

NICARDIPINO INTRAVENOSO COMO PROFILAXIS DE VASOESPASMO EN CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO

M. Robles, M. Cerezo, B. Cidoncha, V. Jerez, D. Pérez, J.A. Figueroa y J.A. Julia

S. Medicina Intensiva. H. Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Introducción: El nicardipino intravenoso (N.I.) produce relajación del músculo liso coronario con efecto inotrópico negativo y disminución de las resistencias vasculares sistémicas.

Objetivo: Estudiar en pacientes intervenidos de cirugía coronaria la hemodinámica y la protección del bypass con N.I en el primer día de postoperatorio frente a un grupo control.

Método: Estudio prospectivo y aleatorio. Pacientes intervenidos de cirugía de bypass coronario ingresados en nuestra Unidad en un año. Grupo A: Tras la extracorpórea se inicia una perfusión de N.I. a dosis de 3 mg/h en el primer día postoperatorio. Grupo B: grupo control con nitroglicerina i.v. Medimos las siguientes variables para comparar ambos grupos: edad, sexo, tiempo (t°) bypass, t° isquemia. Estudiamos variables resultado: Pico cpk, pico mb, troponina I 24 h, troponina I 48 h, Índice cardíaco (IC) y resistencias sistémicas (RAS) durante 24 h, bajo gasto (BG) (necesidad un inotropo a dosis terapéuticas para IC > 2), shock cardiogénico (SC) (IC ≤ 2 y PCP > 16 e inotropo dosis terapéuticas), vasoespasmo y probable IAM perioperatorio (mb > 5 veces la normalidad). El estudio estadístico se realizó con t Student para variables cuantitativas y Chi² para cualitativas.

Resultado: 103 pacientes (Grupo A: 45, Grupo B: 58). No hubo diferencias entre grupos: edad en años (65 ± 3 frente 64 ± 9), sexo (6 mujeres frente 7), t° bypass min. (91 ± 30 frente 86 ± 26), t° isquemia (62 ± 23 frente 64 ± 23). Considerando p < 0,05 como significativa no hubo diferencias: Pico cpk (1208 ± 1200 frente 1003 ± 766, p = 0,3), Pico mb (88 ± 118 frente 73 ± 63, p = 0,4), troponina I 24 h (14 ± 23 frente 11 ± 15, p = 0,4), troponina I 48 h (10 ± 17 frente 10 ± 15, p = 0,9), IC y RAS durante 24 h, BG (8 frente 19, p = 0,09), SC (7 frente 4, p = 0,15), vasoespasmo (ningún caso en grupos) e IAM peri (5 frente a 6, p = 0,9)

Conclusiones: 1) La administración de nicardipino iv. es segura y no origina vasoplejia postoperatoria. 2) No apreciamos mejoría en la protección coronaria frente a la nitroglicerina iv como profilaxis habitual.

241

243

FILTROS BACTERIANOS: ¿UN COSTE INNECESARIO?

L. Lorente Ramos*, M.J. Lecuona Fernández**, R. Galván García*, J. Málaga Gil* y M.L. Mora Quintero*

Cuidados Intensivos y Microbiología**. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.***Objetivo:** Evaluar la eficacia de los filtros bacterianos (FB) para disminuir la colonización traqueal (CT), traqueobronquitis (TB) y neumonía (N) en los pacientes con ventilación mecánica (VM).**Material:** Estudio prospectivo entre 1-7-2000 y 31-3-2001, de los pacientes que ingresaron en UCI precisando VM más de 24 horas (un grupo fue ventilado con FB y otro sin FB). Se tomó frotis orofaríngeo al ingreso y 2 veces por semana. Las infecciones se diagnosticaron con los criterios CDC y se clasificaron según la flora orofaríngea en endógena y exógena. Para la estadística se utilizó Chi-cuadrado y t de Students, y una $p < 0,05$ para las diferencias significativas.**Resultados:** Fueron incluidos 230 pacientes (59,13% varones), con una edad media de $57,60 \pm 17,21$ años, APACHE-II $15,88 \pm 5,18$ y mortalidad de 28,26%. Ambos grupos (114 pacientes con FB y 116 sin FB) tuvieron similar edad, sexo, mortalidad, y APACHE-II. No hubo diferencias en ningún período de duración de VM en el porcentaje de pacientes que desarrollaron N (24,56% con FB y 21,55% sin FB), N o TB (34,21% vs 28,44%), N o TB o CT (42,10% vs 43,96%). Tampoco hubo diferencias por duración de VM en el número de eventos infecciosos por 1.000 días de VM: N (17,41 con FB y 16,26 sin FB), N o TB (24,62 vs 20,88), N o TB o CT (36,63 vs 34,98). Tampoco en el número de eventos exógenos por 1.000 días de VM (4,20 con FB y 3,95 sin FB).**Conclusiones:** Los filtros bacterianos no disminuyen las infecciones respiratorias, ni siquiera los eventos exógenos.**INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y EDAD AVANZADA. EL ESTUDIO IBÉRICA EN LA REGIÓN DE MURCIA**

