticos (33%).

CONCLUSIONES

Los pacientes valorados por intensivista que no ingresan en UCI y fallecen son los más añosos, cardiopatas, cirróticos, inmunosuprimidos y con peor clase funcional previa. El principal motivo de aviso es la alteración del nivel de conciencia y el de rechazo la mala clase funcional previa. Si el motivo de consulta había sido coma o agitación el paciente tenía menos posibilidades de sobrevivir.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

22-ECCM

¿QUÉ PACIENTES FALLECEN TRAS SER DADOS DE ALTA DE UCI?

INTRODUCCIÓN

La mortalidad del paciente crítico que verdaderamente interesa es la que incluye la mortalidad en planta de hospitalización tras ser dado de alta de la unidad de críticos.

OBJETIVO

Estudiar las características de los pacientes dados de alta de nuestra UCI que fallecen en los siguientes 90 días al ingreso hospitalario.

MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo en pacientes que requirieron ingreso en la UCI polivalente de un hospital terciario y que fueron dados de alta a planta de hospitalización en Enero-Noviembre 2015. SPSSv15. Se excluyeron aquellos pacientes que eran dados de alta para fallecimiento en compañía de familiares y aquellos que permanecieron más de 90 días en el hospital.

RESULTADOS

Incluimos 479 pacientes, de los que a los 90 días fallecieron 44(9.2%) (grupo exitus GE). Los pacientes que fallecieron eran más mayores 71(57-81) vs 65(52-79);p0.007, más graves al ingresar en UCI APACHEII 18(13-21) vs 14 (10-19);p0.005 y presentaban mayor cardiopatía previa 20(45.4%) vs 105(24.1%); p0.006; no hubo diferencias significativas en el resto de comorbilidades. Los fallecidos fueron diagnosticados más frecuentemente de miopatía del crítico 5(11.4%) vs 16(3.7%);p0.018, fibrilación auricular de novo 6(13.6%) vs 24(5.5%); p0.02, síndrome de distrés respiratorio agudo 3(6.8%) vs 8(1.8%);p0.04 e infección adquirida en uci 6(13.6%) vs 22(5.1%);p 0.048). GE requirieron más a menudo aminas 22(50%) vs 13 (31.7%);p0.014; ventilación mecánica invasiva 24(54.4%) vs 129(29.2%);p0.04 e intubación de más de 7 días 10(22.7%) vs 43(9.9%);p0.01. GE habían sido más frecuentemente reintubados 5(11.4%) vs 6(1.4%);p0.000 y traqueotomizados 5(11.4%) vs 18(4.1%);p0.03, habían presentado más a menudo Glasgow \leq 13 al alta 6(13.6%) vs 9(0.9%);p0.000 y eran más frecuentemente considerados no reingresables en UCI 15(34.1%) vs 19(4.4%);p0.000. GE tuvieron mayor estancia intrauci 5.5(3-12.8) vs 4(2-6);p0.002 y mayor estancia hospitalaria 20(11-33.2) vs 13(9-23);p0.001, En el análisis multivariable se identificaron tres factores relacionados con mortalidad al alta: cardiopatía previa OR 1.1 (IC95%1.1-1.8);p0.003, ventilación mecánica OR 1.4 (IC95%1.1-1.7);p0.017 y ser considerado reingresable en UCI OR 0.11 (IC95%0.05-0.22);p0.000.

CONCLUSIONES

Los pacientes críticos que fallecen posteriormente y que podrían beneficiarse de un seguimiento por nuestra parte son los de mayor edad, los más graves, con cardiopatía previa, que han requerido ventilación mecánica y presentado complicaciones en relación con ésta y que han presentado fibrilación auricular, miopatía del crítico, shock o infección adquirida en UCI. Fallecen más los que permanecen ingresados más tiempo y los que han sido considerados no reingresables en críticos.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

23-ECCM

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA (HSA) EN UNA UCI DE NEUROCRÍTICOS : IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

OBJETIVO

Describir la evolución de los pacientes ingresados en la Unidad de Politrauma y Neurocríticos del Servicio de Medicina Intensiva (UPN) con HSA desde el año 2006 al 2015, según la situación neurológica al alta de UCI y hospitalaria, en relación con las mejoras del protocolo y algoritmo de manejo diagnóstico-terapéutico incluida la monitorización de la Unidad.

MÉTODOS

Estudio con datos del registro de HSA de la UPN del año 2006 al 2015 recogidos de forma prospectiva, comparando los resultados en dos grupos evolutivos, año de corte 2010 (coincidiendo con revisión del protocolo): Grupo1 2006-2010, Grupo2 2011-2015. Se evalúan y comparan los dos grupos de pacientes, en cuanto a las características de ingreso, usando el WFNS World Federation of Neurosurgery Score, los resultados al alta según el GOS (Glasgow Outcome Scale), y la realización de técnicas de neuromonitorización y tratamiento.

RESULTADOS

Los dos grupos (154 pacientes en el grupo1 y 215 en el 2) son homogéneos en cuanto a edad, sexo, origen de la HSA, scores pronósticos al ingreso, tanto en la situación neurológica utilizando la clasificación de WFNS, como en lo referente a la imagen radiológica con la clasificación de Fisher.

La mortalidad al alta de UCI y alta hospitalaria es inferior en el grupo 2, 20% y 21,4% frente al 28% y 32,5% del grupo1. Una buena situación clínica al alta hospitalaria considerada como GOS 4 y 5 es mayor en el grupo2 (65% frente al 56,5%).

El número de casos con exclusión de aneurisma es inferior en el primer grupo (70% de los casos con aneurisma frente al 83% del grupo2), el número de catéteres de PIC intraparenquimatosos colocados es superior en el grupo2 (23 casos, 10,8% vs 7,8% del grupo 1).el número de casos en los que se ha realizado terapia de angioplastia química con nimodipino intraarterial es superior en el grupo2 5,1% vs 1,3% del grupo1, así como la utilización de la hipotermia como media de tratamiento en HTIC refractaria ,11 casos en el grupo2 (5,1%), frente a dos casos (1,3%) en el grupo 1.

CONCLUSIONES

Hay una disminución de la mortalidad del grupo 2 con respecto al 1, probablemente debido a una mayor tasa de intervencionismo tanto desde un punto de vista de la exclusión del aneurisma como del aumento de las medidas de monitorización y tratamiento de las complicaciones ligadas a las mejoras en el protocolo de actuación, así como un mejor resultado al alta hospitalaria (GOS 4 y 5) de dichos pacientes.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

24-ECCM

**SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES
SOMETIDOS A DECÚBITO PRONO**

OBJETIVOS

Analizar la características de los pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) sometidos a decúbito prono (DP).

MÉTODO

Estudio observacional prospectivo en una UCI médica entre Enero de 2015 y Diciembre de 2016. Se incluyen los SDRA moderados y severos. Se recogen variables demográficas, diagnóstico, tratamiento del distrés, horas de inicio, duración y sesiones del Decúbito Prono (DP). Los resultados se presentan mediante media o mediana con desviación estándar (DE) o rango intercuartil (RIQ) o porcentajes, si son cualitativos. Dependiendo de la variable se utilizó chi cuadrado, t Student o U Mann-Whitney.

RESULTADOS

Se incluyen 47 pacientes con SDRA recogidos entre los años 2015-16. El 51% son graves y el 49% son moderados. La edad media de 63,3;DE:15,3(IC95:59-68) años, el 60% de los pacientes son hombres y el 72% tienen diagnóstico de causa pulmonar. El 36% están bajo relajación, al 51% se les somete a DP y el 57% se tratan con corticoides. El tiempo desde el diagnóstico hasta colocación en DP es de 22,25;DE:13 (IC95:16,8-27,8) horas. La duración media del DP es 30,3±9,4(IC95:26-35)horas y el 29,2% reciben una segunda colocación en prono con una media de sesiones de 2,6;DE:1(IC95:1,5-3,6). El análisis nos muestra que sometemos a DP a pacientes más jóvenes con una mediana de edad 63(RIQ48,8-75,5) frente a 72(RIQ54-77), p0,2, que pronamos a aquellos con PAFI más bajas, con una media de 91;DE:33(IC95:77-105) frente a 131;DE:45(IC95:111-151), p0,01, y que el 66,7% de ellos llevan perfusión de relajantes (p0,001). La media de días de VMI es de 14,4;DE:9(IC95:10,6-18,3) días. De los pacientes sometidos a prono fallecen un 33% (p0,9), siendo la mortalidad total del 34%.

CONCLUSIONES

la mayoría de nuestros pacientes con SDRA tienen diagnóstico de causa pulmonar, se colocan en DP precozmente (menos de 24h) y el DP se mantiene más de 17h (una media de 30h). Los pacientes sometidos a DP son pacientes más jóvenes, tienen una relación PAFI más baja y la mayoría llevan perfusión de relajantes. La mortalidad de los pacientes sometidos a DP sigue siendo elevada (33%).

BIBLIOGRAFÍA

- Guerin C et al. Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med 2013;368:2159-68.
- Guerin C, Baboi L, Richard J.C. Mechanisms of the effects of prone positioning in acute respiratory distress syndrome. Intensive Care Med (2014) 40:1634–1642.
- Gattinoni L et al. Effect Of Prone Positioning On The Survival Of Patients With Acute Respiratory Failure.N Engl J Med 2001;345:568-73

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

25-ECCM

EXPERIENCIA EN 2016 CON EL PROTOCOLO DE CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA

INTRODUCCIÓN

En 2016, hubo 63 ingresos en UVI por ictus isquémicos, de los cuales se realizaron cuatro craniectomías descompresivas. Se valoraron, además, otros ocho casos, pero no se incluyeron por no cumplir los requisitos necesarios.

MATERIAL Y MÉTODO

se expondrán cuatro casos de pacientes ingresados en nuestra unidad en los que se realizó dicha técnica siguiendo el protocolo vigente en nuestro hospital de "Craniectomía descompresiva en el infarto isquémico maligno".

RESULTADOS

-Caso 1: Varón de 57 años que presenta trombo en arteria carótida interna derecha asociando isquemia en territorio de arteria cerebral media ipsilateral. Debutó con NIHSS de 17 descartándose trombectomía mecánica por neurorradiología. Se realizó fibrinólisis no efectiva y tras empeoramiento hasta NIHSS de 22, se procedió a craniectomía descompresiva. Fue dado de alta con RANKIN 5 y GOS 3. A los tres meses, presentaba RANKIN 4 y GOS3.

-Caso 2: Mujer de 41 años que presenta infarto en arteria cerebral media derecha y tromboembolismo pulmonar. Se priorizó trombectomía mecánica pulmonar y posterior anticoagulación, sufriendo transformación hemorrágica y realizándose craniectomía descompresiva. Fue dada de alta con RANKIN 3 y GOS 4 que a los 3 meses evolucionó a RANKIN 2 y GOS 5.

-Caso 3: Varón de 60 años con ictus isquémico en arteria cerebral derecha con trombo en T carotídeo derecho que presentaba infarto establecido con >50% desestimándose la realización de trombectomía mecánica, por lo que se realizó craniectomía descompresiva precoz. Ingresó con NIHSS de 19. Fue trasladado por petición familiar a un Centro privado para pacientes con daño neurológico. A su salida presentaba RANKIN 5 y GOS 3 que mantenía a los 3 meses.

-Caso 4: Varón de 51 años con isquemia en arteria cerebral media y arteria cerebral anterior izquierda por trombo en T carotídeo ipsilateral. Se realizó trombectomía mecánica con evolución desfavorable, acabando en craniectomía descompresiva. Presentaba al inicio NIHSS 21. Fue trasladado a su hospital de origen y posteriormente a centro para daño neurológico con RANKIN 5 y GOS 2 que mantenía a los 3 y 6 meses. Finalmente falleció por sepsis grave y síndrome de disfunción multiorgánica.

CONCLUSIONES

-La craniectomía descompresiva es una herramienta terapéutica actualmente disponible en el tratamiento del ictus maligno.

-Dado que se trata de una serie con un número pequeño de casos no podemos extraer conclusiones definitivas, pero desde nuestra experiencia se debe protocolizar e individualizar su indicación en cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Juttler E, Schwab S, Schmiedek P, Unterberg A, Hennerici M, Woitzik J, et al: Decompressive Surgery for the treatment of Malignant Infarction of de Middle Cerebral Artery (DESTINY): a randomized, controlled trial. Stroke 38: 2518-2525, 2007.

-Dittrich R, Kloska SP, Fisher T, NAM E, Ritter MA, Seidensticker P, et al: Accuracy of perfusión-CT in predicting malignant middle cerebral artery bran infarction. J Neurol 255:896-902, 2008.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

26-ECCM

ICTUS VERTEBROBASILAR VS CIRCULACIÓN ANTERIOR EN 2016

INTRODUCCIÓN

En nuestra unidad ingresaron un total de 63 casos por ictus isquémico en 2016, presentando diferencias reseñables según la afectación del territorio posterior o anterior.

MATERIAL Y MÉTODOS

exponemos los datos extraídos de nuestra base de datos, comparando ictus isquémicos en circulación anterior con los de fosa posterior

RESULTADOS

En fosa posterior registramos un total de 12 casos, 9 de ellos varones y 3 mujeres, con edad media de 67.1 años. Se realizaron 2 fibrinólisis y 6 trombectomías, siendo necesario colocar 4 drenajes ventriculares externos. Se registraron 5 fallecimientos lo que supone una mortalidad en UCI del 41.7%. La estancia media en UCI fue de 10 días. En cuanto al pronóstico neurológico al alta de nuestro servicio, el 16.7% de los pacientes presentaban RANKIN ≤ 2 y GOS de 4-5. Por último, el 83.3% presentó TICI óptimo $\geq 2b$.

En circulación anterior recopilamos 51 casos, 26 de ellos varones y 25 mujeres con edad media de 65.9 años. Se realizaron más fibrinólisis y trombectomías, se colocó tan sólo 1 drenaje ventricular externo y se realizaron 4 craniectomías descompresivas. La mortalidad registrada en UCI fue de 8 casos y la estancia media de 8.4 días. Estos pacientes presentan un mejor pronóstico neurológico al alta de UCI con 37.2% de pacientes con RANKIN ≤ 2 y con 43.15% de GOS 4-5. Una correcta reperusión con TICI óptimo $\geq 2b$ se dio en el 75.68%.

CONCLUSIONES

Respecto a ACV isquémicos en fosa posterior se registra una mayor mortalidad y peor recuperación neurológica.

A pesar de esos resultados funcionales en fosa posterior se objetiva mayor porcentaje de reperusión según la escala TICI.

Respecto a la estancia media de ingreso y la edad de los pacientes no se objetivan diferencias importantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

M. Rodríguez-Yáñez, C. Fernández Maiztegui, T. Pérez-Concha, A. Luna, M. Roncero, J. Castillo, Enfermedades vasculares cerebrales: J.J. Zarranz. 5ªEd

Power S, McEvoy SH, Cunningham J, Ti JP, Looby S, O'Hare A, et al. Value of CT angiography in anterior circulation large vessel occlusive stroke: Imaging findings, pearls and pitfalls. EJR 2015; 84:1333-1344

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

27-ECCM

STAPHYLOCCOCUS AUREUS METICILIN SENSIBLE (SAMS) Y LEUCOCIDINA DE PANTON VALENTINE (LPV)

INTRODUCCIÓN

La LPV es una exotoxina citolítica producida por cepas de SA que produce un incremento de la virulencia. La infección por SA positivo para LPV deriva en infecciones rápidas y graves de partes blandas y neumonía necrotizante, sumamente mortales.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 61 años sin antecedentes de importancia presenta cuadro catarral de una semana de evolución, tos productiva, dificultad respiratoria hasta hacerse de reposo y fiebre de 38,3°C. Ingresa en UCI derivado desde urgencias, tras iniciar antibiótico empírico y oseltamivir, con cuadro de disfunción multiorgánica (shock séptico, distres respiratorio (SDRA), disfunción hepática, fracaso renal agudo (FRA), trombocitopenia grave) y coagulación intravascular diseminada (CID) asociada. Se procede a intubación orotraqueal, resucitación hemodinámica, perfusión de noradrenalina, extracción de hemocultivos. Intercambio gaseoso con PaO₂/FiO₂: 100 (PEEP: 8cmH₂O, FiO₂: 0,6, volumen control, presión plateau: 25cmH₂O) y broncorrea hemática. Realizamos fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL). Cobertura antibiótica: meropenem, linezolid, voriconazol, manteniendo el levofloxacino y oseltamivir iniciado en urgencias. Resultados BAL: E. coli, SAMS. PCR gripe A positiva. Galactomanano negativo. Se suspende voriconazol y levofloxacino. Mantiene empeoramiento progresivo con necesidad de FiO₂: 1, ventilación protectora con hipercápnea permisiva, shock refractario e hiperlactacidemia. Fallece el cuarto día de ingreso en UCI. Postmortem, PCR de LPV+.

DISCUSIÓN

La infección por SAMS positivo para LPV es poco frecuente. Esta afección conocida como síndrome de LPV se da en inmunocompetentes. La mala evolución de una neumonía comunitaria por SAMS tratada con betalactámicos, el fallo multiorgánico, el requerimiento de ventilación mecánica, la leucopenia, la neumonía necrosante, el shock, la CID y el SDRA deben alertar la posibilidad de LPV positiva para adecuar el tratamiento antibiótico urgentemente. El diagnóstico se realiza con PCR múltiple del gen de Pantón Valentine en la cepa del cultivo y el tratamiento es soporte vital y el comienzo temprano de vancomicina o linezolid con/sin clindamicina. La mortalidad es aproximadamente 50-70% de los casos.

CONCLUSIÓN

Dada la baja incidencia de la infección por SAMS positiva para LPV, es una entidad infradiagnosticada y muchas veces desconocida. Es importante identificar de forma temprana los síntomas clínicos del síndrome de LPV, iniciando así de forma urgente un tratamiento adecuado para una infección de evolución fulminante y alto porcentaje de mortalidad.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

28-ECCM
FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA (FTE) EN EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

INTRODUCCIÓN

La causa más frecuente de FTE es congénita, siendo raramente adquirida, asociándose a lesiones neoplásicas, habiéndose producido un incremento en pacientes con SIDA, secundario a infecciones.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente VIH positivo, que presentó esofagitis por Cándida y desnutrición severa. Ingresó en UCI por shock séptico respiratorio, necesidad de intubación orotraqueal (IOT), ventilación mecánica, noradrenalina y corticoides a dosis de shock. Tras la IOT, fuga aérea, presiones elevadas, que no se corrige tras cambio de tubo orotraqueal, sospechándose FTE, confirmada en TC. Desestimado para cirugía, se intentó sellado de FTE, mediante intubación selectiva de BPI por localización a ese nivel de FTE en fibrobroncoscopia y colocación de prótesis esofágicas para sellado de tres perforaciones, sin resultado. Cobertura antibiótica de amplio espectro, junto con antirretrovirales y antituberculostáticos, por patrón radiológico compatible con tuberculosis miliar en el TC y Mantux positivo. Confirmándose neumonía por P. carini. PCR en lavado bronquioalveolar para M. tuberculosis y cándida negativa. Shock refractario al tratamiento. Éxito.

DISCUSIÓN

La FTE se asocia a una alta mortalidad. Se han descrito desde 1990, 28 casos de FTE en pacientes con SIDA asociada a tuberculosis (1), un caso de infección por cándida y CMV(4), otro al virus de herpes simple(5) y por candidemia esofágica(6). Sin embargo, no hay documentado su relación con la infección por P. carini, confirmada en nuestro paciente. Existe controversia, acerca del tratamiento de la FTE. Nuestro paciente una vez desestimado para cirugía, se intentó sellado de la FTE mediante prótesis esofágica, con mal resultado. Sin embargo los estudios realizados al respecto son prometedores, considerándolo como una alternativa al tratamiento quirúrgico(2,3). Recientemente consideran tratamiento conservador con sonda de gastrostomía, nutrición y antirretrovirales con buen resultado(1), pero harían falta más estudios al respecto.

