

Aspectos generales de la Medicina Intensiva I

P235

APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA OPERATIVA DEL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT A LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA

D. Cosialls i Pueyo y V. Mitjà, J. Navas

Avaluació Organitzativa. Institut Català de la Salut, Barcelona. Dosipa. ICS. Barcelona. Hospitales. ICS. Barcelona.

Introducción: El 'Institut Català de la Salut' (ICS) definió en 2000 como uno de sus objetivos de evaluación el desarrollo de un programa de Auditoría Operativa: examen transparente, independiente y sistemático de la organización y de su información en un Servicio clínico para determinar su eficacia y su adecuación ante sus propios objetivos, los del Hospital y los del ICS. El análisis de 'cómo' y del 'con qué' se desarrollan. Hasta el momento se ha aplicado a los Servicios de Anatomía Patológica (en 3 Hospitales) y a los de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor (en 11) del ICS. **Objetivo:** Realizar el diagnóstico de situación y las propuestas de mejora oportunas en los Servicios Medicina Intensiva y crítica del 'Institut Català de la Salut'.

Metodología: 1) Objetivos y límites. Revisión de la experiencia y de la evidencia objetiva existente. 2) El Servicio, sus relaciones y flujos asistenciales. 3) Mapa del proceso auditor: línea argumental 4) Formatos de recogida de datos: cuestionarios; participación de los especialistas. 5) Entrevistas: Jefes de Servicio y Supervisión de Enfermería en base al cuestionario; validación individual y contrastación mutua. 6) Pruebas de recorrido. 7) Documentación y de la información: gestión de la información y del conocimiento. 8) Producto: puntos críticos y sugerencias de mejora basadas en el benchmark y en el uso de técnicas afines (ingeniería inversa) sobre la organización, la información, los procesos, las relaciones, los resultados y la función jerárquica y directiva referidas a los Servicios de Medicina Intensiva.

Resultados: La Auditoría ha el diagnóstico individual de cada generado evidencia objetiva suficiente para identificar déficits y aplicar mecanismos correctores internos, unidad; plantear elementos de benchmark; desarrollar procesos de auditoría subyacente. Mínimo común múltiple de información, intercambio de opciones organizativas, integrar diversas iniciativas de tipología de procesos intensivos,... planificación y de gestión.

Conclusiones: El proceso de Auditoría operativa es perfectamente aplicable a los Servicios de Medicina Intensiva; el uso de evidencia objetiva y la aplicación de técnicas de benchmark permite estudiar situaciones desde una perspectiva objetiva y dentro de un contexto y de un entorno institucional, social y científico. Los resultados obtenidos, la dinámica generada y la incorporación de resultados nos inducen a pensar en el proceso de Auditoría Operativa como en un instrumento útil para la gestión de los Servicios de Medicina Intensiva.

P237

TRAQUEOSTOMIA PERCUTÁNEA NUEVAS TÉCNICAS, EXPERIENCIA CON PERCUTWIST

S. Ibáñez Cuadros, A. Cossio Rodríguez, M. García Sánchez y E. Álvarez

Medicina Intensiva y Urgencias. H. U. V. Macarena, Sevilla. Unidad de Cuidados intensivos. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivo: Revisar la experiencia adquirida en la introducción de una nueva técnica de traqueostomía percutánea (TP) y conocer los detalles de la técnica.

Método: Se recogen 32 paciente en el período noviembre 2001 a mayo 2002, de los cuales 21 han sido sometidos a TP por el método Percutwist.

Resultados: De los 21 pacientes sometidos a Percutwist (13 varones y 8 mujeres), con una edad de $58,2 \pm 11,16$, con una estancia media en UCI de $37,35 \pm 18,48$, con tiempo medio hasta la realización de la TP de $19,1 \pm 6,37$ con diagnósticos principales de TCE, Insuficiencia respiratoria crónica reaguizada, hemorragias cerebrales, postoperatorio de cirugía cardiovascular, encefalopatías anóxicas, no se observaron complicaciones durante la realización de la técnica excepto hipotensión tras la administración de la medicación necesaria para la realización de TP y arrollamiento de la piel en las ocasiones en que la incisión para TP era pequeña. De los 21 pacientes sometidos a percutwist murieron 6 pacientes sin causa relacionada con la TP.

Resultados: La TP realizada por método Percutwist, es una técnica sencilla y con escasas complicaciones por su alto grado de seguridad puesto que es necesario control fibrobroncoscopico para su realización.

P236

TRAQUEOTOMÍA QUIRÚRGICA VS PERCUTÁNEA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

A. Hernández de Diego, G. Jiménez Pérez, A. García García, F. Tena Espeleta, A. García Labattut, M. Fernández Calavia, H. Habel-Hadi Álvarez y V. Rull

UCI. Hospital General de Soria, Soria.

