

**Objetivos:** Reportamos un análisis descriptivo de nuestra experiencia en los 100 primeros casos de tratamiento endovascular mediante trombectomía mecánica en el ictus cerebral agudo.

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de los primeros 100 pacientes con ictus cerebral agudo tratados mediante trombectomía mecánica entre el 26 de diciembre de 2015 y 26 de abril de 2019.

**Resultados:** En nuestra muestra de los primeros 100 pacientes con ictus cerebral agudo tratados mediante trombectomía mecánica encontramos un 62% de sexo masculino y un 38% de sexo femenino, con una edad media de 66 años (32-89 años). El 94% de los ictus se localizaron en territorio vascular anterior y el restante 6% en el posterior. La revascularización satisfactoria (TICI 2b-3) se objetivó en un 80% de los casos. El NIHSS al ingreso presentaba una mediana de 16 (rango intercuartílico 11-19). Presentaron mejoría del NIHSS posprocedimiento un 36% de los pacientes y una mejoría neurológica significativa (descenso del NIHSS más de 4 puntos) en un 34%. La duración media del procedimiento fue de 55 minutos, con una mediana de 37,5 minutos (rango intercuartílico de 23,25-73,75 minutos), con una media de 2,4 pases por trombectomía mecánica (mediana 2 pases).

**Conclusiones:** Tras analizar los primeros 100 casos desde el inicio del procedimiento de trombectomía mecánica en el ictus cerebral agudo en el Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria podemos afirmar que, ya en la curva de aprendizaje de la técnica, ofrece resultados favorables y esperanzadores. Aunque las indicaciones de la técnica están establecidas, se debería individualizar cada caso y valorar si la situación clínica del paciente se puede beneficiar del procedimiento.

### 623. RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCEDIMIENTO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS CEREBRAL AGUDO Y LA ESCALA NIHSS (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE) AL INGRESO DE LOS 100 PRIMEROS CASOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA EN SANTA CRUZ DE TENERIFE

Molina Díaz I<sup>(a)</sup>, Garzón Pérez R<sup>(b)</sup>, Estupiñán Díaz A<sup>(a)</sup>, Rodríguez González MA<sup>(a)</sup>, Secaduras Arbelo TM<sup>(a)</sup>, Castellano Pérez RM<sup>(a)</sup>, Marinero Colonna A<sup>(a)</sup>, Medina Cabrera N<sup>(a)</sup>, Rodríguez Ramos ST<sup>(a)</sup> y Martín Miranda J<sup>(a)</sup>

<sup>(a)</sup>Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. <sup>(b)</sup>Atención Primaria en Granadilla de Abona.

**Objetivos:** Analizamos la posible relación entre el tiempo empleado en el procedimiento y la escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) al ingreso de los 100 primeros casos de tratamiento endovascular mediante trombectomía mecánica en el ictus cerebral agudo, divididos cronológicamente en grupos de 50 procedimientos.

**Métodos:** Realizamos un estudio de correlación bivariada de Pearson entre las variables tiempo empleado en el procedimiento y los resultados de la escala NIHSS al ingreso, de los primeros 100 pacientes con ictus cerebral agudo tratados mediante trombectomía mecánica entre el 26 de diciembre de 2015 y 26 de abril de 2019, divididos en dos grupos de 50 procedimientos, grupo 1 (50 primeros) y grupo 2 (50 siguientes).

**Resultados:** En nuestra muestra de los primeros 100 pacientes con ictus cerebral agudo tratados mediante trombectomía mecánica encontramos los siguientes resultados: Grupo 1: tiempo del procedimiento media de 60,2 minutos (DE 41,11), NIHSS al ingreso de media 15,26 (DE 5,28). Correlación de Pearson 0,055 (p 0,70). Grupo 2: tiempo del pro-

cedimiento media de 49,9 minutos (DE 51,37), NIHSS al ingreso de media 15,08 (DE 4,69). Correlación de Pearson 0,173 (p 0,23).

**Conclusiones:** Tras analizar los primeros 100 casos desde el inicio del procedimiento de trombectomía mecánica en el ictus cerebral agudo en el Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria podemos afirmar que es casi inexistente la correlación existente entre la escala NIHSS al ingreso con el tiempo empleado en el procedimiento, en ambos grupos de tratamiento.

## Pósteres pantalla

### Organización/Gestión/Calidad

#### 103. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN UCI EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE INGRESO

Estella García A<sup>(a)</sup>, Gracia Romero M<sup>(a)</sup> y Recuerda Núñez M<sup>(b)</sup>

<sup>(a)</sup>Hospital Universitario de Jerez en Jerez de la Frontera. <sup>(b)</sup>Hospital Universitario de Puerto Real en Puerto Real.

**Objetivos:** Los objetivos del presente estudio son describir las características clínicas de los pacientes ingresados en UCI que fallecen dentro de las primeras 48 horas de ingreso y analizar los factores relacionados con su mortalidad precoz en UCI comparándolos con los pacientes que fallecen pasado este tiempo.

**Métodos:** Estudio realizado en una UCI médico quirúrgica de 17 camas durante un periodo de un año. Los criterios de inclusión fueron aquellos pacientes fallecidos en UCI, se clasificaron en función de si el exitus se produjo en las primeras 48 horas de ingreso. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, comorbilidad, APACHE II al ingreso, procedencia del ingreso, necesidad de tratamientos de soporte, diagnóstico y limitación de tratamiento de soporte vital. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v18. Las variables cuantitativas se describen en media  $\pm$  desviación media y las cualitativas en porcentaje.

**Resultados:** 1.311 pacientes ingresaron en UCI durante el periodo de estudio, fueron incluidos 138 que fallecieron. 72 (52,2%) fallecieron en las primeras 48 horas de ingreso. En ambos grupos, la mayoría recibió tratamiento de soporte respiratorio con ventilación mecánica invasiva y vasoactivos sin que encontráramos diferencias significativas entre ellos. En la tabla se muestran las características de los pacientes.

**Conclusiones:** Un alto porcentaje de pacientes fallecidos en UCI ocurre en las primeras 48 horas de su ingreso. La gravedad al ingreso fue el principal factor relacionado con la mortalidad precoz.

#### 104. UTILIDAD DE UNA SALA MULTIFUNCIONAL DE UNA UCI POLIVALENTE

Villa López IM, Márquez Fernández M, Recart Batrakova EL, González Suárez MJ y Llanes Fernández de la Cueva G

Hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva.

**Objetivos:** Las Unidades de Medicina Intensiva desarrollan multitud de tareas de difícil cuantificación y que consumen recursos humanos y

Tabla Póster 103		
	Fallecidos 1ª 48 horas n: 72	Fallecidos tras 48 horas. n: 66
Edad	65,16 $\pm$ 16,7	66,01 $\pm$ 10,8
Índice de Charlson	4,1 $\pm$ 2,28	4,8 $\pm$ 2,19
APACHE II al ingreso en UCI	27,31 $\pm$ 7,84	19,98 $\pm$ 7,66
Sexo (% hombres)	59,7%	74,2%
Origen: Planta médica	26,4%	34,8%
Planta quirúrgica	12,5%	15,2%
Urgencias	48,6%	33,3%
Otro hospital	8,3%	16,7%
Diagnóstico de ingreso más frecuente	Shock séptico 16,7%	Shock séptico 25,8%
	Ictus 16,7%	Ictus 19,7%
	Parada cardíaca 15,3%	Posoperatorio Cirugía general 15,2%
Limitación tratamientos de soporte vital	19,4%	37,9%

técnicos. Pretendemos conocer los recursos que consumen las diferentes técnicas para pacientes de otras áreas de hospitalización que se realizan en nuestra sala multifuncional.

**Métodos:** Análisis descriptivo prospectivo de las técnicas realizadas por médicos intensivistas en la sala multifuncional de la UCI del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva desde el 01 de febrero de 2019 al 31 de diciembre de 2019. Se trata de una UCI de 16 camas en un hospital de 620 camas. La sala está dotada con monitorización, equipo de rayos X, ecógrafo y carro de parada.

