

XXXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SEMICYUC

Lunes 13 de mayo

Sesión temática

12:00 h - Sala Itálica	
Respiratorio: ventilación mecánica	1-4
12:00 h - Sala Bahía	
Infecciones bacterianas	5-8
12:00 h - Sala Marismas	
Empleo de recursos en Medicina Intensiva	15-18

Comunicaciones orales

16:00 h - Sala Albaicín	
Infecciosas I	23-28 bis
16:00 h - Sala Itálica	
Bases moleculares del síndrome coronario agudo	29-34
16:00 h - Sala Bahía	
Ventilación no invasiva - EPOC, extubación	9-14

16:00 h - Sala Ronda	
Neurotrauma	35-40
16:00 h - Sala Marismas	
Hemofiltración - Nutrición	19-22

Pósters

Postoperatorio de cirugía cardíaca y vascular	41-60
Neurotrauma - Donación de órganos	61-79
SDRA - Traqueostomía	80-97
FMO. Meningitis y otra patología infecciosa	98-110
Antibioticoterapia y neumonía asociada a ventilación mecánica	111-124
Bacteriemia - Infección por catéter - Otras infecciones	125-142
Neurointensivismo	143-152

Respiratorio: ventilación mecánica 001

002

PREVENCIÓN DE LA LESIÓN DE REIMPLANTACIÓN EN EL TRASPLANTE PULMONAR. ESTUDIO PROSPECTIVO Y RANDOMIZADO CON ÓXIDO NÍTRICO INHALADO

R. Anglès, L. Tenorio, J. Sabater, J.R. Masclans y F.J. de Latorre
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La lesión de reimplantación (LIR) en el trasplante bipulmonar (TxP) es un fenómeno que condiciona una ventilación mecánica (VM) y una estancia en UCI más prolongada. El óxido nítrico inhalado (ONi) mejora la evolución de los pacientes con LRI. Realizamos un estudio prospectivo y randomizado para valorar la disminución de la incidencia de LIR con la administración de ONi antes de la reperfusión pulmonar.

Material y método: Se estudiaron 25 pacientes sometidos a TxP des de abr-98 a ene-01. Se asignaron los pacientes de forma randomizada y aleatoria a uno de los dos grupos: G.ONi o G. control. En los pacientes del G.ONi se administró ONi desde el momento de la reperfusión del primer injerto pulmonar. En el G. control no se administró ONi excepto si el clínico lo consideró indicado. De los pacientes se recogieron los datos previos al trasplante como enfermedad de base, edad, función cardíaca, pruebas funcionales respiratorias, presión de arteria pulmonar (PAPM), necesidad de circulación extracorpórea durante la cirugía (CEC) y duración de la cirugía. Posteriormente se obtuvo el cociente PaO₂/FiO₂ y PAPM al ingreso, 24 y 48 h, incidencia de LRI y periodo de hipoxemia (Tiempo hasta que se redujo la FiO₂ a 0,3), duración de la VM, tiempo de estancia en UCI y mortalidad. Se utilizó el test de Mann-Whitney, Fisher y Pearson.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en las características basales de ambos grupos. La incidencia de LRI fue superior en el G.ONi (42% vs 23%), así como la duración de la VM (31 vs 10 días), aunque sin significación estadística. La duración de la hipoxemia fue significativamente superior en el G.ONi que en el G. control (17 vs 3 días) con una p de 0,007.

Conclusiones: La aplicación de ONi en la fase de reperfusión pulmonar no disminuye la incidencia de LIR en el postoperatorio inmediato del trasplante pulmonar e incluso aumenta la duración de la hipoxemia en nuestros pacientes.

OSCILACIONES DE PVC DURANTE EL CICLO RESPIRATORIO. SEMEJANZA CON PRESIÓN ESOFÁGICA Y UTILIDAD PARA ESTIMAR ESFUERZO INSPIRATORIO

J.M. Serrano Simón, M. Rodríguez Delgado*, P. Lara, R. Toro, F. Soriano y C. Fuente

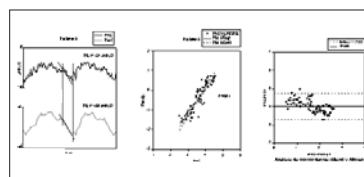
Servicios de Medicina Intensiva *HURS, H. Infanta Margarita Cabra. Córdoba.

Introducción: Las fluctuaciones en la Presión Venosa Central (PVC) y Presión esofágica (Pesf) durante el ciclo respiratorio reflejan cambios en la presión intratorácica. Mediante Pesf podemos estimar parámetros de actividad neuromuscular (P0,1), así como de esfuerzo (PTI, PTP) y trabajo respiratorio. Su medición es técnicamente compleja y de uso poco frecuente.

Objetivo: Evaluar la concordancia entre las fluctuaciones de PVC vs. Pesf durante el ciclo respiratorio en la retirada de la ventilación mecánica.

Método: Hemos monitorizado y registrado simultáneamente PVC vs Pesf en 5 pacientes con fallo respiratorio agudo, en fase de retirada de ventilación mecánica en modo de Presión de soporte. El rango de las PVC oscilaba entre 5-11 cmH₂O. Para la medición de la Pesf se utilizó transductor de presión diferencial Validyne, y para las presiones vasculares un transductor vascular standard. Los transductores se calibraron a 20 cm H₂O con manómetro de agua. Las señales se amplificaron mediante circuito electrónico personal. Se muestrearon a 100 Hz; se digitalizaron y registraron con software NI-DAQ (National Instrument). Se realizaron 5 registros por paciente. La correlación entre los trazados de PVC y Pesf, así como de la P0,1 durante maniobra de oclusión, se obtuvo con análisis de regresión lineal simple. La concordancia PVC vs Pesf se establece mediante análisis de Bland-Altman.

