

## RCP - Trasplante y miscelánea cardiovascular

269

## SUPERVIVENCIA AL AÑO DE LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA REANIMADA POR EL 061 EN LUGO

A. Garrote, M. Freire, M.C. López, J. Castro y R. Rasines  
Fundación pública 061- Urgencias Sanitarias de Galicia.

**Objetivos:** analizar la supervivencia al año de las paradas cardíacas extrahospitalarias (PCRE) atendidas por la UVI Móvil del 061 – Urgencias Sanitarias de Galicia en la provincia de Lugo.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo. Población: PCRE en la provincia de Lugo susceptibles de reanimación, realizada por la UVI móvil del 061. Recogida de datos: Estilo Utstein. Encuesta telefónica y recogida personal de datos en el Hospital de referencia al año. Utilizamos las Categorías de Glasgow – Pittsburgh de función general y función cerebral.

**Resultados:** Total: 53 en 19 meses. Ritmo inicial registrado: Fibrilación ventricular (FV): 21 (39,6%); asistolia: 19 (35,8%); Taquicardia ventricular (TV): 2 (3,77%); Otros: 10 (18%). Reanimación de testigo: No: 30 (73,58%). Si: 14 (26,4%). Estado en el punto: Muerte: 32 (60,37%). Recuperación de circulación: 19 (35,84%). Continuación de RCP: 2 (3,77%). Estado a la llegada al Hospital: Recuperación de la Circulación: 18 (33,96%). Continuación de RCP: 3 (5,66%). Estado a 24 h: Muerte 4 (7,54%). Ingreso UCI: 16 (30,18%). Estado al alta: Muerte 6 (11,32%). Vivos: 10 (18,86%). Estado al año: Muertos: 3 (5,66%). Vivos: 7 (13,20%). Incapacidad moderada: 1. Buen estado general: 6. Ritmo inicial: asistolia en 2. FV: 5. RCP por testigo en 5, todos FV, No RCP testigo: 2, eran asistolia.

**Conclusiones:** Supervivencia al año es de un 13%, la mayoría son FV en que se hizo RCP por testigo. Concuerta, o incluso es un poco superior, a la de las series publicadas.

271

## ESLABONES DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA EN ANDALUCÍA

M.D. León Miranda, C. Martín Castro, F.J. Gómez Jiménez, D.P. Cárdenas Cruz y F.M. Parrilla Ruiz

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

**Objetivo:** Analizar los eslabones de la cadena de supervivencia en la parada cardiorrespiratoria de origen extrahospitalario (PCRE) atendida por los equipos de Emergencias del 061 en Andalucía así como analizar la influencia en la supervivencia y mortalidad de los pacientes.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo desde enero de 1998 hasta diciembre de 1999 de 1950 PCRE atendidas por los equipos de emergencias del 061. Se ha tomado como variables independientes (predictoras) las definidas en el estilo Utstein y como variable dependiente (resultado) la mortalidad extrahospitalaria. En el análisis estadístico se ha utilizado el test de la “Chi-cuadrado” para variables categóricas y la “T de Student” para las continuas, considerando que había significación estadística cuando el error alfa era  $< 0,05$ .

**Resultados:** Incidencia de PCRE: 27 /100.000 habitantes. Tras la asistencia del equipo de emergencias el 24,95% de los pacientes ingresan vivos en el hospital. Las variables incluidas en análisis univariante ( $p < 0,05$ ) fueron: PCR presencia y por quien la presenció, RCP previa a la llegada del equipo de emergencias, RCP previa eficaz y por quien la realizó, ritmo inicial, localización, medidas realizadas por el equipo de emergencias.

**Conclusiones:** 1) La incidencia de las PCRE atendidas por los equipos de emergencias del 061 en Andalucía es igual a la encontrada en España pero inferior a la internacional. 2) Es necesario reforzar los dos primeros eslabones de la cadena de supervivencia en Andalucía por la presencia de una escasa supervivencia que se relaciona con: escaso acceso precoz al sistema, RCP básica previa y RCP previa eficaz. 3) La intervención de los equipos de emergencias aumenta la supervivencia en función de la realización de desfibrilación precoz, menor número de desfibrilaciones y minuto de inicio de las técnicas.