CONCLUSIONES

La FTE en pacientes con SIDA es poco frecuente, precisando tratamiento precoz para disminuir la alta mortalidad asociada, siendo una alternativa al tratamiento quirúrgico la implantación de prótesis esofágicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Tubercular tracheoesophageal fistulas in AIDS patients: primary repair and no surgery required? AIDS 2007
- Tracheoesophageal fistula in AIDS: stent versus primary repair. AIDS Patient Care STDS 1996
- Esophago-airway fistula in AIDS. Ann Thorac Surg 1995
- Tracheoesophageal fistula in an HIV-1-positive man due to dual infection of Candida albicans and cytomegalovirus. Chest 1994
- Tracheoesophageal fistula complicating herpes esophagitis in AIDS. Am J Gastroenterol 1993
- Candida pneumonia secondary to an acquired tracheoesophageal fistula in a patient with AIDS. N Y State J Med 1988

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

29-ECCM

ACTIVIDAD DE MARCAPASOS (MCP) EN LA UCI DE UN HOSPITAL GENERAL

INTRODUCCIÓN

Tras el primer MCP implantado en España en 1962, la actividad de implante de MCP ha ido aumentando como tratamiento definitivo de las bradiarritmias, quedando bien definida su indicación en las guías de práctica clínica (2). Tal es así, que en muchos de los Servicios de Medicina Intensiva se ha convertido en una práctica clínica habitual. Nuestro objetivo es analizar la actividad de MCP en nuestra UCI de 10 camas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo retrospectivo, desde noviembre del 2002 hasta diciembre de 2014, de la actividad generada por los marcapasos en la UCI del Hospital la Mancha Centro. Se recogen todos los implantes de nuestro Servicio durante ese periodo (primoimplantes como recambios de batería), así como el seguimiento posterior en la consulta de MCP.

RESULTADOS

Desde noviembre del 2002 hasta diciembre del 2014, se han realizado un total de 1231 procedimientos, de los cuales 1006 fueron primoimplantes y 225 fueron otros procedimientos (167 recambios de batería, 17 reparaciones de bolsa, 7 drenajes de hematoma, 25 recolocaciones de cable, 3 recambios de cable, 4 recolocación de MCP y 2 extracciones de MCP y cables).

Desde el año 2005, hay una estabilización en el número de primoimplantes, con una media anual de 71 primoimplantes. Sin embargo, se ha producido un aumento significativo de los recambio de baterías (2 en el 2004 a 36 en el 2014)

Durante el período estudiado, se han realizado 7378 revisiones, llamando la atención un incremento significativo desde el 2008, de una media de 422 revisiones anuales durante el año 2003 al 2008 (se desprecia 1 revisión realizada durante los dos meses del 2002 (enero-diciembre), cuándo se inició la actividad de MCP en nuestra UCI) a 974 revisiones anuales en el año 2014, con una media del 2009 al 2014 de 805 revisiones anuales.

Conclusiones: Se ha producido un incremento en la actividad de MCP en nuestra UCI, a expensas de aumentar el número de recambios de baterías y del número de revisiones anuales.

BIBLIOGRAFÍA

- Acreditación y formación en estimulación cardíaca en medicina intensiva. Proceso asistencial, competencias y habilidades profesionales. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
- Vardas PE et al. Guías europeas de práctica clínica sobre marcapasos y terapia de resincronización cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2007;60(12):1272.e1-e51

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

30-ECCM
AFECTACIÓN CARDIACA EN LOS PACIENTES CRÍTICOS CON GRIPE

INTRODUCCIÓN

La gripe es una patología vírica con una incidencia epidémica, fundamentalmente durante el periodo invernal. En la población general suele tener un carácter autolimitado, pero en determinados grupos de riesgo puede complicarse produciendo una elevada morbimortalidad. Una complicación descrita previamente es la cardiaca, fundamentalmente por descompensación de pacientes isquémicos.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia y el tipo de afectación cardiaca en los pacientes ingresados en UCI, con diagnóstico de gripe, durante el brote epidémico 2016-2017.

RESULTADOS

Durante los dos primeros meses del 2017 ingresaron 6 pacientes en UCI con diagnóstico confirmado de gripe. La mediana de edad fue de 78 años (rango: 68 – 87), 4 procedían de Urgencias y 2 de la planta de Medicina Interna. La mediana del APACHE II fue 17. En 3 casos los diagnósticos iniciales fueron eventos cardiológicos. Presentaban antecedentes cardiacos 3 casos (2 cardiopatía isquémica, 1 cardiopatía hipertensiva). Durante el ingreso en UCI se evidenció empeoramiento de la fracción de eyección (FEVI) en 4 casos, en 1 caso alteraciones de la repolarización y en otro taquiarritmia. Precisarón ventilación mecánica 4 enfermos, con una mediana de 5 días de duración (rango 2 – 16) y 3 presentaron shock de origen cardiogénico, que precisó soporte vasoactivo. Un paciente falleció durante el ingreso.

CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio se evidenció afectación cardiaca en una elevada proporción de pacientes. La disfunción sistólica fue superior a lo descrito previamente, si bien el número de casos es pequeño para obtener conclusiones. Conocer cómo puede afectar la infección a nivel cardiológico podría ayudar en la toma de decisiones, desde la prevención hasta la utilización de fármacos inotropos

BIBLIOGRAFÍA

- Mamas MA, Fraser D, Neyses L. Cardiovascular manifestations associated with influenza virus infection. Int J Cardiol 2008; 130:304.
- Levenson JE, Kaul DR, Saint S, et al. Clinical problem-solving. A shocking development. N Engl J Med 2013; 369:2253.
- Lichenstein R, Magder LS, King RE, King JC Jr. The relationship between influenza outbreaks and acute ischemic heart disease in Maryland residents over a 7-year period. J Infect Dis 2012; 206:821.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

31-ECCM

**UTILIDAD DE LA EXPLORACIÓN CON DUPLEX COLOR TRANSCRANEAL (DCTC) EN
PACIENTES CON PATOLOGÍA NEUROCRÍTICA**

INTRODUCCIÓN

El empleo del doppler color transcraneal (DCTC), que a diferencia del doppler transcraneal (DTC) es capaz de ofrecer imágenes de la vasculatura y el parénquima intracraneal, se ha incrementado en los últimos años, permitiendo la localización anatómica de la vasculatura cerebral explorada, incrementando la información diagnóstica esperada de la técnica. Además al observar el parénquima cerebral podemos realizar diagnóstico y seguimiento de hematomas cerebral y monitorizar el tamaño ventricular. Nuestro objetivo es analizar la utilidad y uso de esta técnica tras la introducción de forma estandarizada de exploración en nuestra Unidad en el último año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos el total de exploraciones registradas desde el 1 de Enero de 2016 hasta el 31 de Diciembre de 2016, en la Unidad de Politrauma y Neurocríticos del Servicio de Medicina Intensiva con el ecógrafo *Philips* modelo *Sparq* con sonda polivalente de exploración de 4 MHz .

RESULTADOS

En este periodo ingresaron en nuestra Unidad 582 pacientes y sobre 129 pacientes(22,16%) se realizaron 396 exploraciones con DCTC (rango 1-36). Se realizaron 36 exploraciones en pacientes no identificadas, y 360 exploraciones identificadas (1,08 exploraciones /día). LA distribución de exploraciones por grupos de pacientes fue: Trauma 33 pacientes explorados de 141 (23,4%), Hemorragia intracraneal espontánea (HICE) 17 pacientes explorados de 74 (22,97%), Hemorragia subaranoidea (HSA) 42 pacientes explorados de 55 (76,36%), Ictus isquémico 10 pacientes explorados de 68 (14,71%), Neurocirugías programadas 17 pacientes explorados de 202 (8,41%), Otros 10 pacientes explorados de 42 (23,80%).

Se realizaron entre 1 y 5 exploraciones a 117 pacientes, entre 6 y 10 exploraciones a 8 pacientes y más de 10 exploraciones a 4 pacientes. Se registró información no vascular cerebral en 15 de 129 pacientes (11,63% de los pacientes)

CONCLUSIONES

El uso de DCTC en nuestra Unidad sigue siendo mayoritariamente para el estudio vascular intracraneal y fundamentalmente en la HSA, mejorando la calidad de los estudios frente al DTC al poder analizar los parámetros con localización anatómica. Su utilidad para el estudio del parénquima cerebral y cavidades ventriculares, debe aumentar en los próximos años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadal JM, Llompert-Pou JA, Homar J, Pérez-Bárcena J, Ibáñez J. *Applications of transcranial color-coded duplex sonography in monitoring neurocritical patients*. Med Intensiva. 2007 Dec;31(9):510-7.
- Miller C, Armonda R; Participants in the International *Multi-disciplinary Consensus Conference on Multimodality*.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

32-ECCM

**SÍNDROME DE BRUGADA ATÍPICO COMO CAUSA DE TORMENTA ARRÍTMICA: A
PROPÓSITO DE UN CASO**

INTRODUCCIÓN

La tormenta arrítmica (TA) es una urgencia vital. Se define como la presencia de 3 o más episodios distintos de TV y/o FV, resultando en intervención por parte del DAI (ATP y/o choque) durante un periodo de 24 horas. La TA se asocia con un incremento de mortalidad de forma precoz según los grandes estudios en pacientes con DAI, tanto en prevención primaria como secundaria. El patrón ECG del síndrome de Brugada puede ser variable en el tiempo e incluso puede ser normal, siendo una causa de tormenta arrítmica.

CASO CLÍNICO

Varón de 55 años fumador y dislipémico. Ingresó en UCI el 14/10/2016 por PCR en FV de 20 mins. En el ECG de ingreso no se aprecia elevación del ST y en el ecocardiograma TT se evidencia FEVI 15% con hipoquinesia generalizada. Se realiza cateterismo a las 72 hs de ingreso: arterias coronarias sin lesiones. Es dado de alta a planta de cardiología sin secuelas neurológicas. Se amplía estudio con RM que reporta VI no dilatado con FE 55%. Implante de DAI el 27/10. Alta el 28/10.

Reingreso a cargo de la Unidad Coronaria el 10/11/2016 por tormenta arrítmica: 8 episodios nocturnos de FV en 24 h, que coinciden con bradicardia sinusal a 45 lpm y EV precoz que desencadena una TV polimórfica que degenera a FV, detectados y tratados adecuadamente por el DAI. Se inicia perfusión de Amiodarona objetivando cambios en el ECG sugestivo de posible patrón tipo I de Brugada, por lo que se realiza test de flecainida que resulta negativo. Se aumenta la frecuencia de estimulación de MCP anti-bradicardia a 60 lpm (VVI) y se suspenden los antiarrítmicos. Alta el 21/11.

Reingresa 48 hs después por episodio de FV tratado por DAI, durante el reposo. Valorado por la Unidad de Arritmias, se decide tratar como posible Sd. de Brugada, iniciando quinidina, sin repetición de eventos arrítmicos durante el ingreso (30 días).

CONCLUSIONES

El patrón ECG del síndrome de Brugada es variable en el tiempo e incluso puede ser transitoriamente normal, lo cual conlleva dificultades en su diagnóstico. Se han descrito casos de test de provocación con flecainida negativos en síndrome de Brugada. En nuestro caso el ECG basal era normal y el test de provocación con flecainida fue negativo, apareciendo el patrón I tras la administración de amiodarona que prolonga el QT. El tratamiento coadyuvante de DAI con un fármaco antiarrítmico con actividad bloqueadora de las corrientes de potasio como la quinidina puede ser necesario y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

-Kaneko Y, Horie M, Niwano S, Kusano KF, Takatsuki S, Kurita T, Mitsuhashi T, Nakajima T, Irie T, Hasegawa K, Noda T, Kamakura S, Aizawa Y, Yasuoka R, Torigoe K, Suzuki H, Ohe T, Shimizu A, Fukuda K, Kurabayashi M, Aizawa Y. *-Electrical storm in patients with brugada syndrome is associated with early repolarization.* Circ Arrhythm Electrophysiol. 2014 Dec;7(6):1122-8

- Begoña Benito, Josep Brugada, y Pedro Brugada. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol. 2009;62(11):1297-315

-Joshi S1, Raiszadeh F, Pierce W, Steinberg JS. *Antiarrhythmic induced electrical storm in Brugada syndrome: a case report.* Ann Noninvasive Electrocardiol. 2007 Jul;12(3):274-8.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

33-ECCM

¿HA AUMENTADO LA MORTALIDAD EN NUESTRA UCI EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS?

INTRODUCCIÓN

A pesar de que se han logrado importantes avances en la reanimación del enfermo crítico, la muerte forma parte del día a día de los médicos intensivistas, cuando a pesar de todas las medidas implementadas, el paciente fallece. Nuestro objetivo es analizar si ha cambiado la mortalidad en nuestra UCI, en los últimos cuatro años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes que fallecieron en su ingreso en UCI durante el año 2013 al 2016, cuantificando el número de éxitos respecto al número total de ingresos, analizando el tipo de paciente y correlacionando los resultados con la estancia media hospitalaria.

RESULTADOS

En el año 2013 se produjeron 49 éxitos de 475 ingresos (mortalidad 10.31%), 33 éxitos de 455 ingresos en 2014 (mortalidad 7,25%), 27 éxitos de 385 ingresos (7% mortalidad) en 2015 y 41 éxitos de 400 ingresos en 2016 (10% mortalidad). Si se desglosa por tipo de paciente, los éxitos fueron más frecuente en pacientes médicos no coronarios, en todos los años del período de estudio, seguido de los pacientes quirúrgicos, ocupando un porcentaje pequeño los traumatológicos, marcapasos, ginecológicos y en último lugar pediátricos, como se recoge en la tabla contigua.

Éxitos	2013	2014	2015	2016	
Médico	36	21	27	41	
Coronario	5	2	2	3	
No coronario	31	19	17	32	
Quirúrgico	8	10	2	5	
Traumatológico	4	4	2	4	1
Ginecológico	0	0	0	0	0
Pediatría	0	0	0	0	0
Marcapasos	1	1	0	2	0

Si analizamos la estancia media hospitalaria en los 4 años de estudio respecto al total de pacientes ingresados, los pacientes traumatológicos ocupan el primer lugar, con una estancia media que va desde 8,07-20,33 días/total ingresos (media 11,86 días/ingresos), seguido de los quirúrgicos con una estancia media de 8,77-12.52 días/ingresos (media 10.84 días/ingresos); ocupando el tercer lugar los pacientes médicos no coronarios (8.62-11.66 días/ingresos; media 11,86 días/ingresos)

CONCLUSIONES

La mortalidad en nuestra UCI se ha mantenido estable en los últimos 4 años, oscilando entre un 7-10% de los ingresos en UCI, siendo la causa más frecuente los pacientes médicos no coronarios, sin embargo ocupan el tercer lugar en cuanto a la estancia media hospitalaria, superados por los pacientes traumatológicos.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

34-ECCM

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO

INTRODUCCIÓN

La infección del sistema de marcapasos es una complicación grave e incluso letal. Es la complicación médica más frecuente, aunque su incidencia ha disminuido en los últimos años (0.1-7%). Puede ser local o asociarse con bacteriemia y endocarditis. El *Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus aureus* causan más del 70-80% de las infecciones, siendo frecuentemente microorganismos multirresistentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un caso clínico de un varón que ingresa en UCI por infección del bolsillo de marcapasos.

RESULTADOS

Varón de 81 años, con antecedentes de HTA, fibrilación auricular (FA) anticoagulado con pradaxa, exfumador, EPOC con oxígeno crónico domiciliario, temblor esencial y disfagia a sólidos, intervenido previamente de prótesis de rodilla. Portador de marcapasos desde septiembre de 2016 por FA lenta sintomática. Acude por datos de infección de la herida quirúrgica un mes después del implante, sin sintomatología sistémica. Al ingreso, se inició antibioterapia empírica con linezolid, se realizó un ecocardiograma, que descartó signos de endocarditis infecciosa. Se implantó marcapasos provisional por vía femoral derecha y se explantó marcapasos definitivo (generador y electrodo). A las 72 horas, se implanta marcapasos en lado contralateral, sin incidencias. En cultivos del electrodo, se aisló staphylococcus epidermidis oxacilin resistente. El paciente es dado de alta a su domicilio a las 48h del implante. A los dos meses, acude a consulta, por datos de inflamación en la herida del segundo marcapasos. Tras reiniciar antibioterapia oral y tópica, la evolución es favorable.

CONCLUSIONES

La infección del sistema de marcapasos es una complicación poco frecuente, pero muy grave con una elevada morbimortalidad. El tratamiento consiste en toma de cultivos, antibioterapia empírica, realización de ecocardiograma para valorar signos de endocarditis infecciosa, extracción del sistema de marcapasos con implante de un nuevo sistema en el lado contralateral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Silvestre García J, Aguado García JM, García Guerrero JJ. Infecciones en el sistema de marcapasos. Extracción de electrodos. Estimulación permanente por vía femoral. Rev Esp Cardiol Supl. 2007;7:145G-56G.
- Aguado JM, Hernández Alfonso J. Infecciones en el paciente portador de marcapasos. Cuadernos técnicos. Nº 5, 2000.
- Hyun S. Yoo, Julio D. Pastori, Pablo A. Chiale. Las infecciones vinculadas a los dispositivos antiarrítmicos implantables. Rev Electro y Arritmias 2009; 4: 131-138.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

35-ECCM

SÍNDROME DE PERCHERÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 51 años con antecedentes de artritis reumatoide seronegativa en tratamiento con Celecoxib e Hidroxicloroquina. Traída por familiar al Servicio de Urgencias por dificultad para ser despertada esa misma mañana. Describe mayor somnolencia y visión borrosa bilateral desde la noche previa que relaciona con cansancio inespecífico.

MATERIAL Y MÉTODOS

A su llegada, hipertensa y taquipneica con abundantes secreciones respiratorias. Neurológicamente estuporosa, reactiva a estímulos dolorosos y mínimamente a verbales con emisión de lenguaje incoherente. No apertura espontánea ocular. Miosis bilateral puntiforme con desconjugación ocular divergente. Reflejos corneales conservados con oculocefálicos disminuidos. Respuesta motora espontánea de extremidades, localiza estímulo doloroso aunque con menor respuesta de miembros izquierdos. El reflejo cutáneo plantar es extensor bilateral. Exploración cardiopulmonar y abdominal normales. Ingresa en UCI por deterioro progresivo neurológico y para control de vía aérea, precisando intubación orotraqueal.

En las pruebas realizadas, el hemograma, bioquímica y coagulación son normales. El ECG registra un ritmo sinusal sin bloqueos ni alteración en la repolarización. En la tomografía computarizada (TAC) craneal se identifica hipodensidad talámica bilateral con isquemia aguda en evolución. No se evidencia trombos en AngioTAC de troncos supraórticos ni en Polígono de Willis.

RESULTADOS

Se asume como diagnóstico un proceso isquémico secundario a la oclusión de la arteria de Percherón. Dada la ausencia de trombos en las otras pruebas de neuroimagen se desestima trombectomía mecánica y fibrinólisis sistémica por encontrarse fuera de la ventana temporal terapéutica. En la TAC control se observa infarto evolucionado en mismos territorios sin afectación mesencefálica ni de tronco encefálico. La resonancia magnética cerebral (RNM) confirma mismas lesiones sin extensión a otras localizaciones.

CONCLUSIONES

El infarto talámico bilateral sincrónico por oclusión de la arteria de Percherón constituye un síndrome infrecuente de presentación clínica variable. La TAC inicial es de baja sensibilidad y se requiere de RNM para su identificación. Ello explica la dificultad diagnóstica e infraestimación de su frecuencia. No obstante, en nuestro caso las lesiones ya fueron descritas en la TAC inicial y la RNM se solicitó para confirmación y ampliación del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Percheron artery syndrome. Med Cli. 2015;145:184 - DOI: 10.1016/j.medcli.2015.02.020
- Smith B, Smirniotopoulos JG, Rushing EJ, Goldstein SJ. *Bilateral thalamic lesions*. AJR Am J Roentgenol 2009;192:53-62. 3.
- Matheus MG, Castillio M. *Imaging of acute bilateral paramedian thalamic and mesencephalic infarct*. Neuroradiol 2003; 24:2005.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

36-ECCM

TORSADES DE POINTES Y MUERTE SÚBITA POR QT LARGO CONGÉNITO

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de QT Largo congénito (SQTL) es una patología caracterizada por mutaciones en canales iónicos de los miocitos que producen una prolongación del intervalo QT anormal, facilitando la presentación de arritmias potencialmente mortales. Hasta en un 9-12% de los casos, la primera manifestación clínica puede ser la muerte súbita cardiaca. Afecta en su mayoría a jóvenes, y es raro que el primer síntoma se manifieste después de los 50 años. Se considera que la incidencia actual es de 1:2000 personas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 59 años ingresada en UCI por muerte súbita con torsade de pointes y revirtiendo a ritmo sinusal tras desfibrilación. En el último año había presentado dos síncope en contexto de estrés y esfuerzo moderado, sin otros antecedentes. En electrocardiograma (ECG) postresucitación se objetivó segmento QTc de 681 ms. En ecocardiograma se descartó cardiopatía estructural. Tras descartar causas secundarias, se planteó estudio genético de canalopatía. Fue dada de alta con diagnóstico de sospecha de QT largo congénito, en tratamiento con betabloqueantes e implante de desfibrilador automático (DAI) en prevención secundaria. Los resultados genéticos fueron positivos para el gen KCNQ1, asociado al desarrollo del síndrome QT largo congénito tipo 1.