Objetivo: Comparar la traqueotomía percutánea (TP) tipo Griggs con la traqueotomía quirúrgica (TCQ), cuando ambos procedimientos son realizados en la UCI.

Material y métodos: Estudio prospectivo y aleatorizado. Se recogieron las traqueotomías realizadas desde febrero de 1999 a octubre de 2002. La indicación fue por intubación prolongada o expectativas de ello. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, motivo de ingreso, SAPS al ingreso en UCI, días de estancia, días de intubación, tiempo empleado en la realización, incidencias quirúrgicas, complicaciones de la técnica (perioperatorias, postoperatorias, postdecanulación) y mortalidad.

Resultados: Se realizaron 20 TP y 22 TCQ, se incluyeron en el estudio 42 pacientes y se excluyeron 3. El motivo de ingreso más frecuente en ambos tipos fue el neurológico. El tiempo empleado en la realización de la técnica fue significativamente mayor para TCQ ($42,04 \pm 18,56$ minutos) vs TP ($11,26 \pm 3,98$ minutos); no encontrándose diferencias en el resto de las variables estudiadas. Incidencias quirúrgicas: TP presentó 4 malposiciones de la guía y 2 TCQ se convirtieron en cricotomía. Complicaciones perioperatorias: 1 fracaso de técnica (FDT) en ambos tipos, 1 extubación accidental en la TP, en la TCQ un 22,5% de hemorragia vs 5% en la TP. Complicaciones postoperatorias: 18% en la TCQ vs 5% en la TP; y un 4,5% de complicaciones postdecanulación en TCQ.

Conclusiones: La TCQ precisó de más tiempo y presentó más hemorragias perioperatorias y más graves que la TP, y también complicaciones postoperatorias y postdecanulación que no se vieron en la TP.

P238

MORTALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS CON UN TIEMPO DE ESTANCIA INFERIOR A 24 HORAS

I. Martínez Gil, E. Bustamante Munguira, N. Hidalgo Andrés, S. Arenas López y P. Ucio Mingo

Medicina Intensiva. Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivo: Conocer las características de los pacientes fallecidos en la Unidad de Cuidados Intensivos con un tiempo de ingreso inferior a un día.

Método: Estudio retrospectivo de las historias de los fallecidos durante los años 2001 y 2002 con una estancia inferior a 24 horas. Se analizaron: sexo, edad, APACHEII, procedencia, motivo de ingreso, técnicas invasivas, la presencia o no de infección y la causa de fallecimiento.

Resultados: Fueron 285 fallecidos de 1.079 ingresos de los cuales 62 (21,75%) lo hicieron en menos de 24 horas. Eran en su mayoría varones (66,15%); la edad media fue de $60,2 \pm 16,96$ años; el APACHE II fue de $25,97 \pm 7,5$. La procedencia más frecuente fue Urgencias con 39 pacientes (62,9%) seguida de Medicina Interna con 12 (19,3%) y cirugía con 11 (17,7%). La causa de ingreso más frecuente fue la hemorragia cerebral 14 pacientes (22,6%), insuficiencia respiratoria aguda 13 (21%), politraumatizados 9 (14,5%). El número de técnicas invasivas fue elevado, requiriendo el 100% ventilación mecánica, vía central y sondaje vesical. 18 pacientes (29,03%) requirieron maniobras de RCP al su ingreso. La mayoría de los pacientes no presentaban infección 41 (66,1%). De los 21 que la presentaban la localización fue: 12 respiratoria (57,1%). La causa más frecuente de muerte fue la muerte encefálica 18 (29%) y FMO 15 (24,19%).

Conclusiones: La mortalidad en las primeras 24 horas es un tercio de la total. Se produce más en varones. La hemorragia cerebral con consecuencia de muerte encefálica son las más frecuentes. Consumen un importante número de recursos asistenciales y económicos.

P239

CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE UCI ANTE EL EFECTO DE LA VISITA ABIERTA

J. Prieto de Paula, J. Velasco Bueno, J. Castillo Morales, N. Merino Nogales y M. Terrón Ariza
UCI. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Introducción: Las creencias de los profesionales acerca del efecto de las visitas determinan una concepción habitualmente cerrada de las mismas. Sin embargo, la familia demanda participar en la toma de decisiones relacionadas con el paciente y considera la visita como un derecho y no como un privilegio.

Objetivo: Evaluar las creencias que tienen los profesionales así como sus actitudes sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, familiares y profesionales.

Material y método: Estudio descriptivo transversal desarrollado en la UCI del hospital Costa del Sol en noviembre de 2002. La muestra de estudio incluyó a todos los profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares) que prestaban servicio en la unidad. Las variables de estudio fueron: creencias y actitudes, utilizando como herramientas de recolección de datos un cuestionario que incluía una escala tipo Likert para valorar las creencias y una escala semántica para las actitudes. Se recogieron otras variables de interés relacionadas con las características personales de los participantes así como la satisfacción o no con el actual sistema de visitas.

