



LIBRO DE ABSTRACTS

XI CONGRESO CASTELLANO MANCHEGO DE
MEDICINA Y ENFERMERÍA INTENSIVA, CRÍTICA
Y UNIDADES CORONARIAS

Hospital General, Ciudad Real 7-9 de abril de
2011

- COMUNICACIONES DE MEDICINA



PRESION INTRA-ABDOMINAL Y NEUMONIA NOSOCOMIAL

Autores: Murcia Sáez IM, Sobrino Hernández ML, López Toribio JL, Sánchez Iniesta R, Jimeno González M, Córcoles González V, Martínez García A.
UNIDAD MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL GENERAL ALBACETE

Introducción Y Objetivo

El aumento de la presión intra-abdominal (PIA) se relaciona con aumento del residuo gástrico (RG) y riesgo de aspiración, siendo éste un factor predisponente de neumonía asociada a ventilación mecánica. Quisimos conocer si los enfermos con $PIA \geq 12$ mmHg se complicaban con más neumonías nosocomiales.

Material Y Metodo

Estudio de cohortes prospectivo, un año de duración, donde la PIA fue medida por el método intravesical. Se recogieron variables demográficas, diagnóstico de ingreso, APACHE II, días ingreso en la Unidad (diUCI), neumonía nosocomial, ventilación mecánica (VM) y presencia de residuos gástricos.

Resultados:

	Población general	Neumonía nosocomial	No Neumonía nosocomial
N	130	30	100
EDAD(DS [‡] ;95%IC [¶])	59,6 (9 ;56,2-62,8)	54,6 (20;46,8-62,4)	61 (18;57,4-64,7)
APACHE(DS;95%IC)	19,42 (6,5;18,3-20,5)	18,7 (5,9;16,5-20,9)	19,63(6,7;18,4-20,9)
VARON. N(%) *	85 (65,38%)	24 (80%)	61 (61%)
DIAGNOSTICO.N (%) *	MEDICO 104 (80%) TRAUMA 15(11,5%) QUIRURGICO 11(8,5%)	MEDICO 19 (63,3%) TRAUMA 10 (33,3%) QUIRURGICO 1(3,3%)	MEDICO 85 (85%) TRAUMA 5 (5%) QUIRURGICO 10 (10%)
diUCI. (DS;95% IC) *	12,6 (10,7; 10,7-14,4)	21,4 (14,7;15,9-26,8)	9,9(7,4;8,4-11,4)
EXITUS. N(%)	22 (16,92%)	5 (16,66%)	17 (17%)
PIA media (mmHg). (DS;95% IC)	12,7 (3,7;12-13,3)	12,8 (3,13;11,6-13,9)	12,6 (3,9;11,8-13,4)
PIA máxima (mmHg.) (DS;95% IC)	16,4 (4,6;15,5-17,2)	17,1(4,4;15,4-18,7)	16,2 (4,7;15,2-17,1)
PIA \geq 12 mmHg N (%)	116 (89,2%)	29(96,7%)	87 (87%)
dPIA12 ^{‡*}	7,1 (6,9;5,8-8,3)	9,34 (8,5;6-12,6)	6,36 (6,2;5-7,6)
VM. N (%)*	112 (86,15)	30 (100%)	82 (82%)
RG. N (%)*	43 (33%)	18 (60%)	25 (25%)

* $p < 0,05$; [‡]DS= desviación estándar; [¶]IC: intervalo de confianza; [‡]dPIA12: días con $PIA \geq 12$ mmHg

Conclusion:

En nuestro estudio el ser hombre, tipo de diagnóstico, residuos gástricos altos y el mayor número de días con PIA elevada se relacionó con neumonía nosocomial. La duración del ingreso fue mayor. Todos estuvieron en VM.

IMPLANTE DE CATÉTER VENOSO PERMANENTE. EXPERIENCIA EN UCI

Autores: González Higuera E, Bruscas Alijarde M.J., Corrales Cruz A, Murillo Martín A, Añón Elizalde J.M.

Hospital Virgen de la Luz. Servicio de Medicina Intensiva. Cuenca

Objetivo:

Analizar la experiencia en la colocación de catéter venoso permanente en un servicio de Medicina Intensiva.

Material y método:

Estudio prospectivo observacional realizado en una UCI polivalente. Entre 2002 y 2010 se realizaron 800 técnicas. Se analizaron las siguientes variables en 643 pacientes: edad, sexo, tiempo quirúrgico, vía de acceso, técnica, complicaciones inmediatas y tardías, diagnóstico inicial y servicio peticionario.

Resultados:

Edad $61 \pm 12,5$ años. El 59% fueron hombres. Se analizaron los resultados de 497 implantes, 145 retiradas y un reimplante. Acceso venoso: subclavia derecha 83% (n=534), subclavia izquierda 12,5% (n=80), yugular derecha 4,4% (n=28), yugular izquierda 0,2% (n=1). Implantes: catéter-reservorio 97% (n=485), catéter Hickman 3% (n=12). Tiempo quirúrgico: 54 ± 13 minutos. Diagnósticos: carcinoma de recto 20% (n=129), de colon 20% (n=129), de mama 12% (n=77), ORL 8% (n=51); tumores no sólidos 12% (n=77), otros 28% (n=180). Procedencia: 80% (n=514) oncología, 10% (n=64) hematología, 10% (n=64) otros servicios. Complicaciones inmediatas 2% (n=13): neumotórax (n=4), hemorragia (n=2), bradicardia (n=6), hipotensión (n=1). Complicaciones tardías 2,2% (n=14): extracción accidental (n=2), infección local (n=2), exteriorización (n=2), bacteriemia (n=3), trombosis (n=1), abrasión por extravasación de quimioterapia (n=2), migración (n=2).

Conclusión:

El implante de los catéteres venosos permanentes es una técnica ampliamente solicitada por los servicios de oncología y hematología. Nuestra experiencia pone de manifiesto que se trata de una técnica con un bajo índice de complicaciones realizada por intensivistas por lo que debería ser un procedimiento a incluir en la cartera de servicios –como actividad *out-door*- de las Unidades de Medicina Intensiva.

UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO, ELEVACIÓN DE MARCADORES MIOCÁRDICOS Y ELECTROCARDIOGRAMA NO DIAGNÓSTICO

Autores: González Higuera E¹, Cardo Maeso ML², Godoy López MA³, Añón Elizalde JM¹, Bruscas Alijarde MJ¹, Corrales Cruz A¹.

¹Servicio de Medicina Intensiva. ²Unidad de Cardiología. ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción:

La presencia de dolor torácico con elevación de marcadores miocárdicos y alteraciones electrocardiográficas hace pensar inicialmente en un Síndrome Coronario Agudo (SCA). Existen otras entidades cuya presentación clínica es similar: Miocarditis aguda, Síndrome de Tako-tsubo. La Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) ayuda a establecer el diagnóstico diferencial.

Objetivo:

Establecer el papel de la RMC en el diagnóstico de cuadros que se presentan como un SCA.

Material y Método:

Se recogieron 6 enfermos con sospecha de SCA y electrocardiograma (ECG) no diagnóstico entre junio y diciembre de 2010. Se realizó RMC incluyendo secuencias potenciadas en T2 y secuencia I-R de realce tardío (RT).

Resultados:

Edad: 39 ±12 años. Hombres: 66% (n=4). Troponina T: 0,7 ng/dl (r: 0,2-3). CK: 743±286U/L. Alteraciones ECG: ondas T picudas 16% (n=1), segmento ST elevado 83% (n=5). Ecocardiograma: Fracción de eyección (FE) normal 33% (n=2), disfunción moderada 66% (n=4). Normalización FE posterior: 100% (n=6). Alteración contractilidad: segmentaria 50% (n=3), global 33% (n=2), normal 16% (n=1). Diagnóstico por RMC: Miocarditis aguda cuatro casos (RT subepicárdico e intramural de distribución parcheada y difusa), SCA un caso (RT transmural basal y medio de la pared lateral) Síndrome de Tako-tsubo un caso (ausencia de RT con discinesia apical). Coronariografía: coronarias normales en tres enfermos, lesión severa en obtusa marginal un caso, en dos enfermos no se realizó coronariografía.

Conclusión:

Existen enfermedades cardíacas no isquémicas que pueden cursar como un SCA, el patrón de RT en la RMC puede ayudar al diagnóstico diferencial de estas entidades cuyo tratamiento y pronósticos son diferentes.

Traqueotomía percutánea mediante dilatación con balón: Ciaglia Blue Dolphin

Autores: González Higuera E, Bruscas Alijarde MJ, Corrales Cruz A, Murillo Martín A, Añón Elizalde JM

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Introducción:

Las técnicas de traqueotomía percutáneas (TP) resultan una importante evolución respecto a las técnicas quirúrgicas. Diseñadas para efectuarse a la cabecera del enfermo, son técnicas sencillas, rápidas y han demostrado ser fiables y seguras.

La técnica Ciaglia Blue *Dolphin* (CBD) es la última modificación sobre la técnica de TP por dilatación en la que el traqueostoma se realiza mediante dilatación con balón.

Material y método:

Estudio prospectivo, observacional llevado a cabo en una UCI polivalente. Se incluyeron 22 pacientes a los que se realizó la técnica CBD. Se recogieron las siguientes variables: tiempo quirúrgico, sexo, edad, APACHE II y complicaciones perioperatorias y postoperatorias (hemorragia, desaturación, atelectasia, neumotórax-neumomediastino, pérdida de vía aérea, imposibilidad de finalización de la técnica, infección de herida quirúrgica, desgarró de tráquea, muerte relacionada con la técnica). La técnica se llevó a cabo con guía endoscópica.

Resultados:

Se realizaron 22 procedimientos en pacientes sometidos a ventilación mecánica prolongada. Edad: 68.3 ± 12.4 años. APACHE II: 15.4 ± 4.4 . Tiempo quirúrgico: 3,5 minutos (r: 2-6). En 2 (10%) enfermos no se pudo finalizar la traqueotomía con esta técnica. No hubo mortalidad derivada de la técnica. Mortalidad en UCI: 33% (n=7). Mortalidad en planta: 33% (n=7).

Conclusión:

Aunque nuestra serie es corta debido a la reciente introducción de la técnica, destacamos *su seguridad, sencillez y rapidez de ejecución. Presenta un periodo de aprendizaje corto y una baja incidencia de complicaciones, que la hacen una modalidad segura para la realización de la traqueotomía en el enfermo crítico.*

MIOCARDITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Autores: González Higuera E¹, Cardo Maeso ML², Bruscas Alijarde MJ¹, Corrales Cruz A¹, Murillo Martín A¹, Añón Elizalde JM¹.

¹Servicio de Medicina Intensiva. ²Unidad de Cardiología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción:

La miocarditis de células gigantes (MCG) es causa infrecuente de insuficiencia cardiaca aguda de etiología desconocida. Suele presentar un cuadro clínico fulminante a pesar de tratamiento adecuado, precisando trasplante cardiaco.

Objetivo:

Describir un caso de MCG presentado en una UCI polivalente.

Material y Método:

Paciente de 60 años. Hipertiroidea. Clínica inicial: fiebre, cefalea, mialgias, dolor en hipocondrio derecho y disnea. Al ingreso precisa ventilación mecánica, fluidos y NA por deterioro hemodinámico. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo con ligera hipertrofia, Fracción de Eyección (FE): 40%, hipocinesia generalizada. IM moderada. IT ligera. Catéter de Swan-Ganz: IC 1,7 l/min/m², PCP 27 mmHg, PM de AD: 16 mmHg RVS: 820 dinas.seg.cm⁵. TnT: 0,254 ng/ml CK: 560 U/L, NT-ProBNP: 65.411 (0-150) Serologías: Hepatitis A-B-C, VIH-1/VIH-2, Virus EB, Coxackie A-B, Citomegalovirus, Echovirus, Toxoplasma, Legionella, Clamidia pneumonie, Ricketsia, Brucella, Borrelia y Mycoplasma negativas. Complemento y Autoinmunidad normal. Tras mejoría inicial con extubación y alta a planta, presenta recaída en 72 horas y reingreso en UCI.

Coronariografía: coronarias sin lesiones, FE 22%, hipocinesia severa anterolateral y diafragmática.

Biopsia endomiocárdica: endocarditis de células gigantes.

La enferma precisó balón de contrapulsación intraórtico y asistencia ventricular. Se realizó trasplante cardiaco; falleció en situación de fracaso multiorgánico por rechazo.

Conclusión:

La MCG es una inusual enfermedad con evolución fatal. Un diagnóstico correcto y abordaje terapéutico adecuado son esenciales. Se debe considerar MCG en pacientes con IC progresiva sin causa aparente. Existe una asociación entre MCG y enfermedades autoinmunes, su reconocimiento puede aumentar la sospecha diagnóstica. El trasplante cardiaco es la única opción terapéutica.

TERLIPRESINA EN EL SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO

Autores: JB Araujo Alcántara, MJ Bruscas Alijarde, E Gonzalez Higuera, A Corrales Cruz, A Murillo Martín, JM Añón Elizalde
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Introducción:

La terlipresina es un análogo de la vasopresina. Actúa a nivel del músculo liso permitiendo un aumento del calcio intracelular que favorece la contracción. El objetivo de este trabajo es definir las características de los pacientes con shock séptico refractario tratados con terlipresina. Analizar la evolución respecto a la mortalidad, los efectos adversos y la utilización de otros vasopresores en los pacientes que recibieron terlipresina.

Métodos:

Durante el periodo de Febrero de 2007 a Octubre de 2010 se incluyeron 7 pacientes con shock séptico refractario. Todos los casos estaban corroborados por Swan- Ganz o PICCO. Los enfermos tenían dosis de noradrenalina de $>1 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{m}$ con TAM $<70 \text{ mmHg}$. Dos pacientes tenían dosis de adrenalina de $>0,5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. Todos eran varones con una edad media de 50 ± 5 años. El origen de la sepsis fue variado.

Resultados:

Sobrevivieron 4 pacientes (57%). Se pudieron disminuir drogas vasoactivas en 5 pacientes (71%), que habían recibido terlipresina de forma precoz y tenían menos órganos afectados. Las dosis utilizadas fueron: en 5 casos bolo de terlipresina de 1 mg y en 2 casos perfusión de 1 mg de terlipresina en 100cc de suero salino 0.9% (en 3-4 horas). En 1 paciente se precisó repetir el bolo de terlipresina a las 24 horas. Conclusión: La terlipresina representa una eficaz medida en el shock séptico refractario, sobretodo cuando se inicia de forma precoz y el paciente tiene menos órganos afectados. Actualmente se precisan más ensayos clínicos para poder recomendar la utilización de la terlipresina, asociada a otros vasopresores, como tratamiento del shock séptico refractario.

LA ESTANCIA HOSPITALARIA PREQUIRÚRGICA PROLONGADA ES FACTOR PREDICTOR INDEPENDIENTE DE INCREMENTO DE MORTALIDAD EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Autores: M.N. Parias Ángel, J. Villegas del Ojo, A.M. García Fernández, E. Moreno Millán, M. Cid Cumplido, F. Prieto Valderrey
Hospital Santa Bárbara, Puertollano

Introducción:

En pacientes hospitalizados, una larga estancia está asociada con un mayor número de complicaciones. Nuestro objetivo era determinar el efecto sobre la supervivencia y complicaciones de la estancia prequirúrgica prolongada en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo de una cohorte de 124 pacientes sometidos a cirugía cardíaca, valvular, revascularización coronaria o mixta, intervenidos en un hospital de 3º nivel entre noviembre del 2007 y febrero del 2008. Describimos las características generales y comorbilidades (edad, sexo, peso, talla, hipertensión, diabetes, dislipemia, fallo renal crónico), tratamiento médico habitual (betabloqueantes, IECAs, estatinas) y complicaciones postoperatorias (hemodinámicas, respiratorias, infecciosas, supervivencia y estancia en UCI).