A. Melgarejo Moreno, J. Galcerá Tomás, S. Rodríguez Fernández, M.J. Murcia Payá y M.J. Tormo

*Hospital St^a M^a del Rosell de Cartagena, Virgen Arrixaca de Murcia y Consejería de Sanidad de Murcia.***Objetivo:** Analizar las características clínicas y predictores de mortalidad de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) de edad avanzada (EA), mayores de 75 años, incluidos en el registro IBERICA.**Métodos:** Entre los 2.740 pacientes con IAM, ingresados en los 10 hospitales de la Región de Murcia, se analizaron las características clínicas y los factores predictores de mortalidad a los 28 días asociados a una EA. El valor predictivo de la edad, antecedentes, características de los síntomas, lugar de ingreso, y localización del infarto fue determinado mediante un análisis de regresión logística.**Resultados:** El 23,7% (n = 651) de todos los pacientes fueron de EA y de ellos el 46,2% de sexo femenino. Los pacientes de EA ingresaron con mayor retraso (6,9 frente a 5,3 horas, $p < 0,001$) y fueron hospitalizados exclusivamente en planta en mayor proporción (18,7% frente a 6,7%, $p < 0,001$). La EA se asoció más frecuentemente a síntomas atípicos (21% frente a 11%, $p < 0,001$), insuficiencia cardíaca previa (23,6% frente a 13,6%, $p < 0,001$) y a menor proporción de fumadores (6,7% frente a 39%). Los pacientes de EA recibieron en menor proporción trombolíticos y betabloqueantes, presentaron mayores tasas de insuficiencia cardíaca (56% frente a 35%, $p < 0,001$) y de mortalidad a los 28 días (27% frente a 12,9%, $p < 0,001$). En los pacientes de EA los predictores independientes de mortalidad fueron: sexo femenino (OR 2,22, IC 1,48-2,77); diabetes (OR 1,53, IC 1,03-2,27); presencia de síntomas atípicos (OR 2,08, IC 1,25-3,33); y localización anterior del infarto (OR 2,33, IC 1,57-3,45).**Conclusiones:** Los pacientes de EA tienen características clínicas y complicaciones peculiares. El sexo femenino, los síntomas atípicos, la diabetes, y la localización anterior del IAM son predictores independientes de mortalidad en los pacientes de EA.

242

244

¿ES NECESARIO EL CAMBIO PERIÓDICO DE LAS TUBULADURAS DE LOS CIRCUITOS RESPIRATORIOS?

L. Lorente Ramos*, M. Lecuona Fernández**, J. Málaga Gil*, M.J. Ramos Real** y M.L. Mora Quintero*

Cuidados Intensivos y Microbiología**. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.***Objetivo:** Analizar la utilidad del cambio periódico de las tubuladuras (CPT) para disminuir la incidencia de neumonía (N), traqueobronquitis (TB) y colonización traqueal (CT) en pacientes con ventilación mecánica (VM).**Métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes que ingresaron en UCI entre 1-4-2001 y 30-8-2001, y precisaron más de 72 horas de VM. Se randomizaron en 2 grupos, uno se ventiló con CPT cada 48 horas y otro sin CPT. Se tomó frotis orofaríngeo al ingreso y 2 veces por semana. Las infecciones se diagnosticaron según los criterios CDC y se clasificaron en base a la flora orofaríngea en endógenas y exógenas. La estadística se realizó con Chi-cuadrado, t de Student y $p < 0,05$.**Resultados:** Fueron analizados 87 pacientes (39 pacientes con CPT y 48 sin CPT), un 62,06% varones, edad media de $59,52 \pm 18,23$ años APACHE-II $16,01 \pm 6,24$, y mortalidad 18,39%. No hubo diferencias en el porcentaje de pacientes que desarrollaron N (25,75% con CPT y 18,75% sin CPT), N o TB (31,81% vs 31,25%), N o TB o CT (46,96% vs 47,50%). Tampoco en el número de eventos infecciosos por 1.000 días de VM: N (18,20 con CPT y 12,52 sin CPT), N o TB (23,25 vs 20,63), N o TB o CT (37,93 vs 34,63). Tampoco en el número de eventos exógenos por 1.000 días de VM (10,11 con CPT y 4,42 sin CPT).**Conclusiones:** El cambio periódico de las tubuladuras no conlleva una disminución de la infección respiratoria asociada a ventilación mecánica, ni tan solo de los eventos exógenos.**ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL FMO EN ESPAÑA.****PRIMERA PARTE**