RESULTADOS

Los síncope de repetición son la presentación clínica más frecuente en este tipo de canalopatía. Los síntomas, por lo general, empiezan al inicio de la adolescencia, siendo infrecuente que aparezca, como en el caso de la paciente, a partir de la quinta década. Los enfermos con síncope frecuente o que sobrevivieron a muerte súbita tienen más riesgo de volver a presentar esta complicación, de ahí la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz. En este caso, se inició tratamiento prematuro desde el diagnóstico de sospecha sin esperar a ser confirmado, semanas más tarde.

CONCLUSIONES

El SQTL congénito es una entidad poco frecuente pero que puede debutar con muerte súbita y que una vez recuperada, precisa de tratamiento preventivo precoz.

En los casos de síncope de repetición el QTc es una entidad que debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial para prevenir eventos arritmogénicos graves.

Antes de pensar en un SQTL congénito, es conveniente descartar causas secundarias reversibles que puedan provocarlo o precipitarlo.

BIBLIOGRAFÍA

-Roden DM. Long-QT Syndrome. N Engl J Med. 2008;358:169- 76.

-Brugada R. La muerte súbita en el corazón sano. Rev Esp Cardiol Supl. 2010;10:78A-84A.

-Schwartz PJ, Stramba-Badiale M, Crotti L, Pedrazzini M, Besana A, Bosi G, et al. Prevalence of the congenital Long-QT syndrome. Circulation. 2009;120:1761-7.

-Medeiros-Domingo A., Iturralde-Torres P., J Ackerman M. Clínica y genética en el síndrome de QT largo. Rev Esp Cardiol. 2007;60:739-52 - Vol. 60 Núm.07 DOI: 10.1157/13108280

-G. Priori S, Blomstroöm-Lundqvist C, Mazzanti A, Bloma N, et al. ACC/AHA/ESC 2015 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC European Heart Journal (2015) 36, 2793–2867 doi:10.1093/eurheartj/ehv316.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

37-ECCM

FOGGING EFFECT O EFECTO NIEBLA EN LOS PACIENTES CON ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA (DCI) SECUNDARIA A VASOESPASMO (VS) TRAS HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA (HSA)

INTRODUCCIÓN

El vasoespasmo cerebral es una complicación de la HSA, pico de frecuencia del 4º al 14º días, que puede evolucionar a DCI asociada a un incremento de la morbimortalidad. El fogging effect se define como una atenuación o desaparición transitoria del área hipodensa correspondiente a ACV isquémico visualizado en el TC. En la HSA la aparición del fogging effect se describe entre la segunda y tercera semanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra UCI con diagnóstico de HSA aneurismática y DCI al alta desde Enero-2014 hasta Diciembre-2016 en lo que además de los TC cráneo de control seriados se realizaron TC perfusión según protocolo.

RESULTADOS

Incluimos 17 pacientes. En 13 pacientes el aneurisma fue embolizado y 4 fueron clipados quirúrgicamente. En el 80% de los pacientes el aneurisma estaba localizado en circulación anterior y en un 89% el VS se localizó en la arteria donde se encontraba el aneurisma. En todos los casos el TC perfusión se realizó 6º-8º días de evolución según protocolo. Objetivamos atenuación transitoria de la hipodensidad cerebral visualizada en el primer TC cráneo en 4 pacientes, lo que supondría un 23% . En todos los pacientes realizamos doppler transcraneal diario y en 7 de ellos, de acuerdo con hallazgos sonográficos compatible con VS, se realizó arteriografía cerebral terapéutica sin conseguir disminuir el DCI.

Conclusiones: El *fogging effect* tiene una prevalencia interesante en las lesiones isquémicas por VS, esto se puede deber a que al ser VS hay reperusión en todos ellos. El papel del TC perfusión es importante ya que, nos podría ayudar a no infraestimar esa atenuación de la hipodensidad cerebral secundaria a isquemia cerebral, pero en lugar de realizarlo tan precoz sería más conveniente posponerlo a la 2ª-3ª semanas que es cuando se ha descrito el *fogging effect*. En cuanto al tratamiento el hecho de ver una disminución de las lesiones en las semanas posteriores al evento no ha supuesto diferencias pero sí puede afectar en scores pronósticos o funcionales. Sería interesante ampliar la serie a todos los pacientes con lesiones establecidas aunque no tengan TC perfusión para evaluar la verdadera incidencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Becker h, Desch H, Hacker H, Pencz A. CT fogging effect with ischemic cerebral infarcts. Neurology 1979;18:185-92.Freire-Aragon MD, Martinez-Roldan A.
- Fogging effect ¿lo tenemos presente en el infarto precoz de la hemorragia subaracnoidea? Medicina Intensiva 2016.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

38-ECCM

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL VASOESPASMO (VS) REFRACTARIO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) A PROPÓSITO DE 2 CASOS

INTRODUCCIÓN

Una de las complicaciones de la HSA es el VS cerebral, y una de las herramientas terapéuticas es el nimodipino intraarterial. Lo más difícil es determinar cuándo usarla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del manejo de 2 casos con vasoespasmo refractario.

RESULTADOS

Varón de 45 años con HSA Fisher IV secundaria a aneurisma en arteria cerebral media (ACM) izquierda. Intubación por Glasgow 10. Clipaje quirúrgico y craneotomía descompresiva. Neuromonitorización y tratamiento de hipertensión intracraneal (HTIC). En dúplex transcraneal se objetiva velocidades medias (VM) en ACM izquierda de hasta 250cm/seg compatibles con VS sonográfico sin mejoría pese a optimización del tratamiento por lo que se realiza arteriografía, con presencia de VS angiográfico, con administración de Nimodipino intraarterial hasta en 17 ocasiones con mejoría temporal del VS. En los TC perfusión no se objetiva isquemia cerebral. No fue posible una valoración clínica por HTIC y posteriormente por deterioro respiratorio secundario a neumonía nosocomial. Tras estabilización, retirada de la sedación y buena evolución sin secuelas neurológicas secundarias a VS. Varón de 22 años con HSA Fisher I secundaria a aneurisma en arteria oftálmica de ACI izquierda. Resangrado en 8º día con evolución a Fisher 3. Glasgow 15. VS sonográfico bilateral refractario a tratamiento conservador pero sin deterioro neurológico. 3 sesiones de nimodipino intraarterial con mejoría temporal del VS sonográfico y permaneciendo asintomático, por lo que se decide actitud expectante. En el día 15, afasia nominal con dúplex compatible con VS que fue tratado nuevamente sin mejoría, objetivando en TC posterior hidrocefalia que se resuelve con colocación de drenaje ventricular externo. Buena evolución sin secuelas.

CONCLUSIÓN

El tratamiento invasivo del vasoespasmo todavía no tiene evidencia suficiente en el vasoespasmo angiográfico y debe usarse sólo en casos con clínica. Si no es posible evaluar ésta, sí está indicado usarlo pero técnicas como TC perfusión nos pueden ayudar a comprobar su futilidad. Y no olvidar ante nueva focalidad neurológica otras complicaciones de HSA.

BIBLIOGRAFÍA

- Guilherme Dabus, Raul Nogueira. Current Options for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage-Induced Cerebral Vasospasm: A Comprehensive Review of the Literature. *Intervent Neurol* 2013.
- Todd Abruzzo, et al. Invasive interventional management of post-hemorrhagic cerebral vasospasm in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J NeuroIntervent Surg* 2012.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

39-ECCM

CONCENTRADOS DE COMPLEJO PROTROMBÍNICO (CCP) EN INTENSIVOS: ¿MÁS QUE REVERSORES DE ANTICOAGULANTES?

INTRODUCCIÓN

Describir nuestra experiencia en el uso del PCC en la UCI, identificando situaciones clínicas distintas a la anticoagulación, como coagulopatía en el contexto de sepsis, trauma, hemorragia digestiva, hemorragia intracraneal y enfermedad hepática, así como su eficacia y seguridad.

MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo y longitudinal de pacientes ingresados en la UCI durante un período de 6 meses (julio-diciembre de 2016) que recibieron PCC

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes (53% hombres) con edad media de 63 ± 19 años (24-88), SOFA mediana al ingreso de 7 (0-16), puntaje APACHE de 21 (2 -37) y mediana HAS-BLED Puntuación de riesgo de sangrado de 2 (0-5). Las escalas de riesgo trombótico no se aplicaron ya que la mayoría de ellas no han sido validadas en este contexto. En general, 29 (91%) presentaron coagulopatía, según la definición de $INR > 1,2$; De los cuales, 43,8% estaban bajo anticoagulación farmacológica. La media de INR de pretratamiento fue de 2 y disminuyó a 1,3 después de la administración de PCC ($p = 0,036$). 21 (66%) presentaron sangrado activo al ingreso, el más frecuente por traumatismo (34%); Y la administración de PCC cesó la hemorragia en el 65% de ellos. La mayor efectividad se observó en los pacientes con hemorragia intracraneal (86%). En cuanto a los pacientes con anticoagulación oral, la administración de PCC fue más efectiva para los que recibieron fármacos anti-vitamina K (86%) que los que recibieron anticoagulantes orales directos (67%). En la UCI, sólo se observó una complicación trombótica sin repercusión clínica en el seguimiento de 30 días.

CONCLUSIONES

El uso de PCC en situaciones clínicas distintas de la reversión de la anticoagulación farmacológica parece ser eficaz y seguro para los pacientes que requieren la admisión en la UCI.

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

40-ECCM

EXTRACCIONES RUTINARIAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ¿CRÓNICAS VAMPÍRICAS?

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia y los factores asociados a la anemia adquirida en el hospital en pacientes ingresados en UCI.

MÉTODOS

Estudio prospectivo, transversal y observacional realizado en 5 hospitales españoles durante un período de 4 meses. Los datos se recogieron en sucesivos días de la semana durante 7 semanas. Todos los pacientes con estancia en la UCI <28 días en el día de la evaluación fueron incluidos. Se recolectaron datos clínicos y demográficos, flebotomías (número y volumen), cambio de Hemoglobina al ingreso y hemoglobina al alta), y los requisitos de transfusión de glóbulos rojos (CTGR). Los datos son media y desviación estándar o IC del 95%, o número (porcentaje). Se realizó la prueba *t de Student*, la prueba de χ^2 de *Pearson* y la regresión lineal.

RESULTADOS

En total, se incluyeron 561 pacientes (66% hombres). La edad media fue de 58 años; SOFA promedio al ingreso $5,7 \pm 0,1$; y APACHE II a las 24 horas $18,3 \pm 0,3$. La duración media de la estancia en la UCI fue de 21 días (IC del 95%: 19-22 días); y la tasa de mortalidad en la UCI del 12%. Las causas más frecuentes de ingreso en la UCI fueron enfermedades neurológicas (24%), respiratorias (12%), infecciosas (12%) o cardiovasculares (10%).

	No anemia	Mild anemia	Moderate anemia	Severe anaemia	All patients	p
Patients, n	196	213	118	34	561	---
Admission Hb (g/dL)	14.2	11.2	9.3	6.9	11.5	<0.001
Phlebotomy (mL/day)	31	33	30	32	31	0.468
Surgery, n (%)	66 (34)	88 (41)	47 (40)	9 (27)	244 (38)	0.212
Transfusion, n (%)	42 (21)	85 (40)	69 (58)	30 (88)	260 (40)	<0.001
RBCT (units/patient)	1.6	1.6	3.0	5.2	2.1	<0.001
ICU stay (days)	21	21	20	22	21	0.916
Discharge Hb (g/dL)	10.5	9.3	8.1	9.0	9.4	<0.001
Δ Hb (g/dL)	-3.0	-1.5	0.1	2.1	-1.5	<0.001

Ajustando la Hb al ingreso, se observó una relación lineal entre el volumen diario de flebotomía y la Hb tanto al momento del alta ($r^2 = 0,25$, $p < 0,001$) como transversal ($r^2 = 0,43$; $p < 0,001$), mientras que no se encontró asociación con la necesidad de transfusión total.

CONCLUSIONES

Un número significativo de flebotomías se realizan entre los pacientes de la UCI, lo que se asocia con el desarrollo / mantenimiento de la "anemia adquirida". Aunque el 40% requiere transfusión de GR, parece ser eficaz para controlar el nivel de Hb sólo en aquellos con anemia grave en la admisión en la UCI

MEDICINA
CARTELES CIENTÍFICOS
PRESENTADOS PARA EXPOSICIÓN

41-ECCM

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) EN
LOS PACIENTES CRÍTICOS**

OBJETIVO

Analizar la prevalencia de los FRCV en pacientes críticos (PC) ingresados en UCI, dados el aumento de aquellos en la población, las posibles complicaciones originadas y el alto coste en estas Unidades.

METODOLOGÍA

estudio observacional, prospectivo, 189 PC de UCI de 6 camas durante 6 meses.

RESULTADOS

Varones 59,8%, mortalidad UCI 11,4%, patología médica 83,2% edad media 65,01, APACHE II medio 16,72, SAPS II medio 35,14, estancia media UCI 5,00 días, estancia media hospital 10,54 días, duración media ventilación mecánica 1,53 días, motivo ingreso: sepsis y shock séptico 26,4%, cirugía abdominal 18,6%, arritmias 7,3%, insuficiencia respiratoria 21,5%, insuficiencia cardíaca 4,5%, politrauma 8,2% coma 3,5%, otras 10%. Fumadores activos 28,4%, exfumadores 16,9%, diabetes mellitus 36,3%, insulino terapia 11,9%, glucemia ingreso $173,39 \pm 88,41$, HBA1c $6,50 \pm 1,48$, dislipemia 46,3%, IMC 68,2%, circunferencia abdominal $106,60 \pm 14,76$, cociente cintura-cadera $0,99 \pm 0,77$, complicaciones cardiovasculares intra-UCI 38,8%.

CONCLUSIONES

Elevada prevalencia de FRCV en los PC aunque no ingresen por causa cardiovascular, alta prevalencia de diabéticos y de sobrepeso/obesidad y de complicaciones cardiovasculares. Deben tenerse en cuenta estos resultados para adecuar estrategias de gestión y corrección de estos factores durante el ingreso en la UCI, valorándolos asimismo en el preingreso, aunque la mortalidad no se incrementa.

ENFERMERÍA

COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

01-DCOE

ESTUDIO SOBRE AEROSOLTERAPIA EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA

INTRODUCCIÓN:

La aerosolterapia es un pilar fundamental para la administración de fármacos específicos en el tratamiento de patología pulmonar. En pacientes ventilados se consigue la máxima eficacia terapéutica del fármaco evitando las dificultades que afectan a la entrega y difusión.

OBJETIVOS

Elaborar una revisión bibliográfica para determinar la manera más efectiva de entregar medicación por medio de aerosoles en el paciente con ventilación mecánica invasiva.

Conocer la evidencia científica para optimizar la entrega de fármaco aerosolizado en función de los siguientes factores, los cuales afectan la entrega del aerosol:

- Tipo de dispositivo.
- Uso de cámaras espaciadoras o dispositivos adicionales.
- Parámetros del ventilador.
- Humidificación de gases respiratorios.
- Posición del aerosol en el circuito.
- Densidad del gas utilizado.

Identificar los factores modificadores de la entrega de fármaco.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión en bases de datos Pubmed, Lilacs, tripdatabase y Cochrane plus. La escala PEDro para evaluar la validez. Se realizó en marzo 2016. Datos de ensayos clínicos aleatorizados in vivo e in vitro con ventilación mecánica. Los factores estudiados han sido: el tipo de dispositivo que genera el aerosol acompañado o no de cámara espaciadora, los parámetros del ventilador, la aplicación de humidificador y la densidad del gas utilizado. Estudios desde 1990 hasta la actualidad. Idioma español e inglés.

Criterios de exclusión: Artículos de revisiones bibliográficas y sistémicas, Ventilación mecánica no invasiva y menores de 18 años.

RESULTADOS:

18 artículos válidos. El Inhalador de Dosis Media (IDM), con cámara espaciadora, tiene una mejor relación coste-beneficio generando mayores beneficios a la sanidad. La cantidad de fármaco entregada es menor en pacientes intubados vs pacientes no intubados. Primordial tener un volumen corriente > 500 ml. Cuando se nebuliza en un dispositivo neumático con un gas poco denso no se realiza una correcta nebulización reduciendo la salida del fármaco. La vía aérea artificial genera turbulencias e impactación del fármaco en sus paredes.

Se describe la reducción de hasta un 40% de entrega de fármaco en ensayos con humidificador vs ensayos con un circuito seco.

CONCLUSIONES

Los ensayos consultados permitieron conocer y determinar la técnica más efectiva y segura para aplicar aerosoles en pacientes con VM. Además proporcionaron un conocimiento adecuado y una correcta ejecución en la técnica de aerosolterapia. Los ensayos in vitro presentan un sesgo al no recrear la situación real de pérdida de fármaco exhalado y la falta de humidificación y calentamiento del aire.

BIBLIOGRAFÍA

-Ari A. *Aerosol Therapy in Pulmonary Critical Care*. Respir Care. 2015 Jun;60(6):858-874-879.

-Guerin C, Fassier T, Bayle F, Lemasson S, Richard J-C. *Inhaled bronchodilator administration during mechanical ventilation: how to optimize it, and for which clinical benefit?* J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2008 Mar;21(1):85-96.

-Dhand R. *Aerosol delivery during mechanical ventilation: from basic techniques to new devices*. J Aerosol Med Pulm

ENFERMERÍA

COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

02-DCOE BUSCANDO EL SILENCIO

FUNDAMENTOS

La OMS recomienda niveles medios de sonido en hospitalización por debajo de 35 dB, y máximo de 40 dB durante la noche. Los niveles de sonido detectados en las UCIs son más altos (Mayor de 52 dB). Es una demanda de todos, y sin embargo seguimos trabajando en ese ambiente, provocando un impacto negativo en los pacientes y personal y en su funcionamiento óptimo, creando una cultura de indiferencia.

Objetivo: Analizar el ruido en UCI y valorar si la colocación aislada de un sonómetro visual disminuye los ruidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Proyecto multidisciplinar. Medición del ruido y pacientes ingresados en turnos de trabajo sin previo conocimiento del personal durante las Mañanas (M), Tardes (T), y Noches (N)) y nueva medición posterior tras colocación del sonómetro visual de fabricación propia que marcaba lumínicamente el aumento de ruido: Las dos mediciones se realizaron sin avisar, sin referir el funcionamiento ni sesión informativa, sin cambios organizativos que pudiesen disminuir el ruido, y sin llamar la atención a nadie por hacer ruido.

RESULTADOS

		Media	Pacientes	Medidas
PRESONOMETRO	Turno Mañana	67,30	8,50	10
	Turno Tarde	64,92	6,92	12
	Turno Noche	60,57	7,57	7
	MEDIA TOTAL	64,69	7,66	29
POSTSONOMETRO	Turno Mañana	53,18	7,91	11
	Turno Tarde	53,10	8,50	10
	Turno Noche	54,83	6,67	6
	MEDIA TOTAL	53,52	7,69	27

CONCLUSIONES

1. La implementación de la visualización directa del ruido ha disminuido el ruido en todos los turnos.
2. Hemos iniciado en la Unidad la cultura de "disminuir el ruido".
3. Tenemos en proyecto ampliar acciones propuestas por el personal para minimizar aún más el ruido.
4. La actitud del personal de UCI ha sido fundamental en la consecución de este objetivo.
5. Tras el éxito del proyecto se va a incorporar el sonómetro en otras áreas del Hospital

ENFERMERÍA

COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

03-DCOE

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO CERRADO

INTRODUCCIÓN

El espacio pleural es el espacio entre el revestimiento interno y externo de los pulmones. Si sangre o aire llegan al espacio pleural, el pulmón puede colapsar, evitando un intercambio adecuado de aire. Los tubos torácicos se utilizan para el tratamiento de las causas que colapsan los pulmones¹:

- Aire que se escapa de los pulmones hacia el tórax (neumotórax)
- Hemorragias internas en el tórax (hemotórax)
- Efectos de una cirugía o de un trauma torácico (neumotórax o hemotórax)
- Presencia de abscesos o de pus en el tórax (empiema).

Los tubos torácicos se introducen en el espacio pleural para drenar la sangre, los fluidos o el aire y permitir una completa expansión pulmonar. Son conectados a un recipiente estanco que contiene agua esterilizada y en ocasiones a una toma de succión para estimular el drenaje.