**Resultados:** En el periodo analizado se han realizado un total de 55 usos. La técnica más realizada es la canalización de catéter venoso central (70%), seguida por implante de marcapasos transitorio (10,9%), ingresos a la espera de cama libre en UCI (9%), pericardiocentesis (5,5%), canalización de PICC (1,8%) y canalización de vía periférica (1,8%). La mayoría de los pacientes provienen de plantas de hospitalización médicas (45,5%) y el resto de quirúrgicas (38,6%), Urgencias (9,1%) o UCI (6,8%). Se ha usado Rx en el 16,4% de las técnicas y ecografía en el 15,7%. Han precisado medicación el 29% de los pacientes. El tiempo medio de uso de la sala ha sido de 76,12 minutos; en el caso de los pacientes pendientes de ingreso en UCI 326,6 min y 60,12 min en los que se realizó una técnica.

**Conclusiones:** En nuestro caso cada técnica realizada consume aproximadamente una hora de tiempo de enfermera y médico, aumentando la carga de trabajo. Si se trata de un paciente en espera de cama de UCI, el tiempo supera las 5 horas, sin que esté contemplado en los ratios enfermera:paciente o médico:paciente.

### 105. SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN LA UCI: SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA

Vásquez Suero A, Renedo Sánchez-girón G, Mucientes Peinador E, Mamolar Herrera N, Artola Blanco M, Bustamante Munguira E, Citores González R, Pérez González FJ, Hidalgo Andrés N y Cicuéndez Ávila R

*Hospital Clínico Universitario en Valladolid.*

**Objetivos:** Evaluar la tendencia en el síndrome de desgaste profesional (SDP) en los trabajadores de una UCI polivalente de 11 camas de un hospital terciario. Analizar factores relacionados para objetivar qué sectores son más proclives a sufrir SDP e implantar soluciones.

**Métodos:** En diciembre de 2019 se realizó el test Maslach Burnout Inventory, para seleccionar profesionales que podrían presentar SDP en función de la puntuación obtenida en 3 subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal). Participaban médicos, enfermería, auxiliares (TCAE) y celadores de la unidad. Casi todo el personal realizó el cuestionario (voluntariamente). Se analizaron los subgrupos: profesión, edad, sexo, tipo de contrato y años en el servicio. También se pedían estrategias para prevenir el SDP. Se compararon los resultados con los obtenidos hace 1 año, sin medidas correctoras entre ambos.

**Resultados:** Un 40% del personal presenta puntuaciones altas en la subescala de cansancio emocional. Ha sido más frecuente en médicos, seguidos de enfermeros y TCAE. En el caso de la despersonalización, el 52% presenta indicios (sobre todo médicos y enfermeros). Solo un 42% de los profesionales presentaban puntuaciones altas en realización personal. Los valores más bajos en esta escala se dieron en TCAE, seguidos de enfermería. En resultados globales, un 20% de los trabajadores presentaba indicios de SDP. Esta situación ha crecido respecto al año previo, en que ningún trabajador cumplió criterios del mismo (En parte podría tratarse de un sesgo de selección, al haber aumentado el porcentaje de participación y haber incluido a TCAE). Los factores asociados fueron: más de 6 años en la UCI y un contrato fijo. No hay una relación con la edad, y por profesión, los más afectados son enfermeros y TCAE, seguidos de los médicos. No hubo celadores con SDP. Las sugerencias para evitar el SDP incidian en reforzar el trabajo en equipo y en trabajar fuera de la UCI algunos periodos de tiempo.

**Conclusiones:** El SDP influye en el funcionamiento de los equipos de trabajo, especialmente en entornos estresantes. Los problemas más frecuentes en nuestro servicio son la despersonalización y escasa realización personal. Según esto, plantearemos diferentes medidas (talleres de relajación, evitar roles encasillados). Además iniciamos la actividad extendida (sedaciones en hematología, seguimiento de pacientes traqueotomizados, implantación de reservorios y próximamente Servicio Extendido de Medicina Intensiva).

### 106. PROGRAMA M.I.R. (MÚSICOS INTERNOS RESIDENTES) EN EL SMI. ANÁLISIS PRELIMINAR

Lázaro Martín NI, Catalán González M, Pérez Fagundo M, Sánchez César J, Sánchez Pozo M, Pagliarini Gil P, Delgado Moya F y Montejo González JC

*Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.*

**Objetivos:** Determinar si la música en directo en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) es una intervención no farmacológica eficaz en el tratamiento de los pacientes en ventilación mecánica (VM).

**Métodos:** Estudio prospectivo, aleatorizado, abierto, aleatorizado (para recibir o no la intervención musical) en un SMI de un hospital de alta complejidad. Incluyen pacientes adultos con requerimiento de VM > 48 horas y consentimiento informado. El grupo intervención recibe sesiones de música en directo de 30 min diarios por músicos profesionales (Música en Vena) hasta la retirada de VM. Basalmente y tras la intervención se recogen en cada caso variables hemodinámicas, requerimientos de soporte hemodinámico, analgosedación y delirio, variables evolutivas (escalas de gravedad, tiempo de VM, estancia y mortalidad en UCI). Estudio aprobado por el CEIM del Hospital.

**Resultados:** Se analizan 98 pacientes incluidos en el grupo intervención. Varones: 67. Edad media  $49 \pm 15,5$  a [Me 51 años (18-83)]; APACHE II  $17 \pm 7$  [Me 17 (4-44)]; SAPS II  $38 \pm 15$  [Me 40 (8-99)]; SOFA  $6 \pm 3$  [Me 7 (1-15)]. GCS ingreso  $11 \pm 4$  [Me 15 (3-15)]. El 63,3% proceden de la urgencia; 31,6% de planta de hospitalización y 5,1% de otra UCI. Motivo de ingreso: insuficiencia respiratoria 29 (29,59%); politraumatismo 13 (13,27%); shock séptico 12 (12,24%) y ACVA 8 (8,16%). Tiempo total de VM  $148,34 \pm 154,37$  h [Me 169,5 (rango 12-699)] con una media de tiempo de VM total durante el estudio de  $128,10 \pm 157,2$  h [Me 145,5 (rango 11-672)]. La media de días de estudio fue de  $5,54 \pm 6,59$  d [Me 6 (rango 1-30)] y de días de intervención musical  $4,81 \pm 6,04$  d [Me 5 (rango 1-26)]. Tras la intervención musical se observa un incremento de los niveles de cortisol y GH los días 1,3 y 7 día. No se aprecian diferencias en la TA, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria ni RASS. No hubo ningún efecto adverso relacionado con la intervención musical. La estancia en UCI y hospitalaria fue  $13,51 \pm 10,84$  d [Me 13 (2-51)] y  $27,82 \pm 28,76$  d [Me 28 (3-202)] respectivamente. La mortalidad bruta en UCI es del 17,35% y hospitalaria de 20,41%.

**Conclusiones:** 1. La música puede ser una intervención no farmacológica útil en los cuidados del paciente crítico. 2. La respuesta fisiológica al estrés en un paciente con sedación y VM puede verse modificada por la música.

### 107. CUIDADOS INTERMEDIOS: CLAVE PARA LA JUSTIFICACIÓN, APERTURA Y SUPERVIVENCIA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL PRIVADO. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS

Barakat Shrem O, Fernández Pérez MJ, Matallana Zapata DF, Oliva Fernández P y Cabrera Gonzales D

*Hospital Quirónsalud Huelva en Huelva.*

**Objetivos:** Describir la experiencia en la apertura de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital privado, adaptación del espectro de pacientes admitidos para rentabilizar los recursos disponibles y evolución de la demanda a la oferta de nuestro servicio.

**Métodos:** Describimos el planteamiento, planificación y desarrollo de la UCI en un Hospital privado, que comenzó con 20 camas y ha ido creciendo hasta alcanzar 60 camas. Recogemos los datos de pacientes ingresados, procedencia, patología, estancia media y mortalidad.

