

Conclusiones: En nuestro medio la implantación de TIPS se realizó principalmente en pacientes con estadios avanzados de su enfermedad, siendo efectivo su uso en el control de la HDH. La tasa de complicaciones post-TIPS descritas corresponde a lo descrito en la literatura. La mortalidad obtenida en nuestros pacientes fue menor a la predicha por escalas de gravedad.

604. CORRELACIÓN ENTRE LAS ESCALAS MELD, SAPS 3 Y APACHE II EN PACIENTES CIRRÓTICOS INGRESADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA EN CUIDADOS INTENSIVOS

M.A. Cortes Herrera, A. Quinza Real, A. Pinos Montalvo, P. Concha Martínez, J. Ruiz Ramos, J. Cebrián Doménech, A. Castellanos Ortega y M.J. Castellanos Porchar

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivo: Establecer la relación entre la escala MELD y las escalas APACHE II, SAPS 3 en los pacientes cirróticos ingresados por HD en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes cirróticos ingresados consecutivamente por hemorragia digestiva (HD) en una UCI de 24 camas durante el periodo 2011-2015. La mortalidad estimada por las escalas APACHE II y SAPS 3 se obtiene de forma sistemática en nuestra UCI. La escala MELD pronóstica para pacientes con cirrosis hepática se obtuvo al revisar las historias clínicas según las especificaciones de la literatura. Se calculó el coeficiente de correlación R2 de Pearson entre la escala MELD APACHE II y entre la escala MELD SAPS 3.

Resultados: Se estudiaron 100 pacientes cirróticos ingresados por HD. Las escalas de gravedad fueron. MELD 19 (IQ 14-23), APACHE II: 19,5 (IQ 16-26), SAPS 3 61 (IQ 54-69). La correlación entre MELD y APACHE II fue $r = 0,341$; $p < 0,001$ y entre SAPS 3 ($r = 0,400$; $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestro medio la puntuación SAPS 3 correlaciona mejor con la escala MELD que el APACHE II. Es posible obtener ecuaciones de conversión fiables entre las distintas escalas.

605. UTILIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE LA PRESEPSINA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO

P. Esteban Torrella, L. García de Guadiana Romualdo, S. Rebollo Acebes, R. Jiménez Sánchez, A. Ortín Freire, E. Jiménez Santos, A. Hernando Holgado, M.I. García Sánchez, M. Contreras Padilla y M.D. Albaladejo Otón

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Objetivo: Evaluar la utilidad en un Servicio de Urgencias de un biomarcador de infección emergente, la presepsina, como predictor de mortalidad hospitalaria en pacientes con sepsis grave y shock séptico.

Métodos: Diseño y población: Estudio prospectivo de cohortes en el que se incluyeron pacientes adultos ≥ 18 años que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por sospecha de sepsis y cuyo diagnóstico final fue SG/SS. Se excluyeron del estudio: (1) pacientes inmunosuprimidos o en riesgo de inmunosupresión y (2) gestantes. Se definió como evento final la mortalidad hospitalaria. Métodos de laboratorio: en todos los pacientes se extrajo una muestra de sangre para medida de PCR, mediante nefelometría, y PCT, mediante ECLIA. Una alícuota de plasma fue congelada para la medida posterior de presepsina mediante quimioluminiscencia. Análisis estadístico: para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 22.0. Para el análisis de la distribución de la normalidad se utilizaron los test de Kolmogorov Smirnov y de Shapiro Wilk. Para la comparación de grupos se utilizó el test no paramétrico U-Mann Whitney. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 71 pacientes (41 varones (57,7%), edad 73 años (IQR: 21) que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital con un diagnóstico final de sepsis grave (58 (81,7%) o shock séptico (13 (18,3%)), requiriendo ingreso en UCI 21 (29,6%). Los focos de infección más frecuentes fueron el urinario (26 (36,6%)), abdominal (16 (22,5%)) y respiratorio (15 (21,1%)). En la tabla siguiente se recogen los valores de los biomarcadores. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos para ninguno de los biomarcadores incluidos en el estudio.

