Construyendo juntos una cultura de seguridad del paciente

Sea cual sea la batalla contra IRAS, AMR, Sepsis o Errores de medicación, BD es el socio estratégico en el que apoyarte.

BD

¿Por qué es tan importante la seguridad del paciente?

"Cuándo un médico puede hacer el bien, debe evitarse que haga daño"

Hipócrates

El conjunto de las nuevas tecnologías, nuevos medicamentos y tratamientos hacen que el mundo de la salud sea cada vez más complejo.
En los ultimos tiempos se está alcanzando un interés mayor, por reconocer la importancia que suponen los eventos adversos y los factores humanos en la seguridad del paciente.
Estos eventos adversos dan lugar a daños innecesarios y prevenibles o incluso muertes que generan sobrecargas desproporcionadas a los sistemas de salud.[9]

El 15% del gasto hospitalario en los paises desarrollados es atribuible al tratamiento de los fallos en seguridad.[1]

La morbilidad y la mortalidad asociada a la seguridad del paciente es comparable con enfermedades tales como la diabetes o el cáncer.[1]

Seguridad del paciente: actitudes[4]

Retos externos que conducen a un evento adverso para el paciente

- Aumento del número de pacientes con múltiples patologías
- Los objetivos de los gobiernos en calidad y resultados han cambiado
- Aumento de la tasa de enfermedades crónicas
- Evolución de las prácticas, tecnologías y tratamiento
- Envejecimiento de la población
- Uso generalizado de antibióticos en la comunidad

Retos internos que conducen a un evento adverso para el paciente

- Falta de concienciación y establecimiento de una cultura de seguridad.
- Complejidad para implementar medidas de seguridad
- Falta de formación continuada
- Falta de estandarización de procesos
- Escasos y limitados recursos
- Escasez de personal y rotación de turnos
- Falta de coordinación entre departamentos
- Tecnología y equipos obsoletos

Ciertos eventos adversos son motivo de gran preocupación para las organizaciones sanitarias y causan un daño significativo a los pacientes.

Las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) representan una carga clínica y financiera importante en los países europeos.

3.5m

Alrededor de 1 de cada 20 pacientes experimentan al menos una infección durante la atención sanitaria en Europa que se traducen en 3.5 millones al año en la Unión Europea. [2]

37,000

Aproximadamente 37,000 muertes son consecuencia directa de estas infecciones en la Unión Europea [2]

16.4m

Las IRAS generan aproximadamente 16,4 millones de días de estancia hospitalaria extra anuales que tienen un coste estimado de 5,48 billones [3]

Las resistencias antimicrobianas (AMR) representan un reto mayor para la salud mundial.

Se estima que las multiresistencias bacterianas causan una pérdida económica de más de 1.5bn anuales . [4]

10 M

10 millones de muertes causadas por AMR en 2050 [4]

>50%

Ciertos patógenos presentan >50% de ratio de resistencia [4]

Sépsis y el Shock Séptico estan relacionados con una alta morbilidad y un gran riesgo de mortalidad

50,000

En España 50.000 pacientes afectados cada año [5]

33%

A nivel global, la mortalidad de pacientes con sepsis en la UCI es aproximadamente del 33% [6]

17,000 €

La sepsis tiene un coste estimado por persona de 17,000€ en España.[5]

Los errores de medicación causan un daño innecesario y evitable

14%

Los errores de medicación registrados son solo una pequeña fracción de los que realmente se producen, y el porcentaje real estimado se encuentra entre un 2% y un 14% de los pacientes admitidos en el hospital, con una estimación alrededor de 1-2% de pacientes afectados con un daño.[7]

€ 1,779Mil.

En España, los errores de medicación son responsables de 1,779 millones de € de costes prevenibles [8]

36%

Al menos un 36% de todos los eventos adversos derivados de errores de medicación son evitables.[9]

Alcanzar la seguridad del paciente de forma efectiva

Apoyar el cambio general, desde una intervención reactiva y fragmentaria a un enfoque sistémico total.

Respaldar a los líderes para establecer o mantener una cultura de seguridad.

Consolidar una serie de métricas comunes que reflejen resultados significativos.

Alcanzar la seguridad a través de toda la experiencia del paciente.

Asegurar una cultura de seguridad del trabajador sanitario.

Desarrollar y ayudar en la implementación de la innovación y tecnología óptima para mejorar la seguridad del paciente.