**Resultados:** Tras la apertura del hospital en verano de 2013, la UCI funcionó con guardias localizadas, durante casi un año, con fácil cobertura ante una necesidad programada, pero recurriendo al ingreso de pacientes de Cuidados Intermedios (CI) en planta de hospitalización y al traslado de los casos emergentes, observándose en ese periodo pocos ingresos y estancias. La productividad del servicio era escasa y su papel en el hospital poco relevante. En mayo 2014, se apostó por la dotación plena del Servicio, con presencia física de intensivistas y equipo de enfermería específico. El cambio de oferta aumentó la demanda. Se asumieron los CI como parte de UCI, mejorando la eficiencia del servicio. La dotación de la unidad se fue incrementando con el aumento de actividad, siendo la hemodiálisis venovenosa continua la última mejora. En pocos meses, el número de pacientes aumentó hasta acercarse en los últimos dos años a 1 ingreso/día, con estancia media de 3,13 y ocupación diaria media del 50% (2,52). Urgencias fue el proveedor de 81,8% del total de ingresos, seguido por quirófano con 13,9%. Pacientes médi-

cos 84,1% y quirúrgicos 15,9%. Las cardiopatías fueron las patologías más frecuentes (45,4%), siendo la cardiopatía isquémica un 22,1% del total. Enfermedades respiratorias 11,26% e infecciosas 10,8%. La mortalidad fue baja (6%), dado el número de pacientes que ingresaron para CI y los enfermos trasladados por no poder ser asumidos en nuestro Centro (9,9%); pacientes con necesidad de cirugía cardiovascular urgente o de diálisis, neuroquirúrgicos o politraumatizados.

**Conclusiones:** El servicio de Cuidados Intensivos es costoso pero esencial en cualquier hospital, y más en los pequeños y en los privados, para velar por la seguridad del paciente durante su presencia en el hospital. Integrar los Cuidados Intermedios en las UCI pequeñas ofrece adecuada atención a estos pacientes al no disponer de unidades específicas y garantiza la supervivencia económica de la UCI.

### 137. PUESTA EN MARCHA DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN DIARIO DE OBJETIVOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA COMARCAL

Llamas Reyes JC, Ferrer Higuera MJ, Luque Santos MP, Panadero de Manuel JA y Ruiz-Cabello Jiménez MA

Hospital Comarcal Valle de los Pedroches en Pozoblanco (Córdoba).

**Objetivos:** Descripción del proceso de puesta en marcha de un listado de verificación diaria de objetivos (LVDO) en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y determinar su grado de cumplimentación.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de los listados de verificación realizados desde el mayo a diciembre del 2019.

Figura 1 Póster 137

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA MAÑANA						
Hemograma	BQ simple	Coag	GSA/GSV	EKG	Rx Tx	Otros
Objetivos				HECHO	Genera cambio	Observaciones (si procede)
Objetivo del día (FEA y ENF):						
Vigilar con especial interés (FEA y ENF):						
Alarmas y monitores (ENF): ¿Las alarmas están en rango adecuado?						
Valoración neurológica: 1.- Paciente sedado (FEA y ENF): ¿RASS por turnos? 2.- ¿Retirada diaria de sedación? (FEA) 3.- Paciente despierto (FEA y ENF): ¿GCS / EVA por turnos?						
Aparato respiratorio: 1.- Paciente VE (FEA): ¿Es posible suspender/modificar O <sub>2</sub> ? 2.- Paciente VM: (FEA y ENF) ¿Cabecera a 30-45°? (FEA) ¿Presión meseta <30mmHg? * (FEA y ENF) ¿Presión neumotaponamiento 20 /30 mmHg? (ENF) ¿Cm TOT en comisura bucal sin variación? (ENF) ¿Lavado cavidad bucal con clorhexidina?						
Infec/ATB: (FEA) ¿Antibióticos apropiados – desescalada? ¿Días de antibiótico cumplidos?						
Valoración renal (FEA): ¿Precisa diuréticos / hay posibilidad de descenso o suspensión?						
Valoración GI/Nutrición: (FEA) ¿NE Inicio precoz o N. Oral iniciada? (FEA y ENF) ¿Tolera NE? (ENF) ¿Ha hecho deposición en las últimas 48h?						
Valoración Medicación: (FEA) ¿Modificar dosis de aminas vasoactivas? (FEA) ¿Posibilidad de pasar vía iv a oral? (FEA y ENF) ¿Suspender la medicación innecesaria? (FEA y ENF) ¿Conciliado ttº domiciliario? (FEA y ENF) ¿Necesidad de inductor del sueño?						
Prevención UPP (FEA y ENF) ¿Necesidad de Fisioterapia? (ENF) ¿Necesidad de colchón antiescaras? (ENF) ¿Se han realizado cambios posturales? (ENF) ¿Se ha aplicado aceite tópico corporal?						
Catéteres: (FEA y ENF) ¿Inspeccionado punto de inserción? ¿Necesidad de CVC?						
Profilaxis HGI en paciente con FR (FEA): ¿Necesaria? ¿Pautada?						
Profilaxis ETV (FEA): ¿Está pautada? ¿Hay contraindicación?						
Higiene del paciente: (ENF) ¿Realizada limpieza ocular y pomada anti- edema en pacientes con VM? ¿Lavado de pelo semanalmente? ¿Se ha ofrecido afeitado al paciente?						
Firmas de FEA y Enfermera						

VE: Ventilación espontánea. VM: ventilación mecánica. ATB: Antibióticos. GI: Gastrointestinal. NE: Nutrición enteral. NP: Nutrición parenteral.  
IV: Intravenosa. UPP: Úlceras por presión. CVC: Catéter venoso central. HGI: Hemorragia gastrointestinal. FR: Factores de riesgo.  
ETV: Enfermedad tromboembólica venosa. ENF: Enfermera. FEA: Facultativo Especialista Área.

Figura 2 Póster 137

\* ; La aplicación de una pausa inspiratoria de duración suficiente (0,5-2 s), después de la insuflación del volumen circulante y antes del comienzo de la exhalación, produce un descenso de presión de la vía aérea que crea una meseta antes de caer hasta la presión basal. Durante la pausa no hay flujo de gas, lo que permite equilibrar las presiones en la vía aérea. Si la pausa es lo bastante prolongada, se aproxima a la presión alveolar. Esta presión se denomina presión meseta o *plateau* (Pplat), y está influenciada por el volumen circulante, la distensibilidad toracopulmonar y la PEEP total. La medición de la Pplat sólo es válida si el paciente está ventilado de forma pasiva y en ventilación controlada por volumen.

## ANEXO II

TABLA 5. *Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)*<sup>17</sup>

Puntuación	Denominación	Descripción	Explotación
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito: «lucha» con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	Llamar al enfermo por su nombre y decirle «abra los ojos y míreme»
0	Alerta y calmado		
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene ( $\geq$ 10 segundos) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada	
-2	Sedación leve	Despierta brevemente (< 10 segundos) a la llamada con seguimiento con la mirada	Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o frotando sobre la región esternal
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o apertura ocular al estímulo físico	
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico	

Si el valor de la RASS es igual a -4 o -5, deténgase y reevalúe al paciente posteriormente.  
Si el valor de la RASS es superior a -4 (-3 a +4), entonces proceda, si procede, a la valoración del delirio.  
Adaptada de: Ely EW, et al<sup>17</sup>