Ll. Cabré, P. Saura, F. Solsona, I. Gich, J. Mancebo, 79 UCIs y el Grupo de Bioética de la SEMICYUC

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Barcelona. Barcelona.***Objetivos:** 1) Conocer la incidencia de pacientes afectados de Síndrome de Fracaso Multiorgánico (SFMO) en los Servicios de Medicina Intensiva de nuestro entorno. 2) La mortalidad de estos pacientes. 3) Conocer la limitación de esfuerzo terapéutico en estos pacientes y las órdenes de no reanimación.**Material y métodos:** Prospectivo, observacional y multicéntrico. Se registraron el total de pacientes ingresados en UCI durante 01.02.01 a 31.02.01, la mortalidad en UCI y la hospitalaria, así como la EM. El diagnóstico de FMO se realizó según la puntuación SOFA con un mínimo de 3 puntos y más de 2 órganos afectados. Se excluyeron los enfermos ingresados < 24 horas y cirugía programada de < 2 días.**Resultados:** Participaron 79 UCIs, con un total de 1.380 (1.290 válidos) pacientes afectados de SFMO durante dos meses que representa el 18,1% del total. La estancia media de todos los pacientes fue de 5,4 días y los de FMO de 13,3 días. El 66,2% varones. La mortalidad intra UCI fue del 37,3% y del 44,6% la hospitalaria. En el 70,6% de los exitus se realizó algún tipo de LET.

La LET más frecuente fueron las órdenes de no reanimación en el 54,2% de los casos y las técnicas de depuración extrarrenal en el 36,1% de los casos.

Conclusiones: El FMO es un síndrome prevalente en las UCIs españolas. La mortalidad intra UCI así como la mortalidad oculta es muy elevada. La EM de estos pacientes es más del doble que el resto de pacientes ingresados en UCI. La práctica de LET es muy frecuente en las UCIs de nuestro país.

245

BENCHMARKING COMO ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LA INDICACIÓN DE LA PROTEÍNA C ACTIVADA (PCA) EN LA SEPSISM.C. Martín¹, J. Ruiz², C. León³ y F. Castillo⁴¹SMI, Hospital General de Catalunya, Barcelona. ²SMI, Hospital Sagrat Cor, Barcelona. ³Hospital de Valme, Sevilla. ⁴Hospital Duque del Infantado, Sevilla.

Objetivos: El tratamiento con PCA ha demostrado una reducción significativa de la mortalidad en enfermos críticos (EC) con sepsis grave (SG), pero a un alto coste monetario. Tanto por esta razón como por la dificultad de precisar adecuadamente la indicación de la PCA, el objetivo del estudio es elaborar una serie de benchmarks (BM) adaptados al proceso secuencial de la administración de PCA en el EC con SG; que han de permitir disminuir la varianza clínica.

Métodos: Partiendo de los principios básicos del 'benchmarking' -proposición de metas por parte de la organización en base a comparaciones y evaluaciones entre los resultados de la misma y las mejores del sector- y entendiendo como BM el mejor valor conocido de un parámetro específico -a diferencia del concepto de 'estándar', o un valor a alcanzar, pero no necesariamente el mejor posible-, la identificación de los BM se basó en: 1) análisis de las principales publicaciones sobre SG y tratamiento con PCA. 2) Entrevista a los investigadores principales de los 4 SMI españoles con mayor número de pacientes incluidos en el estudio 'Efficacy and Safety of Recombinant Human Activated Protein C for Severe Sepsis'. Se realizó una encuesta sobre el proceso global y una específica para cada BM.