BD con la seguridad del paciente

El objetivo de BD, se centra en aumentar la concienciación sobre la importancia de la Seguridad del Paciente, tanto a nivel clinico como económico. Participamos en áreas que representan cerca del 65% del problema, brindando soluciones innovadoras que maximizan el rendimiento y la eficiencia clinica, aumentan la rápidez y precisión diagnóstica y la optimización y estandarización del flujo de trabajo, de procesos y procedimientos.

Lo que nosotros ofrecemos como compañía, es el apoyo a un cambio de actitud; de un enfoque individualizado a uno sistémico y holístico, desarrollando una cultura de seguridad en las múltiples etapas de la experiencia del paciente.

El portfolio de BD integra y asegura una atención centrada en la seguridad a través de todo el flujo del paciente

Auditoria clínica personalizada, formación & mejora de la calidad

Audit + BD Signature Solutions, revisión de la práctica frente a las directrices, mejora continua de la calidad, enfoque en la calidad del cuidado, PAQC

Prevención de las IRAS

Reducción de errores de medicación

Diagnóstico Seguro

Manejo del acceso vascular & Prevención de la infección

ChloraPrep™

BD Nexiva™

BD Connectors™

BD PosiFlush™

BD AutoShield™ Duo

PureHub™

Monitorización / control

BD MAX™

SmartWorks

Preparación de la medicación

BD PhaSeal™

Soluciones de administración de medicamentos BD Cato®

Dispensación de la medicación

BD Pyxis MedStation™ ES system

BD Rowa Vmax™

BD Rowa® Dose

Administración de medicamentos /Monitorización

Soluciones de infusión

Tecnologías de infusión Alaris™

Tecnologías de infusión CME™

BD Hypak™

BD PosiFlush™

BD Intelliport™

Toma de sangre

Aguja para tomar muestras de sangre BD Vacutainer® Eclipse Signa

Unidades de recolección de sangre BD Vacutainer® UltraTouch Push™

Toma de muestra

Tubo de recogida de plasma BD Vacutainer® Barricor™ Plasma

Recolección de Orina

Sistema de recolección de orina BD Vacutainer®

Detección de Patógenos *ID/AST*

BD BACTEC™

BD Veritor™

BD Phoenix™

BD™ Bruker M ALDI Biotyper™

BD Kiestra™ System and Imaging Suite

No todos los productos se encuentran disponibles en todos los paises.

BD en un vistazo

Juntos, impulsando el mundo de la salud

Posición Global

Una de las 5 mejores compañías de tecnología médica en el mundo con ~$16 billones anuales de ingresos

Inversión anual en innovación

+ 1$ billón

Fundada en 1897

BD es reconocido cómo pionero en tecnología médica

Investigación Global

Dando servicio a más de 190 países

65,000
empleados
a nivel mundial

BD es una de las compañías mundiales más grandes de tecnología médica, impulsando el mundo de la salud a través de la mejora en los hallazgos médicos, diagnósticos y en la prestación de cuidados. La compañía apoya a los héroes que se encuentran en primera línea en la asistencia sanitaria, a través del desarrollo en innovación tecnológica, servicios y soluciones que ayudan a avanzar en ambos sentidos, tanto en la terapia para los pacientes como en el proceso clínico para los profesionales. BD y sus 65.000 empleados tienen la pasión y el compromiso por ayudar a mejorar los resultados del paciente, la seguridad y la eficiencia de los clínicos durante la atención sanitaria, permitir a los laboratorios científicos mejorar el diagnóstico de enfermedades e impulsar la capacidad de los investigadores a desarrollar la siguiente generación de diagnósticos y terapias. BD está presente en prácticamente todos los países y colabora con organizaciones en todo el mundo para abordar algunos de los retos más complejos de la salud. Al trabajar de cerca en colaboración con el cliente, BD puede mejorar los resultados, disminuir los costes, incrementar la eficiencia, mejorar la seguridad y aumentar el acceso al cuidado de la salud. En 2017, BD dió la bienvenida a C.R.Bard y a sus productos a la familia de BD. Para más información de BD, por favor visite http://bd.com

La seguridad empieza *conmigo*

Construyamos juntos una cultura de seguridad.

La seguridad debe estar presente en cada persona y en cada uno de los sistemas involucrados en asegurar cuidados de alta calidad a los pacientes durante su tratamiento.

Desarrollar y mantener una cultura de seguridad no solo protege a los pacientes y reduce el daño, si no que respalda el éxito de los profesionales de la asistencia sanitaria.