270

## DIFERENCIAS SEGÚN LA LOCALIZACIÓN EXTRA O INTRA-HOSPITALARIA DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

M.J. Chavero, C. Martín-Castro\*, E. Gil Piñero\*, R. de la Chica, M. Colmenero, M. Rodríguez Elvira

\*EPES-061. Granada. SCCyU Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivo:** Describir las características de dos cohortes de pacientes en relación a los episodios de parada cardiorrespiratoria (PCR) y los resultados de las maniobras de soporte vital (SV) de las PCR que suceden en los ámbitos extra e intra-hospitalarios

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de cohortes durante un periodo de un año. Se incluyeron todas las PCR que se siguieron de maniobras de SV. Se registraron, según el estilo Utstein, variables demográficas, comorbilidades, lugar y origen de la PCR, ritmo eléctrico, tiempos de respuesta y resultados (incluyendo mortalidad y estado funcional general y cerebral). Se expresan los resultados como mediana o porcentajes, según el tipo de variable. Se comparan mediante t-student o chi-cuadrado, considerándose una  $p < 0,05$  significativa.

**Resultados:** Se registraron 178 episodios de PCR extrahospitalarias y 90 hospitalarias. La edad mediana fue de 61 vs 68 años, con un 73% vs 57,8% de varones. De origen cardiológico fue el 88% vs 64,4%. Como fibrilación ventricular se presentó el 4% vs el 30% ( $p < 0,05$ ). Hasta las maniobras de SVA transcurrieron una mediana de 10 vs 2,1 minutos ( $p < 0,05$ ). La supervivencia fue del 6,5% y 25,6% ( $p < 0,05$ ) respectivamente, con el 90 y 86,3% de supervivientes en categoría funcional general y cerebral (OPC/CPC) óptima.

**Conclusiones:** Las principales diferencias entre las PCR extra e intrahospitalarias en nuestro medio se relacionan con el ritmo inicial y los tiempos de respuesta hasta SVA, aunque con aceptables tasas de supervivencia y con la gran mayoría de éstos en buena situación general y cerebral.

\*El estudio se enmarca en el Proyecto de Análisis de la Reanimación Cardiopulmonar (PARCA), con los datos del HUVN y el S.P.061 de Granada.

272

## CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

R. de la Chica, M.J. Chavero, M. Colmenero, J. Machado, F. Pino y M. Rodríguez Elvira

SCCyU. Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes, del episodio de parada cardiorrespiratoria (PCR) y los resultados de las maniobras de soporte vital (SV) de las PCR que suceden en el ámbito hospitalario.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo durante un periodo de un año. Se incluyeron todas las PCR que se siguieron de maniobras de SV. Se excluyeron las ocurridas en quirófanos y sala de reanimación de anestesia. Se registraron según el estilo Utstein variables demográficas, comorbilidades, lugar y origen de la PCR, ritmo eléctrico, tiempos de respuesta y resultados. Estos incluyen mortalidad y estado funcional cerebral y general, según las escalas CPC (Cerebral Performance Category) y OPC (Outcome Performance Category). Se expresan los resultados como mediana ó porcentajes, según el tipo de variable.

**Resultados:** Se recogieron 90 episodios de PCR. 30 se produjeron en la Urgencias, 30 en la UMI y 30 en otras dependencias del hospital. La edad mediana fue de 68 años y un 57,8% fueron varones. De origen cardiológico fue el 64,4%. El 30% se presentó como fibrilación ventricular. Hasta las maniobras de SV avanzado transcurrieron una mediana de 2,1 minutos. La supervivencia fue del 25,6%, con el 86,3% en categoría funcional general y cerebral óptima (categoría 1).