Se realizaron análisis de regresión de Cox univariante y múltiple, para determinar una relación única entre cada una de las variables predictoras y las complicaciones y la mortalidad, así como para determinar factores predictores independientes de las mismas

Resultados:

Se incluyeron 124 pacientes, siendo el 48,4% mujeres. Edad media 65±11 años. Los antecedentes personales y tratamiento médico mostraron resultados similares a otras series descritas. Tras la realización del análisis múltiple de Cox, encontramos que la estancia prequirúrgica prolongada (> 7 días) resultó ser factor predictor independiente de mortalidad a igualdad en el resto de las variables. Del total de 124 pacientes incluidos, ningún de los que tuvieron una estancia prequirúrgica inferior a 7 días resultó exitus.

Conclusiones:

La estancia hospitalaria prequirúrgica prolongada es factor predictor independiente de mortalidad en nuestros pacientes. Deberíamos realizar todas las pruebas preoperatorias posibles de forma ambulatoria para disminuir este incremento de mortalidad.

- Bibliografía:
- - Ryan TA, et al. Predictors of outcome in cardiac surgical patients with prolonged intensive care stay. Chest 1997;112:1035-1042.

EL EMPLEO DE ESTATINAS PREOPERATORIAS Y SU EFECTO SOBRE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA CARDÍACA

Autores: M.N. Parias Ángel, A.M. García Fernández, J. Villegas del Ojo, E. Moreno Millán, M. Cid Cumplido, F. Prieto Valderrey.
Hospital Santa Bárbara, Puertollano

Introducción:

Algunos estudios recientemente están sugiriendo que el uso preoperatorio de estatinas está asociado con una reducción en las complicaciones infecciosas tras en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Nuestro objetivo fue describir el efecto sobre la morbilidad del empleo preoperatorio de estatinas en cirugía cardíaca.

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo de una cohorte de 124 pacientes sometidos a cirugía cardíaca, valvular, revascularización coronaria o mixta, intervenidos en un hospital de 3º nivel entre noviembre del 2007 y febrero del 2008. Describimos las características generales y comorbilidades (edad, sexo, peso, talla, hipertensión, diabetes, dislipemia, fallo renal crónico), tratamiento médico habitual (betabloqueantes, IECAs, estatinas) y complicaciones postoperatorias (neumonía, bacteriemia, infección de herida quirúrgica o esternal profunda, mediastinitis, infección urinaria, úlceras por decúbito, complicaciones hemodinámicas, respiratorias, y estancia en UCI).

Se realizaron análisis de regresión univariante y múltiple de Cox incluyendo todas las variables clínicamente relevantes y el consumo previo de estatinas para determinar la relación predictora con el desarrollo de las distintas complicaciones.

Resultados:

Se incluyeron 124 pacientes, siendo el 48,4% mujeres. Edad media 65 ± 11 años. El 40% usaban estatinas antes de la intervención. 61 pacientes desarrollaron algún tipo de infección. En nuestro estudio, el empleo preoperatorio de estatinas no fue asociado con significación estadística a una reducción de ningún tipo de infección ($p > 0,05$).

Conclusiones:

En nuestros pacientes el empleo de estatinas no resultó ser predictor independiente de disminución de ningún tipo de las infecciones valoradas. Pensamos que hacen falta más estudios randomizados comparando el empleo de estatinas vs placebo.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INFECCIONES URINARIAS ASOCIADAS A SONDAJE VESICAL

Autores: Mirian Gimeno González, Fernando Antonio García López, María del Carmen Córdoba Nielfa, Virgilio Córcoles González, Antonio Martínez García
UCI POLIVALENTE , Hospital General de Albacete

Introducción:

Las infecciones urinarias asociadas a sondaje vesical (ITU-SV) ocupan el segundo lugar en las infecciones nosocomiales adquiridas en UCI. Su incidencia es variable dependiendo del tipo de unidad y características de los pacientes.

Material y métodos:

Estudio descriptivo y prospectivo en una UCI polivalente de 12 camas desde Enero 2006 – Diciembre 2009 de las ITU-SV siguiendo el programa ENVIN- UCI simplificado.

Resultados:

Durante este periodo ingresaron en nuestra unidad 1821 pacientes con un APACHE-II medio(AP) de $15,9 \pm 0,33$, una edad media (EM) de $61,84 \pm 0,71$ y una estancia media(ES) de $8,78 \text{ días} \pm 0,39$ Se registraron 78 episodios de ITU-SV, con una densidad de incidencia(DI) de 6,37 episodios por mil días de sonda vesical, siendo la ratio de utilización(RU) de sonda vesical de 0,9. De los pacientes que desarrollaron ITU-SV el 53,2% eran hombres y el 46,8% mujeres, con una EM al ingreso de $65,69 \text{ años} \pm 15,79$, AP de $19,13 \pm 6,32$ y una ES de $39,69 \text{ días} \pm 24,53$. El patrón de gérmenes más frecuente por orden Candida spp 29%, Escherichia .coli 27,4% y Enterococcus .spp 22,6%. La tasa de bacteriemia secundaria fue del 1,6%.

Conclusiones:

Las características de los pacientes que desarrollan ITU-SV en nuestra unidad son un elevado índice de gravedad al ingreso y una muy elevada estancia media. Aunque en la literatura se recoge a E. Colli como principal responsable de estas infecciones, en nuestra serie es desplazado por Candida spp.

NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE. CEFALOSPORINA CON QUINOLONA O MACRÓLIDO

Autores: Mirian Gimeno González, Fernando Antonio García López, José Luis López Toribio, Virgilio Córcoles González, Antonio Martínez García
UCI POLIVALENTE , Hospital General de Albacete

Introducción:

Las principales guías de práctica clínica recomiendan en las neumonías comunitarias graves que ingresan en UCI, tratamiento combinado con Betalactámicos más un Macrólido o una Quinolona. Añadir un Macrólido puede tener efecto beneficioso por su efecto inmunomodulador además de sus propiedades antibióticas.

Material y métodos:

Estudio descriptivo observacional y retrospectivo. Se analizan los pacientes ingresados en nuestra unidad entre 2001-2005 diagnosticados de neumonía comunitaria grave a los que se les administró de forma empírica tratamiento combinado con una Cefalosporina con Quinolona o Macrólido.

La variables del estudio son: edad, sexo, estancia media, APACHE-II, éxitus y antecedentes: DM II, cardiológicos, pulmonares, tabaquismo, enolismo y tratamiento antibiótico previo.

Resultados:

Se incluyeron 97 pacientes, 66 hombres y 31 mujeres, la edad media (EM) es de 61,88 años, con una estancia media(ES) de 11,05 días y un APACHE-II(AP) de 17,6. La mortalidad global fue del 4,12%.

El 19,6% de los pacientes recibieron tratamiento con Cefalosporina y Quinolona (CQ) y el 80,4 % Cefalosporina y Macrólido (CM). No existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de tratamiento en la EM, ES ni AP, tampoco con respecto a los antecedentes.

La mortalidad fue de 10,53% en CQ y 2,56% en CM, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Conclusiones:

En nuestra unidad el tratamiento con CQ o CM se asoció a una baja mortalidad global. Siendo los dos grupos, CQ y CM, similares no encontramos diferencias significativas en la estancia ni la mortalidad.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA

Autores: Mirian Gimeno González, Fernando Antonio García López, Rafael Sánchez Iniesta, Virgilio Córcoles González, Antonio Martínez García
UCI POLIVALENTE , Hospital General de Albacete

Introducción:

En los Servicios de Cuidados Intensivos (UCI) se diagnostican entre la cuarta y la quinta parte de las infecciones nosocomiales, la mayoría se relacionan con la utilización de dispositivos. La elaboración de protocolos con medidas de prevención se ha demostrado útil en la reducción de estas.

Material y métodos:

Estudio de intervención en pacientes ingresados en una UCI polivalente de 12 camas desde Enero de 2002 a Diciembre de 2009. Aplicación a partir de 2006 de un protocolo de prevención de ITU-SV. La vigilancia de las ITU-SV se realizó siguiendo el programa ENVIN-UCI. Se estudio la densidad de incidencia (DI), el patrón de gérmenes y el ratio de utilización(RU) de la sonda vesical (SV) antes y después de la implantación del protocolo.

Resultados:

Desde 2002-2005 la DI de ITU-SV fue de $10,6 \pm 1,17$ ITU-SV por mil días de sondaje vesical. Tras la puesta en marcha del protocolo, 2006 a 2009 la DI fue de $6,37 \pm 1,62$. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las DI medias en el periodo pre y postintervención (IC95%: 3,01-5,49 $p < 0,002$) .

El RU de SV fué similar, 0,9 en ambos periodos.

Los microorganismos más frecuentemente aislados en los dos períodos fueron por orden *Candida.spp*, *Escherichia.coli* y *Enterococcus.spp*.

Conclusiones:

En nuestro medio la puesta en marcha de un protocolo para la prevención de ITU-SV es eficaz, disminuyendo la incidencia de ITU-SV, sin modificarse el patrón de gérmenes y con el mismo RU de SV.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO: RESULTADOS SEGÚN LA OPCIÓN TERAPEUTICA

Autores: Cid-Cumplido M, Sánchez Domínguez E, Villegas del Ojo J, García-Fernández A M^a, Moreno Millán E, Prieto Valderrey F.

Unidad de Cuidados Intensivos. Servicio de Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Puertollano. (Ciudad Real).

Introducción:

El tromboembolismo pulmonar es la tercera causa de muerte por enfermedad cardiovascular tras el infarto de miocardio y el infarto cerebral. Es importante su sospecha clínica para estratificar el riesgo y plantear estrategia de tratamiento.

Objetivo:

Analizar la mortalidad hospitalaria de los pacientes ingresados con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar masivo (TEPM), según el tratamiento, edad, sexo, inestabilidad hemodinámica y repercusión en ventrículo derecho (VD).

Método:

Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos desde el 1 de septiembre 2006 al 31 de diciembre 2009, con diagnóstico de TEPM. Grupo I: no fibrinolisado, grupo II: fibrinolisado. Variables: Edad; sexo; inestabilidad hemodinámica (síncope, hipotensión, aminas); método diagnóstico inicial; tratamiento fibrinolítico (alteplase o tenecteplase); empleo de heparina sódica o heparina de bajo peso molecular; fallo de VD en ecocardiograma; necesidad de ventilación mecánica y mortalidad atribuible al tromboembolismo. Las variables continuas se han expresado como media±desviación estándar y se han comparado con el test de U de Mann-Whitney. Las variables discretas se han expresado como porcentajes y se comparan con el test Chi-cuadrado. Se consideró significación estadística $p < 0,05$. Resultados: El estudio se realizó sobre un total de 24 pacientes, de los que 12 (50%) recibieron fibrinólisis, 6 (25%) con tenecteplase y 6 (25%) con alteplase. Edad media: $57,92 \pm 19,35$ años en grupo I y $62,17 \pm 20,66$ en grupo II ($p=0,48$). Varones: 41,7% y 66,7% ($p=0,21$). Inestabilidad hemodinámica: 66,7% y 100% ($p=0,028$). Heparina de bajo peso: 66,7% y 75% ($p=0,65$). Heparina sódica: 33,3% y 25% ($p=0,65$). Fallo VD en ecocardiograma: 41,7% y 91,7% ($p=0,009$). Diagnóstico inicial con TAC: 91,7% y 83,3% ($p=0,53$). Diagnóstico inicial con ecocardiograma: 8,3% y 16,7% ($p=0,53$). Ventilación mecánica: 25% y 41,7% ($p=0,38$). Mortalidad: 8,3% y 25% ($p=0,27$).

Conclusiones:

en la presente serie la realización o no de fibrinólisis no se asoció con mortalidad. En los pacientes con inestabilidad hemodinámica o fallo ventricular derecho la realización de fibrinólisis fue más frecuente.

IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVOS: ¿DÓNDE Y POR QUÉ?

Autores: Moreno-Millán E , Villegas-del Ojo J , , García-Fernández AM, Cid-Cumplido M, Parias-Ángel N, Prieto Valderrey F.
Hospital Santa Bárbara. Puertollano. (Ciudad Real).

Introducción:

En la actualidad hay gran variabilidad en el equipo implantador y en las características de los hospitales en los que se realiza implantes de marcapasos definitivos.

Objetivo:

Determinar si las intervenciones para implantación de marcapasos permanentes (MPP) y cambio de generador resultan más eficientes en hospitales pequeños.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo, transversal y observacional de 5 grupos de diagnóstico relacionados (GDR), procedentes del conjunto mínimo básico de datos de 2007, analizando descriptivamente variables demográficas (edad, género), clínicas (número de diagnósticos secundarios (NDS) y de procedimientos (NP), mortalidad) y de gestión (estancia total y preoperatoria, forma de acceso y alta, tamaño de hospital), definiendo ineficiente una estancia superior 2 días a la media. Se contrastan variables cuantitativas, comparaciones entre variables nominales y categóricas, y la asociación independiente entre estancia eficiente y las diferentes covariables, construyendo un modelo de regresión logística binaria, introduciendo como independientes las significativas del bivariado y las consideradas asociadas a la variable dependiente.

Resultados:

23.154 episodios (5,3% ingresó en hospitales <200 camas). En el estudio bivariado comparativo entre hospitales pequeños y el resto, no discriminado por GDR, se observó una estancia media de 7.87 ± 11.01 días vs 8.78 ± 12.95 ($p=0.005$, IC 95% [0.17; 1.65]) y una preoperatoria de 3.62 ± 6.14 vs 4.22 ± 6.68 días ($p=0.015$), sin mayor comorbilidad, medida como proxy por NDS (5.23 ± 2.88 vs 5.42 ± 3.28 ($p=0.055$)); y NP como proxy de esfuerzo diagnóstico-terapéutico (3.79 ± 2.50 vs 3.55 ± 2.69 ($p=0.002$)).

24,1% fueron ineficientes, encontrándose asociación con Epo, NDS, NP y acceso urgente.

Conclusiones:

La implantación de marcapasos y cambio de generador es más eficiente en Hospitales pequeños, con consistencia interna por subgrupos, aunque son necesarios estudios analíticos para determinar la asociación entre la eficiencia y las variables evaluadas

MANEJO ATÍPICO DE FIBRILACION VENTRICULAR RECIDIVANTE CON RESULTADO EXITOSO

AUTORES: E. Moreno-Millán; J. Villegas del Ojo, M. Cid Cumplido, AM García Fernández, N Parias Ángel, F Prieto Valderrey.
Hospital Santa Bárbara. Puertollano. (Ciudad Real).

INTRODUCCIÓN:

El tiempo que debemos emplear para una reanimación cardiopulmonar (RCP) no está claro, pero es obligatoria la realización de compresiones torácicas (CT) sin interrupción hasta la recuperación de de circulación espontánea (RCE). La definición de desfibrilación (DF) exitosa, es revertir la fibrilación ventricular (FV) en 5 segundos después de una descarga y la FV se define como recurrente si persiste tras 3 intentos DF.

CASO CLÍNICO:

Varón de 65 años, con factores de riesgo cardiovascular que sufre pérdida súbita de la conciencia, objetivando en monitorización FV, administrándose una DF de 360 julios monofásica con recuperación del ritmo propio. Presentó nuevos episodios de FV volviendo a administrar 4 DF, un bolo de 300 mg de amiodarona endovenosa, y ventilación manual. La FV recidivó en múltiples ocasiones por lo que se administraron varias DF recuperando RS tras el 32º. Se realizó fibrinólisis tras objetivar en el EKG signos compatibles con síndrome coronario agudo con elevación del ST inferoposterolateral. Se mantuvo amiodarona, y se administró tratamiento antiisquémico (doble antiagregación y anticoagulación). La duración total de la RCP fue de 52 minutos.

En paciente fue mejorando progresivamente siendo extubado al día siguiente, sin ningún tipo de secuela neurológica. Se realizó cateterismo objetivando permeabilidad del stent previo, y dos lesiones críticas en tercio medio y distal de la coronaria derecha, tratados con angioplastia e implante de stent.

DISCUSIÓN:

El interés de este caso se centra en tres puntos: la trombólisis durante las maniobras de reanimación; la ausencia de CT durante la RCP; el elevado número de DF.

Aunque es indicación la realización de CT continuas y la no realización de las mismas se acompaña de un peor pronóstico, esto no sucedió en nuestro caso, porque después de cada uno de las DF, el paciente presentó un pulso palpable y efectivo.

En este caso, a pesar de todas las recomendaciones favorables a la introducción rápida de la CT con un mínimo de interrupciones la observación de un RCE con recuperación neurológica hizo que no se aplicaran.