Tras la creación de un grupo de trabajo de Seguridad y Humanización en nuestra unidad de Cuidados Intensivos, se identifica como área de mejora la falta de comunicación entre los profesionales del equipo asistencial que atiende a los pacientes críticos, causa de posibles eventos adversos y la necesidad de realización de un LVDO que intente dar solución al problema detectado. La sistemática para su cumplimentación diaria era: se consideraba indicado su realización tras las primeras 24 horas de ingreso en la UCI. El intensivista, cuando pauta el tratamiento, también rellena la hoja de cuidados. En esta se incluye el Listado de Verificación de Objetivos Diarios. Ha de observar todos los ítems de este listado, que le ayudarán a la pautar adecuadamente del tratamiento farmacológico, el no farmacológico y los cuidados. El intensivista debe reunirse con el personal de enfermería tras la información médica a los familiares de los pacientes y repasar ambos el listado. El personal de enfermería comprobará que todos los ítems que dependen de él están revisados adecuadamente e implantados cuando es preciso (depende de cada paciente). Ambos profesionales firman al final del Listado de Verificación de Objetivos Diarios, en el apartado destinado para ello. Las categorías de verificación eran: objetivos diarios, vigilancia con especial interés, alarmas y monitores, valoración neurológica, aparato respiratorio, infección/antibióticos, valoración renal, nutrición, valoración medicación, prevención úlceras por presión, catéteres, profilaxis de hemorragia gastrointestinal, profilaxis tromboembólica e higiene del paciente. Se debía recoger si se había valorado el apartado determinado y si tras la misma había generado un cambio terapéutico.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se generaron un total de 510 estancias, de las cuales 369 tenían indicada la realización del LVDO al llevar el paciente más de 24 horas en la unidad. Se cumplimentaron 143 LVDO (28,03%).

**Conclusiones:** El grado de cumplimentación del LVDO es muy bajo. Hay que concienciar al equipo de trabajo en la necesidad de incrementarlo en aras de la seguridad de nuestros pacientes.

### 138. INCREMENTO ACTIVIDAD REALIZADA EXTRA-UCI EN UN HOSPITAL COMARCAL DESDE AÑO 2007 AL 2019

Luque Santos MP, Muñoz Trujillo J, Llamas Reyes JC, Panadero de Manuel JA, Argueta Cifuentes RD y Ruiz-Cabello Jiménez MA

Hospital Comarcal Valle de los Pedroches en Pozoblanco (Córdoba).

**Objetivos:** Confirmar y registrar la evolución al alza de la actividad extra UCI, realizada en UCI comarcal con 5 camas polivalentes desde el año 2007 al 2019.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Periodo de estudio 2007 al 2019. Objeto del estudio: registro de toda la actividad que se ha realizado por los Intensivistas de HCVP, excluyendo los ingresos en UCI. Variables estudiadas: número total de actos extra UCI por año, Número total de sedaciones por año (% Digestivo, % Cardiología, % Neumología), valoraciones de pacientes en los que no procede ingreso (Valoración y apoyo al tratamiento, canalización CVC). Evolución de porcentajes de actividad en sus diferentes apartados a lo largo del periodo estudiado. Base de datos: Registro en base Excel interno de UCI-HCVP.

**Resultados:** Observamos un incremento progresivo a lo largo del periodo estudiado del porcentaje de sedaciones que se realiza a cargo de nuestro servicio, siendo el servicio más demandante de esta actividad Digestivo, hasta un pico registrado en 2019 con la implantación en nuestra Área de Salud (ASNC) del Protocolo de cribado de Neo de Colon, que se realizan todas las EDB bajo sedación. Mientras que el porcentaje de valoraciones sin ingreso y CVC se mantiene con un incremento constante pero de perfil bajo a lo largo del periodo.

**Conclusiones:** En la actividad de nuestra UCI, representa un papel muy importante la actividad fuera de UCI, que nunca se ha registrado como actividad realizada por nuestro servicio limitándose esta a los ingresos realizados, esta demanda de actividad extra UCI se ha ido incre-

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Actos extra UCI	392	457	436	434	531	548	694	726	835	817	928	1017	1349
Sedaciones %	26	29	50	45	46	53	51	66	66	70	70	72	86
Valoración sin ingreso y CVC %	74	71	50	55	54	47	49	34	34	30	30	28	14

mentando con el paso de los años, hasta observarse un pico de incidencia en 2019 por la implantación del protocolo de cribado de Neo de colon, de tal manera que se ha tenido que habilitar un nuevo espacio y dedicar un intensivista a tiempo completo para cubrir esta demanda asistencial, que mejora la calidad de asistencia en este protocolo y su adherimiento por parte de los pacientes.

#### 140. CÓMO OPTIMIZAR LOS RECURSOS ANTE LA LIMITADA DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN LA SOBRECARGA DIARIA ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ben Abdellatif I<sup>(a)</sup>, Amat Serna T<sup>(b)</sup>, Carmona Flores R<sup>(a)</sup>, Bueno Bueno M<sup>(a)</sup>, López Mira J<sup>(a)</sup>, Carmona Sánchez P<sup>(a)</sup>, Pozo Laderas JC<sup>(a)</sup>, de la Fuente Martos MC<sup>(a)</sup> y Robles Arista JC<sup>(a)</sup>

<sup>(a)</sup>Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba. <sup>(b)</sup>Hospital Universitario de Jaén en Jaén.

**Objetivos:** En ocasiones, es necesario por necesidades del servicio, ingresos de otro tipo de patologías en las camas específicas del módulo de Trasplantes. Nuestro objetivo es analizar el tipo de patologías que ingresan en dicho módulo y su evolución, descartando los ingresos asociados a patología de trasplante.

**Métodos:** Se han analizado los pacientes que han ingresado en el Módulo de Trasplantes de la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba durante los años del registro desde 2009 a 2019, excluyendo los pacientes que ingresan en el posoperatorio inmediato de un trasplante o ingresos del mismo. La recogida de datos y el análisis descriptivo se ha realizado con base de datos SPSS.

**Resultados:** Un total de 1.992 pacientes que se incluyen en el análisis, el 65% varones. Patología al ingreso: médica 1.244 (62%, incluyen patología cardíaca y coronaria), quirúrgica 361 (18%, principalmente quirúrgicos programados sin proceso infeccioso activo (cirugías de tórax, cirugía cardíaca o implantes cardíacos percutáneos)), neurorradiología 186 (9%, ictus, hemorragias subaracnoideas o procedimientos programados) y traumatismo 201 (10%).

**Conclusiones:** En ocasiones por disponibilidad de camas es preciso el uso de camas dentro de la Unidad de Trasplantes para albergar otro tipo de patologías, en la mayoría de los casos es preferible patologías de corta estancia (coronarios, insuficiencias cardíaca, implantes de válvulas percutáneas, cirugía cardíaca, procedimientos de neurointervencionismo...) y con bajo riesgo infeccioso.

#### 141. ANÁLISIS DE PROPENSIÓN SOBRE LA TURNICIDAD Y LOS FACTORES DE RIESGO Y EVOLUTIVOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Burruezo López<sup>(a)</sup>, Lorente Conesa MC<sup>(b)</sup>, Montenegro Moure CA<sup>(a)</sup>, Higón Cañigral A<sup>(a)</sup>, Carrasco González E<sup>(a)</sup>, López Gómez L<sup>(a)</sup>, Agamez Luengas AA<sup>(a)</sup>, Bayoumi Delis PS<sup>(a)</sup>, Casado Mansilla D<sup>(b)</sup> y Carrillo Alemán L<sup>(a)</sup>

<sup>(a)</sup>Hospital General Universitario Morales Meseguer en Murcia. <sup>(b)</sup>Hospital General Universitario Rafael Méndez en Lorca.