**Conclusiones:** En nuestro centro existe una tasa de supervivencia de la PCR acorde con la literatura, en relación con el origen preferentemente cardiológico, en ritmo de FV y con tiempos de respuesta cortos, con la gran mayoría de los supervivientes en buena situación general y cerebral.

\*El estudio se enmarca en el Proyecto de Análisis de la Reanimación Cardiopulmonar (PARCA), con los datos correspondientes al HUVN.

273

275

**FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA (PCRE)**

A. Cárdenas Cruz, M.D. León Miranda, C. Martín Castro, F.J. Gómez Jiménez, D.P. Cárdenas Cruz y M.A. Díaz Castellanos

*Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.***Objetivo:** Determinar y analizar los factores pronósticos de mortalidad en las PCRE atendidas por los equipos de emergencias del 061 en Andalucía.**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo desde enero de 1998 hasta diciembre de 1999 de 1950 PCRE atendidas por los equipos de emergencias del 061 de Andalucía. Se han tomado como variables independientes (predictoras) las definidas en el estilo Utstein y como variable dependiente (resultado) la mortalidad extrahospitalaria. En el análisis estadístico se ha utilizado el Test de la "Chi-Cuadrado" para variables categóricas y la T de Student para las continuas, considerando que había significación estadística cuando el error alta era menos de 0,05. Se ha realizado un modelo multivariado mediante regresión logística para identificar los factores que nos podían predecir mejor la mortalidad en PCRE.**Resultados:** La incidencia de PCRE fue de 27/100.000 Habitantes. Tras la asistencia por el equipo de emergencias el 24,95% de los pacientes ingresaron vivos en el hospital. Se ha encontrado que había una relación estadísticamente significativa entre la mortalidad y cada una de las siguientes variables predictoras: edad, sexo, antecedentes, situación clínica previa, GCS, pulso inicial, ritmo inicial, lugar, PCR presenciada, etiología de la PCR, existencia de RCP previa, persona que realiza la RCP previa, medidas realizadas por el equipo de emergencias y tiempos de actuación. Nuestro modelo ha incluido como factores pronósticos de mortalidad: desfibrilación, número de desfibrilaciones, OPC previa, lugar de la PCRE.**Conclusiones:** La desfibrilación previa, la OPC previa, el lugar donde ocurre la PCR y el minutos en el que se inicia el masaje cardíaco son los factores que más influyen en la mortalidad de la PCR extrahospitalaria.**TAPONAMIENTO MEDIASTÍNICO DE ORIGEN ABDOMINAL**

J. Ortega Carnicer, M.J. Blanco de la Rubia, F. Ruiz Lorenzo, M.D. Sánchez de la Nieta y L. Porras Leal

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Alarcos. Ciudad Real.***Introducción:** Se presentan cinco pacientes (P) con TM secundario a hernias diafragmáticas (HD) a tensión y síndromes compartimentales abdominales (SCA) por neumoperitoneo masivo.**Observaciones clínicas:** Cinco P con las características expuestas en la Tabla tuvieron un TM (ingurgitación yugular e hipotensión arterial). Los P con HD tuvieron un desplazamiento de los latidos cardíacos a la derecha e hipoventilación pulmonar izquierda y la Rx de tórax mostró desplazamiento mediastínico a la derecha. El P2 tuvo un vólvulo gástrico a tensión (simulando una pseudocardiomegalia) y la colocación de una sonda nasogástrica tuvo efectos diagnóstico-terapéuticos. Los P con SCA tuvieron dificultad ventilatoria debido a un SCA por perforación visceral; la Rx y TC abdominales revelaron una centralización hepática. Todos los P necesitaron cirugía y, los P con SCA, punción evacuadora. Dos P requirieron técnicas de resucitación. Los P3 y P5 fallecieron por problemas ajenos al TM.