CONCLUSIÓN:

Destacando la importancia del tratamiento individualizado en cada paciente, a pesar de las recomendaciones y guías, presentando una forma atípica de manejo de la parada cardiaca con resultado exitoso, en el contexto de la FV de etiología isquémica.

BOTULISMO EN CASTILLA LA MANCHA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Carmen Corcobado Márquez, Mar Juan Díaz, Ainhoa Serrano Lázaro, Ana Bueno González, Luis Yuste Domínguez, Ramón Ortiz Diaz-Miguel
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Introducción:

A propósito de un caso, se presenta un estudio epidemiológico descriptivo de botulismo durante la última década (2000-2010) en Castilla-La Mancha y España, con una comparativa de los años 2009 y 2010 según la distribución por comunidades autónomas.

Resultados:

El botulismo es una enfermedad de baja incidencia. En España el número total de casos declarados durante el periodo 2000-2010 oscila entre 6 y 15 casos anuales, con una media de 9,6; y una tasa de incidencia por 100.000 habitantes-año que oscila entre 0,01 y 0,04, con una media de 0,025. En Castilla-La Mancha el número total de casos declarados durante la última década ha sido de 11, los dos últimos en el año 2009, otros dos en 2007, tres en 2005 y cuatro en 2001; con una tasa de incidencia por 100.000 habitantes-año de 0,1 en el año 2009 y 2007, de 0,16 en 2005 y de 0,23 en 2001.

De los casos declarados en España en el año 2010 publicados hasta la fecha (el último boletín epidemiológico publicado por el Centro Nacional de Epidemiología corresponde a la semana 37), que suman un total de 8 casos, ninguno de ellos corresponde a Castilla-La Mancha; cuatro se han comunicado en Extremadura, tres en Andalucía y uno en Aragón.

En el año 2009 se han declarado en España un total de 13 casos, dos de ellos en Castilla-La Mancha, y el resto, dos en Castilla-León, dos en Madrid, uno en Andalucía y otro en Galicia.

La mayoría de los casos declarados son de botulismo alimentario.

Caso clínico:

Paciente de 58 años, con antecedentes de HTA e insuficiencia renal por nefropatía IgA, que presenta un cuadro de botulismo alimentario tras la ingestión de verduras de conserva casera. Comienza con síntomas digestivos varias horas tras la ingesta, con numerosos vómitos alimenticios, y posteriormente síntomas neurológicos, con afectación de la musculatura ocular (diplopía, ptosis palpebral), bulbar (disartria, disfonía, disfagia) y sistema nervioso autónomo (midriasis bilateral arreactiva, visión borrosa, sequedad de mucosas, íleo paralítico, retención urinaria, hipotensión ortostática, bradicardia); sin afectación de la musculatura de los miembros ni respiratoria, y sin alteración de los reflejos osteotendinosos. Se pauta tratamiento con antitoxina botulínica (antitoxina equina trivalente A, B y E). Se confirma el diagnóstico mediante el aislamiento de la toxina botulínica en heces. El paciente presenta una buena evolución, con recuperación total de la sintomatología en tres semanas.

FÍSTULA MITROAÓRTICA SECUNDARIA A ENDOCARDITIS INFECCIOSA SUBAGUDA SUBPROTÉSICA

Autores: Corrales Cruz A¹, Murillo Martín A¹, González Higuera E¹, Bruscas Alijarde MJ¹, Cardo Maeso ML², Añón Elizalde JM¹

¹Servicio de Medicina Intensiva. ²Unidad de Cardiología. Hospital Virgen de la Luz.
Cuenca

Introducción:

Actualmente la endocarditis infecciosa (EI) y sus complicaciones se desarrollan principalmente en portadores de válvula protésica. Su incidencia y mortalidad no han variado en los últimos 30 años. A pesar del mal pronóstico son escasos los estudios, por lo que cualquier caso con características singulares es susceptible de análisis y comunicación.

Objetivo:

Describir un caso de fístula mitroaórtica secundaria a EI.

Material y Método:

Paciente de 77 años, hipertensa, portadora de prótesis biológica desde hace dos años por estenosis aórtica. Ecocardiografía previa al ingreso: Ventrículo izquierdo (VI) no dilatado con hipertrofia severa. Función sistólica conservada. Prótesis biológica aórtica normofuncionante. Hospitalizada por cuadro clínico compatible con insuficiencia cardiaca. Rápida evolución a shock cardiogénico por lo que ingresa en UCI precisando ventilación mecánica invasiva y soporte inotrópico. Ecocardiografía transesofágica: VI hipertrófico con función sistólica conservada; doble lesión mitral, jet bajo anillo aórtico que comunica con aurícula izquierda, de alta energía sistólica que supera los 6 cm/seg compatible con fístula mitroaórtica. Vegetación en cara auricular de la fístula. Microbiología –hemocultivos– negativa (muestras obtenidas tras 8 días de antibioterapia de amplio espectro en planta). Traslado a quirófano de cirugía cardiaca para reparación quirúrgica falleciendo tras intervención.

Conclusión:

Las fístulas intracardiacas se presentan en pacientes portadores de válvulas protésicas como complicación de EI. La zona fibrosa ubicada entre las válvulas aórtica y mitral al estar poco vascularizada es propensa a sufrirlas. Dada su ubicación anatómica el diagnóstico requiere de ecografía transesofágica que en el caso de nuestra paciente estableció un diagnóstico de certeza.

EVOLUCIÓN RADIOGRÁFICA DE DISECCIÓN SUBAGUDA DE ARTERIA BASILAR

Autores: Yuste Domínguez, Luis Javier; García Conejo, G.; Corcobado Márquez MC.; Juan Díaz M.; Gómez Grande, M.L; Serrano Lázaro, A.
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Introducción:

La disección de la arteria basilar es una entidad poco frecuente, pero que, en ocasiones, se ha visto implicada en la etiología de accidentes cerebrovasculares isquémicos en pacientes jóvenes. Dadas las variadas manifestaciones clínicas y las graves consecuencias neurológicas que implica, son distintas las posibilidades terapéuticas que pueden manejarse.

Métodos:

Presentación de caso clínico de mujer de 31 años de edad que presenta, hace 1 mes, esguince cervical, secundario a accidente de tráfico, tratado mediante collarín blando durante una semana. Presenta clínica progresiva de alteraciones neuropsiquiátricas, con brusco deterioro del nivel de conciencia en el transcurso de 48h. Se presenta la evolución radiográfica, mediante diferentes técnicas de imagen, de la trombosis-disección de arteria basilar que fue la originaria del cuadro, y los resultados angiográficos una vez realizado el tratamiento.

Resultados:

Ante la imposibilidad de realización de trombolisis intraarterial, se optó por la anticoagulación sistémica de la paciente obteniendo la recanalización casi completa del vaso afectado, no logrando sin embargo, la mejoría clínica deseada.

NUEVOS PROBLEMAS, ¿VIEJAS? SOLUCIONES

Autores: Yuste Domínguez, L.; Del Campo Tejedor, Rafael; García Conejo, G.;
Martín Rodríguez C.; Ortiz Díaz-Migallón, R.; Bueno González, A.
HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Introducción:

La infección fúngica es una complicación relativamente frecuente y grave en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos. El incremento de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos agresivos, la inmunosupresión, la ubicuidad de estos microorganismos, entre otras circunstancias, han aumentado considerablemente el riesgo de micosis, frente a las que en muchas ocasiones, no disponemos de un arsenal antibiótico adecuado.

Material y métodos:

Se presenta el caso de una paciente de 66 años, que tras la realización de una cirugía ginecológica desarrolla shock séptico con fallo multiorgánico. Entre los resultados microbiológicos se observa la persistente presencia de *Cándida glabrata* en muestras ginecológicas sucesivas, que provocan cuadros de sepsis durante su prolongado ingreso, a pesar de la utilización de múltiples tratamientos con los antiifúngicos habituales.

Resultados:

Eradicación de la colonización por *Cándida glabrata*, en todas y cada una de las muestras ginecológicas obtenidas, mediante la utilización de tratamiento local con ácido bórico, fórmula magistral realizada por el Servicio de Farmacología de nuestro hospital.

ROTURA “ESPONTÁNEA” DE BAZO COMO CAUSA DE PCR. CAMBIOS ANATOMOPATOLÓGICOS TRAS UNA RCP.

Autores : Yuste Domínguez L.; Martín Dávila, F.; Martínez Migallón, M.; AbdelHadi Álvarez, H. Blanco García, J; Ruiz Lorenzo, F.
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Introducción:

El quiste mesotelial esplénico es una entidad poco frecuente; tan sólo se encuentran algunas decenas de casos en la literatura científica, debido a su difícil diagnóstico y diferenciación de otras patologías esplénicas similares, tales como el linfangioma. Menos aún son aquellas que producen una sintomatología tan llamativa como un hemoperitoneo masivo.

Material y método:

Se presenta el caso clínico de un varón de 45 años que consulta, con cierta frecuencia, y a lo largo de los meses, por dolores abdominales agudos, cuya etiología parece en todo momento, inespecífica. En esta ocasión, el dolor es mucho más acusado, impresionando de gravedad. Tanto es así, que a los pocos minutos, el paciente sufre un brusco shock hemodinámico y, casi inmediatamente, presenta parada cardiorrespiratoria tipo asistolia. Tras ello se inician maniobras de RCP, que resultan ineficaces.

Resultados:

Se detallan imágenes de la autopsia en las que se refleja el hemoperitoneo secundario a la rotura de un bazo patológico, como probable causa del fallecimiento. Además se muestran diferentes piezas anatomopatológicas en las que se observan, las técnicas utilizadas para su complicada diferenciación.

INTOXICACION POR SALFUMAN: A PROPOSITO DE 5 CASOS

Autores: Portilla Botelho, Mariana; Martín Rodríguez, Carmen; Bueno González, Ana; Ruiz Lorenzo, Francisco; Gómez Grande, M. Luisa; Corcobado, Carmen.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

INTRODUCCION: La intoxicación por aguafuerte o sulfuman es muy rara. Es un cáustico doméstico. La sintomatología más frecuente es el vómito. Se consideran criterios de gravedad el vómito persistente hemático, disfagia, estridor y/o dolor abdominal severo; así como el tiempo desde la ingesta hasta la atención médica y la cantidad ingerida. El pronóstico está en relación con el grado de lesión en la endoscopia precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudian los pacientes (P) que ingresaron en UCI intoxicados por sulfuman.

RESULTADOS: Se trata de 5 P (3 mujeres / 2 varones), con edad media de 40 años (límites: 32-65; mediana 34). La estancia media fue de 93 días (límites: 34 -211) excluyendo P4 fallecido en < 24 h. Todos los pacientes menos P2 fueron intentos autolíticos. Se realizó TC abdominal al ingreso y endoscopia a todos salvo a P4. Presentan pH al ingreso <7.20. P5 no precisó IOT.

	P1	P2	P3	P4	P5
Cantidad ingerida	100	50	100	250	200
Intento autolítico	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Síntomas	Dolor abdominal Disfonía	Disfonía, estridor, disfagia Vómito no sanguinolento	Vómito posos café	Dolor abdominal intenso Disfagia	Dolor abdominal intenso Vómito posos de café
Tiempo desde ingesta	<1h	<1h	<1h	4h	<1h
Resultados endoscopia	Lesión esofágica IIA Lesión gástrica III	Lesión esofágica III Lesión gástrica IIB	Lesión esofágica IIB Lesión gástrica I	No realizada	Lesión esofágica grado IIB, Lesión gástrica IIB
Cirugía	Si, 2º día	Si, 3º día. Laparotomía	No	Si, al ingreso	Sí, 9º día
Complicaciones	Perforación Dehiscencia sutura Exitus -FMO	Estenosis esofágica	Estenosis esofágica	Perforación Exitus	Estenosis esofágica

CONCLUSIONES: Los pacientes presentaron elevada estancia media y morbilidad. La mortalidad se relaciona con la presencia de perforación intestinal, demora en la atención médica y cantidad de producto ingerida.

PARADA CARDIORRESPIRATORIA HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Autores: F. J. Ruiz Lorenzo, A. Bueno, M. Portilla Botelho, C. Martín Rodríguez, M. Gómez Grande, A. Ambrós Checa.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Objetivos:

Detectar las áreas hospitalarias con mayor incidencia de parada cardiaca (PCR) y analizar, en UCI y en planta de hospitalización (H), la incidencia según los turnos de trabajo y los periodos festivos.

Material y Métodos:

Se analizaron los avisos por PCR durante 11 meses, excluyendo quirófanos, mediante un registro observacional y prospectivo de todas las PCR según el estilo Ultsein. Se recogieron las variables: lugar de la PCR, turno de trabajo y periodo festivo.

Resultados:

Se registraron un total de 40 PCR: 14 en UCI (35%), 8 en Hemodinámica (20%), 4 en Urgencias (10%), 1 en electrofisiología (2,5%) y 11 (27,5%) en Hospitalización (8 en plantas médicas -20%- y 3 en plantas quirúrgicas -7,5%-). De las PCR en UCI, 6 (42.86 %) se produjeron en turno de mañana (M), 3 (21,43 %) en tarde (T) y 5 (35.71 %) en noche (N); de las producidas en Hospitalización, 5 (45.45 %) se asistieron en M, 4 (36.36%) en T y 2 (18.18 %) en N.

Se produjeron en fin de semana 5 (35.71%) de las registradas en UCI y 2 (18,18%) de las producidas en Hospitalización. Las PCR producidas en periodos festivos fueron 5 (35.71%) en la UCI y 5 (45.45%) en Hospitalización.

Conclusiones:

Las áreas de mayor incidencia de PCR son las monitorizadas. En H la PCR presenta mayor incidencia en el área medica(nefrología-diálisis).

El número de PCR es significativamente mayor en turnos de mañana tanto en UCI como en Hospitalización.

La incidencia de PCR en periodos festivos es elevada: casi la mitad en H y un tercio en UCI.

CARACTERÍSTICAS DE LA PARADA CARDIACA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Autores: F.J. Ruiz Lorenzo. L. Yuste Domínguez. J. Blanco García. M. Gómez Grande. A. Serrano Lázaro. A. Ambrós Checa
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Objetivos:

Analizar las características de los pacientes que presentaron una parada cardiorrespiratoria (PCR), el origen de la misma, el ritmos de PCR más frecuentes y la presencia de enfermería como primer testigo en áreas no monitorizadas.

Material y Métodos:

Se analizaron los avisos por PCR durante 11 meses, excluyendo quirófanos, mediante un registro observacional y prospectivo de todas las PCR. Se recogieron como variables: las características del paciente, episodio de PCR y resultados según el estilo Utstein.

Resultados:

Se registraron un total de 40 PCR. La edad media fue de 66,6 años (rango 19-87), 28 (el 70%) en hombres. 27 (67,5%) fueron de origen cardiogénico; el ritmo cardiaco inicial fue la actividad eléctrica sin pulso(AESP) en el 42,5% (17), seguido de la fibrilación ventricular/taquicardia ventricular en el 13 (32,5%), la asistolia en 7 (17,5%) y la bradicardia extrema en 3 (7,5%). En áreas no monitorizadas de hospitalización, se produjeron 11 PCR (el 27 %) y en 9 de esos casos (el 81.8%) la enfermería fue el primer testigo.

Conclusiones:

La frecuencia de la enfermería como primer testigo de la PCR refuerza la necesidad de formación en RCP de las áreas no monitorizadas, consideradas de riesgo menor.

El ritmo de PCR mas frecuente en nuestro medio es la AESP quizás por la inclusión en el estudio de unidades monitorizadas que permiten una intervención precoz del evento e impiden la evolución eléctrica del ritmo a la asistolia.

ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI TRAS PARADA CARDIORESPIRATORIA (PCR) EXTRAHOSPITALARIA. ¿Son la hipoperfusión y la hipotermia factores asociados con coagulopatía en éstos pacientes?