**Objetivos:** Analizar la relación entre el momento del ingreso según el turno en el que ingresan los pacientes con la situación previa y la evolución de los pacientes en una UCI.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresado en UCI durante un periodo de 22 años (1995-2017). Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas. El turno de ingreso se divide en turno de la mañana (de 08:01 horas a 15:00 horas) con el resto de turnos (de 15:01 a 08:00 horas). Se realizó un estudio de propensión apareado por las siguientes variables: fin de semana, vacaciones, sexo, edad, circunstancias al ingreso, índice de Charlson, procedencia del ingreso, enfermedad de base por la que ingresan, presencia de sepsis, necesidad de cirugía urgente, SAPS II, dependencia y orden de no intubación. Las variables cuantitativas se expresan como medias  $\pm$  desviación estándar y las cualitativas como frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio fueron se analizaron 23.431 pacientes, de ellos, mediante el análisis de propensión se han seleccionado dos grupos de 6.550 pacientes, de los cuales 3.275 fueron ingresados en el turno de la mañana y 3.275 pacientes en el resto de turnos. La edad media de los pacientes era de  $66,4 \pm 14,1$  en el turno de la mañana y de  $66,0 \pm 13,0$  en el resto de turnos, el género era predominantemente masculino en ambos grupos (63,2 frente a 61,1%). Ingresaron más pacientes en el turno de mañana con necesidad de ventilación mecánica (26,3% frente a 18,5%) [ $p = 0,049$ ]. Los pacientes que ingresaron en el resto de turno, precisaron más catéter venosos centrales (55,5% frente a 52,5%) [ $p = 0,035$ ], catéter arterial (9,4% frente a 8,0%) [ $p = 0,035$ ], sonda urinaria (0,5% frente a 0,1%) [ $p = 0,012$ ]. Así mismo, presentaron mayores complicaciones con neumonía nosocomial (0,5% frente a 0,1%) [ $p = 0,002$ ], más porcentaje de muerte en UCI (13,5% frente a 11,4%) [ $p = 0,011$ ] y más muerte hospitalaria (17,8% frente a 15,6%) [ $p = 0,016$ ], en el grupo de ingreso den turnos de tarde-noche.

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados en los turnos de tarde-noche, precisaron más dispositivos invasivos, mayores complicaciones y mayor mortalidad en UCI e intrahospitalaria.

#### 155. CANALIZACIÓN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES COMO ACTIVIDAD EXTRA-UCI

Villa López IM, Recart Batrakova EL, Llanes Fernández de la Cueva G, Márquez Fernández M y González Suárez MJ

Hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva.

**Objetivos:** Conocer el proceso de canalización de catéteres venosos centrales (CVC) como parte de nuestra actividad extra-UCI.

**Métodos:** Análisis descriptivo prospectivo de la canalización de catéteres venosos centrales a pacientes procedentes de otras áreas de hospitalización por médicos intensivistas del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva (620 camas) desde el 01 de febrero de 2019 al 31 de diciembre de 2019 como parte de su actividad extra-UCI. Los CVC se canalizan en nuestra sala de técnicas equipada con monitorización, medicación y ecógrafo.

**Resultados:** En el periodo estudiado se han canalizado un total de 38 CVC. El 61,5% de los pacientes procedían de especialidades médico-quirúrgicas y el 38,5% de especialidades médicas. El 66,6% fue canalizada por Facultativos Especialistas de Área (FEA) (53,8% como apoyo/docente de un MIR de otra especialidad y 46,15% como operador principal), el resto fue canalizada por MIR de UCI. Solo se usó ecografía en un 7,7% de los pacientes. No se han registrado complicaciones. En cuanto al tiempo consumido, hemos distinguido dos periodos, por un lado el tiempo medio desde la primera llamada a planta hasta el fin de la técnica

Patología ingreso	N	Edad (mediana)	Días UCI	APACHE II	SOFA	Días VM	Exitus N(%)
Total	1992	60 (14-94)	2 (0-173)	14 $\pm$ 7	5 $\pm$ 4	1 (1-120)	303 (15%)
Médica	1244	60 (14-92)	2 (0-173)	14 $\pm$ 8	5 $\pm$ 4	2 (0-120)	224 (18%)
Quirúrgica	361	64 (14-94)	2 (0-42)	14 $\pm$ 7	4 $\pm$ 3	1 (0-38)	37 (10%)
Neurorradiología	186	59 (14-86)	1 (1-48)	11 $\pm$ 6	3 $\pm$ 2	1 (1-36)	8 (4%)
Traumatismos	201	46 (14-92)	3 (1-42)	12 $\pm$ 7	4 $\pm$ 4	1 (1-40)	33 (16%)

que sería de 107,5 min; por otro lado el tiempo de uso de la sala que es de 60,8 min.

**Conclusiones:** La mayoría de los CVC de pacientes extra-UCI son canalizados por FEAs, en muchos casos como docencia a MIR rotantes de otras especialidades. Tenemos una tasa de complicaciones nula, a pesar de que se usa ecografía en < 10% de los pacientes.

### 367. IMPLEMENTACIÓN DE UN REGISTRO DE PARADA CARDÍACA INTRAHOSPITALARIA. ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS RESULTADOS

Caldito Ascargorta T, Erice Azparren E, Sanz Granada E, Orera Pérez A, Arregui Remón S, Rodrigo Pérez H, Ares Miró P, Presa Orúe A, Anguiano Baquero MP y Osés Munárriz I

*Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.*

**Objetivos:** Análisis de resultados tras la implementación de un registro de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR IH). Se pretende también optimizar las variables de registro y unificación de criterios de codificación.

**Métodos:** El registro engloba todas las PCR ocurridas dentro del Complejo Hospitalario de Navarra en las que se inician maniobras de resucitación. Existe un dispositivo de respuesta al PCR IH formado por intensivistas, que da cobertura a un complejo hospitalario horizontal de 185.869 m<sup>2</sup> con 25 edificios. La cumplimentación puede ser efectuada por cualquier médico que haya presenciado el evento. Se analizan variables demográficas, reconocimiento del evento primario, tiempo de llegada del soporte vital avanzado (SVA), morbimortalidad de los pacientes que la sufren, datos sobre el propio evento y manejo de la PCR una vez llegado el SVA.

**Resultados:** En el periodo desde el 1/8/18 al 31/12/19 se registran 68 PCR IH, siendo 42% mujeres y 58% hombres, con una edad media de 68. El 70% presentaba alguna comorbilidad previa a su motivo de ingreso hospitalario, siendo desconocido este dato en un 16%. La activación del SVA se identificó como PCR en un 69%, siendo otros motivos de llamada síncope, dolor torácico o estado de coma. Un 47% ocurre en plantas de hospitalización, 21% en servicios especiales, 7% en Urgencias y 24% no especificado. El tiempo medio de llegada del SVA fue de 3 minutos. En cuanto al manejo del PCR por el SVA, se desfibrilaron al menos el 13% de los eventos, utilizándose en todos ellos el desfibrilador manual, salvo en un caso que se utilizó un DEA. Se ha registrado un 57% de éxito en la reanimación con recuperación de la circulación espontánea. No se reanimaron un 12% de las PCR, 2% de estas por existir un documento de voluntades anticipadas, y 10% por situación biológica previa comprometida. La mortalidad de la PCR IH fue 65% en el hospital en esta muestra.

**Conclusiones:** La incidencia de PCR IH es de 1/1.000, cifra baja probablemente por falta de cumplimentación del registro, o estar incompletos. El dispositivo de respuesta al PCR IH es efectivo, con un tiempo medio de respuesta de 3 minutos.

### 368. ESTUDIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

Ortín Katnich L, Triviño Hidalgo J, Guerrero Lozano I, Martínez Bernhard A, Courgeon García C, Martín Ruiz JF, Sánchez Martínez A, Martínez Martínez-Corbalán N, Martínez Oliva JM y Martínez Fresneda M

*Hospital General Universitario Reina Sofía en Murcia.*

**Objetivos:** Conocer la percepción actual de seguridad del paciente de una unidad de críticos.

**Métodos:** Para el estudio se ha utilizado el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety (Ministerio de Sanidad y Consumo 2005), que mide 12 dimensiones. Se considera una fortaleza más del 75% de respuestas positivas y una oportunidad de mejora menos del 50% de respuestas positivas. Hay que tener en cuenta que un porcentaje considerable del colectivo de profesionales ha variado mucho en este último año, lo que puede suponer una limitación del estudio.