Caso	Edad/Sexo	Enfermedad base	Causa	Tratamiento
P1	28/H	Parto vaginal	HD	IQ
P2	43/V	Nissen laparoscópico	HD	SNG, IQ
P3	51/H	Trauma tórax	HD	RCP, IQ
P4	43/H	Perforación gástrica	SCA	RCP, Punción, IQ
P5	57/H	Perforación ciego	SCA	Punción, IQ

SNG: Sonda nasogástrica; RCP: resucitación; IQ: Intervención quirúrgica

**Conclusiones:** El TM de origen abdominal se debe a un compromiso de espacio intratorácico, causado por las vísceras abdominales herniadas o por la elevación diafragmática secundaria a un SCA, que origina una disminución del retorno venoso y una limitación de la expansión cardiopulmonar.

274

276

**LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DESDE EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO A LA UCI**

M. Montoya García, S. Martínez Porcel, F.A. Ortega Castelló y H. Fornieles EPES-«061» y Servicio de CC y U del Hospital Torrecárdenas. Almería.

**Introducción:** queremos saber como ha afectado la introducción del Servicio «061», a los pacientes atendidos por parada cardíaca extrahospitalaria, que llegan a una UCI. **Método:** análisis retrospectivo de la base de datos de la UCI que se confecciona con los datos del alta (o de la epícrisis) y en ella figura la procedencia del paciente, motivo de ingreso, diagnósticos, APACHE-II, etc. Solo se analizan pacientes que provienen del medio extrahospitalario. El estudio es descriptivo y las comparaciones se hacen con el test de la "t de student".**Resultados:** a la izquierda los datos previos a la instauración del «061», y a la derecha los datos posteriores. La columna "vivos" hace referencia a los pacientes que fueron dados de alta de la UCI con vida. No se dispone de datos de supervivencia posterior ni de secuelas neurológicas.**Datos antes del «061»**

Año	Ingresos	RCP	Vivos
1993	584	12	8
1994	615	20	7
1995	585	27	9
Total	1784	59	24

Los ingresos por RCP suponen un 3,3%, con una supervivencia del 40,7%.

**Datos después del «061»**

Año	Ingresos.	Ingres.061	Ingre.RCP	RCP 061	Vivos
1996	757	184	34	16	16
1997	613	182	25	18	13
1998	494	162	30	13	14
1999	503	166	29	20	8
2000	506	193	27	19	14
2001	502	165	34	22	16
Total	3375	1052	179	108	81

Los ingresos por RCP suponen un 5,3%, de ellos el 60% provienen del «061». La supervivencia es del 42,6%.

**Conclusiones:** la introducción del «061» supone un ligero aumento del nº de ingresos por RCP prehospitalaria en la UCI (p = 0,0004), manteniendo una parecida tasa de supervivencia (p = 0,53).**DISECCIÓN DE AORTA: MORBI-MORTALIDAD**

F. Mosteiro, G. Añel, P. Rascado, A. Otero, J.M. López, S. Fojón y J. García-Pardo

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.***Objetivos:** Análisis de la morbi-mortalidad de la disección de aorta (DA) en nuestro hospital.**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de las DA ingresadas entre ene-98 y abr-01. Se recogen variables clínico-epidemiológicas, complicaciones y mortalidad.**Resultados:** 45 pacientes (28 DA tipo A, 17 tipo B). Edad media de 63 años. El 59,6% tenían HTA conocida. Forma de presentación: dolor torácico (66%), de espalda (36%), abdominal (29%) y shock (19%). La DA tipo A presenta mayor frecuencia de dolor torácico (p < 0,02), en la B el dolor abdominal fue más prevalente (p < 0,04). Se realizó para el diagnóstico: TAC (61,7%) y ecocardiografía (29,6%). Se intervino a 28 pacientes (59,6%), 20 tipo A y 8 tipo B. Complicaciones: Insuficiencia aórtica (40,3%), hemopericardio (38,3%). Mortalidad: 44% en la tipo A (35% de las operadas y 75% de las no operadas) y 40% en la tipo B (50% de las operadas). La causa más frecuente de muerte en la tipo A fue el taponamiento y en la B el fracaso multiorgánico. Se asociaron con mortalidad (p < 0,05): dolor abdominal y shock.**Conclusiones:** La DA es una patología con una alta morbi-mortalidad. La mortalidad de la DA tipo A es mayor sin cirugía.