Resultados: La creencia sobre el efecto positivo de la visita abierta dio un valor máximo de 7,02 sobre 10, mientras que para la actitud se obtuvo un valor de 6. Estos valores diferían de forma significativa entre las distintas categorías profesionales siendo mayor en las enfermeras y menor en los médicos. Otros aspectos como la edad y experiencia profesional también resultan influyentes en creencias y actitudes, así como la insatisfacción con el actual sistema de visitas.

Discusión y conclusiones: Los profesionales de la unidad creen que el efecto de la visita abierta es beneficioso para los pacientes y familiares y en menor medida para los profesionales, lo que determina una actitud más negativa.

P241

CONTRIBUCIÓN DEL SMI A LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: SEDOANALGESIA EN TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS

G. Pérez Planelles, A. Sánchez Miralles, M. Díez García, J. Martínez Tortosa y F. San José Pacheco
Medicina Intensiva. Hospital Universitario San Juan, San Juan de Alicante.

Objetivo: Establecer si la sedación profunda controlada con propofol es eficaz y segura en los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos del eje digestivo-biliopancreático.

Métodos: Evaluamos prospectivamente 501 procedimientos de sedación controlada durante un período de 42 meses. Se dispuso de monitorización continua, material de reanimación adecuado y personal cualificado. Antes de iniciar la exploración se administró analgesia y una dosis en bolo intravenoso de propofol (0,8-2 mg/kg), seguida de una infusión continua ajustando la dosis para alcanzar un nivel profundo de sedación (Ramsay > 4).

Resultados: La edad media del grupo fue de 58 ± 20 años (rango 4-99 años). En el 89% las exploraciones fueron programadas (11% urgentes) y el 55,5% de los pacientes procedían de su domicilio. Las técnicas realizadas se consideraron terapéuticas en el 51,7% de los casos, siendo el resto diagnósticas (37,4% colonoscopias, 33,1% CPRE, 28,5% gastroscopias y 1% otras). La duración media de la sedación fue de $41,5 \pm 28$ minutos y el tiempo de recuperación de la misma $9,4 \pm 4$ minutos. Presentaron complicaciones el 7,6% de los casos (0,2% graves y 7,4% leves). En el 98% de los casos la calidad de la sedoanalgesia valorada por el paciente fue adecuada (amnesia total o parcial, sin recordar dolor).

Conclusiones: El protocolo de sedoanalgesia controlada descrita resulta en una mayor rentabilidad diagnóstica/terapéutica de las técnicas endoscópicas digestivas, acortando la duración de las mismas y proporcionando al paciente un alto nivel de satisfacción, todo ello sin aumentar el número de complicaciones.

P240

INTOXICACIONES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. POCO PESO ESPECÍFICO

C. González Iglesias, E. Periche, J. Ballus y O. Farrè
Medicina Intensiva. Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Análisis descriptivo de la morbimortalidad de los pacientes ingresados por intoxicaciones agudas graves (IAG) en el servicio de Medicina Intensiva (ubicado dentro de un hospital general y universitario de adultos).

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes ingresados con el diagnóstico de IAG desde marzo de 1996 hasta noviembre de 2002. Revisión de las historias clínicas y recogida de datos epidemiológicos (edad, sexo, tipo de intoxicación, voluntariedad, antecedentes psiquiátricos y/o intentos de autolisis previas). Situación de los pacientes al ingreso (APACHE II, SAPS II, Glasgow, necesidades de ventilación mecánica (VM)). Evolución (complicaciones, estancia media, tiempo de intubación orotraqueal (IOT)) y mortalidad de la serie. Los valores se expresan como media, desviación estándar (DE) y rango.

Resultados: Se estudiaron 79 casos (sobre un total de 7.589 pacientes ingresados en nuestro servicio durante el mismo periodo). Del total 41 fueron mujeres (52%) y 38 hombres (48%). La edad media fue de 39 años (DE: 16, rango: 18-81 años). El 63,3% de los ingresados (51) tenía antecedentes psiquiátricos previos (33% síndrome depresivo) y el 48,1% tuvo algún intento de autolisis previa (por fármacos en un 84,2% de los casos). El tipo de intoxicación más frecuente fue medicamentosa con psicofármacos (50,6%) en forma de mono o polingesta. La ingestión fue voluntaria en un 87,3% del total. Las características al ingreso fueron: APACHE II 14 (DE: 9), SAPS II 30 (DE: 15). El 67,1% presentaron disminución del nivel de conciencia (Glasgow precisando IOT + VM 48 pacientes (60,7%) de los cuales el 85,4% fue como medida 9). (para proteger la vía aérea por depresión del nivel de conciencia (Glasgow El tiempo medio de IOT fue de 8 días (DE: 11). La estancia media en UCI fue de 7 días (DE: 11, rango: 1-65 días) lo que representa un 37% de la estancia media hospitalaria: 19 días (DE: 28, rango: 1-133 días). La mortalidad del grupo fue del 13,9% (11 casos) en relación al 17,9% de éxitos en nuestro servicio para el mismo periodo de tiempo.