Autores: A. Bueno González. F. Ruiz Lorenzo. A. Serrano Lázaro. A. Ambrós Checa. M. Portilla Botelho. C. Martín Rodríguez
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Introducción: La hipoperfusión y el grado de lesión tisular en trauma se han relacionado con coagulopatía precoz al ingreso y la hipotermia puede producir coagulopatía por inactivación de las proteasas de la coagulación.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas, clínicas y complicaciones de los pacientes que ingresan en la UCI tras sufrir PCR, así como la incidencia de coagulopatía y su relación con hipoperfusión al ingreso y con la hipotermia terapéutica aplicada a éstos pacientes.

Material Y Métodos: Estudio retrospectivo, desde una base de datos prospectiva de un registro de todas las PCR atendidas por nuestro Servicio. Se incluyeron pacientes adultos con PCR extrahospitalaria, admitidos en el hospital desde Marzo 2010 a Enero 2011. Se excluyeron pacientes con Reanimación Cardiopulmonar (RCP) ineficaz. La hipoperfusión tisular fué medida con $DB \geq 6$ y un láctico ≥ 20 al ingreso. El criterio para coagulopatía se estableció en tiempos de coagulación prolongados ($AP \leq 50\%$ y/o $TTPa \geq 65s$) y/o fibrinógeno < 150 . El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS11.0.

Resultados. 11 pacientes con paro cardiaco extrahospitalario fueron admitidos en el hospital, 2 pacientes fueron excluidos por RCP ineficaz. Todos los pacientes recibieron RCP básica por testigos presenciales y RCP avanzada por servicio de Emergencias hasta su llegada al hospital. La edad media fue 64 ± 16 años. El 100% fueron hombres, un 33% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica y estaban antiagregados. El tiempo medio de PCR fue de 17 ± 7 minutos (Mínimo de 5 min. y un máximo de 30min.). Como origen de la PCR, 7 pacientes (77%) fueron de origen cardiaco, 1 paciente de etiología respiratoria por ahogamiento y 1 paciente de origen traumático. El ritmo inicial de PCR en el 89% fue un ritmo desfibrilable (77% en FV) y en 1 paciente fué asistolia. El 100% se IOT in situ. Se aplicó hipotermia terapéutica y se realizó ACTP primaria al 100% de los pacientes con PCR de origen cardiaco. En cuanto a la evolución en UCI, un paciente del grupo de PCR de etiología traumática fué éxitus las primeras horas de ingreso. El 100% de las PCR de etiología cardiaca sobrevivieron al alta de UCI. El GCS al alta fué 15 en todos los pacientes salvo en 1 paciente donde el GCS al alta fue 10. El tiempo medio de recuperación de la consciencia fue de 35 ± 5 h. La estancia media en UCI fue de 9 ± 5 días y el tiempo medio de VM fue de 5 ± 6 días. Como complicaciones, 3 pacientes (33%) presentaron criterios de NAVM precoz, 2 de ellos con sospecha de broncoaspiración al ingreso y los gérmenes aislados fueron Haemophilus, Streptococcus Pneumoniae y Staphylococcus Aureus oxa-sensible. La incidencia de coagulopatía al ingreso fue del 22% y ninguno de los pacientes desarrolló coagulopatía a las 24 h de ingreso. Como marcadores de hipoperfusión tisular al ingreso, 6 pacientes presentaban $DB \geq 6$ y 8 pacientes Láctico ≥ 20 , éstos marcadores se habian normalizado en todos los pacientes a las 24h de ingreso. Los pacientes con hipoperfusión al ingreso medida con $DB > 6$ y láctico > 20 tuvieron un 33% de coagulopatía frente a 0% de coagulopatía de los que no tuvieron hipoperfusión, diferencias que no fueron significativas. (P:0.417 y P:0.778 respectivamente).

Conclusiones. Todos los pacientes con PCR de etiología cardiaca reanimada sobrevivieron al alta de UCI y un alto porcentaje presentaba una recuperación neurológica sin secuelas, lo que se explica posiblemente por la mejora en los cuidados postresucitación. La incidencia de coagulopatía precoz al ingreso en éstos pacientes fue elevada, del 22% y no se asoció de manera significativa con hipoperfusión. Ninguno de los pacientes tras la aplicación de hipotermia terapéutica presentó coagulopatía como complicación a las 24 horas de ingreso.

NEUMOMEDIASTINO Y MIONECROSIS POR CLOSTRIDIUM TRAS INTENTO DE AUTOLISIS MEDIANTE HERIDA DE ARMA BLANCA EN ANTEBRAZO.

Autores: C. Fletes, A. Mendiola, J. Redondo, M. Madrazo, V. Baladrón, M. Martín, P. Arenas. G. Bernal

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Introducción:

El neumomediastino secundario a infección por *Clostridium perfringens* es un cuadro muy pocas

veces descrito en la literatura así como potencialmente grave.

Las infecciones de piel y tejidos blandos más características por *C. perfringens* son la celulitis crepitante y la gangrena gaseosa. Surgen tras un traumatismo o como complicación de cirugía de colon o tracto biliar, tras un aborto séptico, parto u otra manipulación obstétrica. Tienen un curso rápidamente progresivo y devastador

Caso Clínico: Varón de 29 años, fumador, alérgico a penicilinas. Acude por dolor intenso en miembro superior izquierdo tras herida autolítica en antebrazo de varios días de evolución interviniéndose de forma urgente. A su llegada a Reanimación se objetiva la existencia de enfisema subcutáneo en región superior del brazo y cuello. Refiere dificultad respiratoria con sensación de opresión torácica, taquipnea y descenso de la SatpO₂ a 95%, sin tiraje ni utilización de musculatura accesoria. Murmullo vesicular conservado. Ligera alteración del nivel de conciencia. ECG con disminución del voltaje de complejos QRS y aplanamiento de onda T. Titulación de enzimas cardíacas normales. Tendencia a la hipotensión que responde a sobrecarga de volumen.

Solicitamos TAC informándose de importante enfisema subcutáneo en brazo izquierdo que diseca estructuras musculares y paquete vasculonervioso que se extiende hacia partes blandas del hemitórax izquierdo (musculatura pectoral, intercostal y paralumbar izquierda) con neumomediastino, anterior medio y posterior

Conclusiones:

La gangrena gaseosa es una infección potencialmente grave por lo que el diagnóstico temprano es crítico, y se basa en los hallazgos clínicos, quirúrgicos y microbiológicos (fundamental solicitar de forma urgente una tinción de Gram de las muestras).

Ante la sospecha de esta entidad clínica hay que instaurar de inmediato un tratamiento antibiótico dirigido con Clindamicina y penicilina, administrar antitoxina y extirpar los tejidos afectados.

BIBLIOGRAFÍA:

- Vaccine. 2009 Nov 5;27 Suppl 4:D44-7. *Clostridium perfringens* vaccines. [Titball RW](#).
- Orthopedics. 2008 May;31(5):495. A case of factitious subfascial emphysema. [Schulz BM](#), [Strauch RJ](#).
- Emerg Radiol. 2009 Sep;16(5):343-8. Epub 2009 Jan 30. Subcutaneous emphysema: diagnostic clue in the emergency room. [Martí de Gracia M](#),
- J Tissue Viability. 2008 Aug;17(3):95-7. Epub 2008 Jun 16. Clindamycin-resistant *Clostridium perfringens* cellulitis. [Khanna N](#).

SÍNDROME DE DISFUNCIÓN APICAL TRANSITORIA EN UNA UVI POLIVALENTE CON UNIDAD CORONARIA

Autores: Ortiz Díaz-Miguel R, Serrano Lázaro A, Juan Díaz M, Corcobado Márquez C, Abdel Hadi Álvarez H, Yuste Domínguez L
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Objetivos:

Analizar las características de los pacientes diagnosticados de Síndrome coronario agudo (SCA) sin lesiones angiográficas significativas objetivadas durante la coronariografía, y con sospecha de Enfermedad de Takotsubo o Síndrome de disfunción apical transitoria (SDAT).

Métodos:

Se realizó un análisis descriptivo de las distintas variables y complicaciones de los enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General Universitario de Ciudad Real y con sospecha de SDAT desde el 1/01/2009 al 31/12/2010 expresando los datos en forma de porcentajes y medianas (rango).

Resultados: Ingresaron en nuestra Unidad durante estos 2 años un total de 1822 pacientes, de los cuales 802 (44%) fueron enfermos con SCA, diagnosticándose de entre los mismos, 11 casos de SDAT (1,4%). Variables analizadas: 9 mujeres (82%) y 2 varones (18%), con una mediana de edad de 75 años (50-86). Como factores de riesgo cardiovascular (FRCV): Hipertensión arterial 5 pacientes (45%), Diabetes Mellitus 2 (18%), Dislipemia 4 (36%), no presentando ningún otro FRCV. De ellos, 8 (73%) presentaron estrés emocional previo a la aparición del cuadro clínico. 9 pacientes (82%) debutaron con dolor torácico. Como signos electrocardiográficos, en 7 pacientes (64%) se objetivó ascenso del segmento ST en derivaciones precordiales, en 3 (27%) Q patológica y en 8 (73%) T negativas en cara anterior. La fracción de eyección ventricular (FEVI) al ingreso, medida por Ecocardiografía, fue de 35% (25%-50%), mientras que al mes fue de 50% (45%-53%). En todos se objetivó hipocinesia de segmentos apicales y medios del VI. 10 de los enfermos (91%) no presentaron lesión coronaria alguna, mientras que el único que la presentó (9%), no fue significativa. La CPK pico fue de 210 (146-923) y la Troponina I pico de 2,08 (0,15-7,69). Complicaciones: Insuficiencia cardíaca 5 pacientes (45%), Shock cardiogénico 2 (18%), Insuficiencia mitral 2 (18%), Arritmias ventriculares 1 (9%), Trombo intramural 1 (9%). La mediana de días de estancia en UCI fue de 3 días (1-5) con una mortalidad del 0%.

Conclusiones: En nuestros pacientes con sospecha diagnóstica de SDAT los datos analizados son similares a las series publicadas. Creemos que lo fundamental en este síndrome sería conseguir llegar a un diagnóstico de certeza con alta probabilidad con el fin de evitar procedimientos terapéuticos invasivos e innecesarios (fibrinólisis, angioplastia, nitratos...) evitándose la aparición de potenciales complicaciones derivadas de éstos, aunque somos conscientes de que en el momento actual no existe dicha prueba diagnóstica.

PAPEL DEL HIERRO ENDOVENOSO EN URGENCIAS. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO.

Autores: S. Fabra; A. Borobia; B. Reche; A.M. Martínez Virto; M. Quintana
Servicio de Urgencias, Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El hallazgo de anemia severa en la analítica rutinaria o por motivos no derivados de síndrome anémico es frecuente en nuestro medio, siendo la práctica transfusional el tratamiento comúnmente adoptado.

Objetivo: determinar el papel de la administración de hierro endovenoso en los Servicios de Urgencias como una estrategia de optimización del consumo de hemoderivados en el manejo de la anemia ferropénica asintomática.

Pacientes y método: se selecciona aleatoriamente 1 mes y se incluyen todos los pacientes, sin patología previa, que acuden a la Consulta de Alta Resolución de Urgencias Generales por cualquier causa no relacionada con la anemia, y que son diagnosticados de anemia ferropénica grave, pero que no requieren ingreso hospitalario. Se inicia tratamiento con hierro endovenoso (Ferinject® 500 mg) y se valora al mes, evolución clínica y analítica con determinación de hemograma, perfil férrico, metabolismo de la vitamina B12 y ácido fólico y hormonas tiroideas; considerando objetivo de Hb >10 g/dL y ferritina >100 ng/dL.

Resultados: durante el periodo de estudio se incluyen 5 casos de un total de 38 pacientes, todas las mujeres, con edad media de 51,4 años (rango 36;87, mediana 47), sin patología previa y que no requieren ingreso hospitalario. Analíticamente se objetivó:

	Media Inicio	Media Final
creatinina	0,82	NR
Fe sérico	66,5	60,5
IST	7,8	15,75
ferritina	11,4	160,75
vit B12	357,5	NR
ác fólico	6,475	NR
Hb	6,06	10,875
Hto	21,94	34,725
VCM	67,2	84,875
HCM	19,64	26,525
RDW	19,5	20,7
plaquetas	362,2	322,75

-No se objetivan complicaciones en relación con el tratamiento. El destino final de las pacientes fue derivación a ginecología (3), digestivo (1) y otra decidió no continuar con la búsqueda etiológica.

-Conclusión: El tratamiento con hierro endovenoso es seguro, bien tolerado, eficaz a corto plazo y de fácil manejo en Urgencias, contribuyendo a optimizar la indicación transfusional.

- COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA



PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE CATETER VENOSO CENTRAL

Autores: S. Pérez Fernández-Infantes ; M. C. Sánchez – Bermejo Rodríguez – Barbero; I. Vázquez Rodríguez – Barbero; E. Pérez Moreno; M^a R. Fernández Marcos Velázquez; M^a T. Espinosa Fernández-Aparicio; A. Espinar Ochoa
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Introducción:

Los catéteres venosos centrales (CVC) son aquellos cuyo extremo distal se aloja en el interior de grandes vasos venosos (cava superior, cava inferior, aurícula derecha), su inserción se realiza a través de la técnica de Seldinger, que permite:

- Administración de soluciones hipertónicas y fármacos
- Monitorización hemodinámica
- Extracción de muestras
- Administración de nutrición parenteral.

Objetivo

Estandarizar un plan de cuidados para el adiestramiento de enfermería en el cuidado del catéter y su correcta utilización, manteniéndolo permeable y aséptico.

Metodología:

Se realiza un revisión bibliográfica de la practica clínica en las principales bases de datos de enfermería, formulándose los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), posteriormente identificamos los criterios de resultados según la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification) y planteamos las intervenciones a realizar según la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification).

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS:

Los diagnósticos basados en la taxonomía NANDA, asociados a sus intervenciones NIC, que presentan los pacientes portadores de un CVC son:

Temor relacionado con desconocimiento del proceso de canalización de vía venosa, manifestado por nerviosismo, inquietud y transpiración, NANDA 00148.

- Aumentar el afrontamiento, NIC 5230.
Riesgo de infección, NANDA 00004.
- Control de infecciones, NIC 6540.
Deterioro de la integridad cutánea, NANDA 00046.
- Vigilancia de la piel, NIC 3590

Conclusión:

Este plan unifica las líneas de actuación y protocoliza los cuidados, que minimizan los riesgos de infección nosocomial asociados a la manipulación, proporcionando una asistencia rigurosa y de calidad, basada en la evidencia científica.

Palabras clave: Acceso vascular, Cuidados de enfermería, Manejo de atención al paciente.

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DEL CATÉTER TIPO SHALDON

Autores: I. Vázquez Rodríguez-Barbero; S. Pérez Fernández-Infantes; M^a C. Sánchez-Bermejo Rodríguez-Barbero; E. Pérez Moreno; M^a R. Fernández Marcos Velázquez; M^a T. Espinosa Fernández-Aparicio; A. Espinar Ochoa; Y. Muñoz Cañas
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Introducción:

El Shaldon es un catéter venoso central de doble lumen utilizado en pacientes con insuficiencia renal para la realización de hemodiálisis o técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE).

Objetivo:

Disponer de una herramienta de trabajo válida, útil y común a todos los profesionales de enfermería, disminuyendo así la variabilidad en la atención al paciente con este tipo de catéteres.

Metodología:

Se realiza una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de enfermería, procediendo a la unificación de criterios según el proceso de atención de enfermería (PAE).

Diagnosticos De Enfermeria:

Por medio de las necesidades básicas de Virginia Henderson describimos los siguientes diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) con sus principales intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification).

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, NANDA 00047.

- Cuidados del lugar de la incisión, NIC 3440.

Deterioro de la integridad cutánea, NANDA 00476.

- Vigilancia de la piel, NIC 3590.

Riesgo de infección con procedimientos invasivos, NANDA 00004.

- Control de infecciones, NIC 6540.

Déficit de autocuidado:

- Alimentación, NANDA 00102.

- Ayuda con los autocuidados: alimentación, NIC 1803

- Baño higiene, NANDA 00108.

- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene, NIC 1801.

Conclusiones:

El plan estandarizado facilita la práctica enfermera basada en la evidencia científica, garantizando una estructura de cuidados completos, rigurosos y de calidad.