**ALTERACIÓN DE LA RELAJACIÓN EN EL CORAZÓN DEL ENFERMO CRÍTICO**

A. Canabal Berlanga, D. Cabestrero Alonso, S. Sáez Noguero, C. Martín Parra y M. Rodríguez Blanco

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Provincial de la Misericordia. Toledo.*

**Introducción:** La alteración de la relajación es un hallazgo frecuente en el paciente crítico, su conocimiento puede en determinadas situaciones cambiar la actitud terapéutica, condicionando la utilización de fármacos vasoactivos o precarga.

**Método:** A raíz de un estudio previo en el que se obtuvo un alto índice de esta alteración, se registraron 93 ecocardiogramas a enfermos ingresados en la Unidad desde febrero del 2001 analizando el flujo diastólico mitral, el Tiempo de relajación isovolumétrica y el flujo en venas pulmonares. Con este análisis encuadramos el flujo diastólico mitral en normal, Pseudonormal, relajación inadecuada o restrictivo, o no valorable por las características del estudio. Estudiamos en este grupo: estancia media, APACHE II, edad, diagnósticos principales y evolución.

**Resultados:** Se incluyeron 93 pacientes; 65 hombres y 28 mujeres, con una edad media de 71,27 años, APACHE II medio de 12, y estancia media de 6 días. El diagnóstico principal más frecuente fue el Infarto agudo de Miocardio 47 casos, siendo el resto un amplio abanico de patologías con poca incidencia para cada una de ellas. El patrón de flujo mitral fue el siguiente: no valorable 14, normal en 27, restrictivo 3, Pseudonormal 9, relajación inadecuada 40. Entre las complicaciones más frecuentes recogidas se señalan: angina 42 casos, arritmias 47 casos, Hipertensión 4, shock cardiogénico 7, shock séptico en 4, neumonía 6, insuficiencia respiratoria en 19, SIRS 4, sepsis 4. Del total de los 93 enfermos, la evolución final fue la siguiente: 3 fueron dados de alta a domicilio, 2 fallecieron, 18 fueron derivados a otro centro, 69 dados de alta a la planta.

**Conclusiones:** La alteración de la relajación en el enfermo ingresado en la UCI es frecuente y puede estar en relación a varios factores principales como son la presencia de cardiopatía, descarga de catecolaminas y stress, alteración metabolismo celular, etc. su detección puede condicionar la actitud terapéutica.

**COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO. FACTORES DE RIESGO**

A. García Campoy, R. Jiménez Gómez, J.A. Fernández Lozano y A. Martínez Pellús

*UCI. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción:** Por su complejidad el trasplante hepático (TH) es el más frecuentemente asistido en las unidades de cuidados intensivos. Las infecciones son frecuentes en el TH en relación con factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos.

**Material y métodos:** Se revisan de forma retrospectiva 113 TH realizados en nuestro hospital en los últimos 3 años. Se analizan los episodios infecciosos, su localización y etiología, y se relacionan con variables demográficas, motivo de TH, alcoholismo, APACHE II al ingreso, necesidad de reintervención inmediata, rechazo agudo, necesidad de ventilación mecánica (VM) no anestésica y tipo de inmunosupresión.

**Resultados:** En 16 pacientes (14%) se diagnosticaron 45 episodios infecciosos (3 neumonías asociadas a VM, 4 traqueobronquitis, 13 bacteriemias primarias, 15 infecciones de catéter venoso central, 3 peritonitis, 2 infecciones de herida quirúrgica y 5 bacteriemias secundarias). El 57% de las infecciones se debieron a cocos grampositivos, el 37% a BGNA, 5% a hongos y 1% a virus. De los factores de riesgo analizados, la infección se asoció a APACHE II más alto al ingreso ( $p = 0,007$ ), más días de sonda vesical, de catéter venoso central y de VM no anestésica ( $p = 0,001$ ,  $p = 0,001$ ,  $p = 0,0001$  respectivamente), fallo hepático agudo como causa del TH ( $p = 0,01$ ) y cirugía urgente postrasplante ( $p < 0,0001$ ). No fueron significativos el sexo, edad, presencia de hepatocarcinoma y alcoholismo asociados, tipo de inmunosupresión o presencia de rechazo agudo. La estancia total en UCI y la mortalidad fue significativamente mayor en los infectados ( $p < 0,001$  y  $p < 0,0001$  respectivamente).