Conclusiones: En nuestro centro las IAG suponen un escaso peso específico en el volumen global de enfermos ingresados en la UCI (1%). La mortalidad del grupo es pequeña (0,8% del total de éxitos), la necesidad de soporte ventilatorio fue para protección de la vía aérea y son bajas las necesidades de soporte hemodinámico.

P242

INFORMATIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: EXPERIENCIA DE 12 AÑOS

E. Cerejio Martín-Grande, E. Díez de la Lastra Buhigues y I. López Fernández
Medicina Intensiva. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: Desarrollamos un sistema informático para la gestión en tiempo real de la información clínica de nuestra Unidad, que ha funcionado durante 12 años y 14.500 ingresos.

Objetivo: Descripción y evaluación, y desarrollo futuro.

Material y métodos: El sistema utiliza un Gestor de Bases de Datos Relacionales con lenguaje SQL sobre Unix, con diez terminales no gráficas y tres impresoras. Se concibió para la gestión de la historia clínica, con un formato similar al tradicional para minimizar el rechazo. Se utilizó una sistemática orientada por problemas, generando un esquema del evolutivo del paciente. Los tratamientos, analíticas y pruebas complementarias se presentan tabulados cronológicamente. Los cálculos de índices pronósticos se automatizan en gran medida. El informe de alta reutiliza datos acumulados a lo largo del ingreso.

Resultados: Mientras es usado como herramienta asistencial, el sistema alimenta una base de datos con la información del día a día, en un formato analizable por herramientas que permiten consultas clínicas y cálculos de índices de gestión administrativa. En cuanto a sus carencias, destacan la desconexión del Sistema Informático del Hospital, la falta de una aplicación de Enfermería y la dependencia del sistema de su creador para su mantenimiento, lo que impide su distribución.

Conclusiones: La aplicación permite acelerar los procesos rutinarios asistenciales y analizar nuestra experiencia. Estamos colaborando con la Industria para actualizar el sistema y solventar sus limitaciones, creando una aplicación utilizable en otras Unidades.

P243

TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA EN UCI. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA

J. Madero, T. Mut, A. Costa, L. Mateu, R. Carregui y J. Iranzo
Medicina Intensiva. Hospital General Castelló, Castelló.

Introducción: La técnica de la traqueostomía (T) percutánea constituye una alternativa a la práctica de la T convencional, asociada a una más ágil realización, a menor tasa de complicaciones y es menos invasiva. Revisamos los resultados desde la implantación de la técnica en nuestra UCI en 2001.

Pacientes y método: En la revisión de las T realizadas durante 2001 y 2002 en 1559 ingresos en nuestra UCI se han tenido en cuenta el motivo de mantener una vía aérea artificial, el tiempo desde la instauración de la misma hasta la T, así como la indicación de la técnica, las complicaciones habidas y la mortalidad hospitalaria de los pacientes revisados. El estudio se analizó mediante SPSS 9.0.

Resultados: Durante 2001 y 2002 se han indicado 75 T, revisándose 63. Las T se practicaron en un 5% de los ingresos del período (11,35% de las vías aérea artificial). Las principales causas de ingreso de estos casos fueron: accidentes vasculares cerebrales y los TCE. Se indicó T por exigencia de una vía aérea para vMC (29 casos) y por trastornos de conciencia (19). Las T fueron por vía percutánea en 53 casos y su mortalidad fue de 31,4% (16 casos, 14 en UCI). Hubieron 2 complicaciones, ambas en 2002. La estancia en UCI de los pacientes con T fue de 37,11 ± 25,11 d. (EM del período 5,1 d). El intervalo desde el ingreso hasta la T fue de 14,8 ± 10,2 d, pNS entre 2001 y 2002.

Conclusión: En nuestra UCI, la T percutánea tiene una tasa de complicaciones muy baja y su indicación no se realiza más precozmente de lo aceptado.

P245

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO MULTICÉNTRICO DE PACIENTES INTOXICADOS INGRESADOS EN UCI

X. Montero, F. Fina, M. Palomar, S. Nogué, L. Marruecos, E. Civeira, J. Nolla, Y. Díaz, S. Barbadillo y J. Martínez

Medicina Intensiva. Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona. Medicina Intensiva. Hospital Clínic, Barcelona. Medicina Intensiva. Hospital Sant Pau, Barcelona. Medicina Intensiva. Hospital Clínic, Zaragoza. Medicina Intensiva. Hospital del Mar, Barcelona. Medicina Intensiva. Hospital Josep Trueta, Girona. Medicina Intensiva. Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Objetivo: Valorar los cambios epidemiológicos que se han producido en los pacientes intoxicados que ingresan en UCI.