Palabras clave: Acceso vascular, Cuidados de enfermería, Diagnóstico de enfermería

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Autores: M. C. Sánchez – Bermejo Rodríguez – Barbero; S. Pérez Fernández – Infantes; I. Vázquez Rodríguez – Barbero; E. Pérez Moreno; M. R. Fernández Marcos Velázquez; M^a T. Espinosa Fernández-Aparicio; A. Espinar Ochoa
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Introducción: Paciente de ambos sexos, mayor de 16 años que ingresa en Medicina Intensiva manifestando dolor retroesternal irradiado a miembros superior izquierdo, con cortejo vegetativo y sensación de muerte inminente, sin otra complicación.

Objetivo: El objetivo de éste plan de cuidados es la utilización de un lenguaje único y comprensible para todos los enfermeros que participan en la atención de un paciente con SCA. Así mismo es útil para disminuir la improvisación y dispersión en la metodología de trabajo siendo el fin último, la optimización de los cuidados prestados

Metodología: Se realiza un revisión bibliográfica de la practica clínica en las principales bases de datos de enfermería, formulándose los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), posteriormente identificamos los criterios de resultados según la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification) y planteamos las intervenciones a realizar según la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification).

Diagnosticos De Enfermería: Basándonos en las necesidades básicas de Virginia Henderson describimos los siguientes diagnósticos de NANDA con sus principales intervenciones.

Dolor agudo NANDA 00132

- Manejo del dolor NIC 1400

Ansiedad NANDA 00146

- Apoyo emocional NIC 5270

Nauseas NANDA 00134

- Manejo de nauseas NIC 1450
- Manejo de la medicación NIC 2380

Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar NANDA 00024

- Regulación hemodinámica NIC 4150

Riesgo de estreñimiento NANDA 00015

- Manejo del estreñimiento NIC 0450

Trastorno del patrón del sueño NANDA 00198

- Mejorar el sueño NIC 1850

Conclusión

Este plan de cuidados unifica las líneas de actuación y protocoliza los cuidados al paciente con SCA, proporcionando una asistencia completa y de calidad basada en la evidencia científica.

Palabras claves: SCA, Cuidados de enfermería, Dolor agudo.

TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ALTA DEL PACIENTE DE UCI A PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: M. Noheda Recuenco; J. A. Simarro Blasco, M. Bascuñana Blasco, M. C. Noheda Blasco, R. Elvira Botija, A. Teresa Ruiz Durán, A. B. Herráiz Murcia
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Objetivos: Registrar los datos más significativos de salud del paciente que requieran intervención enfermera al alta en U.C.I.

Asegurar la óptima transmisión de información sobre el paciente entre enfermera de UCI y de hospitalización.

Metodología: Registro basado en el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson adaptado a la tipología de la unidad.

Intervenciones: Complimentar el informe de alta a la unidad de hospitalización, compuesto por:

Identificación del paciente y logotipos del hospital y el SESCOG.

Fecha ingreso y alta de UCI, procedencia y destino. Diagnósticos médicos al alta y alergias conocidas.

Valoración respiración, circulación y termorregulación. Incluyendo apartado pacientes coronarios.

Valoración alimentación e hidratación. Incluyendo tratamiento glucémico.

Valoración eliminación.

Valoración actividad y reposo. Incluyendo fracturas, contenciones mecánicas.

Valoración neurológica. Incluyendo órganos de los sentidos y prótesis.

Vías venosas.

Tratamiento farmacológico - perfusiones.

Piel, mucosas, heridas, úlceras y drenajes. Incluyendo una silueta de un cuerpo humano para localizar las alteraciones de la piel y su tratamiento.

Psicosocial y religioso.

Tipo de aislamiento.

Identificación de enfermera y auxiliar responsable al alta.

Tras complimentar el informe, acompañar al paciente a la planta, acomodarlo en su habitación y hacer una transmisión oral de las características, evolución y estado actual del paciente a la enfermera responsable, basándonos en el registro escrito del alta.

Conclusiones: Con este registro se evitan pérdidas de información en la transmisión oral y se valora la situación del paciente donde la enfermera de hospitalización debe prestar unos cuidados más exhaustivos.

APROXIMACIÓN A LA REALIDAD SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: M. Noheda Recuenco; J. A. Simarro Blasco, M. Bascuñana Blasco, M. C. Noheda Blasco, E. Gonzalez Higuera, A. Corrales Cruz, A. Murillo Martin, M. J. Bruscas Alijarde

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Introducción:

los errores de medicación suponen un problema, disminuyendo la calidad de cuidados y aumentando el coste económico-salud. Investigaciones estiman que se produce 1 error por paciente y día de ingreso.

Objetivos:

Comprobar la existencia de errores de medicación. Valorar si aumentan en función: del ratio enfermera-paciente, por enfermera novel y por turnos.

Material Y Metodo:

Estudio descriptivo, prospectivo y analítico de errores en UCI hospital Cuenca 2010. Se recogieron errores de prescripción, transcripción, dispensación y administración (taxonomía del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention). Se consideró una observación 2 turnos de trabajo continuos: el primero por revisión de la historia y el segundo observación directa y discreta. Datos: Número pacientes-enfermera en el turno y en el anterior, enfermera del turno anterior novel (< 6 meses en UCI) y el turno de trabajo. Los profesionales no sabían que se estaba haciendo el estudio y los observadores no se conocían entre sí. Análisis estadístico SPSS 16.0.

Resultados:

540 casos. 29.5% en turno mañana. El 20% enfermera novel. Ratio enfermera-paciente 1.56. En el 88% de los casos se observó algún error (media de errores 3.21 ± 3.11): prescripción en 64.6%, transcripción 26.7%, dispensación 40.2% y administración 32.6% (se reduce a un 5.7% al obviar administración de sueros). No hay diferencias si la enfermera es novel. En función del turno hay diferencias significativas en la administración. Según el ratio enfermera-paciente hay diferencias en la transcripción y administración de sueros.

Conclusiones:

Alto porcentaje de pacientes que han sufrido algún error, que disminuye hasta la administración gracias a la continua revisión de enfermería según el modelo del queso suizo de Reason. Planteamos la prescripción electrónica conectada a las máquinas expendedoras de medicamentos y el control con bombas de perfusión sobre los sueros.

PROCEDIMIENTO CATETERIZACION SWAN-GANZ

Autores: G. Hernando Loeches y M. E. Martin Pascual
Hospital Universitario General De Guadalajara

Introducción:

El catéter Swan-Ganz (S-G) es flotante y flexible y se introduce vía venosa sobrepasando las cavidades derechas cardíacas, hasta la colocación de su extremo distal en arteria pulmonar. Permite obtener datos para en conocimiento de la situación hemodinámica del paciente de forma directa: presión venosa central(PVC), presiones de arteria pulmonar(PAP), presión de enclavamiento pulmonar(PCP), gasto cardíaco(GC) y derivada: índice cardíaco(IC), resistencias vasculares, consumo de oxígeno, etc.

Materiales:

- Catéter de S-G de 110cm de long, con diámetro ext de 5 ó 7 French.
- Gasas estériles, antiséptico y anestésico local(si procede)
- Introduccion del nº 8, seda, bisturí y apósito.
- Agujas IV, jeringas de 10cc y suero fisiológico(SF).
- Gorros y mascarillas
- Sistema de monitorización con SF y bolsa de presión a 300mmHg
- Batas, guantes y paños estériles (uno fenestrado)
- Cable de presión, cajetín de SG y cable de temperatura

Descripción Secuencial:

- Preparación del paciente: autorización (paciente o familia), colocación (trendelemburg si procede) y desinfección.
- Preparación S-G: purgar el sistema, tras canalización de la vía con introduccion conexión de las luces proximal y distal y purgar ambas, comprobación de balón (1'5cm de aire).
- Durante la introducción de S-G: Hinchar balón, identificación de las curvas de presión en las diferentes cámaras y registro de los valores de cada una de ellas, tras comprobación correcta colocación deshinchar balón.
- Tras inserción y suturación del catéter: realizar un cero para calibrar las presiones, desinfección y colocación de apósito dejando libre el manguito de plástico que mantiene estéril el catéter para posibles manipulaciones posteriores. Placa de Rx de control.

Resultado:

Mediciones continuas de la función circulatoria que permitan el reconocimiento precoz de los problemas para iniciar/modificar el tto.

PROTOCOLO DE DESCONEXIÓN DE LA VENTILACIÓN MÉCANICA

Autores: A. M. Delgado Muñoz; P. García González; M. M. Cabañas Carretero; M. D. Serrano Delfa; M. G. Torres Clemente; M. P. Castillo Muñoz; M. Mora Bueno
Hospital Santa Bárbara. Puertollano. (Ciudad Real)

Introducción: La desconexión de la VM lleva consigo su retirada y la extubación. Es importante la recuperación de la causa que ocasionó el fracaso respiratorio.

Es necesario: - Screening diario de la función respiratoria:

1-Intento de respiración espontánea.

2-PEEP $< \dot{o}$ = 5cm H₂O

3-Adecuado estado de vigilia

Ausencia o bajas dosis de aminas vasoactivas.

4-Capacidad de expectoración.

5-Test de respiración espontánea.

Tubo en T

Presión soporte

Objetivos: Realizar protocolo para unificar criterios en la extubación del paciente

Llevar a cabo la extubación en las mejores condiciones

Disminuir el periodo de intubación

Intervención: Fase previa

- Valoración neurológica, constantes vitales y mecánica ventilatoria.
- Explicar procedimiento
- Fisioterapia y humidificación.

Fase de desconexión del paciente. Valorar:

- Constantes vitales
- Aparición agitación
- Disminución nivel de consciencia
- Gasometría arterial
- Adaptación

Fase de extubación y post extubación:

- Informar al paciente
- Revisar sistema de aspiración.
- Preparar material para posible reincubación.
- Paciente posición Fowler.
- Suspender nutrición enteral y aspirar contenido gástrico.
- Introducir sonda de aspiración dentro del tubo
- Desinflar el neumotaponamiento.
- Retirar sujeción del tubo.
- Pedir al paciente una inspiración profunda y retirar el tubo en la espiración
- Administrar oxígeno.
- Realizar fisioterapia respiratoria y vigilar complicaciones

Conclusión: Aplicar el protocolo de desconexión permite reducir el tiempo de dependencia al respirador y evitar así las complicaciones de la ventilación mecánica.

PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE MARCAPASOS TRANSITORIO

Autores: Ana María Delgado Muñoz; Mercedes Expósito del Río; M^a del Pilar Cebrian Rivilla; Irene Rodríguez Ramírez; Ana Isabel Monroy Chamorro; Mercedes Fernández Juárez; Raquel Giménez Mora.
Hospital Santa Bárbara. Puertollano. (Ciudad Real)

Introducción:

Consiste en introducir los electrodos del marcapasos por una vía venosa central, que se conectan a un generador externo, donde se programan los parámetros necesarios para el tratamiento.

Objetivo:

Mantener ritmo y frecuencia cardiaca adecuados, hasta la implantación de un marcapasos definitivo o la resolución del problema que origino su colocación.

Intervenciones

1- Pre –intervención

- Informar de la técnica.
- Preparación del equipo y del paciente.
- Electrocardiograma pre-intervención.
- Asegurar vía venosa
- Monitorización.

2-Intervencion

- Paciente en decúbito supino
- Crear campo estéril.
- Insertar el electrocateter, a través de un introductor.
- Conectar el catéter al generador del marcapasos, introduciendo ambos polos positivo y negativo en los bornes correspondientes
- Encender el generador y seleccionar la frecuencia cardiaca.
- Programar el umbral de estimulación incrementándolo hasta la aparición de una «espiga» seguida de un complejo QRS.
- Programar umbral de sensibilidad.
- Fijar el catéter con punto de sutura a piel, cura y apósito estéril.
- Inmovilizar el generador externo para evitar desplazamientos.
- Radiografía de tórax.
- Realizar electrocardiograma
- Registro de la técnica

3-Post- implantación

- Valorar constantes y complicaciones.
- Informar al paciente de los cuidados.
- Comprobar estado de generador y pila.

Conclusión

La utilización de un protocolo de actuación en la colocación de marcapasos temporales es necesaria en las unidades de cuidados intensivos. No sólo asegura una adecuada atención a los pacientes sino que agiliza el procedimiento, haciéndolo más seguro y permitiendo aumentar la calidad de los cuidados.

VALORACIÓN DEL PATRÓN SUEÑO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME CORONARIO E INGRESADOS EN UCI

Autores: M. Noheda Recuenco, J. A. Simarro Blasco, M. Bascuñana Blasco, M. C. Noheda Blasco, E. Gonzalez Higuera, A. Corrales Cruz, A. Murillo Martin, M. J. Bruscas Alijarde

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Introducción:

El sueño es una necesidad esencial del ser humano. Hacer una valoración correcta es básico para plantear unos cuidados óptimos.

Objetivos:

- 1-Describir cómo perciben los pacientes coronarios su sueño nocturno en la UCI.
- 2-Comparar la percepción de los pacientes con lo percibido por la enfermera.
- 3-Valorar cómo duermen, si el patrón sueño está alterado previamente.

Material y Método:

Estudio descriptivo, comparativo, longitudinal durante 2010 en pacientes diagnosticados de síndrome coronario en UCI polivalente de Cuenca. Excluidos: Cirugía previa en 15 días, hábito enólico, e imposibilidad de comunicación o comprensión. Se pasó el cuestionario de sueño de Richards-Campbell de 5 ítems después de cada noche de estancia, ayudados de una escala analógico-visual con caras de muy contento a muy triste, y se anotó la percepción de "cómo durmió el paciente", por la enfermera de noche. Datos: Sexo, edad, existencia de problemas previos para dormir, tratamiento hipnótico previo y durante el ingreso y tipo de *box*. Análisis SPSS 16.0, nivel confianza 95%.

Resultados:

99 pacientes con 236 observaciones, estancia media de 2 ± 1.07 noches. Hombres 74.1%. Problemas previos para dormir 25.3%. Media de edad 68.72 ± 11.4 años. Puntuación media de estancia 65.81 ± 27.11 mm., sueño regular en límite con bueno. Diferencias significativas entre las noches, a destacar la 1ª de la 2ª con medias 51.64/71.13 $p < 0.0001$. Problemas previos para dormir SI/NO con medias 58.81/68.98 $p < 0.016$. Sexo: Hombre/mujer 69.65/58.18 $p < 0.004$. Discrepancia en la percepción paciente/enfermera en 11.86%, la mayoría supervalorado por la enfermera.

Conclusiones:

La percepción del sueño por parte de los pacientes y la enfermería es REGULAR. Debemos hacer una valoración correcta al ingreso para detectar los problemas previos y los que puedan surgir y así mejorar la calidad del sueño. Proponemos la realización de un segundo estudio que examine y priorice las causas que quitan el sueño a los pacientes

PROTOCOLO PARA EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS

Autores: O. del Olmo Montero y M. C. Manzanares Campillo
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Ciudad Real

Introducción:

La exactitud en la planificación del abordaje terapéutico depende en gran medida de la realización de pruebas diagnósticas. Pese al aumento de la autonomía en el trabajo de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), muchos de estos medios diagnósticos no pueden ser trasladados hasta la cabecera del paciente, siendo necesario el traslado de estos últimos. La innovación tecnológica ha hecho de este procedimiento no obstante, una práctica cada vez más segura y con menor repercusión en la estabilidad del enfermo crítico.

Objetivo:

Elaborar un protocolo para el transporte intrahospitalario que permita, mediante la identificación de las posibles complicaciones, efectuar dicho procedimiento de la forma más segura y con la menor repercusión en la estabilidad clínica del individuo trasladado.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en PubMed, DOAJ y SciELO de los artículos publicados en los últimos diez años con las palabras clave *intra-hospital transfer*, *intra-hospital transport* e *intra-hospital transport and critically ill patient*. La investigación también incluyó la revisión de protocolos de otros centros hospitalarios.

Intervenciones:

Protocolización de las actividades de enfermería a realizar en las distintas fases de un traslado intrahospitalario: preparación en origen, transporte, mantenimiento en destino, regreso y estabilización en origen.