**Conclusiones:** El TH presenta una incidencia de infección similar y con los mismos patógenos que otros pacientes críticos postquirúrgicos en UCI. El fallo hepático, la gravedad pronóstica al ingreso, y la necesidad de reintervención y de VM prolongada se asociaron con infección. La infección fue un factor de riesgo independiente para la mortalidad.

**UN NUEVO SÍNDROME EN EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO NO CARDIOLÓGICO: DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA REVERSIBLE**

M. Ruiz Bailén, M.A. Díaz Castellanos, A. Cárdenas Cruz, A. López Martínez, E. Aguayo de Hoyos y J. Peinado

*UCI. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.*

**Objetivo:** La disfunción miocárdica reversible (DMR) es bien conocida ante el síndrome coronario agudo. Recientemente ha sido anecdóticamente descrita ante pacientes críticamente enfermos sin cardiopatía isquémica. El objetivo de este trabajo es investigar la posible existencia de DMR sobre pacientes críticos sin patología cardiovascular aguda o previa.

**Metodología:** Estudio descriptivo realizado prospectivamente, durante marzo de 1998 hasta marzo de 2001. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI con patología crítica no cardiovascular, y sin antecedentes previos cardíacos. Se determinó mediante ecocardiografía la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y los trastornos de contractilidad segmentaria. También fue estudiado el electrocardiograma. La evaluación fue realizada en las primeras 24 horas del ingreso, en la primera semana, entre la segunda y tercera semana, al mes, y entre los 3 y 6 meses.

**Resultados:** Durante dicho período ingresaron 1.160 pacientes sin patología cardiovascular. De ellos 35 sufrieron DMR, su edad media fue de  $60,21 \pm 14,96$  años. Fallecieron 7 pacientes. La FEVI inicial fue  $0,36 \pm 0,09$ , en estos pacientes se observaron trastornos de contractilidad segmentaria y cambios electrocardiográficos, hallazgos que se normalizaron totalmente en los pacientes supervivientes.

**Conclusiones:** En nuestro medio se observa un nuevo síndrome, de DMR, que podría aparecer en el contexto de pacientes críticamente enfermos sin patología primaria cardíaca. Dicho síndrome cursa con disfunción sistólica, trastornos de contractilidad segmentaria y cambios electrocardiográficos. Esta disfunción es totalmente reversible en los pacientes supervivientes. Aunque podría inferirse que podría empeorar la evolución, no se conoce cómo podría modificar el pronóstico de la patología primaria. Tampoco se conoce su etiopatogenia, pudiendo obedecer este síndrome a una respuesta a la fisiopatología propia e inherente del paciente crítico.

**PREDICCIÓN DE LA RESPUESTA CARDÍACA AL APORTE DE VOLUMEN EN EL PACIENTE CRÍTICO. RESULTADOS PRELIMINARES**

A. Ochagavía, F. Baigorri, P. Saura, D. Mendoza y A. Artigas

*Centro de Críticos. Hospital de Sabadell. Sabadell. Barcelona.*

**Objetivos:** 1) Determinar si las variaciones de la presión arterial (PA) durante el ciclo respiratorio mecánico (VM) predice mejor la respuesta al aporte de volumen que las presiones intravasculares y los volúmenes de ventrículo derecho determinados mediante cateterismo de arteria pulmonar (CAP). 2) Comparar estos resultados con el análisis de las oscilaciones de la señal pletismográfica de la pulsioximetría.