**Resultados:** En el estudio han participado 47 profesionales (10 médicos, 19 enfermeros, 14 auxiliares, 4 no consta profesión), de un total de 55 (85,4%). Ninguna dimensión supone una fortaleza, aunque el trabajo en equipo en el servicio y las expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad están muy cercanas (70,5% y 69,4%); sí que se han detectado ocho oportunidades

de mejora: Frecuencia de eventos notificados; Percepción de seguridad; Franqueza en la comunicación; Feed-back y comunicación sobre errores; Respuesta no punitiva a los errores; Dotación de personal; Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; Trabajo en equipo entre unidades. Además, en el apartado donde se puede reflejar algún comentario adicional (ítem 52) cabe destacar las siguientes anotaciones: Contratación de personal no especializado generando sobrecarga de trabajo, estrés y desmotivación por parte de los veteranos; Notificaciones: no totalmente anónimas, fiscalización, engorrosas, poco útiles; Falta de control de los incumplimientos de procedimientos; Falta de comunicación entre facultativos y enfermeras.

**Conclusiones:** Los resultados manifiestan de forma clara que se debe mejorar la cultura de seguridad. Es preciso hacer un abordaje intensivo y se ha priorizado: La formación específica en las oportunidades de mejora detectadas, implicando a todos los estamentos profesionales, incluidos los miembros de la Dirección. Modificación de la metodología de las rondas de seguridad, haciéndolas más participativas y explicando cada indicador que se mide y los resultados encontrados en el momento de la realización.

### 369. ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2. ¿QUÉ APORTAMOS LOS INTENSIVISTAS?

Avilés Parra JP, Sánchez Sánchez EM, Fuentes Ponte M, Matesanz Canencia LA, Jiménez del Río I y Flordelis Lasiera JL

*Hospital Universitario Severo Ochoa en Leganés.*

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes críticos quirúrgicos (PCQ) atendidos por Medicina Intensiva, en un hospital de nivel 2 con unidad de reanimación a cargo de Anestesiología quien asume la primera asistencia del PCQ, con vistas a identificar puntos de mejora.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Incluimos PCQ adultos ingresados en UCI ene 2018-dic 2019. Variables: sociodemográficas, procedencia (hospitalización, quirófano, reanimación), especialidad quirúrgica, gravedad del paciente al ingreso en UCI, soportes orgánicos en UCI, estancia en REA y mortalidad en UCI. Análisis estadístico descriptivo con SPSS. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico, y las cualitativas como porcentaje.

**Resultados:** 47 pacientes incluidos. Edad 70 años (61-76). Posquirúrgicos de cirugía general 63%. Procedencia: reanimación 40%, quirófano 36%, hospitalización 23%. Estancia en REA previa a ingreso en UCI de 6 días (1-11). Escalas gravedad al ingreso en UCI: APACHE II 26 (17-33), SAPS 3 70 (51-96), SOFA 12 (5-15); Soportes orgánicos en UCI: TCDE 57%, VMI 75%, DVA 61% y una mortalidad en UCI: 36% y con una razón estandarizada de mortalidad predicha por SAPS3 de 0,64.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes críticos posquirúrgicos provienen de reanimación, con estancias prolongadas previas al ingreso en UCI, con puntuaciones elevadas en las escalas de gravedad y con disfunción multiorgánica al ingreso en Medicina Intensiva, lo que condiciona una intervención tardía y por ende una elevada mortalidad. Es necesario plantear estrategias en conjunto con el servicio de Anestesiología para optimizar el proceso asistencial.

### 370. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA DURANTE LAS DOS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XXI

López Fernández A<sup>(a)</sup>, Rodríguez Mejías CM<sup>(a)</sup>, Valencia Quintero JP<sup>(b)</sup>, Castillo Lorente E<sup>(a)</sup> y Machado Casas JF<sup>(a)</sup>

<sup>(a)</sup>Hospital Virgen de las Nieves en Granada. <sup>(b)</sup>Hospital Santa Ana en Motril.

**Objetivos:** Realizar un análisis descriptivo de la población que ingresa en nuestra UCI médico-quirúrgica en las últimas dos décadas.

**Métodos:** Estudio descriptivo, basado en los datos recogidos en la base ENVIN-UCI de nuestra unidad médico-quirúrgica, recogidos durante los meses del periodo oficial de participación. Dividimos el total de pacientes recogidos en dos periodos: 2002-2009 y 2010-2019. Estudiamos características como: edad, sexo, APACHE, SAPS II, enfermedad de base (médica, quirúrgica, traumatológica, coronaria), fallecimientos, días de estancia en UCI, origen de los pacientes (unidad de hospitalización, otra UCI, su domicilio, centro de larga estancia).

**Resultados:** Durante el periodo 2002-2009 se registraron 1.114 pacientes. La edad media fue de 61,44 ± 14,67 años, siendo el 62,48% varones. La puntuación media en escala SAPS II fue de 29,77 ± 12,63 pun-

tos, y el APACHE fue  $16,61 \pm 8,53$  puntos. La enfermedad de base registrada fue médica 79,44%, quirúrgica 11,22%, traumatológica 1,53%, coronaria 7,81%. El origen de los pacientes ( $n = 466$ ) previo al ingreso en UCI fue una unidad de hospitalización 25,99%, otra UCI 2,07%, su domicilio 12,95%, centro de larga estancia 0,90%. Respecto a la mortalidad ( $n = 1.109$ ) se produjeron 176 exitus (15,87%). Durante el periodo 2010-2019 se registraron 2.533 pacientes. La edad media fue de  $63,12 \pm 14,80$  años, siendo el 67,11% varones. La puntuación media de SAPS II fue  $30,64 \pm 16,35$  puntos y en APACHE  $15,19 \pm 8,70$  puntos. La enfermedad de base registrada, fue médica 48,72%, coronaria 40,43%, quirúrgica 9,87%, traumatológica 0,99%. Su origen previo al ingreso ( $n = 2.531$ ) fue su domicilio 61,39%, una unidad de hospitalización 31,35%, otra UCI 6,20%, centro de larga estancia 0,99%. Respecto a la mortalidad ( $n = 2513$ ) se registraron 322 exitus (12,81%).

**Conclusiones:** A lo largo de estas dos décadas, cada vez existe mayor número de pacientes registrados, cuyo origen más frecuente fue su domicilio, persistiendo el motivo médico como el más frecuente, y hallando un descenso en la mortalidad. Los pacientes coronarios pasan del 7 al 40% en la segunda década, lo que podría explicar en parte el descenso en mortalidad, sin afectarse la gravedad de los pacientes.

### 371. ¿ESTAMOS HACIENDO LAS COSAS BIEN EN LA DOCENCIA?

Sancho Muriel D, Eiras Abalde F, Blanco Chapela J, Nieto del Olmo J, González Álvarez I, del Río Carballo L, Pérez Veloso M, Ugidos Fernández P, Vidal Cortés P y López Ciudad V. *Grupo de investigación:* Gremio- CHUO

*Complejo Hospitalario Universitario en Ourense.*

**Objetivos:** Analizar la opinión que tienen los residentes rotantes externos de la organización de la docencia en nuestra Unidad.

**Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal, mediante encuesta entregada a todos los residentes de 2, 3, 4 y 5 año de nuestro Hospital que hayan rotado por nuestra unidad. La encuesta se compone de 23 preguntas sobre temas que consideramos importantes para valorar la calidad docente de nuestra Unidad. Cada pregunta se valorará de 0 a 5, siendo 0 que se encuentra en desacuerdo y 5 muy de acuerdo con el enunciado. Las variables cuantitativas se expresan como media  $\pm$  DE.