Métodos: Estudio epidemiológico prospectivo multicéntrico de pacientes ingresados en 6 UCI's nacionales, desde el 01/01/02 hasta el 31/12/02. Estadística Test de Fisher.

Resultados: Se han incluido en el estudio 133 pacientes (60 hombres y 73 mujeres) con edad (media ± DE) 39 ± 16 y APACHEII (media ± DE) 15 ± 8. Presentan antecedentes psiquiátricos 81 (60,9%), intoxicaciones previas 49 (36,8%), alcoholismo 39 (29,3%) y consumo de drogas de abuso 48 (36,1%). Los tóxicos implicados más frecuentes fueron: benzodiazepinas 52 (39%), cocaína 27 (20,3%), heroína 18 (13,5%), antidepresivos tricíclicos 17 (12,7%), alcohol 15 (11,2%), cannabis 13 (9,7%), neurolépticos 12 (9%), metadona 9 (6,7%), litio 7 (5,2%) y con 5 casos cada uno (3,7%) paracetamol, anfetaminas y cáusticos. Las intoxicaciones no medicamentosas 63 (47,3%) han presentado mayor mortalidad vs las medicamentosas (9,2% vs 3,1% p 0,030), mayor número de secuelas (9,8% vs 1,5% p 0,002), mayor estancia en UCI (5,13 vs 3,34 p 0,002) y mayor APACHEII (18 vs 13 p 0,007).

Conclusiones: Se observa un incremento de las intoxicaciones por drogas de abuso, especialmente la cocaína. Destaca el elevado porcentaje de pacientes con antecedentes psiquiátricos así como de intoxicaciones previas. En cambio, la morbimortalidad de las intoxicaciones no medicamentosas parece no haber variado.

P244

INTOXICACIÓN GRAVE POR ÁCIDO GAMMA-HIDROXIBUTÍRICO

E. Escudero Cuadrillero, E. Bartual Lobato, P. Medina García y P. Merino de Cos
Medicina Intensiva. Hospital Can Misses, Ibiza.

Objetivos: Describir las características clínicas y evolución de las intoxicaciones graves por ácido gamma-hidroxibutírico (GHB), "éxtasis líquido".

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de una serie de casos ingresados en UCI durante el periodo 1999-2002. Recogimos datos clínicos y epidemiológicos al ingreso. Registramos evolución, gravedad y morbimortalidad.

Resultados: Seis casos (4 varones), edad: 28 ± 10 años, APACHE II: 15,2 ± 5,8 (rango 11-24), Glasgow Coma Scale: 5,7 ± 2,7 (3-10). Pupilas mióticas en 2 casos y midriáticas en 4 casos, en todos fueron normorreactivas a fotomotor. La frecuencia cardíaca: 101 ± 46 lpm, la presión arterial (PA) sistólica: 132 ± 33 mmHg, PA diastólica: 75 ± 20 mmHg. Temperatura axilar: 37,1 ± 2,9 °C. En 4 casos hubo coingesta de otras drogas. En los 2 casos en que se abusó concomitantemente de cocaína, la evolución fue fatal: un caso con fracaso multiorgánico y exitus, y el otro caso con gran infarto isquémico cerebral que sobrevivió tras craneotomía descompresiva. Los casos de buena evolución recuperan nivel de conciencia en 255 ± 172 minutos, siendo retirada la ventilación mecánica (VM) en 2 ± 1,7 horas. Sólo un caso no precisó VM.

Conclusiones: En nuestra serie, el abuso asociado de cocaína condujo a fatal evolución. El estado de alerta se recupera en corto periodo de tiempo (7 horas tras la ingesta). Son extubados con éxito en las primeras 4 horas de ingreso. Debemos sospechar esta intoxicación en todo paciente joven en coma bajo sospecha de uso de drogas recreativas.

P246

CARACTERÍSTICAS, ESTANCIA Y RECURSOS EMPLEADOS EN PACIENTES FALLECIDOS EN MUERTE ENCEFÁLICA

R. Gracia Gozalo, V. Arraz Jarque, T. Pont Castellana, L. Rodellar, J. Badal y R. Deulofeu Vilarnau

Dirección de Trasplantes. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. Medicina Intensiva. Hospital de Elche, Elche.

Objetivos: Conocer cual es la estancia hospitalaria y en UCI de los fallecidos en ME, características, patología de base, gravedad y recursos terapéuticos y de neuromonitorización empleados, en dos hospitales con programa de donación de órganos y S. Neurocirugía durante el 2001-02, tras el nuevo Real Decreto de Trasplantes.

Metodología: En ambos centros se siguen prospectivamente los pacientes neurocríticos (GCS < 9). Hemos analizado aquellos que fallecieron en ME y las variables citadas en los objetivos.