**Métodos:** se han estudiado 16 pacientes críticos en VM y en ritmo sinusal con CAP y a los que su médico indicó aporte de volumen. Se administraron 500 ml de coloide. Inmediatamente antes y 30 minutos después, se determinó la presión auricular derecha (PAD), presión arterial pulmonar (PAP), presión de oclusión de la arteria pulmonar (POAP), gasto e índice cardíaco (GC, IC), índice de volumen telediastólico de ventrículo derecho (ITDVD), variación sistólica de presión (VSP) con su componente ddown (dd), la variación porcentual de la presión de pulso ( $\Delta PP\%$ ) y variación porcentual de la amplitud de la señal pletismográfica de la pulsioximetría ( $\Delta P_{plet}\%$ ). Se analizaron las diferencias de estos parámetros entre los pacientes respondedores (incremento IC  $\geq 15\%$ ) y no respondedores (incremento IC  $< 15\%$ ) al volumen (prueba de Mann-Whitney) y el valor predictivo de estos parámetros (curvas ROC).

**Resultados:** De los 16 pacientes estudiados, 4 fueron respondedores y 12 no respondedores. No se han encontrado diferencias significativas en ninguno de los parámetros estudiados en ambos grupos aunque el ITDVD se acerca a la significación estadística ( $p = 0,071$ ).

**Conclusiones:** En las condiciones de nuestro estudio preliminar, el análisis de las variaciones de la presión arterial en pacientes ventilados mecánicamente no predice mejor la respuesta al volumen que los parámetros hemodinámicos convencionales.

Proyecto financiado por beca del CIR del Hospital de Sabadell. Convocatoria 2001.

281

**RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LA IMAGEN CORPORAL Y EL TIPO DE PENSAMIENTOS EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS**

M.A. Pérez San Gregorio\*, A. Martín Rodríguez\*, E. Asián Chaves\*\*, E. Correa Chamorro\*\* y J. Pérez Bernal\*\*

\*Facultad de Psicología; \*\*H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** La percepción que los pacientes trasplantados tienen de su imagen corporal (“¿cómo me percibo, siento y comporto físicamente?”) es una variable clave en la salud mental de éstos. En este sentido, la insatisfacción con la imagen corporal, puede generar diversas alteraciones psicológicas: ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, etc. En todos estas alteraciones subyacen una serie de pensamientos irracionales que, sin duda, las incrementan. Por esta razón, analizamos si existen diferencias en el tipo de pensamientos que tienen los trasplantados con una mala y una buena percepción de su imagen corporal.

**Método:** Estudio retrospectivo, nacional, con una muestra constituida por 54 pacientes (48,1% con una mala percepción de su imagen corporal y 51,9% con una buena percepción de su imagen corporal) que habían sido sometidos a distintos tipos de trasplantes de órganos: riñón (57,4%), hígado (22,2%) y corazón (20,4%). Todos completaron una encuesta psicosocial y dos instrumentos psicológicos: “Escala de Autoconcepto” y “Listado de Pensamientos”.

**Resultados:** Los pacientes trasplantados con peor imagen corporal presentaban más pensamientos depresivos ( $F = 13,23$ ,  $p = 0,001$ ) y ansiosos ( $F = 23,13$ ,  $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** La insatisfacción con la imagen corporal en los pacientes trasplantados está asociada a una visión catastrofista del futuro (ej. “me va a suceder algo terrible”), autodesvalorización (ej. “nunca seré tan bueno como los demás”) y desconfianza (ej. “nadie se preocupa de si vivo o muero”).

282 bis

**ACTIVIDAD DEL SISTEMA HEMOSTÁTICO SANGUÍNEO Y REAPARICIÓN DE CLÍNICA TRAS CATETERISMO CARDÍACO INTERVENCIONISTA**

A.C. Nebra Puertas, B. Virgós Señor, M.A. Suárez Pinilla, A. Peleato Peleato, F. Pajuelo Fernández\* y R. Cornudella\*\*

\*Dirección Científica de Aventis Pharma®; \*\*Servicio de Hematología.