Conclusiones:

El transporte intrahospitalario de enfermos críticos debe ejecutarse mediante la aplicación de una serie de medidas estandarizadas a través de protocolos que permitan chequear una serie de intervenciones básicas para la minimización de los riesgos asociados a esta práctica tan habitual en las UCI.

ANGIOPLASTIA TRANSRADIAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Prada Díaz E, Sánchez García R, Terán Boabén M, Romero Rubio MC,
García del Castillo Muñoz S, Rivero Merino I.
Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivo:

El acceso radial está tomando cada vez más importancia por ello es necesario una adecuada formación enfermera en el manejo de dichos pacientes, para evitar complicaciones en relación a este procedimiento.

Metodología:

La elección del tipo de dispositivo de hemostasia radial cubital se hará en función de las características tanto del paciente como de la zona de punción. El dispositivo más utilizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Ciudad Real es una pulsera de plástico transparente con un balón neumático que se infla con aire, de 13 a 18 centímetros cúbicos (cc) utilizando una jeringa de 20 cc a través de una válvula unidireccional.

Intervenciones:

Irán destinadas a ir descomprimiendo el dispositivo de hemostasia de forma progresiva se valorará la existencia de sangrado hasta vaciar totalmente el balón neumático, el tiempo de permanencia del dispositivo viene determinado por el grosor del catéter con el que se ha realizado la angioplastia. A pesar de la baja incidencia de complicaciones en ocasiones surgen, por lo que debemos reconocer sus características y las actuaciones pertinentes para su resolución. La complicación más frecuente es el sangrado, se resuelve reinflando el dispositivo. El tiempo de hemostasia se contabiliza desde la resolución del sangrado.

Conclusiones:

En los últimos años el abordaje radial en angioplastia se utiliza más por sus múltiples ventajas sobre el femoral y la baja incidencia de las complicaciones. La característica principal es la disminución de complicaciones hemorrágicas mayores que requieren transfusiones sanguíneas o reparación quirúrgica urgente.

CATETERIZACION ARTERIAL. MEDIDAS DE ASEPSIA

Autores: Prada Díaz E, Sánchez García R, Terán Boabén M, Romero Rubio MC,
García del Catillo Muñoz S, Rivero Merino I.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivo:

Dar a conocer al personal de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la correcta actuación ante la canalización arterial con las medidas de asepsia apropiadas; mediante el conocimiento de la técnica a realizar, el material requerido y sus cuidados de enfermería.

Metodología:

La cateterización arterial es una técnica invasiva, no exenta de complicaciones, que nos permite mantener un acceso directo y permanente con el sistema arterial del enfermo, mediante la colocación previa de un mecanismo de medición, disponiendo de un control continuo de la presión arterial y útil para la extracción de muestras sanguíneas.

Intervenciones:

Irán destinadas a realizar una serie de acciones para reducir la tasa de bacteriemia relacionada con catéter (BRC). Entre ellas destacan: el lavado de manos antes de la manipulación de los catéteres, el uso de precauciones de barrera durante el procedimiento de inserción, la asepsia de la piel y de las conexiones con clorhexidina, la no canalización si es posible de accesos femorales y promover la retirada de estos lo mas precozmente posible.

Conclusiones:

La cateterización arterial es casi imprescindible en enfermos con acusada inestabilidad hemodinámica. Este procedimiento presenta el riesgo de diferentes complicaciones infecciosas y mecánicas, las cuales conllevan un incremento de la morbimortalidad y de los costes asistenciales. Por ello, es necesaria la implementación de una serie de medidas para intentar evitar estas complicaciones.

CONCEPTO DE HABITACION-LIMPIA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: Prada Díaz E, Sánchez García R, Terán Boabén M, Romero Rubio MC, García del Castillo Muñoz S, Rivero Merino I.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivo:

Evaluar el nivel de limpieza de las unidades de cuidados intensivos a través de un marcador indirecto de bajo coste y fácil manejo.

Metodología:

Para evaluar el nivel de limpieza de las unidades de cuidados intensivos utilizaremos una hoja de registro en la que se valorará el concepto de habitación limpia, que consiste en que la habitación ha de lucir limpia, que la limpieza se ha realizado adecuadamente y registrar los parámetros a monitorizar mediante un sistema de marcas aleatorias. Esto se llevará a cabo mediante un equipo multidisciplinar formado por personal de limpieza, auxiliar de enfermería y enfermería.

Intervenciones:

las intervenciones de enfermería irán destinadas tanto al diseño de la gráfica como al registro, interpretación y valoración de los datos obtenidos. El concepto de habitación limpia se valorará mediante el registro de 8 marcas repartidas en cama, monitores, equipo y entorno. Este sistema de marcas solo lo conocerán los responsables de evaluar el concepto de habitación limpia. Se evalúa mediante porcentajes de marcas desaparecidas.

Conclusiones:

La prevalencia de infecciones graves asociadas a microorganismos multirresistentes en el ámbito de unidades de cuidados intensivos, ha alcanzado proporciones elevadas. La incorporación de esta herramienta tendrá como finalidad reducir la prevalencia de infecciones nosocomiales asociadas a microorganismos multirresistentes.

CONCEPTOS BASICOS EN EL MANEJO Y CUIDADO DE LA HEMOFILTRACION

Autores: Prada Díaz E, Sánchez García R, Terán Boabén M, Romero Rubio MC, García del Castillo Muñoz S, Rivero Merino I.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivo:

dar a conocer de forma rápida y sencilla el manejo de la hemofiltración, así como los cuidados que hay que ofrecer a un paciente crítico con terapia de sustitución renal continua.

Metodología:

Una vez comprobado que el acceso vascular es permeable, y que el montaje y cebado del hemofiltro han sido correctos, se programaran los parámetros antes de conectar al paciente. Se registrará de forma continua los siguientes valores: constantes vitales, heparinización, volúmenes y presiones durante el proceso del hemofiltrado.

Intervenciones:

Las intervenciones de enfermería irán destinadas a: controlar las constantes hemodinámicas, avisando ante cambios bruscos de la tensión arterial, presión venosa central y del ritmo cardiaco. Controlar el balance hídrico y temperatura ya que puede aparecer hipotermia debido al volumen de líquidos que se maneja. Controlar el punto de inserción del catéter por si aparecen signos de infección, sangrado, isquemia. Prestar atención en la aparición de alarmas siendo las de mayor importancia: alarma de presión de acceso, alarma de presión de retorno, alarma presión transmembra, alarma fuga de sangre o alarma aire detectado; ya que estas alarmas paran la bomba de sangre y favorecen la coagulación del sistema.

Conclusiones:

Es la técnica de elección en Unidades de Cuidados Intensivos por ser un método eficiente y seguro de sustitución renal continua, mientras los riñones recuperan su función. Además mejora la función pulmonar y hemodinámica en pacientes sépticos.

MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO. CONSIDERACIONES GENERALES

Autores: Prada Díaz E, Sánchez García R, Terán Boabén M, Romero Rubio MC, García del Castillo Muñoz S, Rivero Merino I.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivo:

El objetivo principal es el de hacer una revisión del procedimiento de Enfermería en la inserción de un marcapasos provisional y por tanto una unificación del Rol realizado, junto a una serie de consideraciones y observaciones a tener en cuenta.

Metodología:

Las vías utilizadas con mayor frecuencia en la colocación del Marcapasos Temporal Transvenoso, son la femoral, la yugular y la subclavia. La inserción del electrocatéter se puede realizar con control de escopia o electrocardiográfico; siendo el lugar ideal de inserción el Apex del Ventrículo Derecho. Para la inserción del electrocatéter será necesario; material quirúrgico, aparataje, medicación y material radiológico.

Intervenciones:

Las intervenciones de enfermería irán destinadas a: identificar e informar al paciente sobre el procedimiento, vigilar las constantes vitales, garantizar la asepsia, vigilar la existencia de posibles hemorragias del punto de inserción, asegurar una correcta posición del electrocateter. Prevenir infecciones, vigilar el electrocardiograma, y comprobar por turno los parámetros y el estado del marcapasos como son: el nivel de batería, las conexiones y que los indicadores PACE y SENSE funcionen perfectamente.

Conclusiones:

Con este plan de cuidados, disminuimos el tiempo del procedimiento, aseguramos el conocimiento de toda la técnica por parte de enfermería, y por tanto disminuimos el riesgo de complicaciones. Un personal de Enfermería cualificado garantiza una calidad asistencial acorde a las necesidades; Enfermería actúa antes, durante y después de la inserción del marcapasos, por lo tanto juega un papel primordial de vigilancia y control en todo el proceso.

INSERCIÓN DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO

Autores: Prada Díaz E, Sánchez García R, Terán Boabén M, Romero Rubio MC,
García del Castillo Muñoz S, Rivero Merino I.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivo:

Conocer de manera global cuales son los procedimientos y cuidados utilizados por la enfermería en la inserción y mantenimiento de un catéter venoso central de acceso periférico (PiCC)

Metodología:

La inserción de un PiCC se realiza mediante un catéter de poliuretano multilumen insertado mediante técnica de Sheldinger en la que participan dos enfermeras y un auxiliar de enfermería.

Intervenciones:

Se colocará al paciente en decúbito supino con el brazo donde vamos a realizar la punción extendido y con una ligera rotación externa. Debemos tener en cuenta la longitud del catéter según el paciente. Se realizará mediante técnica estéril. Tras la inserción se fijará el catéter y se comprobará la situación de la punta mediante radiografía de tórax. Ésta debe quedar en vena cava superior (entrada aurícula derecha) o inferior (a la altura del diafragma). Las intervenciones de enfermería irán destinadas principalmente a disminuir los riesgos tanto en la colocación como en el mantenimiento de estos catéteres, así como evitar la infección nosocomial ligada al catéter, mantener la permeabilidad, alargando así su duración y evitar complicaciones por movilización del catéter.

Conclusiones.

La inserción del PiCC es un procedimiento de enfermería útil clínicamente, de fácil aprendizaje, con bajo riesgo de complicaciones y evita múltiples punciones. Este tipo de catéter permite además la administración de fármacos y soluciones que no se pueden administrar por vía periférica, así como la medición de presiones venosas centrales (PVC).

MONITORIZACION DE LA PRESION TISULAR DE OXÍGENO EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS

Autores: Prada Díaz E, Sánchez García R, Terán Boabén M, Romero Rubio MC,
García del Castillo Muñoz S, Rivero Merino I.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivo:

Es un método que permite cuantificar la presión de oxígeno a nivel cerebral detectando precozmente situaciones de hipoxia cerebral para prevenir lesiones. Nuestro objetivo es describir y analizar este tipo de monitorización así como los cuidados de enfermería a realizar en estos pacientes.

Metodología:

La monitorización de la presión tisular de oxígeno (PtiO₂) se realiza a través de un sensor de presión intracraneal (PIC), un electrodo de Clark y un transductor de presiones, localizado en la sustancia blanca frontal del tejido no lesionado o área de penumbra próxima a la lesión.

Intervenciones:

Irán destinadas a mantener una posición correcta del paciente (decúbito supino con inclinación de 30°-40°), cuidado y mantenimiento del catéter y punto de inserción, así como el registro de las constantes vitales de forma continuada. Unos valores de PtiO₂ menores de 15 mmHg indican hipoxia cerebral.

Conclusiones:

El manejo del paciente neurocrítico se ha modificado de forma sustancial desde la inclusión de las nuevas formas de neuromonitorización. La monitorización de la PtiO₂ permite conocer el estado de oxigenación tisular cerebral de forma continua y a la cabecera del paciente. La medición de la PtiO₂ ofrece ventajas como el fácil manejo de la técnica, exactitud y fiabilidad de la medida en el transcurso de los días, capacidad de detectar todos los tipos de hipoxia tisular cerebral y mejorar el pronóstico funcional del paciente neurocrítico. Los inconvenientes que pueden aparecer son los derivados de cualquier técnica invasiva craneal.

RECOMENDACIONES REANIMACION CARDIOPULMONAR 2010

Autores: Prada Díaz E, Sánchez García R, Terán Boabén M, Romero Rubio MC,
García del Castillo Muñoz S, Rivero Merino I.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivo:

Informar a todo el personal sanitario de las nuevas recomendaciones sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) y evitar el mayor número fallecimientos intrahospitalarios por parada cardiorrespiratoria (PCR)

Metodología:

Los reanimadores han de ser capaces de identificar una PCR, pedir ayuda y comenzar una RCP efectiva. El equipo de resucitación debe consistir en: reanimadores, resucitador manual y carro parada.

Intervenciones:

Los cambios más significativos son: mayor importancia en las compresiones torácicas ininterrumpidas manteniendo las compresiones mientras se carga el desfibrilador, desaparece golpe precordial, se da más importancia a la vía intraósea antes que la endotraqueal cuando el abordaje vascular es difícil, no se recomienda la indicación de atropina en asistolia ni en actividad eléctrica sin pulso (AESP), implementación de un protocolo de tratamiento post-RCP detallado y estructurado, evitar hipoglucemias y utilizar la hipotermia terapéutica.

Conclusiones:

Dada la importancia que revelan numerosos estudios sobre el aumento de la supervivencia y la calidad de vida ante una RCP precoz y efectiva creemos de vital importancia dotar a todo el personal sanitario de las pautas a seguir ante una PCR.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE NAVM (NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA)

Autores: M. E. Moreno Escobar; García Conejo G.; González Herguido Y.; Yuste Domínguez L.J.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Introducción:

La neumonía asociada a la ventilación mecánica es una inflamación del parénquima pulmonar causada por agentes infecciosos que no estaban presentes o incubándose en el momento de la intubación. Es aquella neumonía que aparece después de 48 – 72 horas de la intubación endotraqueal. La NAVM es la primera causa de mortalidad por infección nosocomial en unidad de cuidados intensivos (UCI). Hay múltiples factores de riesgo asociados y aumenta significativamente la estancia en UCI y en el hospital, aumentando también el coste. Por tanto, su prevención debe considerarse una prioridad. Ésta podría disminuir tanto la morbilidad asociada, como el coste de la atención, y mejorar la seguridad del paciente.

Objetivos:

- Resaltar la importancia de la actuación de enfermería en prevención de NAVM
- Difundir el conocimiento al profesional de enfermería sobre los protocolos a seguir, tratando de disminuir la incidencia de NAVM, reduciendo así la morbilidad y los costes derivados de esta.

Método:

La metodología utilizada fue la búsqueda de información a través de internet accediendo a base de datos científica universales y artículos relacionados con NAVM en las páginas: medpub, dialnet, enfispo, mednet,

Se revisan también sistemas de vigilancia y protocolos desarrollados en hospitales de varias ciudades españolas como Albacete y Jerez de la Frontera.

Intervenciones Y Conclusiones:

Se considera esencial seguir una normativa de trabajo protocolizada y una actuación de enfermería basada en la evidencia científica.

MONITORIZACION Y CUIDADOS DEL PICCO

Autores: Larios Reyes, V. ; Ruano Otero, B.; Pérez Palazón, M.L.
Servicio UCI, H.G.U Guadalajara

Introducción;

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es muy importante la monitorización hemodinámica con el objetivo de mantener y optimizar la función cardíaca.

Hay numerosos métodos para dicha monitorización, el sistema PICCO (Pulse-induced Contour Cardiac Output, traducido: medición del gasto cardíaco por la forma de onda de pulso), es el menos invasivo ya que solo requiere un cateter arterial con sensor de temperatura en su extremo distal (cateter de termodilución) y un cateter venoso central, y el que más información nos ofrece.

Es una monitorización sencilla. El cálculo continuo del Gasto Cardíaco (GC) se realiza mediante el análisis del contorno de la onda invasiva de la presión arterial. Este dato junto con los obtenidos en el curso de la termodilución (inyección de un bolo de suero salino frío por vía central, midiendo los cambios de temperatura sanguíneos mediante el termistor creando una curva de termodilución) permiten la estimación de otros parámetros, precarga, postcarga, contractilidad y agua extravascular pulmonar.

Objetivos:

Aumentar el conocimiento, manejo y cuidados de la monitorización..

Conocimientos de los valores que nos ofrece la medición y actuación sobre ellos.

Metodología:

Desarrollo de las distintas partes del aparato y montaje.

Definición y manejo de los valores.

Intervenciones:

Calibración, medición y registro de los valores.

Cuidados propios de enfermería.