Becton Dickinson S.A.U.
Camino de Valdeoliva, s/n
28750
San Agustín de Guadalix, Madrid

1. https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf
2. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf
3. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf
4. Frost and Sullivan. Patient Safety in healthcare, Forecast to 2022. Investment trends growth opportunities, challenges and future perspectives. September 2017.
5. http://www.semicyuc.org/temas/semicyuc/comunicados-oficiales/la-sepsis-acaba-con-la-vida-de-una-persona-cada-cuatro-segundos
6. Vincent JL, Marshall JC, Namendys-Silva SA, et al: Assessment of the worldwide burden of critical illness:the Intensive Care Over Nations (ICON) audit.Lancet Respir Med 2014. 2(5):380-386
7. EMA/787897/2015 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2015/11/WC500197135.pdf
8. https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2
9. Estudio Nacional sobre los Efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-estudio-incidencia-los-errores-medicacion-S1130634309724651

bd.com

© 2018 BD.BD, BD Logo, and all other trademarks are property of Becton, Dickinson and Company. XEUR0392-00. IB000023-1

BD

BD

al día Expertos en TTM
OCTUBRE 2020

BARD has joined BD

IB000101-3

Manejo con control de temperatura en los cuidados posparada cardiaca: documento de expertos

La revista Medicina Intensiva ha publicado el **artículo** "Manejo con control de temperatura en los cuidados posparada cardiaca: documento de expertos", de los autores: **R. Ferrer Roca, J.C. Sánchez Salado, M. Chico Fernández, J.M. García Acuña, A. Lesmes Serrano, E. López de Sá y J. Roldán Ramírez.**

Este documento de expertos ha sido elaborado por un grupo de trabajo de profesionales de ámbito nacional con amplia experiencia y compromiso en el tratamiento del paciente posresucitación mediante la terapia con hipotermia y control de temperatura. El documento cuenta con el soporte y los avales de la SEMICYUC y de la SEC.
Varios de sus autores explican en este newsletter el objetivo de este documento y valoran la técnica del TTM en nuestro país respondiendo a estas cuatro preguntas:

1. ¿Cuál es el objetivo que se persigue con el artículo?
2. ¿Cómo valora su participación en este grupo de expertos?
3. ¿Este enfoque interdisciplinar es útil para el abordaje de los cuidados postresucitación?
4. ¿Cuál es su opinión sobre los cuidados postresucitación y, en particular del TTM, en el país?

Dr. Chico
LEER RESPUESTAS

Dr. García Acuña
LEER RESPUESTAS

Dr. Lesmes Serrano
LEER RESPUESTAS

Dr. López de Sá
LEER RESPUESTAS

S I M P O S I O

La Covid 19 como acelerador de la innovación

CONGRESO NACIONAL ONLINE DE LA SEMICYUC 2020

Viernes 30 de Octubre
Sala 1
17:45 - 19:15

LEER MÁS

"Sin duda recomiendo el TTM en pacientes con Covid19"

El **Dr. José Manuel Allegue**, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Santa Lucía de Cartagena, nos habla en esta entrevista...

LEER MÁS

Webinar
Be part of the discussion

Sudden Cardiac Arrest in a socially distanced world

Date: 3rd November, 2020 _Time: 16:00 - 17:00 CET

CLICK HERE TO REGISTER NOW

Prefer PDF version? Click here to download

LEER MÁS

NUESTRO ESPECIALISTA CLÍNICO COMENTA

Por Juan Martín Reyes
(Clinical Specialist TTM)

Analiza dos artículos: "Therapeutic Temperature Modulation for a Critically Ill Patient with COVID-19" y "Use of a Servo-Controlled Cooling Gel Pad System to Regulate Body Temperature in Critically Ill Children".

IR A LOS ANÁLISIS DE LOS ARTÍCULOS

ENTREVISTA

Manejo con control de temperatura en los cuidados posparada cardiaca: documento de expertos

Dr. Mario Chico Fernández
Jefe de Sección de UCI de Trauma y Emergencias, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

1. ¿Cuál es el objetivo que se persigue con el artículo?

Generar unas pautas para los profesionales de diferentes especialidades a la hora de establecer una terapia que ha cambiado mucho en los últimos años. El hecho de que el profesional que se encarga de los cuidados posparada cardíaca tenga un documento de este tipo puede servir de manera práctica para instaurar la técnica y reducir la variabilidad en la práctica clínica.

2. ¿Cómo valora su participación en este grupo de expertos?