**Resultados:** Participaron un total de 30 residentes. En cuanto al año de residencia de rotación (R1: 40%. R2: 50%. R4: 10%) y tiempo que ha pasado desde rotación (meses: 10,0: 1 año: 30,0: 2 años: 20,0: 3 años: 30,0). Resultados de las preguntas realizadas: Grado de supervisión de por parte de adjuntos fue la adecuada  $4,6 \pm 0,498$ . Grado de participación de la unidad en tu sesión/es impartidas  $4,2 \pm 0,887$ . Temas de las sesiones clínicas tienen contenido adecuado para tu formación  $4,6 \pm 0,675$ . Temas de las sesiones clínicas tienen nivel adecuados de dificultad a tu nivel de formación  $4,3 \pm 0,651$ . Tus objetivos adquiridos fueron acordes a los marcados previamente  $4,2 \pm 0,761$ . Valoración de la formación práctica recibida  $4 \pm 0,91$ . Valoración de la formación teórica recibida  $3,7 \pm 0,915$ . Valoración de la formación investigadora recibida  $2,7 \pm 0,794$ . Valoración de la formación ética recibida  $3,9 \pm 1,155$ . Aplicabilidad en la práctica clínica diaria fuera de la UCI  $4,1 \pm 0,712$ . Introducción progresiva en las actividades asistenciales  $3,8 \pm 0,761$ . Recibes información adecuada de organización actividades/organización del servicio previa a tu rotación  $4 \pm 0,91$ . Recibes información adecuada de organización actividades/organización del servicio durante tu rotación  $4,4 \pm 0,675$ . Consideras suficiente la formación impartida durante tu rotación  $3,9 \pm 1,062$ . Grado de accesibilidad de los adjuntos/tutores para solventar dudas  $4,3 \pm 0,651$ . Cumpliste tus objetivos marcados previamente a la rotación  $4,3 \pm 0,794$ . Valoración global de asistencia a pacientes por parte de la unidad  $4,3 \pm 0,651$ . Valoración global de la docencia  $4,2 \pm 0,761$ . Valoración global del servicio  $4,2 \pm 0,761$ . Tu valoración global de la rotación  $4,1 \pm 0,96$ .

**Conclusiones:** La evaluaciones de los residentes rotantes son, en líneas generales muy buenas, si bien tenemos que mejorar aspectos como la investigación.

### 372. LACTATO COMO VALOR CRITICO Y ALERTA EN EL SISTEMA INFORMATICO DE LABORATORIO

García de la Torre A<sup>(a)</sup>, De la Torre Prados MV<sup>(b)</sup>, Navarrete Ortiz MC<sup>(c)</sup>, Ortiz García C<sup>(a)</sup>, Trillo López P<sup>(a)</sup> y Díaz Ojeda J<sup>(a)</sup>. *Grupo de investigación:* IBIMA

<sup>(a)</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga. <sup>(b)</sup>Universidad de Málaga e IBIMA en Málaga. <sup>(c)</sup>IBIMA en Málaga.

**Objetivos:** Evaluar el impacto clínico del valor crítico del lactato (VCL) sérico  $\geq 4$  mmol/l tras ser validado con el objetivo de generar una alerta automatizada desde el Sistema Informático de Laboratorio (SIL) al peticionario hacia una actuación clínica óptima.

**Métodos:** Estudio de intervención con Fase 1 o de control histórico desde el I/2018 a XII/2018, con inclusión de pacientes hospitalizados y de Urgencias > 14 años y VCL  $\geq 4$  mmol/L. Se registraron variables demográficas, clínicas y el tiempo en diferentes actuaciones clínicas. El programa utilizado para el procesamiento de datos y el análisis estadístico descriptivo y comparativo se realizó con SPSS versión 18.0, según naturaleza de variables y objetivos del estudio. Proyecto aprobado por el Comité de Ética e Investigación.

**Resultados:** De 18.751 determinaciones realizadas en el laboratorio de urgencias 820 (4,37%) tuvieron VCL; aleatoriamente se seleccionaron 163 determinaciones representativas de la muestra. 58,8% eran varones y 67,8 años P<sub>50</sub> de edad (P<sub>25</sub>60 - P<sub>75</sub>81). La ubicación con el 1º VCL fue urgencias 57%, reanimación posanestésica (REA) 22% y medicina intensiva con 15%. La patología (P) relacionada con VCL fue sepsis (29%), P cardiaca y cirugía cardiaca (29%), otras P (37%). La mortalidad del 35% ( $n = 57$ ) tuvo diferencias con área asistencial del 1º VCL: áreas críticas 61% ( $n = 60$ ) vs. urgencias 37% ( $n = 93$ ), Chi<sup>2</sup> = 19,5,  $p = 0,002$ ; edad: 72 años vs. 66 años, IC95% 1,39-10,88, T-t = 2,3,  $p = 0,02$ ; VCL: 7,9 vs. 5,9 mmol/l, IC95% 1,08-2,92, T-t = 4,3,  $p < 0,001$ ; Charlson: 5,7 vs. 4,4, IC95% 0,5-1,98, T-t = 3,1,  $p = 0,002$ ; SOFA: 8,9 vs. 6, IC95% 1,71-4,14, T-t = 4,7,  $p = < 0,001$ ; órganos disfuncionantes: 4,2 vs. 2,8, IC95% 0,78-1,9, T-t = 4,6;  $p < 0,001$ ; repetición Lactato < 6 horas: 27% vs. 39%,  $\chi^2 = 3$ ,  $p = 0,05$ ; demora primera actuación clínica: 3,1 vs. 0,98 horas,  $p = ns$ .

**Conclusiones:** Se puede afirmar que el lactato debe ser incluido como parámetro de valor crítico en el SIL con el objeto de mejorar las diferentes actuaciones terapéuticas y la supervivencia de estos pacientes, principalmente en las patologías tiempos dependientes.

Financiada por: Fundación Progreso y Salud, Consejería de Salud,

### 619. DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA. CONSECUENCIAS PRÁCTICAS PARA LOS PROFESIONALES MÉDICOS DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mora Aznar M, Galán Aznar J, Llorente Milla R, Romero García P, Aznar Arribas ML, Márquez Romera C, Hernández de Diego C, Sancho Barrios M, Sánchez Díaz P y Fernández Calavia MJ

*Complejo Asistencial de Soria en Soria.*

**Objetivos:** Analizar la historia clínica digitalizada de todos aquellos pacientes ingresados durante 2019 en la UCI del Complejo Asistencial de Soria.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional de los documentos pertenecientes a las historias clínicas de los pacientes ingresados en UCI durante un año y que han sido digitalizados mediante el Plan de Digitalización del Complejo Asistencial de Soria.

**Resultados:** En total se han revisado 488 pacientes, que ingresaron en 2019 en nuestra UCI. 70,49% hombres con una edad media de 57 años. 129 pacientes ingresaron por causa coronaria. Casi el 12% de ellos no tenían historia clínica previa en nuestro Centro. El 25% de los pacientes no disponían de registro electrocardiográfico (ECG) digitalizado en su Historia. Y en 10 historias clínicas revisadas, la hoja de ECG digitalizada no era legible. En la totalidad de ellos el informe de alta de UCI quedaba almacenado en su Historia, así como analíticas urgentes y ordinarias, resultados microbiológicos y pruebas de imagen realizadas en nuestro Centro durante el tiempo de ingreso. En ninguno de ellos se digitalizó la gráfica de constantes, tratamientos diarios ni evolutivos de enfermería e incidencias. De igual modo se eliminaron las tablas diarias comparativas de analíticas y los balances hídricos diarios y aclaramientos de creatinina calculados. Tan solo en el 40% de los pacientes de UCI de este año se han encontrado digitalizados las hojas de evolutivos médicos. La totalidad de las mismas almacenadas en una carpeta titulada "Medicina Interna". Y solo en el 1% de estas hojas de evolutivo estaban digitalizadas en su totalidad, de forma legible y ordenadas siguiendo una secuencia temporal.

**Conclusiones:** La digitalización de documentos escritos es una necesidad en la actualidad. En el caso del Programa de digitalización de documentos de Cuidados Intensivos del Complejo Asistencial de Soria se ha evidenciado una importante carencia en el procedimiento de almacenaje digital de estos documentos que ha llevado a una pérdida de información que afecta no solo a los estudios de investigación retrospectivos

sino a la propia toma de decisiones en cuanto a diagnóstico y terapéutica de los pacientes que ingresan en nuestra Unidad, la mayor parte de ellos por causa coronaria.