Conclusiones:

El conocimiento de los valores y la actuación sobre ellos mejorará la calidad asistencial.

Este sistema consigue una disminución de días de ventilación mecánica y menos días de estancia en UCI, con el consiguiente menor gasto sanitario.

AISLAMIENTOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMISIBLES

Autores: Y. González Herguido; García Conejo G.; Moreno Escobar M.E. Yuste Domínguez L.J.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Introducción:

El sistema de aislamiento es una importante medida de prevención de las enfermedades nosocomiales, por medio del cual se realizan determinados procedimientos destinados a cortar la vía de transmisión de una enfermedad infecciosa dependiendo de la vía de transmisión del agente biológico involucrado.

Objetivos:

establecer un protocolo para identificar el tipo de aislamiento que se debe seguir según la enfermedad infecciosa que padezca el paciente.

Metodología:

revisión bibliográfica de artículos contenidos en la base de datos pubmed y medline , para realizar un protocolo que contenga todos los tipos de aislamientos que se realizan en el medio hospitalario, describiendo los materiales que se deben utilizar para llevarlo a cabo. Además se expondrá una tabla con las enfermedades infecciosas más comunes y el tipo de aislamiento que se debe realizar.

Intervenciones- Conclusiones:

con este poster el personal de enfermería contará con toda la información necesaria sobre el tipo de aislamiento que debe seguir cuando se encuentre con un paciente que padece una enfermedad infecciosa transmisible, bien sea por contacto, vía aérea, gotas o por vehículos comunes.

PROTOCOLO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

Autores: M E. Moreno Escobar; García Conejo G.; González Herguido Y.; Yuste Domínguez L.J.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Introducción:

Los traslados intrahospitalarios son una práctica muy frecuente que suponen un riesgo adicional para el paciente, siendo mayor cuando se trata de enfermos ingresados en unidades de cuidados críticos. Esto justifica la necesidad de elaborar un protocolo para que el profesional de enfermería realice con mayor seguridad en este tipo de traslados.

Objetivos:

- Resaltar la importancia de la actuación de enfermería en el transporte intrahospitalario del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- Establecer un protocolo dirigido al profesional de enfermería sobre el material necesario y los pasos previos al traslado, durante su estancia fuera de UCI y su posterior regreso a la unidad.

Metodología:

Búsqueda de información a través de internet accediendo a base de datos científicas: pubmed y medline.

Intervenciones Y Conclusiones:

La enfermería realizara el traslado proporcionando una mayor seguridad al paciente crítico, minimizando los riesgos que la salida de la unidad supone.

COMPATIBILIDAD DE FÁRMACOS EN SISTEMAS EN “Y”

Autores: G. García Conejo; Moreno Escobar, M.E.; González Herguido, Y.; Yuste Domínguez, L.J.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Introducción:

La administración de medicamentos viene recogida como práctica habitual dentro de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Esto exige conocimiento no sólo del nombre genérico y comercial del fármaco, sino también de su presentación, propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas, así como el sinergismo y antagonismo del medicamento con otros fármacos que el paciente reciba en ese momento. Es habitual en servicios como las unidades de cuidados intensivos (UCI), que el número de fármacos a administrar simultáneamente, superen el número de vías o luces de administración posibles. De ahí, la importancia que tiene el conocimiento, por parte del enfermero, de la compatibilidad entre ellos.

Objetivo:

elaborar una gráfica, donde, de forma simplificada, se recojan las compatibilidades e incompatibilidades para la administración en Y, de los medicamentos que con mayor frecuencia se utilizan en las unidades de cuidados intensivos.

Metodología:

selección de fármacos, de acuerdo a su frecuencia de uso en las UCIs del Hospital General de Ciudad Real y del Hospital Infanta Cristina de Badajoz; valoración de compatibilidades, mediante revisión bibliográfica de guías de terapias farmacológicas, así como de otros estudios relacionados con el tema, recogidos en bases de datos como MEDLINE Y PUBMED. Además, algunas compatibilidades fueron comprobadas en la práctica.

Conclusion/Intervenciones:

el profesional de enfermería llevará a cabo una administración más segura de los tratamientos prescritos, sabiendo en todo momento que fármacos puede administrar juntos, por la misma vía.

TOLERANCIA NUTRICIÓN ENTERAL (NE): ASPIRACIÓN VS DERIVACIÓN

Autores: G. García Conejo; Moreno Escobar, M.E.; González Herguido, Y.; Yuste Domínguez, L.J.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Introducción:

numerosos estudios contemplan las ventajas de un adecuado soporte nutricional en pacientes críticos. Pero muchas veces esta terapéutica puede tener complicaciones, por una inadecuada monitorización o por intolerancia de la misma. Los cuidados que el enfermero deberá brindar al paciente con soporte nutricional enteral, serán la monitorización y prevención de estas complicaciones, prestando interés en la detección del alto residuo gástrico, para garantizar así, una buena tolerancia y su correcta administración.

Objetivo:

valorar las técnicas de medición de residuos gástricos, comparando los resultados de tolerancias hechas con jeringa, con los obtenidos de tolerancias hechas derivando a bolsa. Además tuvimos en cuenta variables como calibre de sonda nasogástrica (SNG) y fórmula alimenticia.

Metodología:

recogida de datos aleatoria, en turno de trabajo, en pacientes ingresados en UCI del Hospital General de Ciudad Real durante diciembre de 2010. En un gráfico preelaborado, anotamos tipo de técnica (jeringa-bolsa), resultado de la tolerancia y comprobación del resultado con técnica contraria (tolerancia con bolsa: comprobación con jeringa; tolerancia con jeringa; derivación a bolsa 30'). Además anotamos tipo de SNG y fórmula.

Conclusión:

recogimos datos sobre 190 tolerancias: 110 derivaciones a bolsa/80 aspiración con jeringa. A pesar de ser más frecuentes, comprobamos que las derivaciones a bolsa dejaron mayores residuos gástricos sin valorar, que se obtuvieron al comprobar con jeringa. Curiosamente, ni el calibre de SNG, ni el tipo de fórmula administrada fueron relevante en cuanto a resultados.

CATETERISMO CARDIACO DERECHO: CATETER DE SWAN-GANZ

Autores: G. García Conejo; Moreno Escobar, M.E.; González Herguido, Y.; Yuste Domínguez, L.J.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Introducción:

El cateterismo cardíaco derecho o cateterización de Swan-Ganz es un procedimiento médico en el que se pasa una sonda delgada hasta el lado derecho del corazón con el fin de monitorizar el paso de sangre a través del mismo y vigilar la función cardíaca en pacientes críticos. Este catéter permite realizar medidas de las presiones en la aurícula derecha, ventrículo derecho y en la arteria pulmonar.

Objetivos:

nuestro objetivo será establecer un protocolo para la colocación y manejo del catéter de Swan-Ganz, que ayude en la medición e interpretación, por parte de la enfermería, de las distintas presiones y parámetros hemodinámicos,

Metodología:

el protocolo incluye una lista enumerada del material necesario para la técnica, los pasos a seguir para el montaje del sistema y la función de enfermería durante la inserción del catéter por el médico. Finalmente contemplará los pasos a seguir para el cálculo de las diferentes presiones y parámetros hemodinámicos, así como su significado e interpretación.

Intervenciones/ Conclusiones:

Con todo esto, la enfermería contará con los conocimientos necesarios para desempeñar su función en el procedimiento de cateterización cardiaca derecha posibilitando así una mayor seguridad en su trabajo y contribuyendo a garantizar la calidad asistencial.

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL

Autores: G. García Conejo; Moreno Escobar, M.E.; González Herguido, Y.; Yuste Domínguez, L.J.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Introducción:

la PIA se define como “la presión en estado de equilibrio circunscrita a la cavidad abdominal”. La elevación de esta presión puede producir un amplio espectro de patologías: desde la hipertensión intraabdominal (HIA) hasta el síndrome compartimental abdominal (SCA) el cual, sin el tratamiento adecuado, puede ocasionar la muerte por disfunción orgánica múltiple; de ahí, la importancia de su correcta medición por parte del enfermero.

Objetivo:

dar a conocer al enfermero, las diferentes técnicas existentes para la medición de la PIA, así como la elaboración de un protocolo con los pasos a seguir para el montaje y manejo de los diferentes sistemas y técnicas de medición, haciendo mayor hincapié en aquellos que, con mayor frecuencia, se utilizan en las unidades de cuidados intensivos.

Material Y Método:

revisión bibliográfica de las diferentes guías y artículos científicos de base de datos como MEDLINE y PUBMED. Además, hemos valorado el tipo de técnica empleada con mayor frecuencia en las UCIs del Hospital General de Ciudad Real y Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Conclusiones:

según los estudios consultados y los datos de campo recogidos, los métodos indirectos son los más utilizados para las mediciones de la PIA en pacientes de UCI, siendo la técnica más aceptada, la medición intravesical a través de una sonda urinaria. Con los datos anteriores, la enfermería llevará a cabo la estimación e interpretación correcta de la presión intraabdominal.

PRINCIPALES PROBLEMAS DURANTE LA HEMODIAFILTRACIÓN

Autores: G. García Conejo; Moreno Escobar, M.E.; González Herguido, Y.; Yuste Domínguez, L.J.

Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Introducción:

los cuidados de enfermería en pacientes críticos, vienen condicionados por la inestabilidad hemodinámica y riesgo vital de los mismos. Entre sus funciones, podemos destacar aspectos como la vigilancia del paciente y la realización de numerosas técnicas, entre las que se encuentran las terapias de depuración extrarrenal continua (TDEC). A pesar de ser una técnica cada vez más extendida por las UCIs españolas, sigue siendo una práctica poco habitual dentro de un mismo servicio, lo que dificulta responder rápidamente a los posibles problemas que aparecen, pudiendo llevar esto a una obstrucción del equipo con mayor frecuencia, sobrecargando el trabajo de la enfermería y disminuyendo la efectividad de la terapia.

Objetivo:

evaluar los principales problemas surgidos durante las TDEC en pacientes ingresados en la UCI del Hospital General de Ciudad Real durante los meses de noviembre y diciembre de 2010 y enero de 2011.

Metodología:

recogida datos mediante gráficas de hemodiafiltración utilizadas en la unidad. Además tuvimos en cuenta la ubicación del catéter, longitud y tamaño.

Conclusiones:

durante el tiempo en estudio se utilizaron un total de 13 sistemas por problemas durante la terapia, se pasó a modo de recirculación un total de 9 veces y el resto de alarmas evaluadas se resolvieron con el cambio de parámetros de tratamiento. La presión prefiltro fue la causante del mayor número de problemas, seguida por la presión de entrada, PTM y presión de retorno sucesivamente.

PROCEDIMIENTO DE INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA

Autores: C. M. Palomo Gómez; Jurado Ramírez N.; Moreno Escobar M.E.
Unidad Cuidados Intensivos Hospital General Universitario Ciudad Real

Objetivo:

- Estandarizar los conocimientos referentes al catéter central de inserción periférica (Tipo PICC y Drum).
- Difundir la técnica y las diferentes aplicaciones a la clínica.
- Protocolarizar los cuidados necesarios para el correcto mantenimiento, unificando así criterios para el personal de enfermería.
- Evitar complicaciones derivadas de la mala praxis, tanto a nivel nosocomial como hemodinámica.
- Resaltar ventajas e inconvenientes de éste respecto a otros catéteres centrales.

Metodología:

- Se lleva a cabo una revisión bibliográfica del tema, consultando las distintas bases de datos (BVS, Medline PMID).
- Revisión de protocolos vigentes.

Intervenciones:

- Informar al paciente del procedimiento.
- Seleccionar el catéter más idóneo en función al número de luces y duración.
- Valorar lugar de inserción.
- Administrar anestésico local tópico.
- Implantar catéter según procedimiento.
- Verificar permeabilidad.
- Cerciorarnos de la correcta implantación a través de control radiológico.
- Fijar catéter y proteger con apósito que permita valorar punto de inserción.

Conclusiones:

- Se considera indispensable un correcto conocimiento y una comprensión de la técnica, evitando así posibles complicaciones.
- Aumentar la calidad de los cuidados.
- Promover su uso.

INDUCCIÓN A LA HIPOTERMIA TRAS PARADA CARDIACA

Autores: M. E. Martín Pascal y G. Hernando Loeches
Servicio UCI, H.G.U Guadalajara

Introducción:

La inducción a la hipotermia leve o moderada (32-34 °C) durante 12-24 horas, ha de ser un recurso terapéutico utilizado en las unidades de cuidados intensivos, y debe ser aplicada a todo paciente que tras recuperar el pulso después de una parada cardiaca causada por una FV persiste con un bajo nivel de conciencia (evidencia IIa). En aquellos pacientes en los que la parada no se debió a una FV, el uso de la hipotermia también parece ser beneficioso (evidencia IIb).Las principales sociedades científicas europeas como americanas, incluyen la aplicación de la hipotermia como medida de eficacia demostrada, destinada a minimizar el daño neurológico tras parada cardiaca, y recomiendan su aplicación precoz.

Objetivos:

Conocer las indicaciones, material y métodos, los efectos sobre el organismo, así como los cuidados de enfermería en los pacientes sometidos a técnicas de hipotermia terapéutica en una unidad de cuidados intensivos.

Material y Métodos:

Técnicas no invasivas: Mantas y colchones (sistemas de aire y sistemas de agua circulante), sistemas de almohadillas de hidrogel, bolsas de hielo, cascos y gorros con hielo, inmersión en agua fría, uso de toallas empapadas.

Técnicas invasivas: Infusión de fluidos fríos intravenosos, sistemas de circulación extracorpórea (hemofiltración o bypass cardiopulmonar/ femorocarotídeo), sistemas endovasculares, lavados: nasal, gástrico, rectal y vesical; lavados con intercambio peritoneal frío, perfusión yugular retrógrada.

Resultados y Conclusiones:

La hipotermia es un recurso terapéutico en las unidades de cuidados intensivos, que debe ser conocido por los profesionales de enfermería, ya que su aplicación mejora el pronóstico vital y neurológico de los pacientes tras PCR prolongada por FV o TV, y se han publicado recomendaciones específicas sobre su empleo. Es una opción terapéutica útil, que podría ser considerada en el contexto de un protocolo de actuación específico.

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES URINARIAS ASOCIADAS A SONDAJE VESICAL EN UCI POLIVALENTE

Autores: Cebrián Soriano E., Martínez Martínez B., Rojano Ibañez V., Sánchez Carrilero M.A., Joaquín González A., Soriano Escobar M.LI., Gimeno González M., García López F.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Introducción:

La infección urinaria asociada a sondaje vesical (SV) constituye el segundo lugar de las infecciones nosocomiales más prevalentes en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), ocasionando una prolongación de la estancia hospitalaria, disconfort del paciente y un aumento de los costes sanitarios.

Objetivo:

Reducción de las complicaciones infecciosas secundarias al SV en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del CHUA mediante la implantación de un protocolo para la prevención de dicha patología.

Método:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se realizó un registro de los pacientes portadores de SV que fueron diagnosticados de infección del tracto urinario (ITU) durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del CHUA, desde el 1/1/2003 hasta el 31/12/2009.

Resultados:

Durante el año 2006 fue implantado el Protocolo de Prevención de ITU en nuestra unidad, registrándose un descenso de 4.39 ITU/1000 días de SV menos que en el año anterior. La tasa media de ITU antes de la implantación del protocolo en 2006 fue de 10.12 ITU/1000 días de SV, disminuyendo a 6.79 ITU/1000 días de SV a partir de su instauración en 2006 hasta 2009.

Conclusiones:

La implantación de un protocolo para la prevención de ITU en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente de nuestro hospital produjo una disminución en el número de complicaciones infecciosas secundarias al SV, por lo que consideramos apropiado la implantación de nuestro protocolo de cateterización y mantenimiento de SV.