OBJETIVO

Estandarizar un plan de cuidados para el entrenamiento de enfermería en la atención que requiere un paciente con drenaje torácico cerrado.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica en Medline Plus de los artículos publicados con las palabras claves: drenaje torácico, drenaje torácico cerrado, colapso pulmonar, neumotórax, hemotorax, empiema; posteriormente se procede a la unificación de criterios según el proceso de atención de enfermería (PAE).

PLAN DE CUIDADOS

Se abordan los diagnósticos², intervenciones³ y resultados enfermeros⁴ en una paciente con un colapso pulmonar: 00004 Riesgo de infección, procedimientos invasivos. 00085 Deterioro de la movilidad física. 00126 Conocimientos deficientes sobre el régimen terapéutico. 00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos, inserción de catéter. 00146 Ansiedad.

CONCLUSIONES

El insertar un drenaje torácico cerrado, es una técnica muy empleada en los pacientes críticos. Este plan unifica las líneas de actuación y protocoliza los cuidados, minimizando los riesgos de infección nosocomial asociados a la manipulación del drenaje en la inserción, mantenimiento y retirada, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad basada en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA.

- Kirsch TD, Sax J. Tube thoracostomy. In: Roberts JR, ed. Roberts and Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014: chap 10.
- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2007-2008. Elsevier; 2007.
- Bulechek G M, Butcher H K, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Elsevier; 2009.
- Morread S, Jonson M, Maas M L, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier; 2009.

ENFERMERÍA

COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

04-DCOE

¿QUÉ PACIENTES SON LOS QUE PRESENTAN MÁS DOLOR EN UCI?

INTRODUCCIÓN

Los enfermos críticos que presentan dolor tienen mayor morbilidad. (1) Para lograr un mejor control del dolor, implantamos en nuestra UCI el protocolo Analgesia, sedación y delirio, siguiendo las recomendaciones de la Guía de Buena práctica de “Valoración y manejo del dolor,” de Registered Nurses’ Association of Ontario(RNAO) (2)

OBJETIVOS

Identificar las características de los pacientes que presentan dolor y cuantificar la intensidad del mismo.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo realizado en la UCI de un hospital terciario en 2016. Recogimos variables demográficas, estancia en UCI, Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (APACHE II) y ventilación mecánica invasiva (VMI). Valoramos nivel máximo de dolor a las 24 horas y durante su estancia mediante las escalas : Escala Visual Analógica (EVA) y Escala de Conductas indicadoras de Dolor (ESCID) SPSS v12.

RESULTADOS

Recogimos 140 pacientes, 85 (60.7%) varones, edad mediana 65 años 54.5-75, estancia mediana 3 días 1.5-4, APACHE II mediano 11 9-17.5 y VMI en 46 pacientes (62.9%). Tuvieron dolor considerado moderado (EVA/ESCID>3) 77 pacientes (55%), de tipo postoperatorio 47 (61%; p0.09). Presentaron dolor intenso (EVA/ESCID>6) a las 24 horas (DI24) 21 pacientes y dolor intenso en su estancia (DIT) 29 pacientes; los que presentan DIT se corresponden con aquellos que presentan DI24 20 (67%) vs 10 (33%); p0.000. Los postquirúrgicos tiene más DI24 11 (25%) vs 10 (11.2%); p0.04 y más DIT 15 (33%) vs 15 (16.5%); p0.03. Las mujeres tuvieron más DIT 18 (33.3%) vs 12 (14.6%); p0.01. No encontramos relación entre edad e intensidad de dolor. Los ventilados presentaron menos DI24 2 (4.7%) vs 18 (20.5%); p0.02 y menos DIT 6 (13.3%) vs 23 (26.1%); 0.09. Los pacientes más graves eran más mayores (p0.00), con más VMI (p0.00), más estancia (p0.02) y más DI24 (p0.05). CONCLUSIONES: Los pacientes postoperatorios presentan más frecuentemente dolor y de mayor intensidad que los no operados. Los pacientes más graves y las mujeres son los que más dolor presentan. Los pacientes ventilados tienen menos dolor a las 24h y durante su estancia en posible relacionarlo con una adecuada analgesia.

BIBLIOGRAFÍA

- Pardo C, Muñoz T, Chamorro C; Analgesia and Sedation Work Group of SEMICYUC.. Monitoring pain: recommendations of the Analgesia and Sedation Work Group of SEMICYUC Med Intensiva. 2006 Nov;30(8):379-85.
- RNAO. Registered Nurses’ Association of Ontario. Assessment and Management of pain. Third Edition. Best Practice Guideline. December 2013. Disponible en: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain>

ENFERMERÍA

COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

05-DCOE

SANGRE A DESECHAR DE UN CATÉTER ARTERIAL PARA LA REALIZACIÓN DE GLUCEMIAS

INTRODUCCIÓN

El aumento de los valores de glucemia en sangre es frecuente en los pacientes críticos (1). Según estudios realizados se demuestra que el control de la glucemia es fundamental mejorando la morbi-mortalidad de los enfermos críticos, por tanto la medición de la glucemia es una prueba muy frecuente en UCI; la técnica habitual, mediante punción capilar reiterada, produce dolor y callosidades posteriores (2). Se plantean otros lugares para obtener muestras de sangre para medir glucemias.

OBJETIVO

Determinar la cantidad mínima de sangre necesaria a desechar a través de un catéter arterial (CA) para realizar una glucemia fiable con sangre extraída a través de dicho CA. Se demuestra dicha fiabilidad comparando la glucemia extraída del CA con la glucemia capilar considerándose ésta como *gold standard*.

Metodología:

Durante 2 meses con cada uno de los pacientes portadores de CA se desecha sangre a través de dicho catéter, extrayendo 1, 2, 3 y 4 CC. de sangre determinando después de cada extracción la glucemia, realizando también una glucemia capilar para posterior comparación. Se tiene en cuenta la alargadera del CA por donde se extrae la sangre arterial, siendo su capacidad de 1cc.

Para la obtención de los resultados se utiliza el programa estadístico informático SPSS 15.00. Para la comparación de los resultados se utilizan valores expresados como medias.

Para determinar si la distribución de los valores de las variables recogidas puede asumirse como "normales" se han realizado test de kolmogorov-Smirnov.

Para ver la correlación entre las variables se utiliza el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Se trata de 55 pacientes, 31 varones, edad media de 64 ± 12 años. Los resultados comparados con la gold standard tras desechar 1 cc fueron $-42,85 \pm 17,23$ mg/dl, tras desechar 2 cc $-5,81 \pm 10,89$ mg/dl, tras desechar 3 cc $-0,09 \pm 8,12$ mg/dl y tras desechar 4 cc el resultado fue $0,10 \pm 8,09$ mg/dl, ($p < 0,05$).

Conclusiones:

Hay evidencia estadística entre las distintas cantidades a desechar, observando que la cantidad mínima de sangre a desprejar para realizar una glucemia fiable a través de un CA es de 3 CC.

BIBLIOGRAFÍA

-Miranda-Ruiz R, Castañón-González JA. Hiperglucemia en pacientes graves y en estado crítico. Implicaciones clínicas para su tratamiento. Cir Ciruj 2004; 72 (6): 517-524

-Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, et al. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. N Engl J Med 2001; 345: 1359-1367.

ENFERMERÍA

COMUNICACIONES ORALES PRESENTADAS A DEFENSA

06-DCOE

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA GANGRENA DE FOURNIER DEBIDO A UNA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM SEPTICUM

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 63 años sin antecedentes conocidos, que acude a urgencias por cuadro de fiebre de hasta 40°C, con rigidez y dolor de MID. Diagnóstico clínico y radiológico de fascitis necrotizante. Se realiza una fasciotomía de urgencias infructuosa, ingresando posteriormente en UCI. A su llegada se encuentra en shock séptico y fracaso multiorgánico. Durante su estancia, requiere múltiples curas de MID incluyendo desbridamiento quirúrgico, hasta la amputación de dicho miembro. Posteriormente se aísla *Clostridium septicum* en la herida quirúrgica.

En el transcurso, se aíslan además *Stenotrophomonas maltophilia* multirresistentes en la herida quirúrgica y *Candida krusei* en frotis rectal, así como se diagnostica una neoplasia de recto, como origen de dicho proceso.

Durante su estancia, ya realizada la amputación comenzó con deposiciones diarreicas abundantes por lo que se optó por un sondaje rectal con *flexi-seal*®.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un plan de cuidados atendiendo a los patrones funcionales de *Gordon*, elaboramos los diagnósticos de enfermería mediante la taxonomía NANDA y personalizamos los cuidados de enfermería utilizando la enfermería basada en la evidencia.

RESULTADOS

Tras 26 días de estancia en UCI, el paciente ha precisado de ventilación mecánica durante 23 días, drogas vasoactivas, sedoanalgesia, nutrición enteral y múltiples curas diarias, tanto en quirófano como en UCI.

Los diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales desarrollados en el plan de cuidados de UCI no han sido resueltos completamente al alta de UCI. El paciente continúa ingresado aún en el hospital después de 124 días.

CONCLUSIONES

Las medidas de aislamiento llevadas a cabo, las curas diarias realizadas tanto en quirófano (con desbridamiento quirúrgico), como en la unidad, junto con el sondaje rectal y la antibioterapia han evitado el avance de dicha infección o el empeoramiento de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Nueva York. Guías de práctica clínica para la infección por Clostridium en adultos: actualización 2010 realizada por la Sociedad de Salud Epidemiológica de Norteamérica (SHEA) y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Norteamérica (IDSA). Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, volumen 32, issue3, March 2014, pages 152-159. www.Scielo.org
- Taxonomía NANDA, NOC y NIC www.Nnnconsult.com. Prospecto flexi-seal®, Convatec.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

01-DCCE

ESTUDIO SOBRE DETECCIÓN DE ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN UCI

INTRODUCCIÓN

El *Acinetobacter baumannii* (AB) multirresistente es un cocobacilo gram negativo poco virulento excepto en pacientes crítico. Se ha asociado a contaminación de equipos, personal sanitario... Sobrevive en superficies secas hasta 25 días y 13 en superficies fórmicas. Ocasiona neumonías, bacteriemias..., con tasa de mortalidad cruda asociada a bacteriemia del 52% y asociada a neumonía 23%-73%.

En el proyecto Resistencia Zero (RZ) se monitoriza el AB resistente a carbapenémicos. La búsqueda activa ha encontrado epidemias de pacientes con AB colonizados pese a las recomendaciones RZ.

En brotes se debe realizar vigilancia ambiental mediante muestreo en superficies, material médico y áreas de trabajo. Ante el aumento de casos de colonización e infección:

OBJETIVOS

Análisis de las estructuras físicas y material, para comprobar la existencia o no de AB multirresistente.

Proponer puntos de mejora en medidas RZ.

MATERIAL Y MÉTODO:

Muestras de superficie, material y máquinas de UCI julio-diciembre 2016. Procesadas: frotando la superficie con una torunda humedecida con caldo de enriquecimiento (Thioglycolato). Sembrada en Agar MacConkey y se inoculó en Thioglycolato, incubándose ambos a 36°C y realizando subcultivos a las 48 horas. Éstos se mantuvieron 48 horas a 36°C antes de descartarlos como negativos. Las colonias presuntivas se identificaron mediante sistema Vitek (Biomerieux). El estudio de sensibilidad se realizó por difusión disco-placa y/o CMI siguiendo los criterios de EUCAST. Reunión de equipo multidisciplinar, análisis de datos e implementación o modificación de actividades por consenso.

RESULTADOS

189 cultivos: 49 en zonas comunes, 127 en boxes y 13 en quirofanillo. 4 positivos en zonas comunes, todos en teclados, negativizándose en siguientes tomas. 39 positivos en boxes (respiradores, mesas de trabajo, paredes, cama,...), en boxes con pacientes con AB y positivos en boxes sin paciente. Todos los positivos con el mismo resultado de multirresistencia.

CONCLUSIONES

Medidas:

- Pintar las 2 partes de la unidad con pintura liberadora de iones de Ag. Limpieza profundidad.
- Limpieza de boxes 3 veces al día con desinfectante de superficie.
- Limpieza por Auxiliar 3 veces al día.
- Tratamiento de todos los pacientes como aislados de contacto.
- Sesiones de concienciación, higiene de manos y aislamientos.
- Pacientes con AB en una misma unidad con boxes cerrados y personal exclusivo.
- Introducción de amonios cuaternarios en aerosol.
- Alta UCI aislados.
- Seguir vigilando y controlando con periodicidad.

BIBLIOGRAFÍA

-Diomedi Pacheco A. Infecciones por *Acinetobacter baumannii pan-resistente*. Consideraciones epidemiológicas y de manejo antimicrobiano actualizado. Rev Chil infect 2005; 22(4): 298-320. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182005000600003

-Martínez Martínez L et al. Cultivos de vigilancia epidemiológica de bacterias resistentes a los antimicrobianos de interés nosocomial.

-Procedimientos en Microbiología Clínica nº 26. 2007. Disponible en:

<https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia26.pdf>

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

02-DCCE

TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL EN UN PACIENTE CRÓNICO DE DIÁLISIS

INTRODUCCIÓN

La indicación principal de las Técnicas Continuas de Depuración Extrarrenal (TCDE) es la sustitución de la función renal alterada en pacientes críticos¹ con catéteres venosos centrales. Pero existen otras indicaciones como realizar una diálisis en una paciente crónico después de un tratamiento con yodo 131 (I-131) con una fístula arterio-venosa.

El I-131 es un isótopo radioactivo indicado como tratamiento coadyuvante al quirúrgico, en el carcinoma de diferenciado de tiroides e hipertiroidismo y debido a que su eliminación principal es por la orina, hay que extremar las precauciones.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 56 años con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) secundaria a nefropatía hipertensiva en tratamiento con hemodiálisis, intervenido de tiroidectomía por un carcinoma papilar variante folicular multifocal de tiroides, que requiere tratamiento ablativo con I-131.

PLAN DE CUIDADOS

Se abordan los diagnósticos², intervenciones³ y resultados enfermeros⁴ en una paciente dializado con TCDE tras tratamiento con un radioisótopo radiactivo: 00004 Riesgo de infección, procedimientos invasivos. 00016 Trastorno de la eliminación urinaria. 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. 00046 Deterioro de la integridad cutánea, hematomas repetitivos, zona de punción repetitiva. 00118 Trastorno de la imagen corporal. 00161 Disposición para mejorar los conocimientos.

DISCURSIÓN. Las TCDE nos permiten dializar a un paciente, ya que, las conexiones del sistema son universales y adaptan a las agujas de punción de la fístula arterio-venosa garantizando un entorno seguro tanto para el paciente como el personal.

CONCLUSIONES

Las TCDE se utilizaron en un paciente crónico para dializarle, sometido previamente a una terapia metabólica con I-131 con total éxito de la terapia y control de los residuos contaminantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez-Izquierdo JA, Alted E, Lozano MJ, Pérez Vela JL, Caballero R, Cobo P. Influencia de la hemofiltración venovenosa continua sobre la hemodinámica de los pacientes críticos. Nefrología 1996; 16(4):336-341.
- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2007-2008. Elsevier; 2007.
- Bulechek G M, Butcher H K, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Elsevier; 2009.
- Morread S, Jonson M, Maas M L, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier; 2009.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

03-DCCE

INHALADORES DE DOSIS MEDIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

INTRODUCCIÓN

La aerosolterapia o el uso de inhaladores es un tratamiento cuyo objetivo es conseguir la máxima eficacia terapéutica en la vía respiratoria con los mínimos efectos adversos sistémicos.

La medicación contiene partículas que pesan muy poco. Esto permite que se transporten fácilmente por el aire, llegando a los alvéolos y siendo mucho más eficaces.

OBJETIVOS

Realización de un protocolo para la correcta realización y utilización de nebulizadores neumáticos en pacientes ventilados. Preparar y administrar adecuadamente la medicación prescrita.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica con las bases de datos PUBMED, Lilacs, Tripdatabase, Cochrane plus y PEDro.

Realización de un protocolo en función de la evidencia científica encontrada. Difusión en el equipo.

RESULTADOS

- Revisar orden, identificar paciente y evaluar la necesidad del fármaco.
- Succión o limpieza de secreciones del tubo endotraqueal y de la vía aérea.
- Asegurar un $V_t > 500$ ml, si es posible ciclo de trabajo $T_i/T_t > 0.3$
- Agitar dispositivo antes de la primera dosis y calentar a temperatura de la mano.
- Colocar el inhalador junto a cámara espaciadora en el circuito del ventilador rama inspiratoria.
- Retirar humidificador, en caso de utilizar humidificador activo dejarlo en funcionamiento (salvo con fármacos caros, humidificador Off)
- Coordinar el disparo con el inicio de inspiración del paciente.
- Esperar al menos 15 s. entre disparos hasta completar la dosis total.
- Control de monitor por si hay respuestas adversas.
- Reconectar humidificador y encender el activo si ha sido apagado.
- Registrar datos en su historia clínica.

CONCLUSIONES

La realización de este protocolo ha facilitado el uso y manejo de los nebulizadores neumáticos en la unidad de Cuidados Intensivos, proporcionando técnicas correctas y optimas en su utilización, optimizando los resultados de la aerosolterapia en pacientes con ventilación mecánica invasiva y proporcionando mayor seguridad al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Duarte AG. *Inhaled bronchodilator administration during mechanical ventilation*. Respir Care. 2004 Jun;49(6):623–34.
- Dhand R, Tobin MJ. *Bronchodilator delivery with metered-dose inhalers in mechanically-ventilated patients*. Eur Respir J. 1996 Mar;9(3):585–95.
- Dhand R, Mercier E. *Effective inhaled drug administration to mechanically ventilated patients*. Expert Opin Drug Deliv. 2007 Jan;4(1):47–61.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

04-DCCE

ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL SÍNDROME DE CAUTIVERIO

INTRODUCCIÓN

El síndrome de cautiverio es una afectación neurológica que puede pasar desapercibida o proporcionar unos cuidados basados en sentimentalismos negativos que limitan el contacto de los profesionales con el paciente.

OBJETIVOS

- Establecer parámetros sencillos para iniciar la sospecha de diagnóstico.
- Aumentar los conocimientos y sensibilidad sobre el síndrome de cautiverio.
- Establecer un plan de cuidados estandarizado de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en Elsevier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect.

Definición de causas y consecuencias de la enfermedad, así como aspectos que le rodean. Plan de cuidados basados en patrones funcionales de Marjory Gordon con diagnósticos NANDA NOC-NIC.

RESULTADOS

El síndrome de cautiverio se produce por una lesión en el tronco del encéfalo, a nivel de la protuberancia. Causas: accidente cerebro-vascular en arteria basilar, enfermedad neurológica con daño en tronco encefálico, tumores en protuberancia ventral ,...

El paciente está consciente pero sólo puede parpadear, movimientos oculares verticales y respirar.

Diagnósticos (Dx), con NANDA NIC/NOC y actividades principales (Act):

- Dx: 00051 - Deterioro de la comunicación verbal r/c relacionado con alteración del sistema nervioso central y condiciones fisiológicas , manifestado por dificultad para expresar los pensamientos verbalmente y no poder hablar.

NOC: 0903 - Comunicación: expresiva.

NIC: 4976 - Mejorar la comunicación: déficit del habla.

Act: 482013 - Hacer las preguntas una a una. 482029 - Utilizar señales ambientales (signos , cuadros , relojes...) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada. 482030 - Utilizar señales con dibujos para favorecer el uso adecuado de los objetos. Dar una orden simple cada vez, si es el caso.

- Dx: 00074 - Afrontamiento familiar comprometido r/c relacionado con prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia.

NOC: 2205 - Rendimiento del cuidador principal: atención directa. 2506 - Salud emocional del cuidador principal.

NIC: 7040 - Apoyo al cuidador principal. 7110 - Fomentar la implicación familiar. 7260 - Cuidados intermitentes.

Act: 726002 - Controlar la capacidad de resistencia del cuidador. 726004 - Determinar la forma de contacto con el cuidador habitual. 704003 - Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.

CONCLUSIONES

Un mejor conocimiento sobre el síndrome proporciona a la enfermera anticiparse a la sospecha de diagnóstico y un afrontamiento terapéutico más eficaz.

Es imprescindible la implicación y asesoramiento inicial de la familia y una rehabilitación enfocada y precoz.

BIBLIOGRAFÍA

-Cruz Árias, O. Síndrome de cautiverio. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII (619) 419 - 422, 2016 .