Resultados: Se identifican 6 BM en relación con: 1. la infección (1.1. grado de respuesta inflamatoria, 1.2. documentación de la infección, y 1.3. foco de sepsis); 2. la gravedad del EC (disfunción multiorgánica); 3. estado de salud previa; 4. tiempo transcurrido desde la indicación y la administración de la PCA; 5. tratamiento coadyuvante; y 6. profesionales implicados

Conclusiones: Los 6 BM elaborados permiten la evaluación comparativa de las diferentes prácticas clínicas; favoreciendo, entonces, la homogeneización de los criterios de indicación de la PCA en la SG y, con ello, el establecimiento de recomendaciones de utilización clínica.

247

EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE A DOSIS BAJAS COMO PREVENCIÓN DE TROMBOSIS VENOSAS PROFUNDAS EN PORTADORES DE MARCAPASOS DEFINITIVOS

B. Azkarate, G. Lara, P. Morrondo, S. Trabanco, R. Sebastián y F. García Urra

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Donostia. San Sebastián.

Objetivo: Conocer la eficacia del tratamiento anticoagulante vía oral a bajas dosis como profilaxis de trombosis venosas profundas en portadores de marcapasos definitivos.

Material y método: *Diseño:* Ensayo clínico randomizado y comparativo. Se randomizaron en dos grupos: control (68 pacientes) y Tratamiento (acenocumarol 1 mg/24 h para INR < 1,5) 62 pacientes. Criterios de inclusión: primoimplante en pacientes no anticoagulados previamente y sin contraindicaciones para la anticoagulación. Período: 1-4-1998 al 31-10-1999. Variables: edad, sexo, vía de implantación, Tipo de electrodo, Aislante electrodo, Diámetro electrodo, Modo de estimulación, número de Trombosis sintomáticas y asintomáticas.

Resultados: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,005$) en la prevalencia de trombosis venosa profunda entre el grupo control 2 trombosis/68 casos (2,9%) y el grupo tratado con dosis baja de acenocumarol 2 trombosis/62 casos (3,2%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,005$), en la edad, sexo, tipo de electrodo, diámetro el electrodo, diámetro de la vena subclavia, ni modo de estimulación entre grupo control y grupo tratamiento.

Conclusión: En nuestra serie encontramos una baja prevalencia de trombosis venosa profunda tras la implantación de marcapasos uni y bicamerales. No consideramos indicada la administración de bajas dosis de anticoagulante oral como profilaxis de trombosis venosa profunda al no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas entre grupo control y grupo tratamiento.
Beca FISS 99/0403

246

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EXTRA-UCI. ANÁLISIS DE 3.082 EPISODIOS

M. Casado, R. Vicho, A. Loza y C. León

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La actividad asistencial extra-UCI constituye una actividad a considerar y existen pocas referencias en este apartado.

Objetivos: Analizar las características de la asistencia prestada a los pacientes críticos, fuera del área geográfica de UCI, durante un período de 7 años consecutivos (1995-2001).

Material y métodos: Se recogen de manera consecutiva, y se registran todos los episodios asistenciales, prestados en diferentes áreas hospitalarias donde el intensivista ha sido requerido con carácter de urgencias. Se estudian los motivos de llamada, áreas en la que la asistencia ha sido requerida y los días de la semana. Se agrupan dichos episodios en períodos de tiempo anual, mensual y diario.

Resultados: Se han documentado en el período de tiempo referido 3082 asistencias, de las cuales, el 58% fueron en Observación-Urgencias y el 32% en planta de hospitalización. La media de actividad anual ha sido de (509 ± 100) salidas año, más durante el mes de Febrero, y siendo el día de más asistencias los martes. La media de salida ha sido (2,7 ± 1,7) por día. El motivo de consulta más frecuente fue el IAM 506 (16%), seguido de la insuficiencia respiratoria aguda 464 (15%).

Conclusiones: La actividad extra-UCI en un hospital de 2º nivel constituye una actividad a considerar, siendo el IAM el motivo más frecuente, y el área de Observación-Urgencias la que más asistencia demanda.

248

DURACIÓN DE LOS FILTROS DURANTE LA HFVVC CON REPOSICIÓN PREDILUCIONALR.A. Ramírez, G. O'Shanahan, L. Santana, M. García y M. Sánchez
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Estudiar la duración de los filtros empleados en HFVVC con y sin anticoagulación en pacientes críticos sin coagulopatía y en aquellos que la tienen. Estudio: Prospectivo de cohortes llevado a cabo en una unidad de Cuidados Intensivos polivalente de 16 camas.