PLAN DE CUIDADOS DE UNA PUÉRPERA CON H1N1 EN LA UCI DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Autores: R. M. Rivero García, B. Tapias de las Heras, M. I. Jiménez López-Peláez, M. Arribas García, B. Escribano López
Servicio UCI, H.G.U Guadalajara

Introducción:

Mujer de 32 años, de 34 semanas de gestación y sin factores de riesgo que acude a urgencias por presentar desde hace 3 días fiebre de 40°C, dolor pleurítico y tos no productiva. Tras ser valorada y realizadas pruebas complementarias se ingresa para realización de cesárea naciendo un bebé sano, sin complicaciones. Tras 2 días de ingreso en planta su estado de salud empeora decidiéndose su ingreso en UCI

Material y Métodos :

Realizamos un plan de cuidados atendiendo a los patrones de Gordón y elaboramos los diagnósticos de enfermería mediante taxonomía NANDA. Alcanzando los resultados deseados.

Resultados

Tras 24 días de estancia en UCI, 21 días estuvo en estado crítico; atendiendo los patrones funcionales de Gordón, detectamos alterados los siguientes: Nutricional- metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, cognitivo-perceptual, autocontrol-autoconcepto, rol-relaciones, adaptación-tolerancia al estrés y valores-creencias

Conclusiones

Al alta, tras llevar a cabo el plan de cuidados, se resolvieron los patrones que habían resultado disfuncionales.

Las medidas de aislamiento llevadas a cabo en pacientes con H1N1 dificultan la aparición de nuevos casos y proporcionan una evolución favorable.

PERFIL DEL PACIENTE EN LA PANDEMIA H1N1 A PROPÓSITO DE NUESTRA EXPERIENCIA

Autores :M. Arribas García, B. Tapias de las Heras, M. I. Jiménez López Peláez, R.
M. Rivero García, B. Escribano López
Servicio UCI, H.G.U Guadalajara

Introducción:

La gripe H1N1 es una enfermedad reciente con signos y síntomas similares a la gripe estacional. En junio de 2009, la OMS elevó el nivel de alerta de la enfermedad a la fase 6, declarando la dispersión de dicha gripe a todos los continentes.

Objetivo:

Definir el perfil tipo de los pacientes que sufrieron H1N1 durante la pasada pandemia 09-10, por un lado para inferir conocimiento a la comunidad enfermera y por otro para definir el paciente susceptible y poder establecer estándares de cuidados enfermeros.

Material Y Metodos:

Estudio observacional retrospectivo en la UCI del HGUG registrando los factores de riesgo: obesidad, EPOC, Asma, cardiopatía, HTA, diabetes, embarazo, VIH, enfermedad hematológica.

Resultados:

En nuestro hospital ingresaron 85 pacientes, de los cuales 16 precisaron ingreso en UCI, de los cuales falleció 1 en nuestra UCI. Nuestra UCI se encuentra entre las 10 UCIS españolas con más casos.

Conclusiones:

Obtenemos una alta incidencia y baja mortalidad.

Es importante definir el paciente tipo para la mejor administración de cuidados enfermeros.

CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS ENFERMERAS EN LA SEDOANALGESIA DE LA UCI DEL HGUG

Autores :B. Escribano López; B. Tapias de las Heras; M. I. Jiménez López Peláez; M. Arribas García; R. M. Rivero García
Servicio UCI, H.G.U Guadalajara

Introducción:

El uso de protocolos de sedación y analgesia permite mejorar el desenlace clínico de los pacientes que son sometidos a cuidados específicos de unidades de cuidados intensivos.

Objetivo:

Minimizar el tiempo de sedación mediante una apropiada monitorización, para evitar la sobre/infra sedo analgesia y ajustar las dosis de fármacos de acuerdo a las necesidades del paciente.

Material y Método:

Estudio observacional retrospectivo cualitativo mediante revisión bibliográfica llevada a cabo en bases de datos en español (LILACS, CUIDEN) entre diciembre de 2009 y junio de 2010, con el posterior análisis de la información según las indicaciones de la SEMICYUC.

Resultados / Conclusiones:

Nuestra experiencia ha sido que la implantación de criterios de buenas practicas enfermeras en una unidad infiere a la profesión la disminución de la variabilidad de la atención y se unifica la labor enfermera en pos de una mayor calidad.

EL ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS): ELEMENTO DE SEGURIDAD

Autores: Corraliza Moreno, C.; Muñoz Muñoz, D.; Paredes Garza, F.
Hospital Universitario La Paz (Servicio de Cuidados Intensivos)

Introducción:

El BIS se desarrolló inicialmente para controlar la hipnosis durante la cirugía. Su uso se ha extendido en la Unidad de Cuidados Intensivos, gracias a que nos permite monitorizar de forma objetiva y no cuenta determinados procesos como: bloqueo neuromuscular, muerte encefálica, dolor o grado de sedación en pacientes con ventilación mecánica. Evitaremos así, la Infra/sobredosificación de fármacos y las consecuencias que conlleva para el paciente.

Objetivos:

Proporcionar confort y seguridad al paciente con un grado de sedación adecuado, de tal modo que tolere las técnicas requeridas para su cuidado y mejora.

Metodología:

Revisión Bibliográfica Enfermería basada en la evidencia.

Intervenciones:

Medidas generales:

- Monitorización de signos vitales
- Minimizar estrés ambiental y acciones que interfieran en el confort
- Identificar expresiones de dolor

Medidas específicas:

- >Identificar errores en la medición relacionados con:
 - Correcta colocación del sensor: evitar colocarlo en hemisferio con lesión cerebral o sobre arteria temporal
 - Fármacos: Ketamina y Oxido nitroso (no alteran los valores).
 - Artefactos fisiológicos: temblores o movimientos del paciente
 - Artefactos no fisiológicos: manta termica, marcapasos o bisturi electrico
 - Clínica del paciente: hipotermia, encefalopatía post-anóxica, isquemia cerebral

Conclusiones:

La seguridad del paciente es parte fundamental de los cuidados de enfermería; para ello es necesario encontrar un equilibrio entre la Infra/ sobredosificación, que proporcione confort y que evite un aumento de la morbi-mortalidad del paciente. El personal de enfermería debe estar entrenado para evitar errores interpretativos que le afecten directamente.

PROTOCOLO DE MANEJO DEL AUMENTO DEL VOLUMEN DEL RESIDUO GASTRICO EN PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN ENTERAL

Autores: Félix Ramos, M. E.; Gutiérrez Rodríguez, C.; López Tordesillas, N.; Pintado Juez, Y.; Velasco Ramos, A.

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Virgen de la Salud de Toledo

Introducción:

La nutrición enteral (NE) administrada a través de una sonda gástrica, es la principal técnica usada en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para realizar el soporte nutricional especializado.

El aumento del volumen del residuo gástrico (VRG) es la complicación gastrointestinal más frecuente asociada a la administración de NE en pacientes críticos. En nuestra unidad se define como la presencia de un VRG superior a 300 ml obtenido en cada valoración del mismo.

Objetivo:

Unificar criterios para el control y manejo del aumento del VRG

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica y se realizaron reuniones de consenso sobre la experiencia en nuestra unidad.

Intervenciones: Implantación de un algoritmo para el manejo del aumento del VRG, del cual se deriva:

La periodicidad en la valoración del VRG

La retirada transitoria o definitiva de la NE

La disminución de la velocidad de administración de la NE

La administración de fármacos procinéticos

Conclusiones:

La instauración de un protocolo para el manejo del aumento del VRG, asegura un mayor control de este tipo de complicación, disminuyendo el tiempo en el que el paciente crítico está sin un soporte nutricional adecuado.

ANÁLISIS DE RIESGOS EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE LA UCI

Autores: R. Nieto Hierro, M. Delicado Domingo, R. Garcia Diez, Ainoa Sanchez Díaz, A. Andrés Jaúregui, E. Filardo Manero, A. Gómez Alcibar, A. Totorica
Servicio UCI, Hospital de Basurto (Vizcaya)

Introducción

El traslado intrahospitalario (TIH) es un procedimiento habitual en la en la dinámica de Cuidados Intensivos.

El tipo de traslado justifica la necesidad de analizar metódicamente este procedimiento ya que supone un riesgo para la aparición de Efectos Adversos (EA), especialmente en pacientes con ventilación mecánica y/o inestabilidad hemodinámica.

Objetivo

Identificar los principales factores de riesgo asociados al TIH que contribuyen a la aparición de EA.

Metodología

Estudio basado en técnicas de investigación cualitativa con participación de un grupo multidisciplinar formado por enfermeras, médicos, auxiliares y celador. El grupo nominal constituido por profesionales con experiencia en CI >5 años, vinculados con aspectos relacionados con la seguridad, la participación fue voluntaria. El análisis causa raíz, permitió representar un diagrama de Ishikawa del proceso de TIH

Resultados

Del evento adverso analizado, se identificaron 8 ámbitos de riesgo relacionado con el paciente, equipo, comunicación, formación, individuales, equipamiento y recursos, condiciones de trabajo y asociados a la organización.

Fueron seleccionados 25 factores de influencia que se agruparon en cada ámbito de riesgo identificado. La clasificación se realizó según "The National Patient Safety Agency- National Health Service" (NPSA-NHS),

Conclusiones

- Es necesario protocolizar el proceso de TIH del paciente CRÍTICO basándose en las recomendaciones existentes y utilizando herramientas que permitan iniciar el proceso con requisitos de seguridad necesarios.
- La gestión de la seguridad, a partir del análisis de los riesgos, permite establecer estrategias e introducir intervenciones dirigidas a mejorar y hacer más seguros los TIH.
- La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, facilitar el ejercicio profesional y mejorar la calidad asistencial, justifican todos los esfuerzos dirigidos a reducir el impacto de los EA

SONDA NASOYEYUNAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA. USO, MANTENIMIENTO Y PREVENCIÓN DE POSIBLES COMPLICACIONES

Autores: Puebla Martín A., del Fresno Sánchez M. M, Migallón Buitrago M. E., Puebla Martín M. A., Sánchez-Nieta Nieto J. A.

Unidad Cuidados Intensivos, Hospital General Universitario. Ciudad Real

Introducción

La sonda nasoyeyunal (SNY) es una sonda para nutrición enteral transpilórica de distintas características frente a la sonda nasogástrica (SNG), de aporte prepilórico y más comúnmente utilizada. Existen diferencias en cuanto al manejo, administración de medicamentos y estrategias para prevenir o solucionar posibles complicaciones.

Si tenemos en cuenta que el éxito y seguridad de la alimentación enteral por SNY depende en gran parte de la adecuada atención por parte del personal de enfermería nos planteamos el siguiente objetivo.

Objetivo

Elaborar una guía de consulta que permita al personal de enfermería proporcionar unos cuidados para un correcto mantenimiento de la SNY teniendo una herramienta eficaz para evitar complicaciones durante su utilización.

Metodología

Revisión bibliográfica en PubMed y guías de Práctica Clínica y consulta personal experto encargado del programa de nutrición del paciente crítico.

Resultados

La SNY es una sonda de características especiales con dos luces; luz yeyunal y luz gástrica, que permite simultáneamente la administración de nutrición a nivel yeyunal y aspiración o descompresión gástrica.

Se elabora una guía de consulta para enfermería que incluye:

Cuidados del extremo gástrico.

Cuidados del extremo yeyunal.

Procedimiento de administración de medicamentos: siempre deben administrarse por el extremo gástrico salvo contraindicación.

Posibles complicaciones, por ejemplo obstrucción de la sonda, con sus causas y las estrategias para evitarlas.

Conclusiones

Mediante esta guía la enfermería puede actuar de forma conjunta y ordenada en el mantenimiento y uso de la SNY, minimizando así las posibles complicaciones derivadas de un inadecuado uso de dicha sonda.

SONDA NASOYEYUNAL. PROTOCOLO DE INSERCIÓN SIN CONTROL RADIOLOGICO. METODO “POR PASO ESPONTANEO O “A CIEGAS” A PIE DE CAMA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: Puebla Martín A., del Fresno Sánchez M. M, Migallón Buitrago M. E.,
Puebla Martín M. A., Sánchez-Nieta Nieto J. A.

Unidad Cuidados Intensivos, Hospital General Universitario. Ciudad Real

Introducción:

La alimentación enteral en el enfermo crítico se realiza habitualmente mediante sondas nasogástricas (SNG) pero, en algunas ocasiones y debido a la patología del enfermo o al uso de determinados fármacos que disminuyen la motilidad gástrica, esto no es posible. Con la sonda nasoyeyunal (SNY) sobrepasamos el estómago y duodeno evitando la intolerancia gástrica permitiendo así alimentar a estos enfermos vía enteral.

A veces debido a la situación clínica del paciente es imposible trasladarlo a la sala de control fluoroscópico para la inserción de la SNY, debiéndola poner “a ciegas” a pie de cama del paciente.

Objetivo

Elaborar un protocolo que proporcione al personal de enfermería instrucciones para la correcta inserción sin control fluoroscópico de la SNY.

Metodología

Se elabora el protocolo tras revisión bibliográfica en bases de datos y consulta a personal experto, todo consensuado por el equipo multidisciplinar.

Intervenciones

Trabajo descriptivo sobre la inserción a ciegas de SNY:

Información si procede y premedicación.

Conocimiento y preparación del material.

Colocación adecuada en cada momento del paciente.

Procedimiento de inserción de la SNY, paso a paso.

Cuidados post-inserción.

Conclusiones

Mediante este protocolo se consigue una herramienta eficaz para la inserción de una SNY a ciegas sin control fluoroscópico, proporcionando nuevos conocimientos sobre una técnica innovadora.

La sonda correctamente introducida tendrá un extremo en la cavidad gástrica y otro extremo en yeyuno lo que permitirá simultáneamente la nutrición yeyunal y la aspiración o descompresión gástrica.

¿SE PUEDEN PONER POR LA MISMA LUZ? ¿HABRA INTERACCION?.

TABLA DE COMPATIBILIDAD DE FÁRMACOS INTRAVENOSOS PARA SU INFUSIÓN EN Y EN CUIDADOS INTENSIVOS

Autor: Puebla Martín, A.

Unidad Cuidados Intensivos, Hospital General Universitario. Ciudad Real

Introduccion:

La administración de medicamentos por vía intravenosa en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es una técnica esencial para la recuperación del paciente crítico tratándose a veces de una polifarmacia, a menudo sofisticada, necesitando en la mayoría de los casos múltiples accesos venosos.

A pesar del uso de catéteres venosos centrales multi-lumen, las líneas venosas son insuficientes y varios medicamentos han de ser administrados juntos en la misma línea venosa debido a la polimedicación, pudiendo aparecer interacciones medicamentosas.

Objetivo:

Compilación de una tabla de compatibilidad físico-química entre medicamentos que sirva de guía a la enfermera a la hora de su infusión intravenosa.

Metodología:

Búsqueda bibliográfica en bases de datos, así como en manuales de farmacología y medicina.

Resultados:

Para reducir la necesidad de numerosas vías venosas por un lado y por otro lado para evitar las complicaciones de incompatibilidades de los fármacos administrados, se compila una tabla de compatibilidad con las sustancias que más frecuentemente se utilizan en UCI.

Tabla de compatibilidad de 65 fármacos en un gráfico de dos dimensiones, con el pH correspondiente.

La compatibilidad de estas combinaciones se ha codificado para la infusión simultánea.

Conclusiones:

Muchos fármacos intravenosos no se pueden mezclar en la misma línea venosa.

La tabla de compatibilidad proporciona una referencia rápida a la enfermera de los datos de compatibilidad de los fármacos a administrar por vía intravenosa en cuidados intensivos.

La Sociedad de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias de Castilla la Mancha, SOMIUCAM y en su nombre el Comité Organizador del “XI Congreso de Medicina y Enfermería Intensiva Crítica y Unidades Coronarias de Castilla la Mancha”, desea agradecer a la Excm. Diputación Provincial de Ciudad Real y en particular a Doña Jacinta Monroy Torrico y a don Ángel Amador Muñoz, cuya colaboración ha sido imprescindible para elaborar este libro

XI CONGRESO CASTELLANO MANCHEGO DE MEDICINA Y ENFERMERÍA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS

Hospital General, Ciudad Real 7-9 de abril de 2011

Declarado Actividad de Interés Científico Sanitario, JCCM. Nº exp. P2011-0113

*Solicitada Acreditación por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de
Castilla la Mancha*

Avalado por la SEMICYUC

ISBN13:978-84-694-1382-1

somiucam
SOCIEDAD DE MEDICINA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS DE CASTILLA-LA MANCHA