## 620. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA INCLUSIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA RED SOCIAL "TWITTER"

Martín Ruiz JF, Triviño Hidalgo J, Guerrero Lozano IM, Martínez Bernhard A, Courgeon García C, Rico Lledó MJ, Serrano Navarro JM, Vigil Velis M, Llamas Fernández N y Cremades Navalón I

*Hospital General Universitario Reina Sofía en Murcia.*

**Objetivos:** Describir el impacto del uso de la red social "Twitter" de la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Reina Sofía de Murcia.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se analizan las impresiones (nº de veces que vieron el tuit), interacciones (nº de veces que han interactuado con el tuit), "retuits", "me gusta" y respuestas de los tuits de nuestra cuenta de "Twitter" desde el 8 de Julio al 31 de Diciembre de 2019, así como los datos demográficos de nuestra audiencia (todo usuario, seguidor o no que interactúa con nuestros tuits) y nuestros seguidores. Analizamos cuales son los temas más frecuentes de los tuits con mayor interacción. Los datos fueron obtenidos de Twitter Analytics y analizados con IBM SPSS Statistics 23.

**Resultados:** Se obtuvieron 67 tuits en los 153 días medidos, con una media de 0,44 tuits/día. La media de impresiones fue 864,79 (40-6.577) con un total de 57.941 y 378,7 impresiones/día. Reportamos un total de 5.793 interacciones con media de 86,46 (0-1.466). La media de retuits, "me gusta" y respuestas fue 2,48, 9,46 y 0,64. Al analizar las características demográficas, el 63% de nuestra audiencia son varones, mientras que en nuestros seguidores es del 54%. La procedencia de las cuentas son mayoritariamente España al analizar tanto la audiencia como los seguidores con un 85 y 96%. El resto de nuestra audiencia proceden de países hispanoparlantes (4% México, 2% Colombia, 1% Argentina) y en menor medida de países como EEUU y RU, ambos con 1%. Refiriéndonos únicamente a nuestra audiencia, la distribución dentro de España corresponde el 20% a Murcia, Cataluña (8%), Barcelona (7%), Andalucía (7%), Madrid (5%) y Valencia (2%). Observamos 17 tuits con más de 1.000 impresiones, siendo las temáticas de los mismos noticias (29,4%), divulgación (23,5%), nuevas terapias (23,5%), humanización (17,6%) y casos clínicos (5,9%).

**Conclusiones:** En los 5 meses desde que iniciamos nuestra inmersión en la red social "Twitter", observamos un aumento creciente de las interacciones con la sociedad y la comunidad científica. Los tuits relacionados con innovación, humanización y noticias presentan un gran interés por parte de la sociedad, siendo nuestra comunidad autónoma, las regiones vecinas a la misma sobre los que existe mayor interacción y alcance. Por otro lado, cabe destacar el creciente aumento de las interacciones por parte de países hispanoparlantes.

## 850/COVID-19. CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE CANARIAS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Santana López BN, Santana Padilla YG, González Martín JM y Santana Cabrera L

*Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil en Las Palmas de Gran Canaria.*

**Introducción:** Los profesionales sanitarios, durante la pandemia por COVID-19, están asumiendo el riesgo infectarse ellos mismos o a sus familiares. España es el país del mundo con el mayor número de profesionales sanitarios contagiados. Por ello, nos planteamos como objetivo estudiar las creencias y actitudes de los profesionales durante la actual pandemia.

**Métodos:** Estudio descriptivo mediante cuestionario electrónico basado en uno publicado por este mismo equipo de investigación, durante la semana del 20 al 27 de marzo de 2020, entre los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Canarias.

**Resultados:** Se recibieron 642 cuestionarios. 529 (82,4%) creen que no se disponen de los EPI adecuados que los protejan de contraer el COVID-19. A pesar de lo cual, 394 (61,37%), estarían dispuestos a trabajar aunque exista un riesgo mayor de lo usual en infectarse en el trabajo y caer enfermo. Además, 528 (82,24%) estarían dispuestos a trabajar más horas o, incluso, a trabajar en otro centro de trabajo 443 (69%). Por

último, 434 (67,6%) antepone sus deberes para con sus familiares a su responsabilidad en el trabajo.

**Conclusiones:** Existe un enorme compromiso profesional entre los trabajadores sanitarios canarios durante esta pandemia, los cuales estarían dispuestos a trabajar, incluso, a pesar de que no creen disponer de los EPI adecuados, existiendo por tanto un riesgo mayor de lo usual en infectarse en el trabajo durante esta pandemia. Sin embargo, antepone la salud de sus familiares a su deber en el trabajo.

## 851/COVID-19. QUERER ES PODER. APRENDAMOS DE LA PANDEMIA

Del Campo Molina E, Pérez Manrique RM, Rubio Sánchez JM, Durbán García I, Rivera Espinar F y Guzmán Pérez JA

*Hospital de Montilla en Montilla (Córdoba).*

**Objetivos:** Establecimiento de reuniones del Servicio de UCI durante la pandemia COVID dada la imposibilidad de estas por sobrecarga asistencial, falta de coincidencia de los profesionales médicos debido a gestión organizada de jornadas laborales, preocupación por autoinfección e imposibilidad de mantenimiento de distancia de seguridad dado el entorno reducido. Se realizó mediante uso de plataformas virtuales con videoconferencia para instauración de criterios unificados para diagnóstico y tratamiento de pacientes COVID, con aportación de bibliografía para mayor aprendizaje. Valoración por los facultativos de videoconferencias realizadas.

**Métodos:** Adquisición de medio de videoconferencia en una plataforma virtual. Citación mediante email a los facultativos del Servicio de Medicina Intensiva inicialmente, con incorporación de facultativos de Neumología, Medicina Interna y Cardiología del Hospital de Montilla (Córdoba).

**Resultados:** Se realizaron 5 videoconferencias en marzo y abril del año 2020. Se realizaron 3 videoconferencias con facultativos de Medicina Intensiva y otras dos finales con facultativos de Neumología, Medicina Interna y Cardiología del Hospital de Montilla para establecimiento de protocolos unificados para diagnóstico y tratamiento de pacientes COVID positivos. Se realizó un protocolo hospitalario de actuación, incluyendo actuación en Urgencias, planta de hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos. La duración de las videoconferencias fue 60 minutos, con participación del 90% de los facultativos. Imposibilidad de asistencia de uno de los facultativos por ausencia de disponibilidad de conexión de internet domiciliaria debido a situación personal.

**Conclusiones:** 1. Posibilidad de protocolo unificado para diagnóstico y tratamiento de pacientes COVID en la UCI gracias a videoconferencias. 2. Posibilidad de reunión con facultativos de distintas especialidades para inicio de protocolo, con oportunidad de trabajo en equipo. 3. Posibilidad de reunión múltiple tanto de forma diaria (asistencia de 7 personas frente a 3 facultativos previo a la pandemia COVID-19) como ocasional de forma multidisciplinar, superando los inconvenientes y asegurando la seguridad de los profesionales. 4. Esto supone un reto, dado que es una forma nueva y diferente de realización de sesiones clínicas, siendo necesario el manejo de plataformas virtuales de cara a un futuro posterior a la pandemia, ya que se han observado beneficios de su utilización.

Financiada por: Hospital de Montilla (Córdoba).

## Pósteres pantalla

### Respiratorio/Ventilación mecánica

#### 127. TENDENCIA DEL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Picazo Moreno L<sup>(a)</sup>, Miñana Castellanos M<sup>(b)</sup>, Dot Jordana I<sup>(a)</sup>, Parrilla Gómez F<sup>(a)</sup>, Marín Corral J<sup>(a)</sup> y Masclans Enviz JR<sup>(a)</sup>. *Grupo de investigación: GREPAC-IMIM*

<sup>(a)</sup>Hospital del Mar en Barcelona. <sup>(b)</sup>Universidad Pompeu Fabra en Barcelona.

**Introducción:** Existe controversia acerca de si la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) y la uti-