Medidas y resultados: Se estudiaron todas las HFVVC aplicadas durante un período de 4 meses. Se considerarán pacientes con alto riesgo de sangrado aquellos con: sangrado activo o episodio de sangrado mayor en las últimas 48 horas, en las 24 horas de un postoperatorio o aquellos con un IQ < 50% y/o APTT > 60 seg y/o recuento plaquetario < 60.000. En todos los pacientes se empleó el Sistema Prisma, la membrana de acrilnitrilo AN69 con una superficie efectiva de 0,9 m² y catéteres de doble luz de 11,5 Fr insertados en una vena central, con un flujo de sangre entre 120 y 150 ml/min y una reposición predilucional de 1,5 L/h, pautándose flujo de diálisis y balance hídrico según las necesidades del paciente. Se analizaron como estadísticos descriptivos la duración media (dm) en horas de los filtros y su desviación estándar y se compararon las medias mediante el test de Fisher. Se incluyeron 12 pacientes, 8 hombres (66,6%) y 4 mujeres (33,3%), con APACHE II y SAPS II a su ingreso de 17 y 35 respectivamente. El número de filtros analizados fue de 48, de los cuales 28 (58,3%) correspondían a pacientes con alto riesgo de sangrado. La dm de éstos fue de 21,8 ± 4,09 horas. En 12 filtros (25%) se empleó heparina iv a dosis anticoagulantes, teniendo éstos una dm de 17 ± 6,5 h Por último en 8 filtros (16,6%), correspondientes a pacientes sin riesgo de sangrado y con profilaxis de TVP, la dm fue de 16 ± 4,2 h.

Conclusiones: A la vista de estos resultados podemos considerar que: 1) la duración media de los filtros en pacientes sin riesgo de sangrado y sin anticoagulación que reciben reposición predilucional de alto flujo es similar a la de aquellos otros que reciben heparina iv. y 2) como cabe esperar, la duración media de los filtros en pacientes con coagulopatía de base es significativamente mayor que la de los que no la tienen.

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA: BIPAP VS VENTILACIÓN CON ASISTENCIA PROPORCIONAL

P. Garcés, F. López, M. Fernández Vivas, B. Álvarez y J. Caturla
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Alicante. Alicante.

Objetivo: Estudio prospectivo para comparar la efectividad de la ventilación no invasiva en modo BIPAP y en modo asistencia proporcional (PAV) en insuficiencia respiratoria hipoxémica.

Método: 62 pacientes recibieron BIPAP y 50 PAV. Se consideró insuficiencia respiratoria hipoxémica $PaO_2 < 55$ con aire ambiente o índice de oxigenación (IO) < 250 o $SatO_2 < 90$. Se comparó edad, índice de gravedad (Apache II), parámetros hemodinámicos y respiratorios iniciales, estancia en UCI y éxito definido como mejoría gasométrica, supervivencia y no necesidad de intubación en las 72 horas siguientes. Se utilizó T de Student para comparar variables cuantitativas y Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados:

	BIPAP	PAV	p
Edad	66,7 ± 12,36	62,4 ± 13,6	ns
Apache	19,6 ± 4,26	19,76 ± 3,5	ns
FR	34,6 ± 6,58	37,22 ± 6,3	0,03
IO	137,4 ± 39,6	127,1 ± 37,1	ns
PaO ₂	65,10 ± 18,6	62,08 ± 19,2	ns
PaCO ₂	66,2 ± 25,6	53,6 ± 21,8	0,007
PH	7,27 ± 0,12	7,3 ± 0,12	ns
Sat O ₂	84,3 ± 9	85,4 ± 8,64	ns
FC	110,6 ± 17,9	108,48 ± 15	ns
TAS	140,3 ± 22,9	140 ± 26,7	ns
Estancia	8 ± 9	8,86 ± 9,3	ns
Éxito	70%	66%	ns
Mortalidad	11,2%	16%	ns

Conclusiones: En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a estancia en UCI, éxito de la técnica y mortalidad. La ventilación no invasiva en modalidad PAV puede ser una alternativa válida en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria hipoxémica.

EVOLUCIÓN DEL IAM CON TRASTORNO AGUDO DE LA CONDUCCIÓN INTRAVENTRICULAR

A. Zabalegui, A.J. Montón, M. Arroyo, M.J. López, J. López Messa, J.A. Fernández y grupo ARIAM

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Yagüe. Burgos.