-J. Cervera. Principales cuidados de enfermería en el manejo del síndrome de cautiverio. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

05-DCCE SEGURIDAD EN HEMOTERAPIA

INTRODUCCIÓN

La transfusión sanguínea es una terapéutica que puede producir grandes beneficios pero que también conlleva algunos riesgos. La Hemovigilancia es el término que utilizamos para definir el conjunto de medidas que, una vez implantadas, nos permiten detectar, registrar y analizar toda la información relativa a los efectos adversos o incidentes que puedan producirse en cualquier punto de la cadena transfusional, desde la selección de los donantes, la extracción de sangre, el procesamiento y análisis de los componentes sanguíneos, hasta la distribución y administración final a los pacientes. Actualmente, una de las líneas estratégicas de seguridad transfusional en el Sistema Sanitario Público está orientado hacia el cierre de la transfusión desde los Servicios de Transfusión, como elemento clave para confirmar la finalización y evitar las consecuencias de una transfusión.

OBJETIVO

Conseguir la trazabilidad completa del proceso desde la extracción de la muestra hasta finalizar la transfusión y tratamiento de posibles reacciones adversas, cerrando de este modo el ciclo de la hemovigilancia.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio descriptivo con carácter retrospectivo, realizando un análisis de todos los cierres transfusionales que se han producido en el hospital durante todo el año 2016.

hoja para devolver a banco	no aparece hoja para devolver banco		hoja para devolver en historia		no aparece hoja control transfusional	total
	rellena original	no rellena	rellena	no rellena		
	16	13	16	16	5	66

CONCLUSIONES

De las 2355 transfusiones solo se han producido 66 errores de trazabilidad por lo que supone un 2.8% incorrectamente del total de las transfusiones realizadas. Aunque el porcentaje no es elevado seguimos pensando que tenemos que seguir trabajando para la reducción de errores.

Las principales áreas de mejora es en la concienciación de los profesionales en cultura de seguridad e informar de que son documentos legales ante posibles incidentes, así como en la de los cargos intermedios para una correcta formación e información sobre todo a los profesionales de nueva incorporación, en conocer las Instrucciones y protocolos existentes en nuestra Área Sanitaria, para así disminuir las incidencias y errores en la hemovigilancia.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

06-DCCE

¿INFLUYEN LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO?

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que precisan un marcapasos definitivo presentan en la mayoría de los casos alguna patología de riesgo cardiovascular que pudiera o no estar relacionada con la necesidad de implante y/o la aparición de complicaciones.

OBJETIVO

Analizar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en las intervenciones para implantación de marcapasos permanentes (MPP) y cambio de generador en un hospital de gestión privada y su asociación con el desarrollo de complicaciones durante este procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de las intervenciones realizadas en un Hospital de gestión privada durante un periodo mayor de 6 años (Mayo 2010-Enero 2017), analizando descriptivamente variables demográficas (edad, género), FRCV (HTA, DM, Obesidad, Dislipemia y Tabaquismo) y complicaciones.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron en nuestra Unidad un total de 105 procedimientos, con una edad media de 75 años, siendo más añosos los pacientes que presentaban FRCV (75,56 vs 70, 27 años). Un elevado porcentaje de casos (89,5%) presentan FRCV entre sus antecedentes personales y de salud, siendo este porcentaje similar en ambos sexos.

De los FRCV evaluados la HTA fue el más prevalente 67,6% (76,3% en mujeres y 62,7% en el hombre), lo sigue con un porcentaje similar el sobrepeso-obesidad 67%, la CIC un 44,8%, dislipemia un 39,8%, tabaquismo 23,4% (Fumador activo el 12,4% con un 11,4% exfumador), Diabetes un 24,8%, Bebedor un 5,7%, del total de los casos. El IMC medio fue de 29,72 (3,52 DS).

Con respecto a la forma de acceso al implante, dentro de los pacientes que presentaban FRCV el 56,4% accedían de forma urgente y el 43,6% de forma programada (NS), y precisaban un primoimplante en el 90,4% de los casos y un 9% cambio de generador, no requiriendo cambio de generador los pacientes que no tenían FRCV dentro de sus AP. En relación con las indicaciones, aunque no encontramos asociación con la presencia o no de FRCV, los datos mostraron que los pacientes con FRCV presentaban mayor porcentaje de FA y los pacientes sin FRCV presentaban mayor porcentaje de ENS (FRCV: BAV 37,2%, FA 25,5% y ENS 16%. NO FRCV: BAV 36,4%; FA 18,2% y ENS 18,2%). Los pacientes que no presentaban FRCV NO eran marcapasos dependiente en ningún caso, siendo dependientes el 12,8% de los que presentaban FRCV. Y con respecto a la necesidad de MP transitorio no hubo asociación entre la presencia o no de FRCV (NO FRCV 18,2% y FRCV 14,9%).

En relación al numero de electrodos, los pacientes con FRCV requirieron estimulación bicameral en un 44,7% de los casos y los que no presentaban FRCV en un 72,7%, llegando a alcanzar casi significación estadística ($p=0,78$).

Con respecto a las complicaciones encontramos que los pacientes que las desarrollaron presentaban algún FRCV, no sufriendo ninguna complicación los pacientes que no tenían FRCV, ocurriendo lo mismo con la variable mortalidad.

CONCLUSIONES

- Los pacientes que precisaban el implante de un marcapaso y/o cambio de generador en nuestro centro presentaba un alto porcentaje de FRCV, siendo el que se presentaba con mayor frecuencia la HTA seguido de la obesidad en un porcentaje similar.
- Los pacientes que presentaban FRCV entre sus AP desarrollaban mayor porcentaje de complicaciones y tenían mayor mortalidad.
- Los pacientes con FRCV requerían en un mayor porcentaje estimulación monocameral, en relación con un mayor porcentaje de FA en este grupo de pacientes y presentaban un porcentaje más elevado de dependencia de MP

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

07-DCCE

USO, MANEJO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE VÍA INTRAÓSEA EN EL PACIENTE CRÍTICO

INTRODUCCIÓN

La vía intraósea como acceso venoso es la segunda opción, después del acceso intravenoso, en casos de urgencia vital como Parada cardiorrespiratoria, grandes quemados, politraumatismos o shock graves con imposibilidad de canalización de una vía venosa convencional (central o periférica).

Sin embargo, no todas las enfermeras conocen y están familiarizadas con este dispositivo.

OBJETIVOS

- Adquirir los conocimientos necesarios para canalizar y usar la vía intraósea.
- Conocer el manejo de fármacos y sueros a través de la vía intraósea.
- Conocer las zonas de punción.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema en bases de datos Pubmed, Scielo, Cuiden y Cochrane. Las palabras claves utilizadas son: vía intraósea, paciente crítico, canalización intraósea.

Resultados

La canalización intraósea es más utilizada en medio extrahospitalario, y debe ser conocido y manejado por el personal de enfermería de hospital de unidades de urgencias y cuidados críticos.

Se puede utilizar esta vía para administrar todo tipo de fármacos: sueros, medicación de urgencia, medicación vasoactiva, y también sirve para extraer muestras sanguíneas.

Las zonas de punción son diferentes en niños y adultos.

La vía intraósea se utiliza en casos de urgencias, siendo recomendable sustituirlo en menos de 24 horas por una vía intravenosa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En situaciones de urgencias vital, en algunos pacientes críticos no es posible canalizar una vía intravenosa. La alternativa recomendada es la vía intraósea.

La vía intraósea es utilizada en el medio extrahospitalario con frecuencia. Sin embargo, las enfermeras de unidades críticas hospitalarias no están familiarizadas con este dispositivo. Es necesario poner en marcha medidas de actuación que permitan conocer, manejar y utilizar la vía intraósea en casos de urgencia.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

08-DCCE

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A FAMILIARES, PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

INTRODUCCIÓN

Diversos autores constatan la importancia de la familia como una valiosa herramienta en la atención holística del paciente crítico.

Las encuestas de satisfacción son uno de los métodos más utilizados para conocer la calidad percibida por los enfermos y familiares para establecer medidas que permitan mejorar los resultados.

El objetivo de este estudio es analizar la opinión de pacientes y familiares en referencia al indicador número 108 propuesto por la SEMYCIUC, y compararlo con la percepción de calidad ofrecida por los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante la entrega de una encuesta tipo Likert a los familiares directos y pacientes ingresados más de 24 horas durante el mes de febrero y marzo de 2017. En ella se valora la opinión sobre la satisfacción de la asistencia sanitaria, así como de las diferentes inquietudes sobre su estancia en la unidad.

El cuestionario fue elaborado para un trabajo fin de máster de la Universidad de León, y fue validado por la comisión de formación e investigación de nuestro hospital.

La encuesta está formada por 29 preguntas para los familiares, 19 para los pacientes y 28 para los profesionales, además de un apartado socio demográfico. El cuestionario incluye ítems sobre las condiciones medioambientales de la unidad, la relación con los profesionales, la información recibida y el horario de vistas.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes y familiares desconocían el nombre del médico y enfermera responsables y califican la información como poco clara.

Los familiares consideran la sala de espera poco adecuada y tanto ellos como los propios pacientes creen que el mobiliario de la unidad está poco actualizado. La intimidad y el ruido son los aspectos ambientales más deficientes.

Los profesionales valoran peor que pacientes y familiares, las instalaciones, las condiciones medioambientales y la información recibida. Todos coinciden en la necesidad de aumentar el tiempo de visita.

CONCLUSIONES

Una atención de calidad no sólo va dirigida a los pacientes sino también a sus familiares. Debemos realizar una reflexión crítica sobre la atención ofrecida, contemplando diferentes estrategias de mejora. Los profesionales conocen las carencias de la unidad y están dispuestos a iniciar las medidas de mejora que sean necesarias.

BIBLIOGRAFÍA

-Sánchez Vallejo, A; Análisis de las necesidades de la familia del enfermo crítico y la opinión de los profesionales de UCI. Trabajo fin de Máster Universitario de Investigación en Ciencias Socio Sanitarias. Curso académico 2014-2015.

-M.D. Pérez, M. Rodríguez, A.I. Fernández, M. Catalán, J.C. Montejo. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*, 28 (2004), pp. 237-249

-R. Torrents, E. Oliva, M.J. Saucedo, L. Surroca, C. Jover. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*, 14 (2003), pp. 49-60.

-I. Hidalgo, Y. Vélez, E. Pueyo. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*, 18 (2007), pp. 106-114

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

09-DCCE

PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

INTRODUCCIÓN

La humanización hace referencia al abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y conductuales. La deshumanización de la persona en los ámbitos sanitarios y sobre todo en las unidades de cuidados intensivos, es un problema en continuo debate en la actualidad.

El objetivo de este trabajo es definir la humanización de la asistencia sanitaria en la UCI y las actuaciones dirigidas a conseguirla y mantenerla, identificando problemas y situaciones de mejora potencial en nuestra unidad.

METODOLOGÍA

Se diseña un estudio de revisión de artículos publicados en revistas científicas españolas en formato digital hasta enero de 2017, obteniendo distintos planes de actuación que se llevan a cabo para hacer las unidades de cuidados intensivos más humanas.

La búsqueda bibliográfica se realizó en *Medline*, *Cuiden Plus*, *BDENF*, utilizando las palabras claves “enfermería”, “unidad de cuidados intensivos”, “críticos”, “cuidados críticos”, “humanización”, “HUCI” y el operador “AND” como enlace ampliándose la búsqueda cruzada de artículos reseñados en la bibliografía.

RESULTADOS

Tras una revisión exhaustiva hemos detectado que por parte del personal sanitario hay un creciente interés en humanizar los cuidados, para ello son necesarias diferentes líneas de actuación:

- Flexibilización de horarios de visita.
- Mejora de la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares.
- Mejora del confort del paciente.
- Integrar a las familias de los pacientes de la UCI.
- Evaluar y reducir el síndrome de desgaste emocional.
- Síndrome post cuidados intensivos.
- Infraestructura humanizada.
- Cuidados al final de la vida.

CONCLUSIONES

Actualmente la humanización de los cuidados va mucho más allá de garantizar la intimidad y autonomía del paciente así como identificarlo. Si bien hay líneas de actuación recogidas en la bibliografía que requieren un mayor compromiso por parte de las instituciones hospitalarias existen otras muchas que sólo requieren participación activa y motivadora del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016-2019. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Rubio Rico, L., Cosi Marsans, M., Martínez Márquez, C., Miró Borrás, A., Sans Riba, L., Toda Savall, D., Velasco Blasco, C. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* 2006;17:141-53 - DOI: 10.1016/S1130-2399(06)73928-1
- García Cabeza, M. E. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Revista Metas de Enfermería*. Febrero 2014. Nº1

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A DEFENSA

10-DCCE

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO. FORMULARIO DE REGISTRO

INTRODUCCIÓN

Se puede definir la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) como la retirada o no instauración de medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital.

Con la LET pretendemos evitar la obstinación terapéutica, entendida como la situación en la que a una persona terminal se le inician o mantienen medidas carentes de utilidad clínica sin posibilidades de recuperación.

Cada vez es más habitual que se proponga la LET, lo cual plantea dilemas éticos y morales, así como dudas en el personal. Debido a esto se elaborará un plan de cuidados y un formulario de registro para facilitar el trabajo al personal de enfermería y garantizar unos cuidados de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Formación de grupo de trabajo.

Búsqueda y revisión bibliográfica en las principales bases de datos.

Revisión de protocolos de otros hospitales.

Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de pacientes con LET en nuestra UCI en el último año y clasificación por motivo de ingreso.

RESULTADOS

En la UCI del Hospital Universitario de Guadalajara se planteó LET durante el año 2016 a un total de 49 pacientes, siendo el motivo médico la causa de ingreso más frecuente.

Elaboración de un plan de cuidados de enfermería estandarizado en la LET.

Se incorpora a la historia de enfermería un documento para registrar la LET.

CONCLUSIONES

Consideramos necesario un plan de cuidados estandarizado utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC para facilitar la labor al personal de enfermería que atiende a estos pacientes, garantizando la calidad asistencial, salvaguardando su dignidad y aliviando su sufrimiento y el de sus familiares, así como introducir un formulario de registro para aclarar la situación en la que nos encontramos ante este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Simón Lorda P, Esteban López M S, Cruz Piqueras M. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014.
- Protocolos de LTSV y LET del Hospital Universitario Infanta Cristina (Octubre/2015) y del Hospital Universitario de Getafe (Mayo/2014).
- Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clin Esp, 2012; 212 (3): 134-140.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el Enfermo Crítico. Actualización 2011.
- Johnson M. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

01-ECCE

PROYECTO H-UCI EN EL HOSPITAL DE HELLÍN: FASE INICIAL Y PUESTA EN MARCHA

Después de la puesta en marcha de la Declaración de Torrejón para la Humanización de los Cuidados Intensivos en el año 2015, se inicia una corriente en muchas Unidades de Cuidados Intensivos de España con el fin de humanizar los cuidados tecnocráticos que hasta ahora se prestaban en estas Unidades con el fin de prestar unos cuidados intensivos integrales de mayor calidad con pacientes y familias más satisfechas y profesionales más motivados.

En nuestro centro se crea en el año 2016 un grupo de trabajo multidisciplinar con el fin de implantar un Plan de Humanización consensuado en nuestra UCI. Dicho Plan ya se ha puesto en marcha y contempla varias líneas de trabajo que se detallan a continuación:

- 1.- Plan de acogida a pacientes y familiares: con este plan se facilita el proceso de adaptación del paciente y usuarios tras el ingreso donde se fijan las normas de visita y permanencia, identificación de los profesionales implicados en los cuidados y se crea e identifica la figura del cuidador principal.
- 2.- Plan de atención al duelo: se pretende abordar este proceso con la ayuda de equipos ajenos a la UCI como profesionales de Salud Mental, de Cuidados Paliativos y asociaciones de voluntariado.
- 3.- Divulgación de la cultura de Humanización. El grupo de Humanización programa sesiones generales hospitalarias y con colectivos para difundir la cultura y programas de Humanización puestos en marcha.
4. Técnicas de control de estrés en el ámbito laboral: se contacta con profesionales sanitarios con experiencia de formación de técnicas de atención plena (MINDFULNESS), para llevar a cabo en la Unidad talleres de reducción de estrés así como la realización de un curso basado en la gestión de las emociones y de los conflictos en la relación de los pacientes y sus familias.
- 5.- Plan de mejora del confort del paciente: Se pone en marcha el proyecto SUEÑON con medidas para favorecer el descanso nocturno.
- 6.-Flexibilización de horarios adaptados para el cuidador principal: se crea la figura del cuidador principal al que se le proporciona una tarjeta identificativa y se adaptan los horarios a sus necesidades, ampliando el horario de visitas.
- 7.- Procedimiento para alojamiento de familiares si se precisa. Se ha habilitado cama en segunda planta del Hospital para esta situación especial.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

02-ECCE

PRIMEROS PASOS DE HU-CI MANCHA CENTRO

INTRODUCCIÓN

Exposición de las iniciativas puestas en marcha en la unidad de cuidados intensivos del H.G. Mancha Centro, desde la creación del grupo HU-CI: Información no facultativa al ingreso, Sala de duelo, Medidas para preservar la intimidad de los pacientes, Biblioteca, Guía de actuación básica, Certamen de Relatos Cortos.

MATERIAL Y MÉTODO

Llevamos a cabo una primera reunión donde obtuvimos una tormenta de ideas, priorizamos necesidades y sopesamos coste/beneficio para el inicio de las diferentes actividades.

RESULTADOS

Mayor implicación de todo el personal de la unidad en el desarrollo de los cuidados diarios de los pacientes, visibilizamos el papel de los familiares y sus necesidades, sensación de aumento del bienestar en pacientes y familiares.

CONCLUSIONES

La humanización de los cuidados intensivos es una necesidad para los pacientes/familiares que ingresan en una UCI, cuyo bienestar y cuidado está a cargo del personal de enfermería/medicina. La puesta en marcha de este proyecto proporcionará directrices para la toma de decisiones en la actuación de los profesionales, y por consiguiente para la mejora de la calidad de la atención de enfermería/medicina en UCI.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

03-ECCE

¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL USO DE ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ESPECÍFICAS PARA PACIENTES CRÍTICOS?

INTRODUCCIÓN

La elevada incidencia y morbimortalidad de las úlceras por presión en las unidades de críticos hace necesaria la detección de los pacientes vulnerables a través de escalas destinadas a tal fin. La escala empleada en el la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Guadalajara, es la escala de Braden. Sin embargo, su uso no es específico para pacientes críticos. En este sentido, y considerando los antecedentes anteriores, el presente trabajo pretende evaluar que dice la evidencia científica sobre el uso de escalas de valoración del riesgo en el desarrollo de úlceras por presión, específicas para las unidades de críticos.

OBJETIVOS

- 1.-Enumerar escalas de valoración del riesgo en el desarrollo de úlceras por presión específicas para pacientes críticos.
- 2.-Conocer si las escalas de valoración de riesgo en el desarrollo de úlceras por presión, específicas para las unidades de críticos, han sido validadas para su uso en este tipo de pacientes.
- 3.-Identificar la escala de valoración del riesgo de úlceras por presión, específica para pacientes críticos, más adecuada para nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión exhaustiva de la bibliografía más reciente, a través de la consulta de las bases de datos: Medline, Cuiden y Recolecta, en la que se identifique lo que dispone la evidencia científica sobre el uso de escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión específicas para pacientes críticos.

Resultados

Existen escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión específicas para pacientes críticos que han sido validadas. Sin embargo, requieren de un mayor número de estudios para afianzar la validación de las mismas.

CONCLUSIONES

Se recomienda continuar con la escala de Braden pues, a pesar de no ser específica de UCI, su validez en pacientes críticos ha sido ampliamente demostrada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-García Fernández, F.P., (2013). *Risk assessment scales for pressure ulcer in intensive care units: A systematic review with meta-analysis*. Ewma Journal, 13(2).
- 2.-Pancorbo Hidalgo, P.L., (2009). Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Logroño.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

04-ECCE

PROTOCOLO DE NUTRICIÓN ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ALCÁZAR DE SAN JUAN

INTRODUCCIÓN

Definimos Nutrición Enteral (NE) a la administración por vía digestiva de los nutrientes necesarios para mejorar o mantener el estado nutricional del paciente siempre que se mantenga un mínimo de tracto gastrointestinal funcional o existan requerimientos especiales de energía y/o nutrientes que no puedan cubrirse con la alimentación natural.

OBJETIVOS

Estandarizar el protocolo de Nutrición Enteral para garantizar su adecuada administración y unificar la actuación de enfermería en la Unidad Cuidados Intensivos (UCI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica en metabuscadores como Cochrane , Pubmed y Guías de Cuidados de Enfermería con el fin de realizar un protocolo para la divulgación a todos los profesionales de la UCI.