Resultados: Analizamos 161 pacientes. Su estancia ha sido: global 6,5 (11), UCI 4,9 (8,6), donantes de 4,4 (6) y en no donantes de 5,4 (10,5). Ordenadas por patologías fue: ACVisquémico 10,2 (12,9), HSA 6,3 (11,2) y la menor, anoxia 2,1 (2). Predominaron: TCE (29,1%), HSA (28,5%), HICE (21,1%). La media de edad fue de 50,1 y el GCS medio fue de 5 puntos. El GCS más alto fue para la HSA y el menor para la anoxia. Se intervienen neuroquirúrgicamente un 18%, se monitoriza la PIC un 31,7% y se coloca un drenaje ventricular en 19%. El grupo más intervenido y monitorizado es el traumático (27% y 57%). Los DMO lo son en mayor medida que los no donantes. Son excepcionales las estancias en UCI prolongadas tras el diagnóstico de ME (que siempre es en menos de 6 h).

Conclusiones: La estancia de los fallecidos en ME es variable según la patología causal. El esfuerzo terapéutico en los DMO es alto independientemente de su nivel de gravedad al ingreso y sigue siendo el TCE quien moviliza más recursos. Probablemente el factor que limite la terapéutica sea el mismo que contraindique la donación.

P247

INTOXICACIONES POR INHIBIDORES DE LAS COLINESTERASAS. EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOSR. Jorge Sánchez, L. Gonçalves, A. Días, F. Prospero y F. Esteves
UCI. Hospital São Pedro, Vila Real.

Introducción: Las intoxicaciones por inhibidores de las colinesterasas (OF) continúan a ser una realidad en las UCIs portuguesas, sobre todo en hospitales del interior rural del país. El nivel cultural de la población y el fácil acceso a los OF son algunas de las razones para que se mantengan todavía como una de las principales causas de intoxicaciones graves admitidas en las UCIs.

Objetivos: Estudio retrospectivo de los enfermos admitidos consecutivamente en la UCIP (19/01/1993-31/12/2002) con el diagnóstico de intoxicación por OF.

Material y Métodos: Además de los indicadores epidemiológicos habituales se determinó el número de admisiones por mes y año, tóxico responsable, vía de exposición, tiempo entre la exposición y los primeros cuidados. Se analizaron el SAPS II a las 24 horas, clasif. Goris, el valor de las colinesterasas séricas al ingreso, así como las principales morbilidades de los enfermos y causa de muerte.

Resultados: Se incluyeron 108 enfermos, con predominio de sexo masculino (70), edad media 50,2 (+ 18) años, predominio de la 5ª a 7ª décadas de la vida. Fue necesaria ventilación mecánica en el 80,04% de los enfermos, el SAPS II 38,8 (+ 17,8). Goris a la admisión 2,7 (+ 1,7). La intención suicida y la utilización de paration fueron las situaciones más frecuentes. El tiempo medio: exposición-primeros cuidados fue 95 min. La mortalidad fue del 26,9% (MOF).

Conclusiones: Las intoxicaciones por OF son todavía situaciones frecuentes, exhibiendo una mortalidad elevada, demostrando los cuidados prehospitalares un papel determinante en el pronóstico.

P249

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOSJ. Prieto de Paula, J. Velasco Bueno, J. Castillo Morales, N. Merino Nogales y M. Terrón Ariza
UCI. Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción: La familia es un grupo sujeto a la influencia del entorno y la hospitalización de uno de sus miembros crea una situación de crisis que provoca ansiedad y preocupación. Se han señalado como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) las de información y seguridad entre otras. El conocimiento de las mismas permite una mejor planificación de los cuidados.

Objetivos: *Principal:* 1) Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI y su grado de cobertura. *Secundarios:* 2) Conocer la percepción que los familiares tienen acerca de la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes. 3) Identificar factores relacionados con el grado de cobertura de las distintas necesidades. *Metodología:* Estudio observacional transversal. *Población:* Familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Costa del Sol de Marbella durante un periodo de un año. *Obtención de datos:* Cuestionario modificado del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) autocumplimentado por el familiar que haya desempeñado el papel de interlocutor con el equipo asistencial. Revisión de la Historia Clínica. *Tamaño de la muestra:* 254 familiares. *Variables estudiadas:* Necesidades de seguridad y confianza, de información, comodidad, accesibilidad al personal, valoración del trato personal recibido y satisfacción con la organización actual de las visitas.

Resultados: Se obtuvo mayor puntuación en una escala decimal para las necesidades de seguridad y confianza (9,51) y trato recibido (9,40). Los aspectos peor valorados han sido los relacionados con la comodidad de las instalaciones y la accesibilidad al personal. Existe asociación entre los resultados obtenidos y algunas variables independientes relacionadas con el paciente, la familia o el proceso asistencial.