Biomarcador (Mediana (IQR))	Población (n = 71)	No fallecidos (n = 57 (80,3%))	Fallecidos (n = 14 (19,7%))	P
PCR (mg/dL)	18,0 (20,4)	18 (21,5)	14,5 (20,8)	0,553
PCT (ng/mL)	4,26 (15,75)	3,83 (16,94)	5,86 (16,71)	0,931
Presepsina (pg/mL)	1.119 (1854)	1.078 (1557)	1.493 (2301)	0,144

Conclusiones: La medida de PCR, PCT y presepsina al ingreso en un Servicio de Urgencias carece de utilidad como biomarcador pronóstico en pacientes con SG/SS y por lo tanto no contribuye a la identificación de los pacientes con mayor riesgo de mortalidad hospitalaria.

Pósters orales

11:10 a 12:40 h - Sala 8
Organización/Gestión/Calidad 6

Moderadores: María Amparo Bodí Saera y Vicente Gómez Tello

606. CALIBRACIÓN DE LAS ESCALAS GRACE, SAPS 3 Y APACHE II EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) INGRESADOS EN UCI

T. Ciges Chornet, A.D. Pinos Montalvo, P. Concha Martínez, M. Piñol Ribas, F. Pérez Esteban, J. Cebrián Doménech, M.J. Broch Porcar, R. Gimeno Costa, J. Bonastre Mora y A. Castellanos Ortega

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivo: Comparar la calibración de los índices de gravedad generales (Saps 3 y Apache II) con la de la escala Grace (específica para SCA) en los pacientes ingresados en nuestra UCI.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 287 pacientes con SCA ingresados consecutivamente en nuestra UCI durante el periodo 1/1/2015 30/9/2015. La mortalidad estimada por las escalas Apache II y Saps 3 se obtienen de forma sistemática en nuestra UCI. La puntuación Grace se obtuvo mediante revisión de las historias clínicas según las especificaciones de sus autores y el cálculo del riesgo Grace mediante la aplicación de los coeficientes de regresión de Granger a las variables originales. Se comparó la mortalidad observada con las tres mortalidades estimadas por cada uno de los índices mediante una prueba de bondad de ajuste.

Resultados: La edad media fue de 63,2 años (DE 13,6) y el 24% fueron mujeres. La puntuación Grace media fue de 152,8 (DE 37,6) mientras que la puntuación Saps 3 fue de 44,1 (DE 7,8) y la Apache II de 11,2 (DE 4,5) Las mortalidades predichas por las escalas Apache II, Saps 3 y Grace fueron 12,9%, 12,0% y 5,1% respectivamente. La mortalidad real observada en UCI fue de 3,1% (IC95% 1,7 a 5,9) y en el hospital de 5,2% (IC95% 3,2 a 8,4).

Conclusiones: En nuestro medio, los índices de gravedad generales Apache II y Saps 3 sobreestiman claramente la mortalidad en los pacientes con SCA. Por el contrario la mortalidad predicha por la escala Grace muestra una muy buena calibración con la mortalidad hospitalaria observada en los pacientes con SCA ingresados en nuestra UCI.

607. DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SATISFACCIÓN GENERADA ENTRE FAMILIARES DE PACIENTES FALLECIDOS EN UNA UCI VERSUS SOBREVIVIENTES

J.J. Cáceres Agra^a, J.L. Santana Cabrera^a, J.D. Martín Santana^b, L. Melián Alzola^b, E. Hernández Navarro^c, R. Lorenzo Torrent^a y H. Rodríguez Pérez^a

^aComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria. ^bFacultad de Empresariales y Ciencias Económicas de la ULPGC, Las Palmas de Gran Canaria. ^cPsicóloga Psicoterapeuta, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Explorar diferencias en las percepciones de familiares de pacientes fallecidos (FPF) en la UCI con las de supervivientes (FPV), sobre calidad asistencial y la satisfacción (S) generada. Analizar factores determinantes de la S.