RESULTADOS

Actualmente, la NE es la técnica de elección del soporte nutricional artificial. Es complementaria en muchos casos de la nutrición parenteral y, por lo tanto, no son técnicas excluyentes, pero las ventajas de la NE hacen que siempre que se pueda utilizar, sea la primera alternativa terapéutica en soporte nutricional.

CONCLUSIONES

Se debe realizar un cuidado correcto del paciente que recibe NE para prevenir las complicaciones derivadas de su administración. Para ello es necesario unificar criterios y conceptos sobre indicación, tratamiento, cuidados y seguimiento de los pacientes que reciben nutrición enteral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Frías L, Cuerda C. Nutrición enteral: indicaciones, sondas y materiales. Nutr Hosp 2014;29 (Supl.3):5-20.
- Agudelo G.M, Giraldo A, Aguilar N, Barbosa J, Castaño E, Gamboa S, Martínez M.I, Alzate S, Vanegas M, Restrepo B, Román J, Serna A y Hoyos M. Incidencia de complicaciones del soporte nutricional en pacientes críticos: estudio multicéntrico. Nutr Hosp. 2011,26(3):537-545.
- Protocolo de nutrición enteral del Complejo Hospitalario de Albacete. Disponible en : http://www.chospab.es/enfermería/protocolos/originales/nutrición_enteral.pdf

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

05-ECCE

NEBULIZADORES NEUMÁTICOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

INTRODUCCIÓN

La aerosolterapia es un pilar fundamental para la administración de fármacos específicos en el tratamiento de patología pulmonar. La entrega del fármaco es directa y rápida sobre las vías aéreas permitiendo una dosificación ajustada y evitando la toxicidad sistémica. En pacientes ventilados invasivamente, cuya situación respiratoria no es idónea, se consigue la máxima eficacia terapéutica del fármaco evitando las dificultades que afectan a la entrega.

OBJETIVOS

Elaborar una guía para la utilización de nebulizadores neumáticos en pacientes con ventilación mecánica.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión en bases de datos Pubmed, Lilacs, tripdatabase, Cochrane plus y PEDro.
Realización de póster y difusión.

RESULTADOS

- Revisar orden, identificar paciente y evaluar la necesidad del fármaco.
- Limpieza secreciones endotraqueal y de vías aéreas.
- Colocar el fármaco en nebulizador y llenar un volumen de 4-6 ml.
- Colocar nebulizador en rama inspiratoria a unos 30 cm de la conexión del paciente entre la pieza Y y el TET.
- Apagar el flujo continuo durante la operación.
- No quitar humidificador o no apagar humidificador activo.
- Establecer el flujo de gas para el nebulizador a 6-10 l/min, si se usa con ventilador ajustarlo a los tiempos inspiratorios, si se usa externo debe ser un flujo continuo gracias a una fuente externa.
- Ajustar volumen o presión del ventilador para compensar el flujo añadido.
- Observar el nebulizador periódicamente para confirmar la nebulización o "chisporroteo"
- Quitar nebulizador del circuito y enjuagar con agua estéril y dejarlo secar, colocarlo en lugar seguro y apropiado.
- Ajustar parámetros y alarmas de ventilador anteriores.
- Evaluar monitor y estado de paciente para evaluar respuestas adversas.
- Evaluar resultados y registrar datos en la historia clínica.

CONCLUSIONES

La actualización de guías basadas en la evidencia supone una optimización de recursos y mejora en la seguridad con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Duarte AG. *Inhaled bronchodilator administration during mechanical ventilation. Respir Care.* 2004 Jun;49(6):623–34.
- Dhand R, Tobin MJ. *Bronchodilator delivery with metered-dose inhalers in mechanically-ventilated patients. Eur Respir J.* 1996 Mar;9(3):585–95.
- Dhand R, Mercier E. *Effective inhaled drug administration to mechanically ventilated patients. Expert Opin Drug Deliv.* 2007 Jan;4(1):47–61.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

06-ECCE

PROTOCOLO: TRASLADO DEL PACIENTE DE QUIRÓFANO A LA UNIDAD DE CRÍTICOS

INTRODUCCIÓN

El paciente crítico no sólo parte de la UCI hacia otras unidades, sino que también se moviliza de otras unidades hacia la UCI, con personal de enfermería no tan acostumbrado a su manejo como el que trabaja dentro de las unidades.

OBJETIVOS

Realizar un protocolo que proporcione conocimientos, unifique y ponga al día las actuaciones y cuidados necesarios para realizar el traslado del paciente crítico del quirófano a UCI con seguridad y calidad, basado en evidencia científica

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en Elsevier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect. Equipo formado por enfermeras y médicos del servicio de quirófano y UCI y consensuar la evidencia científica analizada con las características de ambas unidades y del hospital.

RESULTADOS

El protocolo se ha dividido en cuatro fases:

Fase 1: Preparación del paciente para el traslado:

Preparar el material necesario en quirófano (monitor, respirador, medicación, cama de UCI...) asegurándonos que funcione todo. Informar a la familia y paciente. Contacto con UCI para decir tiempo de llegada y si precisa ventilación mecánica. Pasar checklist.

Fase 2: Movilización del paciente a cama de UCI.

Asegurar sondas, vías, drenajes y tubos. Monitorizar.

Fase 3: Traslado del paciente a UCI.

Vigilar monitor, respirador, sondas, vías,.. Valorar y anticiparse a complicaciones y situaciones adversas.

Fase 4: Ingreso en Box de UCI.

Cambio de monitorización, transmitir información por metodología SBAR.(Situation / Background / Assesement / Recommendation)

Se ha creado un formulario para declarar incidencias. Reuniones periódicas para el análisis de incidencias.

CONCLUSIONES

La preparación adecuada de todos los medios y personal con estándares de actuación consensuados y basados en la evidencia, han minimizado situaciones adversas en el traslado.

Ha aumentado la seguridad y calidad de la atención del paciente crítico fuera de la UCI.

En distintas reuniones se han analizado incidencias y se han ido mejorando puntualmente el protocolo.

BIBLIOGRAFÍA

-Bancalero JM, et al. Procedimientos de enfermería en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias.2009. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina7.html>

-Parra Moreno ML, Arias Rivera S. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Elsevier: Barcelona; 2003.

-Narayan MC, Using SBAR communications in efforts to prevent patient rehospitalizations. Home Health Nurse. 2013. Jul-Aug;34(4):295-301..

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

07-ECCE

TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DE UCI A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

La comunicación durante la transferencia del paciente es un aspecto fundamental en la actividad sanitaria diaria. La continuidad de la atención del paciente depende de que la información que se transfiere sea adecuada. La comunicación entre las diferentes unidades hospitalarias y los equipos de atención podría no incluir toda la información esencial o podría darse una interpretación incorrecta de la misma. Esto podría provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial al paciente.

OBJETIVOS

Realizar una hoja de trabajo como método estandarizado y ordenado, basada en la evidencia científica, para realizar una correcta transferencia de los pacientes desde la UCI al resto de unidades hospitalarias.

Continuar la atención, mantener la calidad y garantizar la seguridad del paciente durante su estancia en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en *Medline, Scielor, Elsevier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect*.

Análisis y confección de una hoja de alta de enfermería a otras unidades.

RESULTADOS

Se realiza una hoja basado en el método IDEAS (Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y Síntomas de Alarma), en cada uno de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Se acompaña al paciente a la unidad de hospitalización y basándonos en la hoja realizada, se tramite a la enfermera de la planta todas las características del paciente, desde su ingreso en UCI hasta su estado actual. Se realizan controles periódicos de la satisfacción, seguridad y calidad de la hoja y transmisión.

CONCLUSIONES

La transferencia de pacientes desde el servicio de UCI a otra unidad hospitalaria es uno de los momentos más frágiles que puede conllevar errores relacionados con una inadecuada o incompleta comunicación entre los profesionales.

Dada la complejidad de los pacientes que se transfieren desde una Unidad de UCI, la hoja estandarizada ha facilitado el traspaso de la información desde estas unidades a cualquier otra unidad hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

-Jiménez Fernández JC, et al. Registros de enfermería: Un espejo del trabajo asistencia. *Metas de enfermería*. 2010; 6(13): 8-11.

-Grupo de seguridad clínica, gestión del riesgo sanitario y calidad asistencial del 061 Aragón.

Monográfico de seguridad clínica. 2014. Disponible en:

[Http://www.sinasp.es/comunidadSiMASP/061ARAGON/5_MONOGRAFICO_ND.pdf](http://www.sinasp.es/comunidadSiMASP/061ARAGON/5_MONOGRAFICO_ND.pdf)

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

08-ECCE

TRASFERENCIA DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE EN UCI

INTRODUCCIÓN

La transferencia de pacientes entre los profesionales sanitarios es un proceso informativo dinámico de la situación clínica del paciente, mediante la cual se pasa la responsabilidad del cuidado a otro profesional sanitario. Debido a las características de una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente, por su gravedad y diversidad de pacientes, se hace necesario desarrollar una guía estandarizada que facilite el traspaso de la información entre los profesionales de enfermería.

OBJETIVOS

Realizar una guía de trabajo como método estandarizado y ordenado para realizar una correcta transferencia de los pacientes en el cambio de turno.

Garantizar la seguridad del paciente durante la transferencia del mismo.

Continuar la atención y aumentar la calidad de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en Medline, Scielor, Elsevier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect.

Elaboración de guía y checklist para la transmisión de información entre turnos de enfermería.

Sesiones informativas de implantación en el equipo.

RESULTADOS

Se realiza una guía basada en el método IDEAS (Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y Síntomas de Alarma) con los siguientes apartados:

Antecedentes personales, motivo de ingreso, evolución desde el ingreso, patrón hemodinámico, patrón respiratorio, eliminación, drenajes, catéteres y vías, medicación, heridas y psico-social. Alertas y plan de cuidados.

Se ha creado un checklist para el seguimiento. El equipo investigador se reúne periódicamente para valorar y mejorar el documento.

CONCLUSIONES

La trasmisión de información durante la transferencia de pacientes es uno de los momentos frágiles que puede conllevar errores relacionados con una inadecuada o incompleta comunicación entre los profesiones y como consecuencia de ellos una disminución en la calidad asistencial, incremento del gasto sanitario, etc....

Una transferencia sistematizada y ordenada favorece la eficacia de la comunicación y, por tanto, incide positivamente sobre la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

-Guevara Lozano M, Arroyo Martes LP: El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería. Enfermería Global. Enero 2015. Nº 37, 401-418. Disponible en: [Http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/178711/171311](http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/178711/171311)

-Delgado Morales R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI. 2013. Disponible en: [Http://www.medicina-intensiva.com/2013/04/A166.html](http://www.medicina-intensiva.com/2013/04/A166.html)

-Grupo de seguridad clínica, gestión del riesgo sanitario y calidad asistencial del 061 Aragón. Monográfico de seguridad clínica. 2014. Disponible en: [Http://www.sinasp.es/comunidadSiMASP/061ARAGON/5. MONOGRAFICO ND.pdf](http://www.sinasp.es/comunidadSiMASP/061ARAGON/5. MONOGRAFICO ND.pdf)

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

09-ECCE

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: MÉTODO IDEAS

INTRODUCCIÓN

La transferencia estandarizada y ordenada del paciente, en un mismo servicio o entre distintas unidades, asegura el cumplimiento de los objetivos terapéuticos para mantener y continuar una atención segura sin interrumpir la continuidad asistencial. La calidad y eficacia de la comunicación incide sobre la seguridad del paciente.

La O.M.S. enmarca este aspecto en el apartado “Comunicación durante el traspaso de pacientes”, dentro de las Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente (2007) y recomienda “Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implemente un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente”

OBJETIVOS

Dar a conocer un método para que las transferencias de los pacientes sean sistematizadas y ordenadas.
Ofrecer una herramienta para garantizar la seguridad del paciente durante la transferencia del mismo.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en Medline, Scielor, Elsevier, Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cuiden Plus y ScienceDirect.

Análisis por el grupo de expertos investigadores, de los principales métodos de transmisión, elección de un método y transmisión al equipo.

RESULTADOS

Se registran distintos modelos para realizar una transmisión de datos: IDEAS y SBAR. Se elige el método IDEAS:

- Identificación: Identificación del profesional responsable del paciente. Identificación del profesional receptor del paciente. Identificación del paciente.
- Diagnóstico: Definición clara y estandarizada del problema actual objeto de la asistencia, así como de los antecedentes, enfermedades crónicas de relevancia, tratamientos más importantes y alergias.
- Estado: Una exposición breve y ordenada de las funciones vitales del paciente reseñando las alteraciones existentes.
- Actuaciones: Incluye las medidas terapéuticas realizadas y las pendientes, y el plan de acción a seguir.
- Signos y Síntomas de alarma: Resumen de los aspectos más importantes, claves, que requieren de una atención especial dadas las alteraciones del paciente. Recordatorio de los puntos más importantes, incluidas las alergias.

El método IDEAS reúne muchas de las características necesarias para ser un modelo estandarizado en las transferencias de pacientes de UCI.

CONCLUSIONES

La literatura científica revisada demuestra que los modelos de transferencia estandarizados permiten transmitir mensajes claros, precisos y concretos sobre la situación del paciente entre los profesionales de la salud. Además se crea un modelo mental eficiente y conciso para realizar una correcta transferencia de la información. Dicha bibliografía demuestra una disminución en la aparición de eventos adversos y eventos centinela, aumentado la seguridad del paciente y calidad en sus cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez Fernández JC, et al. Registros de enfermería: Un espejo del trabajo asistencia. Metas de enfermería. 2010; 6(13): 8-11.
- Grupo de seguridad clínica, gestión del riesgo sanitario y calidad asistencial del 061Aragón. Monográfico de seguridad clínica. 2014. Disponible en: [Http://www.sinasp.es/comunidadSiMASP/061ARAGON/5_MONOGRAFICO_ND.pdf](http://www.sinasp.es/comunidadSiMASP/061ARAGON/5_MONOGRAFICO_ND.pdf)

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

10-ECCE

BENEFICIOS DE LA TERAPIA CON PRESIÓN NEGATIVA

INTRODUCCIÓN

La terapia de presión negativa tópica es un procedimiento moderno para tratar diferentes tipos de heridas (crónicas, agudas). La terapia permite la eliminación segura del exudado de la herida y la aceleración de su cicatrización gracias a la estimulación de la formación del denominado tejido de granulación, el tejido que crea el cuerpo como respuesta a una lesión.

OBJETIVOS

Primarios: 1) Control del exudado y el área de la herida. 2) Producción de tejido de granulación sano. Secundarios: 1) Cierre de la herida por cicatrización por 2ª intención. 2) Prevención de infecciones. 3) Restablecimiento de la función física en el lugar de la herida. 4) Alivio del dolor.

Presentamos un caso de varón de 67 años que ingresó con diagnóstico de shock séptico secundario a gangrena de Fournier asociada a fasciitis necrotizante de miembro inferior derecho. Tras realizar TAC, se trasladó a quirófano para fasciotomía longitudinal. Posteriormente herida muy exudativa y mal olor, aumentando progresivamente su exudado, a los 7 días se inicia terapia con presión negativa, manteniéndose durante 7 días en los que mejoró y se decidió su traslado para injerto.

¿QUÉ SUCEDE EN LA HERIDA?

El dispositivo ejerce una presión negativa controlada sobre la herida para transportar fluidos excesivos y agentes patógenos manteniéndola limpia.

Al mismo tiempo, se elimina la retención de agua, reduciendo la hinchazón. Como resultado de la presión negativa, el apósito de espuma se contrae en la superficie de la herida y la sella. Aumenta el suministro de sangre en la herida y se forma nuevo tejido. La formación del tejido de granulación resulta visible en pocos días.

BENEFICIOS OBTENIDOS

1) Estimuló el crecimiento de tejido nuevo. 2) Evitó que el exudado manchase la ropa y macerara la piel sana perilesional. 3) Permitió el descanso y confort del paciente al espaciar las curas. 4) El sistema de sellado y el menor cambio de apósitos proporcionó una menor probabilidad de infección. Todo conllevó una disminución del trabajo y por tanto el coste sanitario tanto en material como recursos humanos.

CONCLUSIÓN

Esta terapia proporcionó un buen drenaje de la herida, evitó la contaminación y, aceleró la formación de tejido de granulación de buena calidad permitiendo el injerto de la piel de banco con éxito posteriormente en una Unidad especializada. El tratamiento fue bien tolerado por el paciente.

Bibliografía

The open abdomen: temporary closure with a modified negative pressure therapy technique. Vacuum-assisted closure therapy for vascular graft infection in the groin-a 10-year multi-center experience.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

11-ECCE

¿QUÉ SABEMOS DE LOS TICLA Y TECLA?

INTRODUCCIÓN

El triaje se inicia con la llegada del paciente al Servicio de Urgencias Hospitalarios (SUH). Esta clasificación se realiza según la urgencia o gravedad. Pero también hay otros estándares de calidad que se miden en el triaje.

Tiempo de espera de Clasificación (TECLA). Es el promedio de tiempo del período que va desde el cierre de Admisión hasta el inicio de la clasificación (apertura de la hoja de clasificación).

Tiempo de Clasificación (TICLA). Es el promedio de tiempo del período que va desde el inicio de la clasificación (apertura de la hoja de la clasificación) hasta el cierre del mismo.

OBJETIVO

Concienciar al personal sanitario de la importancia del sistema de triaje y de los estándares de calidad para así crear cultura de seguridad para el paciente en el ámbito sanitario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo observacional, desde enero a diciembre de 2016, se recogieron los datos durante 24 horas en Diraya, los estándares de calidad se determinó el TECLA y el TICLA Se estimó el porcentaje de pacientes atendidos en el SUH con TICLA menor de 5 minutos, y el porcentaje de urgencias con TECLA mayor de 5 minutos.

RESULTADOS

En este SUH el tecla corresponde a una media 4.2 minutos. Existe todavía un 20% de los pacientes esperando a ser triados mas de 5 minutos. Y existe un 80-85% se les clasificó antes de 5 minutos . (Tabla 1).

tiempos de clasificacion	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	agos	sep	oct	nov	dic
Tiempo medio de respuesta en clasificacion min tecla	4,8	4,9	4,7	4,2	4,6	4	4,2	6,2	4,1	3,6	3,8	4
% urgencias con tiempo de respuesta clasificacion mayor de 5 minutos	28,19	27,77	24,62	23,5	21,7	20,5	23,2	26,61	21	19,53	18,76	19
tiempo medio de clasificacion(min) ticla	2,9	2,6	2,6	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,5	2,5	3,3	3
%urgencias clasificada en menos de 5 minutos	80,75	81,69	82,66	80	83,64	82,47	82,92	85,5	85	84,03	84,1	85

Este SUH podríamos afirmar tuvo en los meses del año 2016 unos tiempos de espera y clasificación dentro de los estándares de calidad establecidos por la junta de Andalucía y sistema de triaje español.

BIBLIOGRAFÍA

-Glosario de términos y estructura funcional de los Servicios de Urgencias y Emergencias .Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.22 de diciembre de 2014.

-Documento marco sobre ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN URGENTE a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía 2015

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

12-ECCE

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS CON SONDA NASOGÁSTRICA Y NUTRICIÓN ENTERAL

INTRODUCCIÓN

La alimentación con Nutrición Enteral (NE) mediante sonda nasogástrica (SNG) proporciona al paciente crítico los nutrientes necesarios durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivo (UCI), favoreciendo la estrategia terapéutica que puede atenuar la gravedad de la enfermedad. En la práctica clínica actual es el personal de enfermería el responsable de la colocación y cuidados de la SNG y de los cuidados derivados de la administración de NE.

OBJETIVO

Describir los cuidados de enfermería y las principales variables relacionados con la SNG y/o NE en los pacientes ingresados en la UCI Polivalente del Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI con SNG y/o NE durante el periodo de Agosto a Diciembre 2016. La recogida de datos la realiza 2 integrantes del equipo de enfermería, mediante una base de datos creada exclusivamente para este proyecto. Se incluyen variables demográficas, relacionadas con cuidados de enfermería de SNG (como calibre, motivo de retirada) y de la NE (como tipo, manejo débito) y complicaciones. Se realiza un análisis descriptivo de todas las variables mediante el programa estadístico SPSS v.18.

RESULTADOS

Se incluyeron 45 pacientes durante el periodo de estudio. El 66% de los pacientes eran hombres, la edad media fue de 64 años, el diagnóstico más frecuente fue Sepsis y como destino al alta el 64% fueron a planta de hospitalización. En relación con los cuidados de enfermería de la SNG no se registraron en un 71,1%. El calibre de elección al ingreso fue de 16 French en casi un 60%. El motivo más frecuente de retirada fue fin de tratamiento. Con respecto a la NE, la media de duración fue de 9 días, siendo la más utilizada la Standard. En un 75% se inicio a 20 ml/h, realizando un manejo del débito adecuado en la totalidad de los pacientes. En cuanto a las complicaciones la mayoría no fueron registradas correctamente.