Objetivo: Comparar la evolución del IAM con trastorno agudo de la conducción intraventricular (TCVI) respecto a los que no presentan dicha alteración (NT).

Material y métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y descriptivo, sobre datos del registro ARIAM. Entre junio 94 y diciembre 99, se recogieron 12618 pacientes ingresados en las UCIs españolas por IAM. Se compararon según presentaron o no TCVI: edad, prioridad y porcentaje de fibrinólisis, localización del IAM, disfunción ventricular izquierda, tamaño del IAM, tiempo de estancia en UCI (Días) y éxitus. Se empleó "t de Student" para comparar variables cuantitativas (medias) y "Chi cuadrado" para las cualitativas (porcentajes).

Resultados: (porcentajes). $p > 0,005 \rightarrow$ No significativa (ns).

	TCVI	NT	p
Fibrin	59,7	51,0	s
Priori			
- I	31,5	40,0	s
- II	46,4	35,4	s
- III	22,1	24,6	ns
Mortalidad	28,8	9,0	s
Killip:			
- I	34,3	70,8	s
- IV	29,8	8,1	s
CPK	2697 ± 2269	1809 ± 1647	s
Localiz			
Anterio	61,3	39,0	s
Post-Inf	24,1	43,3	s
Combin	3,8	5,6	ns
Indeter	10,8	12,2	ns
Días	4,4 ± 4,4	3,7 ± 9,6	ns
Edad	69,1 ± 10,8	65,1 ± 12,2	ns

Conclusiones: Los IAM con TCVI tienen peor pronóstico (supervivencia, disfunción ventricular), correspondiéndose con IAM más extensos y con mayor afectación de la cara anterior. Los TCVI pueden afectar los criterios de fibrinólisis, disminuyendo su indicación e influyendo en el pronóstico.

FRACASO HEPÁTICO FULMINANTE: EXPERIENCIA EN LA UCI DE UN HOSPITAL CON PROTOCOLO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

O. Díaz, A. Escriba, M. Rubio, A. Gimeno* y J.C. Montejo
Servicio de Medicina Intensiva, UCI Polivalente y *Servicio de Cirugía Digestiva. H.U. 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Analizar etiología, clínica, criterios pronósticos, tratamiento y evolución de los pacientes (pac) ingresados por Fracaso Hepático Fulminante (FHF) en la UCI Polivalente de un Hospital Terciario con protocolo de trasplante hepático (TH).

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pac adultos con FHF ingresados en UCI durante un período de 7 años. Se analizaron: edad, sexo, etiología, curso -hiperagudo (HA), agudo (AG), subagudo-; criterios King's College para indicación de TH; puntuación APACHE y MODS, grado encefalopatía hepática (EH) y función renal al ingreso; tratamiento; complicaciones y mortalidad.

Resultados: Ingresaron 17 pac con FHF. Edad media 40,2 (rango 14-64), 10 varones. Etiología filiada en 11/17 pac, la más frecuente viral (5 pac). Cumplían indicación de TH (KC) 13 pac; se trasplantaron 10 pac, 9 en < 48 h, 3 pac fallecieron antes de la obtención de un órgano viable. Curso, análisis evolutivo: ver tabla. De los 5 éxitus, 3 fueron por FMO y 2 por muerte encefálica.

	No criterios KC	KC + y TH	KC+ no TH
Casos	4 pacientes	10 pacientes	3 pacientes
Etiología:			
-Viral	2	3	-
-Tóxicos/Fármacos	1 (paracetamol)	2	2
- No filiada/otros	1	5	1
Curso	HA 2/AG 2	HA 4/AG 6	HA 3
Ingreso	-APACHE II(m y R) 12 (8-22) -MODS (m y R) 7 (6-9)	9 (1-33) 8 (5-15)	22 (15-30) 10 (9-12)
	-EH grado III-IV	5	3
	-Disfunción/fallo renal	4	2
Complic.	-FMO	5	2
	-Infección	2	-
	-Neurológicas	2	2
Mortalidad	0	2	3

Conclusiones: 1) En nuestra serie, los criterios King's College seleccionaron adecuadamente los pac con peor pronóstico. 2) La supervivencia, utilizando estos criterios para la indicación de TH, fue de 12/17. 3) Otros factores evaluados al ingreso asociados a peor evolución fueron: etiología no viral, EH III-IV y fallo renal.