Resultados:



Conclusiones: Para propósitos prácticos, en pacientes con nivel de PVC normal y en fase de retirada de ventilación mecánica, las fluctuaciones en la PVC durante el ciclo respiratorio pueden ser utilizadas para estimar el esfuerzo inspiratorio.

003

FACTORES PRONÓSTICOS PRECOCES EN VENTILACIÓN MECÁNICA

I. Macías Guarasa, F. Manzano Manzano, M.E. Yuste Ossorio, M.J. Chavero, R. Rivera, A. García Horcajadas y E. Fernández Mondéjar
Servicios de Cuidados Críticos y Reanimación de la provincia de Granada. Hospital Clínico Universitario. Hospital Virgen de las Nieves. Hospital Baza. Hospital Motril.

Objetivo: Conocer los factores pronósticos precoces que se relacionan con los resultados en los pacientes con ventilación mecánica (VM) ≥ 24 horas.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo de pacientes ≥ 14 años admitidos en UCI y Reanimación durante un período de 5 meses en 5 hospitales de Granada. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, procedencia, comorbilidad, APACHE III, LIS, SOFA score, causa de inicio VM, duración de VM, estancia y mortalidad en UCI y hospitalaria y otras. El impacto de las variables pronosticas en los resultados fue testado por análisis univariante y multivariante con regresión logística.

Resultados: De los 1.563 pacientes admitidos durante el periodo de estudio, se incluyeron 299 pacientes (19%) que recibieron ventilación mecánica ≥ 24 horas. La mortalidad en UCI y hospitalaria fue del 47 y 54 % respectivamente. La duración mediana de la VM fue de 5 ± 13 días, del que el 20% se empleo en la liberación del respirador. Los fallecidos ($n = 153$) presentaban mayor edad ($64 \pm 15,33$ vs 55 ± 18 $p < 0,001$), mayor gravedad medida por APACHE III (80 ± 25 vs 62 ± 25 $p < 0,001$), peor LIS evolutivo ($2,29 \pm 0,86$ vs $1,88 \pm 0,80$ $p < 0,001$), mayor SOFA 1º día ($9,14 \pm 3,27$ vs $7,52 \pm 3,05$ $p < 0,001$), presencia de neoplasia (OR 4,56 IC 95% 1,50-13,85), SDRA (OR 2,49 IC 95% 1,42-4,36), Shock séptico (OR 7,34 IC 95% 3,74-14,42), HDA (OR 5,0 IC 95% 1,41-17,66), fracaso renal agudo (OR 9,30 IC 95% 4,76-18,21).

El análisis multivariante con regresión logística muestra que la mortalidad se relaciona con la edad (OR 1,02), APACHE III (OR 1,02), y LIS (OR 1,62).

Conclusiones: La edad, la gravedad de la enfermedad y el grado de lesión pulmonar son los condicionantes pronósticos en estos pacientes.

004

REINTUBACIÓN Y TRAQUEOSTOMÍA EN PACIENTES NEUROLÓGICOS

F. Guerrero López, M.E. Herrera Gutiérrez, E. Fernández Mondéjar, M. Lebrón Gallardo, F. Manzano Manzano y R. de la Chica Ruiz-Ruano
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos: Analizar el manejo de la vía aérea de los pacientes neurológicos que requieren ventilación mecánica (VM) en UCI y los factores que determinan la necesidad de reintubación y/o traqueostomía.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de cohortes realizado en dos hospitales de referencia neuroquirúrgica desde octubre de 2000 a 31-12-01. Se incluyen todos los pacientes consecutivos que han requerido VM durante su estancia en UCI por bajo nivel de conciencia. Como variables dependientes la incidencia de reintubación y traqueostomía y como independientes y de control variables demográficas, diagnóstico neurológico, gravedad inicial, nivel de conciencia y estado de oxigenación al momento de la extubación. Estadística descriptiva básica, análisis bivariante con t de Student y Ji cuadrado y regresión logística.

Resultados: Durante el período de estudio se han cerrado 367 casos de pacientes ingresados, de los que 178 (48,5%) han requerido más de 48 horas de intubación traqueal. De ellos, 113 se extubaron requiriendo reintubación 36 (31,9%). Los pacientes reintubados tenían peor relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ pre y post-extubación que los no reintubados ($p < 0,05$); no se obtuvieron diferencias en otras variables cualitativas ni cuantitativas. En regresión logística, ni el estado de oxigenación ni la puntuación de la escala de coma de Glasgow (GCS) pre-extubación entran en el modelo explicativo. Cuarenta pacientes (22,5%) requirieron traqueostomía, 18 tras una extubación fallida y 22 de forma primaria por no alcanzar criterios de extubación.

Conclusiones: Los pacientes neurológicos que requieren VM tienen una elevada incidencia de fracasos de extubación y de necesidad de traqueostomía. Ni el nivel de conciencia (GCS) ni el estado de oxigenación pre-extubación son factores predictores del fracaso de extubación.

FIS 00/0729