CONCLUSIONES

Se objetiva la necesidad de crear registros específicos para recoger los cuidados de enfermería y las complicaciones derivadas del soporte nutricional y se debería unificar los criterios mediante la creación de un protocolo, para garantizar unos cuidados de calidad a los pacientes que reciben NE en la UCI.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

13-ECCE

IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVOS: ¿DÓNDE Y POR QUÉ?

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay gran variabilidad en el equipo implantador y en las características de los hospitales en los que se realizan implantes de marcapasos definitivos.

OBJETIVO

Analizar las intervenciones para implantación de marcapasos permanentes (MPP) y cambio de generador en un hospital de gestión privada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de las intervenciones realizadas en un Hospital de gestión privada durante un periodo mayor de 6 años (Mayo 2010-Enero 2017), analizando descriptivamente variables demográficas (edad, género), tipo de implante, tipo de electrodos, indicaciones, tipo de estimulación y complicaciones.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron en nuestra Unidad un total de 105 procedimientos, con una edad media de 75 (9,73 DS) años, siendo varones el 63,8%. Se realizaron un 91,4% de primoimplantes (96) y un 8,6% de cambio de generadores (9).

Los umbrales auriculares y ventriculares obtuvieron una media de 0,43 (0,12 DS) V y 0,54 (0,49 DS) V respectivamente y las impedancias auriculares y ventriculares obtuvieron una media de 559,67 (133,84 DS) y 792,72(313,56 DS) ohmios respectivamente, al implante.

La necesidad de colocación de un marcapasos transitorio previo a la colocación del implante definitivo fue del 15,2% (16). Los MP implantados estimulan una sola cámara en un 52,4% (55), correspondiendo a los dispositivos de estimulación cardiaca del ventrículo derecho, sobre todo en los primeros años de implantación en el Hospital. El desarrollo tecnológico del MP permitió la aparición de MP de doble cámara con múltiples ventajas, siendo en la actualidad los más utilizados.

Con respecto a las indicaciones, el BAV fue la indicación más frecuente (37,1%), seguida de la FA lenta 26,7% y de la enfermedad del nodo sinusal 17,2%. Con respecto a la elección del programa de estimulación, la estimulación monocameral ventricular fue la más elegida VVI-VVIR ambos en un porcentaje similar 22,9% + 22,9 % y VDD 6,7%, seguida de la estimulación bicameral DDDR 24,8% + DDD 16,2%, siendo la estimulación auricular con cambio de modo la utilizada en menor porcentaje, con un 2,9% AAI-DDD y un 3,8% AAIR-DDDR, de acuerdo con las necesidades médicas del paciente.

Las vías de abordaje utilizada fue el acceso venoso por vena subclavia izquierda en el 99% del total de los casos. Se emplearon cables de fijación pasiva en el 99% del total. La tasa de complicaciones fue del 6%, siendo la mayoría complicaciones menores, 3 casos de desplazamiento del cable, 2 casos hematomas que precisaron seguimiento, 1 caso de derrame pericárdico que preciso drenaje percutáneo, 1 caso de imposibilidad de colocación de electrodo auricular, 1 caso de exitus por hematoma intramural de VD. La mortalidad fue del 1% del total correspondiente en un único caso. No tuvimos ningún caso de infección.

CONCLUSIONES

La implantación de marcapasos y cambio de generador es segura en un Hospital de Gestión privada, realizada por intensivistas, mostrando resultados similares a los descritos por los registros nacionales.

En nuestro centro se utilizaban preferentemente electrodos de fijación pasiva con excelentes resultados.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

14-ECCE

MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

INTRODUCCIÓN

Difusión de información sobre la técnica de medición de la presión intraabdominal, su relación con el síndrome compartimental abdominal y su influencia en el aumento de la morbi-mortalidad en los pacientes críticos.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica del síndrome compartimental abdominal (SCA) monitorización de la presión intraabdominal.

RESULTADOS

La hipertensión intraabdominal (HIA) y el síndrome compartimental abdominal (SCA) son manifestaciones fisiopatológicas del incremento de la presión intraabdominal (PIA) y representan una de las causas de mortalidad y morbilidad en el paciente crítico.

Es necesario monitorizar la PIA para diagnosticar correctamente un estado de HIA o SCA.

En nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) utilizamos el dispositivo UnoMeter™ Abdo-Pressure™ para la monitorización de la PIA en paciente con riesgo de HIA. Se trata de un método de medición indirecto, intravesical e intermitente. Es un dispositivo práctico, simple, rápido y costo-efectivo. La medición es realizada por los profesionales de enfermería y reduce el riesgo de infección.

CONCLUSIONES

El método de medición de la PIA en nuestra unidad mediante el dispositivo UnoMeter™ Abdo-Pressure™ permite monitorizar, controlar e identificar situaciones de riesgo en nuestros pacientes, de forma que podemos llevar a cabo intervenciones precoces para evitar complicaciones y situación más graves.

La presteza en la medición, valoración e intervención de enfermería para identificar el SCA son definitivas para evitar complicaciones mayores en pacientes críticos.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

15-ECCE

GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay gran variabilidad en el equipo implantador y en las características de los hospitales en los que se realizan implantes de marcapasos definitivos.

OBJETIVO

Analizar las intervenciones para implantación de marcapasos permanentes (MPP) y cambio de generador en un hospital de gestión privada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de las intervenciones realizadas en un Hospital de gestión privada durante un periodo mayor de 6 años (Mayo 2010-Enero 2017), analizando descriptivamente variables demográficas (edad, género), tipo de implante, tipo de electrodos, indicaciones, tipo de estimulación y complicaciones.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron en nuestra Unidad un total de 105 procedimientos, con una edad media de 75 (9,73 DS) años, siendo varones el 63,8%. Se realizaron un 91,4% de primoimplantes (96) y un 8,6% de cambio de generadores (9).

Los umbrales auriculares y ventriculares obtuvieron una media de 0,43 (0,12 DS) V y 0,54 (0,49 DS) V respectivamente y las impedancias auriculares y ventriculares obtuvieron una media de 559,67 (133,84 DS) y 792,72(313,56 DS) ohmios respectivamente, al implante.

La necesidad de colocación de un marcapasos transitorio previo a la colocación del implante definitivo fue del 15,2% (16). Los MP implantados estimulan una sola cámara en un 52,4% (55), correspondiendo a los dispositivos de estimulación cardiaca del ventrículo derecho, sobre todo en los primeros años de implantación en el Hospital. El desarrollo tecnológico del MP permitió la aparición de MP de doble cámara con múltiples ventajas, siendo en la actualidad los más utilizados.

Con respecto a las indicaciones, el BAV fue la indicación más frecuente (37,1%), seguida de la FA lenta 26,7% y de la enfermedad del nodo sinusal 17,2%. Con respecto a la elección del programa de estimulación, la estimulación monocameral ventricular fue la más elegida VVI-VVIR ambos en un porcentaje similar 22,9% + 22,9 % y VDD 6,7%, seguida de la estimulación bicameral DDDR 24,8% + DDD 16,2%, siendo la estimulación auricular con cambio de modo la utilizada en menor porcentaje, con un 2,9% AAI-DDD y un 3,8% AAIR-DDDR, de acuerdo con las necesidades médicas del paciente.

Las vías de abordaje utilizada fue el acceso venoso por vena subclavia izquierda en el 99% del total de los casos. Se emplearon cables de fijación pasiva en el 99% del total. La tasa de complicaciones fue del 6%, siendo la mayoría complicaciones menores, 3 casos de desplazamiento del cable, 2 casos hematomas que precisaron seguimiento, 1 caso de derrame pericárdico que preciso drenaje percutáneo, 1 caso de imposibilidad de colocación de electrodo auricular, 1 caso de exitus por hematoma intramural de VD. La mortalidad fue del 1% del total correspondiente en un único caso. No tuvimos ningún caso de infección.

CONCLUSIONES

La implantación de marcapasos y cambio de generador es segura en un Hospital de Gestión privada, realizada por intensivistas, mostrando resultados similares a los descritos por los registros nacionales.

En nuestro centro se utilizaban preferentemente electrodos de fijación pasiva con excelentes resultados.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

16-ECCE

FLEXIBILIZACIÓN DEL HORARIO DE VISITAS : OPINIÓN DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

INTRODUCCIÓN

Últimamente, en las UCIs, se aprecia un cambio en la política del horario de visitas de familiares a los pacientes ingresados y una tendencia a las denominadas "Puertas Abiertas".

En nuestra unidad el régimen de visitas es muy restrictivo en horario, duración y número de acompañantes.

Para llevar a cabo este proyecto de mejora es necesario conocer la opinión de los profesionales, para determinar el punto de partida y detectar posibles limitaciones estructurales del servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de 48 profesionales sanitarios durante el mes de febrero del 2017. Son criterios de exclusión llevar menos de 3 meses trabajando en la unidad y los integrantes de este estudio. Se realiza de manera anónima y voluntaria.

El cuestionario fue elaborado para un trabajo fin de máster en Investigación en Ciencias Socio-sanitarias de la Universidad de León, y fue validado por la comisión de formación e investigación de nuestro hospital.

La encuesta consta de 17 ítems, 15 con respuesta múltiple y 2 dicotómica. Además se añade un cuestionario socio demográfico y una pregunta abierta para diversas sugerencias.

RESULTADOS

Un 56,25 % de los profesionales estarían dispuestos a introducir un régimen de visitas más permisivo en la unidad y, aunque un 70,8 % refiere que ocasionalmente la presencia de la familia provoca inestabilidad en el paciente, un 47,9 % opina que mejoraría su estado de ánimo.

Un 67,7 % cree que se debería flexibilizar la política de visitas en casos especiales.

Destaca que al 47,9 % de los profesionales le resultaría interesante recibir formación para incrementar sus habilidades en el trato con la familia.

CONCLUSIONES

El porcentaje de profesionales que está a favor de la flexibilización de los horarios de visita es discretamente superior a los profesionales que no están de acuerdo.

Proponemos actividades formativas que aumenten la motivación de los profesionales y mejoren su capacidad de comunicación con los pacientes y sus familias, con el fin de favorecer la recuperación del paciente lo antes posible.

BIBLIOGRAFÍA

-Sánchez Vallejo, A; Análisis de las necesidades de la familia del enfermo crítico y la opinión de los profesionales de UCI. Trabajo fin de Máster Universitario de Investigación en Ciencias Socio Sanitarias. Curso académico 2014-2015.

-L. Marco,I. Bermejillo,N. Garayalde,I. Sarrate,M.A. Margall,M.C. Asiain. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enferm Intensiva*, 11 (2000), pp. 107-117

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

17-ECCE

PLAN DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN UCI

INTRODUCCIÓN

La atención al enfermo crítico ha estado muy presente en la enfermería desde el inicio de la profesión, pero por las características inherentes a este tipo de pacientes, se requiere una enfermería altamente cualificada y especializada, capaz de prestar cuidados especializados y manejo de material altamente tecnológico a enfermos en una situación crítica de salud, anticipándose en la detección de problemas, agilizando la toma de decisiones y participando en la realización de procedimientos propios de estas unidades. Todas estas características no hacen sino incrementar esa sensación brumadora para el nuevo profesional que se incorpora a la unidad, para ello hemos creado una Guía de Acogida para Profesionales de Enfermería de Nueva Incorporación, este documento tiene por objeto facilitar tu incorporación laboral en este servicio de manera rápida y amable, evitando el stress que supone el desconocimiento de las normas básicas, funcionamiento, tareas, tiempos de trabajo, etc de nuestro lugar de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica de otros Planes o Guías de Acogida del resto de Hospitales y Gerencias de Atención Integrada del Servicio Castellano-Manchego de Salud (SESCAM) publicadas en sus webs corporativas; así como revisión de otras Guías de UCIs de hospitales referentes del resto del país. Se realizó un búsqueda bibliográfica intencionada, retrospectiva en internet; realizando una comparación entre las mismas para actualizar y desarrollar la Guía de Acogida de la UCI del Hospital General Universitario de Guadalajara, adaptando la misma a la idiosincrasia y características de nuestra unidad.

RESULTADOS

La Guía de Acogida tiene una doble misión: por un lado proveer al nuevo trabajador del conocimiento de la unidad y realidad asistencial a la cual tiene que dar respuesta pero, a su vez, otorgar la institución de un sistema de evaluación de dicho trabajador; para evaluar sus fortalezas y sus debilidades competenciales. La función de gestión y administración no solo rige los recursos materiales, sino también incluye la gestión del talento humano; se necesita establecer mecanismos de evaluación del desempeño.

CONCLUSIONES

Se debe gestionar y enseñar para cuidar, para prestar unos cuidados de calidad, altamente tecnológicos y humanos a nuestro paciente crítico

BIBLIOGRAFÍA:

<http://www.gapllano.es/atespecial/planes/PLAN%20ACOGIDA%20UCI%20PUERTOLLANO.pdf>

<http://www.chospab.es/enfermeria/pipe/unidadintensivos.htm>

<http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/manual-acogida-siau.pdf>

[http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20UCI%201%20y%202\(1\).pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20UCI%201%20y%202(1).pdf)

https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/publicaciones_enfermeria/guia_acogida.pdf

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

18-ECCE

GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO EN UCI

INTRODUCCIÓN

El ingreso en UCI es un momento clave en la atención al paciente crítico. Requiere actuaciones rápidas que resultarán decisivas para la posterior evolución del paciente; por lo que es necesario priorizar, actuando siempre de forma coordinada y utilizando de la forma más eficaz los recursos materiales y personales de los que disponemos.

El ingreso supone un gran impacto emocional para paciente y familia (percepción del riesgo vital, pérdida de intimidad, intervención rápida e invasiva...)

En la UCI del Hospital Universitario de Guadalajara ingresaron durante 2016 un total de 517 pacientes, de ellos 364 eran hombres y 153 mujeres.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de los pacientes ingresados en nuestra UCI durante el último año.

Revisión bibliográfica.

Revisión de protocolos y guías de actuación de otros hospitales.

Análisis en grupo de trabajo en base a nuestra experiencia profesional.

Elaboración de una guía de actuación al ingreso

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Resulta necesario el seguimiento de una guía sencilla de actuación al ingreso por parte de todo el personal de la unidad, siendo esta una herramienta útil para el personal de nueva incorporación.

Evita improvisaciones y posibles eventos adversos y favorece la seguridad del paciente.

Reduce el estrés del personal a la hora de afrontar un ingreso.

Favorece la humanización de los cuidados mejorando la atención tanto al paciente como a la familia desde el primer momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guía práctica clínica de cuidados críticos de enfermería, Hospital Txagorritxu, SEEIUC 2004
- Protocolo d ingreso y alta del paciente en UCI. Complejo hospitalario Universitario de Albacete
- R. Zarate- Grajales, S. Olvera-Arreola, A. Hernández-Cantoral, S. Hernández-Corral, S. Sánchez-Ángeles, R. Valdez Labastida, M.T. Pérez-López, M.A. Zapién-Vázquez. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos, proyecto multicéntrico.
- Ministerio de Sanidad Política e igualdad, incidentes y eventos adversos en medicina intensiva, seguridad y riesgo en el enfermo crítico Syrec 2007. Informe. Mayo 2009.
- OMS, Alianza mundial para la seguridad del paciente, La investigación en seguridad del paciente, 2008
- I. Hernández García, R. González Celador, M. C. Sáenz González. Características de los eventos adversos detectados en una unidad de cuidados intensivos en adultos. Revista de calidad asistencial, ISS1134-282x, vol. 23, Nº 4, 2008, págs. 150-157

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

19-ECCE

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) EN EL PACIENTE CRÍTICO

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda (TVP) es la formación de un coágulo sanguíneo (trombo) en una vena profunda, más comúnmente en los miembros inferiores. La mayor complicación de una TVP es que podría desalojar el coágulo y viajar a los pulmones, causando una embolia pulmonar.

La asociación de múltiples factores de riesgo (enfermedades crónicas previas, gravedad de la patología que motiva el ingreso, uso de la ventilación mecánica, inmovilidad, procedimientos invasivos, etc.), hacen del paciente crítico una población con elevado riesgo para su desarrollo, de ahí la necesidad de establecer estrategias en las unidades de cuidados intensivos (UCI) para su prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica

RESULTADOS

Realización de un plan de cuidados en el paciente crítico para la prevención de la TVP, mediante la utilización de un sistema de compresión neumática intermitente (CNI), además de realizar una revisión de los factores de riesgo asociados, así como de los diferentes sistemas utilizados para prevención de la TVP

CONCLUSIONES

La TVP es un grave problema y su prevención constituye un importante objetivo para enfermería en las UCIs.

La enfermera debe conocer los factores de riesgo de la TVP y las medidas para disminuirlos, estando éstas incluidas en un plan de cuidados.

Unos cuidados de calidad, brindan la seguridad que los pacientes merecen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama ChM, Lassen MR, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chests Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8thed).Chest. 2008; 133:S381-453
- Rocha AT, Pavia EF, Linchtenstein A, Milani Jr R, Cavalheiro-Filho C, Maffel FH. Risk-assessment algorithm and recommendations for venous thromboembolism prophylaxis in medical patients. Vascular Health and Risk Management. 2007; 3:533-53
- Cook D, Crowther M, Meade M, Rabbat Ch, Griffith L, Schiff D, et al. Deep venous thrombosis in medical-surgical critically ill patients: prevalence, incidence, and risk factors. Crit Care Med. 2005; 33: 1565-71

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

20-ECCE

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

INTRODUCCIÓN

La cardioversión eléctrica es una técnica muy habitual en UCI, en ocasiones de manera urgente, por lo que hemos observado la necesidad de establecer un plan de cuidados que unifique criterios para cuidar a la persona de forma integral y con unos estándares de calidad.

Estableciendo un plan de cuidados estandarizado facilitamos esa unificación, con una herramienta propia de enfermería y un lenguaje común, minimizando errores y facilitando la vigilancia y los cuidados del paciente a todo el personal de enfermería incluido el de nueva incorporación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de la literatura científica, usando bases de datos como CUIDEN y RECOLECTA.

Revisión de protocolos y guías de otros hospitales.

RESULTADOS

Se ha elaborado un plan de cuidados con diagnósticos de enfermería NANDA-NIC-NOC y problemas en colaboración, susceptibles de presentarse en un paciente sometido al procedimiento de cardioversión eléctrica.

Se ha conseguido una unificación en los criterios de actuación por parte de Enfermería, optimizando tanto medios materiales, como personales.

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo pone de manifiesto la necesidad de trabajar mediante planes de cuidados estandarizados, los cuales nos llevan a trabajar unificando criterios, con un lenguaje propio enfermero, de esta manera conseguimos prestar cuidados de calidad a los pacientes que han sido sometidos al procedimiento de cardioversión eléctrica.

BIBLIOGRAFÍA

-Los Diagnósticos Enfermeros 9ª Ed. M.T Luis Rodrigo. Editorial ELSEVIER.

-Piñeiro. M, Iglesias. C (2013), Protocolo cardioversión eléctrica. Hospital Meixoeiro, Vigo

-Saioa Izura. A (2015). Guía de actuación de enfermería en la cardioversión eléctrica en pacientes con fibrilación auricular. Universidad de Navarra

-Alcahúd Cortés.C. et al. (2012). Protocolo para cardioversión eléctrica. Complejo Hospitalario de Albacete.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

21-ECCE

PLASMAFÉRESIS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA UCI COMARCAL

INTRODUCCIÓN

Entre las técnicas de reemplazo renal Continuo realizadas en la UCI del Hospital Santa Bárbara de Puertollano, se encuentran las Plasmaféresis, que en nuestro caso se realizan con monitor Aquarius y se pueden hacer con Plasma Fresco o Albúmina.

La plasmaféresis es un procedimiento extracorpóreo, en el cual a partir de la sangre extraída del paciente se procede a separarla en sus componentes plasma y elementos celulares. Constituye una variedad de aféresis, y su objetivo principal es remover elementos específicos del plasma, los cuales se consideran que son mediadores de procesos patológicos. La plasmaféresis por filtración con plasmafiltros adaptados a máquinas de hemodiálisis es un alternativa terapéutica que se utiliza con cierta frecuencia en el tratamiento de enfermedades autoinmunes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica en numerosas bases de datos.

Protocolos del hospital de referencia.

OBJETIVOS

Describir en qué consiste la terapia de Plasmaféresis en enfermedades autoinmunes que se lleva a cabo en nuestro hospital comarcal.