Figura Póster 607

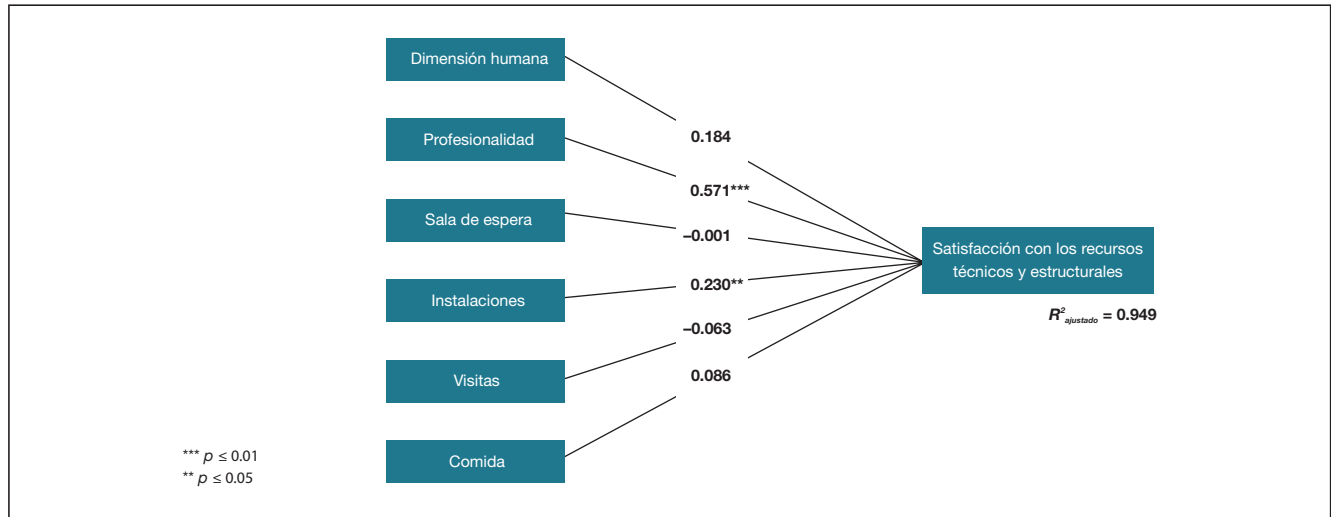


Tabla póster 607

Constructo	Dimensiones	Familiares de fallecidos	Familiares de vivos	p
Calidad de la comunicación	Amabilidad y respeto	6,35	6,44	0,665
	Sinceridad y empatía	6,31	6,46	0,519
	Acogida	5,24	5,80	0,193
Calidad de la información	Información sobre la enfermedad del familiar	6,22	6,51	0,226
	Toma de decisiones compartida	6,32	5,96	0,136
	Empatía con las necesidades de la familia	4,30	4,70	0,491
Calidad técnica y estructural	Dimensión humana	6,48	6,27	0,302
	Profesionalidad	6,28	6,70	0,133
	Sala de espera	4,89	4,64	0,560
	Instalaciones	6,20	5,99	0,397
	Visitas	4,80	5,22	0,392
	Comida	5,15	6,27	0,015
Satisfacción global con el SMI	Satisfacción con la forma y el contenido de la comunicación	6,11	6,43	0,223
	Satisfacción con los recursos técnicos y estructurales	6,28	6,52	0,323

Métodos: Estudio transversal en una UCI polivalente de 24 camas. Se distribuyó una encuesta ad hoc con adecuada validez y fiabilidad. Escala Likert de 7 puntos. Se reclutó una muestra de PPF en el año anterior y se comparó sus respuestas con las de 25 FPV al alta de UCI. Descriptivo con medias y desviación típica (DT) para cada ítem y su dimensión. Análisis bivariados entre características de los pacientes extraídas de la historia clínica y cada constructo (C) analizado. Factores determinantes de la S con modelos de regresión múltiple donde variables independientes son dimensiones (D) de calidad y dependientes C de S. Comparación de medias para cada ítem y su D entre PPF y FPV.