Discusión y conclusión: En general se aprecia una buena cobertura de las necesidades descritas. La percepción que tienen los familiares acerca de la calidad de los cuidados es positiva. Las deficiencias detectadas permitirán implantar modificaciones en nuestra práctica habitual para favorecer el acceso de los familiares al equipo cuidador, mejorar la comodidad de los visitantes durante el tiempo de espera y promover cambios organizativos que aumenten su satisfacción.

P248

CALIDAD EN EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOSJ. Serrano Castañeda, R. Blancas Gómez-Casero, J. González Manzanares, C. Martínez Díaz, E. Yáñez Parareda, B. López Matamala, E. Nevado Losada y M. Calvo Tejerina
Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Objetivo: Detectar las causas por las cuales potenciales donantes de órganos no llegan a ser donantes reales, analizando todos los pacientes fallecidos en situación de muerte encefálica (ME) en Unidades de Críticos (UC) de Castilla-La Mancha (CLM).

Método: Estudio prospectivo multicéntrico de todos los pacientes fallecidos en las UC de los Hospitales de CLM durante un año. Tras el establecimiento previo de las diferentes fases del proceso de donación, se estudia hasta qué fase llega cada fallecido en situación de ME de CLM, para poder determinar las causas por las cuales donantes potenciales no llegan a ser donantes reales de órganos.

Resultados: De los 605 fallecidos en las UC de CLM en el período de un año, 72 lo hicieron en situación de ME (11,9%), y sólo 1 (1,4%) no fue comunicado al Coordinador de Trasplantes (parada cardiorespiratoria). De los 71 casos detectados, 23 (31,9%) fueron descartados como posibles donantes por contraindicaciones médicas (7 por fallo multiorgánico, 4 por enfermedad tumoral maligna, 3 por imposibilidad de mantenimiento, 4 por infecciones activas y 5 por otras contraindicaciones médicas). Finalmente, de los 48 (66,7%) casos restantes no descartados, sólo 22 (30,6%) llegaron a ser donantes reales efectivos, ya que se perdieron otros 26 (36,1%) por las siguientes causas: 5 (6,9%) por problemas de mantenimiento, 2 (2,8%) por no localizar un receptor adecuado y 19 (26,4%) por negativa familiar (14 sin más razón, 2 por negativa previa del donante, 1 por dudas con la integridad del cuerpo, 1 por problemas con el personal sanitario y 1 por causas relictuosas). No fueron causa de pérdida la negativa judicial, la existencia de problemas organizativos ni la no confirmación del diagnóstico legal de ME.

Conclusiones: 1) Para elaborar un programa de mejora en las tasas de donación, es esencial un estudio previo que determine y cuantifique en qué parte del proceso los donantes potenciales de órganos se pierden como donantes reales o efectivos. 2) Las principales causas de pérdida en CLM son las contraindicaciones médicas, las negativas familiares y los problemas de mantenimiento. 3) Se hace necesaria una mayor concienciación social para la donación, así como una mayor formación del personal sanitario en el manejo de la ME. 4) La no comunicación de una ME al Coordinador de Trasplantes o los problemas organizativos son causas excepcionales de pérdida de donantes en CLM.

P250

INCORPORACIÓN DE NEUROCIRUGÍA EN NUESTRA UCI. MODIFICACIONES EN EL CASE-MIX E ÍNDICES DE GRAVEDADL. Servia, M. Badia, J. March, J. Trujillano, D. Campi y P. Martínez
Medicina Intensiva. Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. UdL. Departamento de Ciencias Médicas Básicas.

Objetivo: Evaluar el impacto con la incorporación de Neurocirugía en la UCI de un Hospital de II nivel en su case-mix, demografía e índices de gravedad.

Método: Se estudian los pacientes en dos periodos de tiempo, los años 1999 y 2000 (grupo control) y el año 2001 con Neurocirugía. Se recoge de forma prospectiva variables demográficas, de evolución, índice de gravedad (APACHE II, SAPS II y MPM 0-24) y mortalidad. Evaluación de las propiedades de discriminación de los índices mediante el área bajo la curva ROC (ABC) y la calibración con el test de Hosmer-Lemeshow C (HL-C).

Resultados: Los años 1999-2000 incluyen 445 pacientes, en 2001 287 pacientes, con 80 pacientes neuroquirúrgicos (28%) modificando diversos aspectos de nuestra población; disminución de la edad media, descenso de la mortalidad, y alteración de nuestro case-mix, aumentando de forma significativa los pacientes traumáticos (20,4% vs. 34,1%), neurológicos (7,2% vs. 16,4%) y programados (7,4% vs. 10,8%) y disminución de los respiratorios (27,6% vs. 14,3%). Aumento significativo de la estancia media (9 ± 12 días vs. 12,2 ± 17). Descenso significativo del APACHE II (16,1 ± 8 vs. 14,7 ± 7,1) con mejoría en sus propiedades de discriminación con ABC 0,82 (0,78-0,86) vs. 0,86 (0,82-0,91) y calibración con HL-C 61,7 (p > 0,05) vs. 24,5 (p > 0,05).