CAUSAS DE NO FUNCIÓN INICIAL DEL INJERTO. ANÁLISIS DEL TRASPLANTE RENAL EN UCI

P. Díaz Parejo, J. Pérez Bernal, R. Hinojosa Pérez, M.A. Gentil Govantes, G. Rodríguez Algarra y P. Pereira Palomo
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El retraso de la función inicial del injerto (NFI) en UCI es una complicación frecuente que influye significativamente en la estancia hospitalaria y en su función posterior. En este trabajo presentamos el análisis de las causas de NFI en pacientes trasplantados en nuestro hospital en los últimos 10 años.

Material y método: Entre enero de 1990 y diciembre de 2000 se realizaron en nuestro centro un total de 478 trasplantes de los que se han podido estudiar 469. Se han analizado las siguientes variables mediante estudio uni y multivariante: Donante/Técnica: edad, sexo, causa de muerte, extracción local y tipo de extracción, lateralidad de la implantación, vasos múltiples, y tiempos de isquemia fría. Receptor: edad, sexo, compatibilidad HLA, retrasplante, Ac Anti VHC, PTH pretrasplante, años en lista de espera, hiperinmunización, número de transfusiones, tipo de inmunosupresión y año del trasplante.

Resultados: En el estudio univariante hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad y causa de muerte del donante, tiempos de isquemia fría, años en lista de espera, hiperinmunización, número de transfusiones e incompatibilidad HLA-B. En el estudio multivariante hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad del donante (OR 1,07), tiempo de isquemia fría (OR 1,07), tiempo de revascularización (1,02), años en lista de espera (OR 1,08), inmunosupresión cuádruplo (OR 1,95), y año de trasplante (OR 1,09).

Conclusiones: Los resultados obtenidos aconsejan: 1) Acortar en lo posible los tiempos de isquemia fría y de revascularización; prueba cruzada previa en todo los casos posibles, mejorar la localización de receptores, disponibilidad de quirófanos, y mejorar la coordinación de diferentes eslabones. 2) Utilizar pauta de inmunosupresión menos nefrotóxica en los casos de alto riesgo.

ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

R. Aragonés, A. Muñoz, C. García, M.A. Muñoz, M.D. Arias y Grupo EHSA
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: En la hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA) el espasmo arterial condiciona peor evolución clínica y se relaciona con la intensidad del sangrado. La sonografía mediante doppler transcraneal (DTC) es un método no invasivo para evaluar la presencia de espasmo midiendo la velocidad de flujo en las arterias del polígono de Willis. Se desea conocer el comportamiento de éste parámetro según gravedad clínica, intensidad de sangrado en tomografía computerizada (TAC) y resultados en pacientes con HSA.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, en 30 hospitales públicos andaluces, recogiendo datos de gravedad al ingreso, intervenciones y resultados en pacientes con HSA (estudio piloto). Se midió la velocidad de flujo media (Vm) en cm/seg en arteria silviana (ACM), segmento M1, bilateralmente. Se compararon los resultados de DTC inicial frente al peor obtenido y la relación de éstos con la gravedad inicial (escala de Hunt-Hess, modificada), TAC (Fisher) y resultados (deterioro neurológico isquémico, escala de resultados de Glasgow modificada y exitus). Se aplicó análisis estadístico mediante test no paramétricos de Wilcoxon y de Mann-Whitney, según estuvo indicado.

Resultados: De 87 pacientes con HSA, en 40 se identificó la presencia de aneurisma y de éstos, en 29 se pudieron realizar DTC seriados. La velocidad aumentó de manera significativa desde el ingreso al día peor (ver tabla). No se pudo demostrar relación significativa entre las velocidades del día peor y el grado de Fisher y el resultado neurológico y clínico. La gravedad inicial no se correlacionó con las velocidades obtenidas.

Velocidad a. silviana (cm/seg)

Derecha*		Izquierda**	
Inicial	Peor	Inicial	Peor
63,8	82,9	64,4	82,0

Test Wilcoxon *p = 0,046; **p = 0,008

Discusión. Se ha demostrado que la cantidad de sangre en TAC craneal en HSAE se correlaciona con la Vm (Jarus-Dziedzic, 2000) y que ambas son predictoras independientes de vasospasmo sintomático (Qureshi, 2000). En nuestro estudio hemos podido evidenciar un aumento de la Vm, pero no diferencias significativas entre la Vm y los parámetros clínicos y de resultados.