Transmitir nuestra experiencia en la realización de ésta técnica.

RESULTADOS

A través de una serie de artículos publicados en diferentes bases de datos y de la revisión de diversos protocolos hospitalarios, definimos en lo que consiste la realización de la técnica de Plasmaféresis y las ventajas que supone la aplicación de éstas terapias en pacientes con patologías autoinmunes.

CONCLUSIONES

La realización de plasmaféresis en pacientes con enfermedades autoinmunes es una técnica que entraña muchos beneficios al paciente, y tiene relativamente pocos riesgos, pero debe ser empleada por personal suficientemente entrenado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[-www.scielo.org.com](http://www.scielo.org.com)

-Protocolo de Plasmaféresis con Hemofiltro Aquarius del Hospital Santa Bárbara de Puertollano

-Journal of Clinical Apheresis.Special Issue (Volume 25, 2010)

-Clinical Applications of Therapeutic Apheresis: An Evidence Based Approach. 5th Edition.

[-www.apheresis.org](http://www.apheresis.org)

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

22-ECCE

ETIQUETADO Y MANTENIMIENTO DE PERFUSIONES IV. BUENAS PRACTICAS ENFERMERAS SEGÚN EVIDENCIA CIENTÍFICA

INTRODUCCIÓN

Los errores relacionados con la medicación constituyen un grave problema sanitario, con importantes repercusiones asistenciales y económicas. Por ello promovemos el desarrollo e implantación de prácticas efectivas dirigidas a reducir los errores de medicación y mejorar la seguridad del paciente

La falta de etiquetado de las preparaciones destinadas a la administración de los medicamentos intravenosos es una de las causas principales de error; por este motivo una de las prácticas de seguridad recomendada es que todos los envases estén etiquetados con etiquetas completas y legibles que identifiquen los medicamentos que contienen así como el paciente destinatario.

Nuestros objetivos son promover la utilización de prácticas seguras para la identificación de los medicamentos; estandarizar el etiquetado de envases de medicamentos inyectables ; reducir los errores de administración de medicamentos inyectables y mejorar la seguridad del paciente

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y protocolos de identificación y etiquetado de medicamentos de diferentes hospitales

Hemos elaborado un código de colores, identificando el grupo terapéutico del medicamento y la información mínima que deben contener dichas etiquetas y su colocación

RESULTADOS

-Obtenemos un sistema de etiquetado diferenciado por colores ,donde cada grupo terapéutico del medicamento tiene asignado un color

-Identificamos en dichas pegatinas el nombre completo del paciente, nº de historia, nombre genérico del medicamento, cantidad total y volumen total del fluido, vía de administración, fecha y hora de preparación

-Elaboramos unas tablas de compatibilidad e interacciones medicamentosas, visibles por todos los profesionales, así como de su estabilidad

CONCLUSIONES

-Los errores asociados a la administración de medicación muchas veces se hayan asociados a una inadecuada identificación del paciente y fármaco

-Con el procedimiento de etiquetado potenciamos la seguridad del paciente, asegurando su adecuada identificación y asepsia evitando el rotulado sobre los envases de pvc

-Mejor visualización de los medicamentos en perfusión continúa mediante el sistema de identificación de colores

BIBLIOGRAFÍA

-Agencia de calidad del SNS. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización

-Arroyo Rodriguez A. Seguridad del rotulado sobre envases plásticos de sueros o medicación para su perfusión endovenosa

-Recomendaciones para etiquetado en anestesia. SENSAR e ISMP-España. Enero 2011

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

23-ECCE

CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS ENFERMERAS EN LA PROTECCIÓN MEDULAR TRAS LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE LA AORTA TORÁCICA EN LOS PACIENTES DE LA UCI DE GUADALAJARA

INTRODUCCIÓN

La reparación endovascular de la arteria aorta torácica es una técnica quirúrgica menos invasiva frente a la cirugía abierta. Está asociado a una disminución de la morbimortalidad perioperatoria y a una menor estancia hospitalaria, al evitar una toracotomía. Entre las posibles complicaciones postquirúrgicas está la isquemia postoperatoria medular.

La colocación de un drenaje lumbar probablemente sea la maniobra más útil para disminuir las complicaciones neurológicas al facilitar el diagnóstico precoz de la hipertensión intramedular y mejorarla eventualmente al permitir el drenaje de líquido cefalorraquídeo lumbar.

En la UCI de Guadalajara se ha venido utilizando un drenaje lumbar con control manual e irregular. Actualmente existe un sistema de drenaje lumbar automático (Liquoguard) que combina la monitorización de la presión intramedular con el drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) si el paciente lo precisa.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo es el conocer e identificar los cuidados específicos de los pacientes con drenaje lumbar basada en evidencias científicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión exhaustiva bibliográfica en bases de datos científicas: Medline, Cuiden y Pubmed en el que se han identificado los cuidados específicos de los pacientes con drenaje lumbar.

RESULTADOS

1-Los cuidados se clasifican en: vigilancia neurológica exhaustiva. Cuidados del catéter manteniendo una asepsia previa a su manipulación. Optimización hemodinámica. Vigilar volumen, aspecto y color del líquido LCR . Vigilar la aparición de posibles complicaciones. Vigilar la permeabilidad del sistema Liquoguard y su correcto funcionamiento. 2-Propuesta de implantación de los cuidados en nuestra unidad

CONCLUSIONES

Hay evidencias suficientes que apoyan el uso del drenaje lumbar de LCR para el control de la presión intramedular, siendo de gran importancia el conocimiento de los cuidados que conlleva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Linsler S. y otros(2013) El drenaje automático de la presión intracraneal controlado-LCR externo con Liquoguard.
- P.Carmona y otros (2011) Protección medular en la cirugía abierta y endovascular de las enfermedades de la aorta torácica y toracoabdominal
- Drosos Kotelis MD. Early Experience with automatic pressure-Controlled Cerebrospinal Fluid Drainage During Thoracic Endovascular Aortic Repair (2015) Journal of Endovascular Therapy.
- Lamarca Mendoza M.P. y otros (2015) Paraplejia asociada a la cirugía aórtica. AnestesiaR

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

24-ECCE

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE *TAKO-TSUBO*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de *Tako-Tsubo* es una miocardiopatía caracterizada por una disfunción transitoria del ventrículo izquierdo. Afecta, mayoritariamente a mujeres postmenopáusicas, relacionado con una situación de estrés.

Es una entidad clínicamente indistinguible de un infarto y, aunque suele tener buen pronóstico, no está exenta de complicaciones.

Su presentación más frecuente es el dolor torácico agudo de características anginosas, con o sin dificultad respiratoria, cambios electrocardiográficos, ligera elevación de enzimas cardíacas, coronariografía normal y disminución de la fracción de eyección con contractilidad normal.

Disponer de un equipo de enfermería que conozca el proceso fisiopatológico de la enfermedad y sus complicaciones, entrenado en procedimientos y cuidados a este tipo de pacientes es fundamental para garantizar una óptima calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó:

- Revisión bibliográfica en relación al Síndrome de *Tako-Tsubo*.
- Consulta de artículos y revistas de la Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Enfermería en Cardiología *on-line*.
- Utilización de la taxonomía NANDA, NOC y NIC para la realización de tablas de objetivos, intervenciones y actividades de enfermería.
- Plan de cuidados según patrones funcionales de *M. Gordon*. y enfermería basada en la evidencia.

RESULTADOS

Se elabora un plan de cuidados de enfermería en el síndrome de *Tako-Tsubo*, para proporcionar unos cuidados de calidad a este tipo de pacientes.

CONCLUSIÓN

Debido al aumento de la incidencia de esta patología, la elaboración de un plan de cuidados de enfermería permite proporcionar unos cuidados de calidad, así como prevenir posibles complicaciones e identificar mejor las necesidades reales.

Es una herramienta útil que contribuye a actualizar conocimientos, unificar criterios y facilitar el trabajo a todos los profesionales, tanto de plantilla, como al de nueva incorporación.

BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA

- NANDA Internacional 2009-2011. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Editorial Elsevier 2010.
- Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al., editores. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007
- Gordon, M. "Nursing Nomenclature and Classification System Development " Online Journal of Issues in Nursing. Available op.cit. nota 2 Gordon M "Manual de Diagnósticos Enfermeros " Ed. Elsevier. Madrid 2003
- García E, Restrepo G, Cubides C, et al. Miocardiopatía por estrés (miocardiopatía tipo Tako-tsubo): presentación de un caso clínico y revisión de literatura. Rev Colomb Cardiol. 2006;13:31-38
- Núñez-Gil IJ, Molina M, Bernando E, Ibañez B, Ruiz-Mateos B, García-Rubira JC, et al. Síndrome de tako-tsubo e insuficiencia cardíaca; seguimiento a largo plazo. Rev Esp Cardiol. 2012;65:996-1002

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

25-ECCE

CUIDADOS Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST-IMPLANTADOS DE MARCAPASOS TRANSITORIOS ENDOCAVITARIOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (HUGU)

INTRODUCCIÓN

Los cuidados del paciente con marcapasos transitorio, en numerosas ocasiones, puede ser un tema desconocido para ciertos profesionales, quienes pueden llegar a dudar en el correcto funcionamiento de dicho sistema de su manejo y cuidados, por falta de información y formación previa. Por ese motivo queremos evitar que no proporcionemos unos cuidados adecuados y que se pueda ver comprometida la seguridad del paciente.

Por ello, desde la unidad de críticos del HUGU consideramos que es preciso conocer las posibles variaciones del electrocardiograma, los cuidados de enfermería que precisa un paciente de estas características y la detección precoz de las complicaciones que se puedan derivar de este proceso. Para ello, es fundamental la unificación de criterios a la hora de dichos cuidados, lo cual, puede ayudar a aumentar la calidad asistencial, evitar/reducir infecciones y reconocer otras complicaciones de los cuidados acorde con las necesidades de los pacientes con marcapasos transitorios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica, NANDA: Diagnósticos enfermeros, NOC: Clasificación de resultados de enfermería. También hemos tenido en cuenta la propia práctica enfermera y la unificación de criterios con enfermeras de la unidad.

RESULTADOS

De acuerdo a las necesidades destacadas, hemos considerado el conocimiento y manejo de las distintas partes o componente de un marcapasos, sus indicaciones, las complicaciones durante el tiempo de permanencia junto con el funcionamiento inadecuado, la correcta realización del electrocardiograma endocavitario, la prevención de infección y los cuidados necesarios de enfermería respecto a cada uno de ítems anteriores y que el propio paciente precisa para el correcto desarrollo de dicha intervención.

CONCLUSIONES

Ofrecer una buena atención y cuidados, es responsabilidad de la enfermera, por ello es importante unificar nuestros conocimientos, además de proporcionar conocimientos actuales a los profesionales que trabajan en dicho servicio, así como elaborar un documento de enseñanza para las personas que se incorporen a la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Enfermería en estimulación cardíaca y dispositivos implantables. Barcelona: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2010.
- El proceso de enfermería en la implantación de un marcapasos provisional transvenoso. *Enferm Cardiol.* 2005;35:33-39.
- NANDA: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009- 2011. Barcelona: 8ª ed. Elsevier; 2009.
- Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: 5ª ed. Elsevier; 2009.
- Guía de práctica clínica cuidados críticos de enfermería. Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Txagorritxu; 2004.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

26-ECCE

CUIDADO OCULAR EN EL ENFERMO CRÍTICO

INTRODUCCIÓN

El cuidado ocular forma parte del plan de cuidados planteado para un enfermo crítico ya que sus mecanismos de protección están dañados o comprometidos. Los pacientes inconscientes, sedados o inmovilizados presentan más riesgo de desarrollar complicaciones, dependiendo del correcto cuidado de los ojos para mantener la integridad de la superficie ocular.

Con un correcto cuidado se puede prevenir la lesión del epitelio corneal, así como sus complicaciones asociadas; cobrando especial importancia en donantes, ya que el cuidado ocular ineficiente puede ocasionar la pérdida del órgano donante (córnea).

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica para determinar método más adecuado para administrar los cuidados oculares a los enfermos críticos bajo los efectos de la sedación ingresados en nuestra unidad.

RESULTADOS

Elaboración de un protocolo, así como del algoritmo de actuación, que se aplicará a los enfermos sedados, a aquellos que no pueden mantener los ojos cerrados por sí mismos y a los potenciales donantes de órganos.

CONCLUSIONES

- El cuidado de los ojos es un procedimiento de enfermería básico y esencial para prevenir complicaciones, siendo una intervención necesaria para el cuidado de los pacientes conectados a ventilación mecánica.
- La atención y evaluación del cuidado de los ojos debe realizarse con regularidad.
- Un correcto cuidado ocular, minimiza complicaciones, aumentando por tanto la seguridad en el trato dispensado al enfermo crítico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zhou Y1, Liu J, Cui Y, Zhu H, Lu Z. "Moisture chamber versus lubrication for corneal protection in critically ill patients: a meta-analysis" *Cornea*. 2014 Nov; 33(11):1179-85.
- Kuruvilla S et al. Incidence and risk factor evaluation of exposure keratopathy in critically ill patients: a cohort study. *J Crit Care*. 2015 Apr; 30(2):400-4.
- Joyce N. Eye care for the intensive care patient: a systematic review. In: *The JBI Library of Systematic Reviews*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 2002:No. 21.

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

27-ECCE

PLAN DE ATENCIÓN ENFERMERÍA A FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UCIP

INTRODUCCIÓN

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP) es una experiencia altamente estresante y potencialmente traumática tanto en el paciente como en la familia, debido a que los pacientes se enfrentan a situaciones que comprometen la vida y se confrontan con la muerte. Esta situación provoca alteraciones en su vida y, a corto o medio plazo, riesgo de alteraciones en sus necesidades. Un cuidado integral conlleva necesariamente la implicación de la familia pero para ello debemos valorar y cuidar las alteraciones que puedan presentar éstas, durante el ingreso de su familiar con un enfoque bio-psico-social.

OBJETIVOS

- Identificar los problemas que presenta la familia durante el ingreso de un paciente crítico en una UCIP.
- Establecer unas recomendaciones de cuidados enfermeros acordes con las necesidades detectadas

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una revisión bibliográfica estructurada, exhaustiva, retrospectiva y controlada el cual intenta recopilar la información más relevante y de mayor evidencia, publicada hasta la actualidad, entre 2000-2015, con criterios de inclusión-exclusión y límites. Se ha seguido como marco teórico la Teoría de V. Henderson y la filosofía y aplicación del Plan Dignifica de Casilla-La Mancha y proyecto HU-CI.

RESULTADOS

- Se han identificado las experiencias, percepciones y emociones de los familiares
- Se ha propuesto estrategias para aumentar la humanización del cuidado y fomento de la participación de los familiares en los cuidados
- Se ha realizado un PAE estandarizado para dar respuesta a las respuestas humanas alteradas identificadas
- Se han propuesto medidas de mejora de la relación enfermera-paciente-familia

CONCLUSIONES

es necesario llevar a cabo cuidados enfermeros desde un enfoque holístico e integral, considerando la familia del paciente como parte fundamental para planificar cuidados sistemáticos y humanistas. Para ello debemos tener una implicación profesional y formación adecuada para dar una atención enfermera de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal Ruiz D, Horta Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. Enfermería Universitaria [Internet]. Agos 2014 [citado 5 Febr 2016]; 11(4):154-163. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=90432529&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=400&ty=34&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=400v11n04a90432529pdf001.pdf
- Cañadas Núñez F, Ferre Pérez MA, Fernández García GA, Plaza del Pino FJ, Jiménez García JF, Subirá Imbernón A. La Humanización del cuidado. Un imperativo de cuidados intensivos. Rev Tesela [Internet]. 2007 [citado 10 Mayo 2016]; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6503r.php>
- Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. An Sist Sanit Navar [Internet]. Sep-Dic 2011 [citado 17 Abr 2016]; 34(3):349-361. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000300002&script=sci_arttext

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

28-ECCE

MONITORIZACIÓN DE LA SEDACIÓN DEL ENFERMO CRÍTICO; BIS; ÍNDICE BIESPECTRAL

INTRODUCCIÓN

La adecuada sedación y analgesia son un componente esencial en el manejo de pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y de reanimación.

Las necesidades de sedación no son homogéneas para todos los pacientes ni siquiera para el mismo paciente durante su estancia en UCI por lo tanto es necesario individualizar el tratamiento en función de las circunstancias que condicionan su estado o patología.

OBJETIVO

Monitorizar y evaluar el nivel de sedación en el enfermo crítico para evitar complicaciones por sedación pobre o excesiva.

METODOLOGIA

Búsqueda bibliográfica con consulta de manuales y experiencia personal

RESULTADOS

Podemos evaluar el nivel de sedación con la aplicación de la escala de Ramsay u otras similares; la aparición del BIS proporciona un método objetivo de monitorización de la profundidad de la sedación con correlación clínica al compararse con las escalas clásicas.

El Índice Biespectral (BIS) es un método no invasivo. Indica un número que estima el grado de actividad eléctrica cerebral mediante el análisis de las frecuencias de las ondas del EEG.

El BIS se refleja con una cifra de 0 a 100, desde la ausencia total de actividad EEG (cero), hasta una actividad EEG normal, paciente despierto, (cien). Está complementado por la visualización en el monitor de la onda del EEG de la zona frontal. Se describen los distintos rangos de valores del BIS

Otros parámetros que aparecen en el monitor con el valor del BIS

ICS.: Es el indicador de calidad de la señal, valor óptimo 100.

EMG.

PT.: Potencia total

TS.: La Tasa de Supresión

FBE.: La Frecuencia del Borde Espectral

CONCLUSIONES

El BIS es un registro electroencefalográfico que proporciona una medida directa de los niveles de sedación de los pacientes.

Su conocimiento por parte de enfermería ayuda a un mejor control del paciente crítico.

BIBLIOGRAFIA

-Kollef M, Levy NT, Ahrens TS, Schaiff R, Prentice D Sherman G: The use of continuous IV sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation. Chest 1998; 114: 541-8.

-Monitorización de la sedación. C Chamorro JL Martínez-Melgar R Barrientos Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC . Med Intensiva 2008; 32: 45 – 52

-Datos de archivos de Aspect Medical Systems

ENFERMERÍA

CARTELES CIENTÍFICOS PRESENTADOS A EXPOSICIÓN

29-ECCE

SÍNDROME DEL QT LARGO IMPORTANCIA DE LA CORRECTA MONITORIZACIÓN EN EL ENFERMO CRÍTICO

INTRODUCCIÓN

El síndrome de QT largo (SQTL) es una anomalía eléctrica del corazón que muestra en el ECG un intervalo QT prolongado con morfología anormal del segmento ST-T, que puede favorecer la aparición de torsade de pointes (taquicardia polimórfica ventricular), síncope, fibrilación ventricular y muerte súbita.

OBJETIVO

Elaborar unas tablas de referencia con los factores favorecedores del SQTL, así como los pasos para una medición correcta del intervalo QT que ayuden a la enfermería para su lectura.

METODOLOGIA

Búsqueda bibliográfica sistemática en base de datos PUBMED, COCHRANE, CUIDEN del SQTL.

RESULTADOS

El riesgo de torsade de pointes por SQTL aumenta ante hechos como la predisposición genética, sexo femenino y factores adquiridos, se elabora tabla.

El intervalo QT se mide desde el inicio del complejo QRS hasta el final de la onda T, haciendo la media en 3-5 latidos, aceptándose QT normal ≤ 440 milisegundos.

La medición del intervalo QT debe ajustarse a la frecuencia cardiaca, llamandose intervalo QT corregido (QTc). La fórmula más conocida es la de Bazett: $Qtc = QT/VRR$

En fibrilación auricular la medida del QT es cambiante, haciendo la media de 10 latidos consecutivos.

CONCLUSIONES

Enfermería debe vigilar/monitorizar correctamente al paciente critico por posibilidad del SQTL.

Es importante que enfermería esté actualizada en esta problemática aplicando medidas para evitar/reducir la incidencia de esta proarritmia.

BIBLIOGRAFIA

-Schwartz PJ, Locati EH, Napolitano C, Priori SG. The long QT syndrome. En: Zipes DP, Jalife J, editores. Cardiac electrophysiology. From cell to bedside (2.ª ed.). Filadelfia: WB Saunders Co., 1995; 778-811.

-Muñoz Castellano J. Síndrome de QT largo y torsade de pointes. Emergencias 2004;16:85-92

-Christian Höcht, Javier A. W. Opezzo, Carlos A. Taira. Intervalo QT prolongado inducido por fármacos desde el punto de vista de un farmacólogo REV ARGENT CARDIOL 2004;72:474-480.



Sociedad de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias de Castilla La Mancha