Conclusiones: La incorporación del paciente neuroquirúrgico ha modificado nuestro case-mix haciéndonos más polivalentes aunque también desplazando otras patologías. Mejoría de los sistemas de predicción acercando nuestra serie a las utilizadas para el desarrollo de los modelos originales.

P251

TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS: ANDALUCÍA 2000-2002

E. Suárez Sánchez, A. Caballero Oliver, I. Pérez Torres, C. Gallardo Ballester, M. Ledesma Mesa y F. Murillo Cabezas

Servicio Andaluz de Salud. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, Sevilla. Servicio Provincial 061. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Córdoba.

Objetivos: Conocer la situación de la Red de Transporte de Pacientes Críticos (RTPC) en Andalucía: su demanda asistencial, casuística y calidad de la atención.

Métodos: Estudio descriptivo de la actividad de la RTPC durante los años 2000, 2001 y 2002. Se consideran las siguientes variables recogidas por el sistema SICOM de los Centros Coordinadores provinciales: 1) Traslados totales; 2) Traslados terrestres y aéreos; 3) Traslados urbanos, intraprovinciales, interprovinciales o extracomunitarios; 4) Grado de codificación diagnóstica (CIE-9); 5) Gravedad de los pacientes; 6) Tiempo Medio de Respuesta (TMR), y 7) Tiempo Medio de Ocupación (TMO).

Resultados: Los principales son, respectivamente para 2000, 2001 y 2002: 1) Total Traslados: 5.212; 6.080, y 6.032. 2) Tr. Terrestres/Aéreos: 5.136/76; 6.006/74, y 5.950/82. 3) Tr. Urbanos: 3.416; 3.770, y 3.688. 4) Tr. Intraprovinc.: 1.242; 1628, y 1566. 5) Tr. Interprovinciales: 519; 652, y 742. 6) Tr. Extracomunitarios: 35; 30, y 36. 7) Codificación CIE-9: 87,41%; 94,58%, y 93%. 8) Emergencia: 2.336; 2.077, y 2.053. 9) Urgencia: 1.873; 2.390, y 2.320. 10) Demorable: 1.003; 1.358, y 1.542. 11) Diagnóstico más frecuente: IAM; Cateterismo Cardíaco, e IAM. 12) TMR: 23'; 18'17'', y 20'51''. 13) TMO: 124'49''; 131'10'', y 144'33''. No se produjeron reclamaciones ni accidentes de tráfico.

Conclusiones: Los traslados se han estabilizado en unos 6.000 anuales. Predomina la patología cardíaca. El TMR y otros indicadores revelan una buena calidad de la atención prestada.

P252

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA

A. Díaz-Prieto Huidobro, M. Gorriñ Vidal, H. Torrado Santos, E. Ferrero Bayarri y J. Cavanilles Carbajo

Medicina Intensiva. H. Universitario Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La supervivencia de los pacientes críticos que requieren ventilación mecánica (VM) prolongada ha mejorado en las últimas décadas, pero poco se conoce del resultado a largo plazo.

Objetivo: Comparar la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes sometidos a VM prolongada con la del resto de los pacientes críticos.

Método: Estudio de cohorte de 365 pacientes críticos supervivientes dados de alta del hospital en los que analizó la CVRS mediante el cuestionario Euroqol 5D (EQ-5D). Se establecieron 2 grupos según los pacientes hubieran sido sometidos a más de 20 días consecutivos de ventilación mecánica o no.

Resultados: 48 (13%) pacientes recibieron más de 20 días de VM. Al año habían fallecido 6 (12%) mientras del resto de los pacientes (n = 292) habían fallecido 25 (8%). Entre las variables al ingreso hallamos diferencias entre ambos grupos en el SAPS II (38,3 + 1,4 frente a 27,9 + 0,8; p < 0,001) y cociente PO₂/FiO₂ (196 + 11 frente a 256 + 5; p < 0,001). No hallamos diferencias en la edad, el sexo, en los valores medios de la EVA y de las dimensiones del EQ-5D previas al proceso crítico. Al comparar la CVRS al año de ambos grupos, hallamos que el grupo sometido a VM prolongada tenía unos porcentajes de pacientes con problemas superiores en todas las dimensiones del EQ-5D, siendo todas las diferencias estadísticamente significativas. La EVA de estos pacientes era de 56,1 + 4,1 frente a 70,9 + 1,2 del resto (p < 0,001).

Conclusión: Los pacientes sometidos a VM prolongada tienen una CVRS al año mucho peor que el resto de los pacientes críticos.