**Introducción:** La activación de la hemostasia sanguínea, es un fenómeno conocido en la cardiopatía isquémica (CI). Puesto que uno de los tratamientos de la CI, es la realización de un cateterismo cardíaco intervencionista (CCI), proponemos estudiar si la existencia de un exceso de actividad del sistema hemostático en pacientes sometidos a CCI por CI, se asocia a una mayor recurrencia clínica.

**Material y método:** Estudio prospectivo en 78 pacientes sometidos a CCI por CI, en los que se determina antes del CCI y a los tres meses, el nivel de D-Dímero (D-D). Se compara la evolución de los niveles en los pacientes, agrupándolos posteriormente en función de su situación clínica de acuerdo con la clasificación funcional de la Canadian Cardiovascular Society (CCS). Como herramienta estadística se emplea el Test de Wilcoxon, demandando un intervalo de confianza del 95%, a la hora de comparar las variaciones en los niveles de D-D en los distintos grupos de la CCS.

**Resultados:** 43 pacientes permanecieron asintomáticos a los tres meses, con una variación media entre sus niveles de D-D de  $-170,5$  ng/ml. Los pacientes en la categoría I de la CCS, fueron un total de 11 y tuvieron una variación media en sus niveles de D-D de  $-21,7$  ng/ml; los pacientes en la categoría II de la CCS ascendieron a 14, con una variación en sus niveles de D-D de  $+375$  ng/ml; los pacientes en la categoría III fueron un total de 9, con una variación de  $-16,1$  ng/ml. Solo hubo un paciente en la categoría IV con una variación de  $+25,1$  ng/ml. Tras aplicar el test de Wilcoxon, se aprecia como las diferencias en la evolución de los niveles de D-D en los distintos grupos es estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** Los pacientes con menores descensos en su nivel de D-D, e incluso con incrementos en el mismo, presentan más recurrencia clínica a los tres meses de la realización de un CCI. Este hecho podría traducir una mayor actividad del sistema hemostático sanguíneo en los pacientes con CI y más expresión clínica, tras la realización de un CCI.

282

**CREENCIAS IRRACIONALES PRESENTES EN LAS DISTINTAS FASES PSICOLÓGICAS QUE ATRAVIESAN LOS TRASPLANTADOS RENALES**

M.A. Pérez San Gregorio\*, A. Martín Rodríguez\*, E. Asián Chaves\*\*, A. Gallego Corpa\*\* y J. Pérez Bernal\*\*

\*Facultad de Psicología; \*\*H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** Tras el implante renal, suelen aparecer diversos desequilibrios psicológicos (por ejemplo, alteraciones de la imagen corporal, trastornos ansiosos y depresivos, etc.) generados, entre otros factores, por las creencias irracionales que tienen los pacientes trasplantados (ej. “voy a rechazar el órgano”, “voy a morir”, etc.). Por ello, analizamos la influencia que ejerce el tiempo transcurrido desde el implante (un año, entre un año y dos años y más de dos años) en el tipo de pensamientos (ansiosos y depresivos) de los trasplantados renales.

**Método:** Estudio retrospectivo, nacional, con una muestra constituida por 59 trasplantados renales con una edad media de 45,76 años. Todos completaron una encuesta psicosocial y el instrumento psicológico denominado “Listado de Pensamientos”.

**Resultados:** Las variables pensamientos depresivos ( $p < 0,05$ ) y pensamientos ansiosos ( $p < 0,05$ ) resultaron significativas. Concretamente, en los trasplantados renales abundan estos pensamientos durante el primer año (0-12 meses) y a partir de los dos años ( $> 24$  meses) de haber sido trasplantados, no existiendo diferencias significativas entre estos dos periodos pero sí cuando se comparan ambos con el intervalo 12-24 meses.

**Conclusiones:** Los trasplantados renales atraviesan por tres fases tras el implante: alerta, adaptación y agotamiento. En la primera y última de estas fases tienen pensamientos que implican, sobre todo, una visión negativa de uno mismo e ideas catastrofistas sobre la propia salud.