Resultados: De 95 PPF contactados se recibieron 53 encuestas de 37 pacientes. Las valoraciones de los ítems y D de los C “calidad de la comunicación”, “calidad de la información”, “calidad técnica y estructural”, “calidad del proceso de muerte” y “satisfacción global” son en general buenas, con valores medios en torno a 6, excepto para las D “empatía con las necesidades de la familia” (4,30, DT 2,53) y “sala de espera” (4,89, DT 1,88). Edad, días de estancia, gravedad por APACHE II, procedencia de planta y necesidad de traqueotomía se asocian a peor puntuación en diversos C y D. La S con la comunicación se explica por la D “información sobre la enfermedad” ($\beta = 0,58$, $p < 0,001$); la S con la calidad técnica y estructural por las D “percepción de profesionalidad” ($\beta = 0,57$, $p = 0,001$) e “instalaciones” ($\beta = 0,23$, $p = 0,05$); la S con el proceso de muerte por la D “calidad humana” ($\beta = 0,81$, $p > 0,001$). La S global con la UCI se explica por la “S con los recursos técnicos y estructurales” ($\beta = 0,76$, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de PPF y FPV en los C comparables.

Conclusiones: Se detectan necesidades no cubiertas como más empatía y mejoras en la sala de espera. Ciertas características de los pacientes se asocian a peor percepción de calidad y menor S. Información sobre la enfermedad, percepción de profesionalidad y la calidad humana demostrada, son los factores asociados a mayor S. No se detectan diferencias entre PPF y FPV.

608. CONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DE LOS ALUMNOS DE 6º DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

C.A. Nariño Molano^a, F. Martín González^a, J. González Robledo^a, L. Sánchez Montori^a, E.J. Martínez Santos^a, J.F. Granados Ricaurte^a, M.G. Morales Morales^a, S. Martín Castro^a, M. Sánchez Barba^a y A. Rodríguez Encinas^a

^aCAU Salamanca, Salamanca. ^bUniversidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivo: Evaluar el grado de conocimiento sobre la especialidad de Medicina Intensiva de los estudiantes de Medicina en los últimos meses de su formación como médicos, coincidiendo con el inicio de la formación en Medicina Intensiva dentro de una asignatura troncal en 6º de Medicina en la Universidad de Salamanca.

Métodos: Encuesta anónima de respuesta múltiple sobre distintos aspectos relativos a la Medicina Intensiva y sus preferencias futuras para su formación especializada.

Resultados: De 180 alumnos matriculados se obtuvieron un total de 105 encuestas (58,3%). La edad media es de 23,19 años, siendo el 31,43% hombre y el 68,57% mujeres. El 81,9% afirman haber estudiado Medicina por vocación. El 35,24% no ha tenido ningún contacto con la UCI y el 12,38% afirma no tener ningún conocimiento acerca de su funcionamiento. Respecto a los especialistas que trabajan en la UCI el 100% responden que médicos intensivistas, seguidos de anestesiólogos (54,29%) y cardiólogos (28,57%). En cuanto al tipo de pacientes que ingresan en UCI el 95,24% responden que politraumatizados, 81,90% postoperatorios, 80% coronarios, 70,48% respiratorios, 68,57% neurológicos y 35,24% terminales. Las técnicas que más se realizan en las UCIs son la ventilación mecánica (96,19%), la IOT (94,29%), la sedación 83,81% y la antibioterapia (83,81%). El 100% de los alumnos responden que las UCIs funcionan las 24 horas del día y como motivo principal de ingreso el 99,05% responde