En mi opinión, no existe otra manera de afrontar la realización de guías de procesos complejos que no sea la de un grupo representativo a cargo de la atención de estos enfermos (diferentes especialidades, enfermería, etc). La experiencia en este grupo ha sido especialmente buena, superando sin problemas cualquier mentalidad de "silos". Lo único que podríamos haber mejorado es haber tenido la posibilidad de establecer otras actividades formativas más allá de las de estas guías a través de una mayor interacción con los profesionales interesados en este tema.

3. ¿Este enfoque interdisciplinar es útil para el abordaje de los cuidados postresucitación?

Sin duda. No sólo es útil, es la única manera -en mi opinión- de hacerlo.

4. ¿Cuál es su opinión sobre los cuidados postresucitación y, en particular del TTM, en el país?

Ha sufrido una gran expansión en los últimos años, a pesar de lo confuso que en ocasiones ha resultado la literatura para su aplicación en la práctica clínica. Creo que la técnica está mucho más implantada, pero que todavía existe una gran variabilidad en su aplicación. Espero que iniciativas como esta sirvan para solucionar este problema.

VOLVER A PORTADA

ENTREVISTA

Manejo con control de temperatura en los cuidados posparada cardiaca: documento de expertos

Dr. José María García Acuña
Médico Adjunto a la Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario Santiago (CHUS).

1. ¿Cuál es el objetivo que se persigue con el artículo?

Con el artículo recientemente publicado en Medicina Intensiva es un documento de expertos cuya finalidad es establecer una serie de recomendaciones para realizar la hipotermia terapéutica en los pacientes que hayan sufrido un paro cardíaco.
La mayoría del texto trata de homogeneizar un protocolo que pueda ser aplicable a cualquier Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Críticos Cardiológicos.
EL principal objetivo es conseguir aumentar el número de pacientes que sufren un paro cardíaco sean sometidos a una estrategia de control de temperatura.
Creo que a pesar de las dudas que todos manifestamos alrededor de la hipotermia o estrategia de control de la temperatura no sólo está totalmente justificado su empleo en el tratamiento de los cuidados del síndrome post parada cardíaca si no que debe implementarse en todas la Unidades que atienden a este tipo de pacientes. Ese es el objetivo fundamental del documento, que hasta el momento no existía.

2. El artículo es fruto del trabajo de un grupo de expertos multidisciplinar (intensivistas y cardiólogos). ¿Cómo describiría la experiencia de participar en el grupo? ¿qué cosas resaltaría y qué cambiaría?

La experiencia desde mi punto de vista fue muy enriquecedora porque la participación de dos grupos de profesionales que tenemos en común la asistencia al enfermo cardiovascular crítico, pero con visiones en ocasiones diferentes, me permitió entender y aprender una visión global del paciente con paro cardíaco en la UCIs.
Por otro lado, nosotros como cardiólogos hemos transmitido un entusiasmo de este tipo tratamiento, que a pesar de las críticas recibidas desde la publicación del TTM, hemos continuado desarrollándola y empleándola.
El ambiente de trabajo fue excelente en cada una de las sesiones que realizamos, y todos aportamos nuestra experiencia que se plasmó en el documento.

3. ¿Considera que este enfoque interdisciplinar es útil para el abordaje de los cuidados postresucitación?

Por supuesto que sí, es necesario la colaboración de los diversos especialistas que atienden al mismo tipo de pacientes. En el caso de la parada cardíaca, el paciente puede ser atendido por

SEGUIR LEYENDO

intensivistas o cardiólogos. Ambos aportan un valor añadido en la asistencia hospitalaria y probablemente el futuro no esté en la especialidad como tal sino en la asistencia a procesos. En el proceso asistencial de la parada cardíaca el cardiólogo y el intensivista aportan un conjunto de conocimientos, y es el paciente el que se beneficia.
El tratamiento del Síndrome post Parada en un proceso que afecta a la totalidad de órganos y sistemas, lo que obliga al empleo de numerosos conocimientos neurológicos, cardiológicos, nefrológicos etc., hace necesario la participación de especialistas en el paciente agudo cardiológico independientemente de su origen.

La participación de los cardiólogos en el proceso asistencial de la parada cardíaca comienza desde el momento en que el paciente ingresa en el Hospital. La cardiopatía isquémica, y en su forma más aguda el infarto de miocardio es responsable en la mayoría de los casos de los episodios de parada cardíaca lo que obliga a la realización de un intervencionismo coronario seguido del inicio del control de la temperatura. Es en la misma sala de Hemodinámica donde se inicia el enfriamiento del paciente.

4. ¿Cuál es su opinión sobre los cuidados postresucitación y, en particular del TTM, en la actualidad en el país?

En España se producen alrededor de 40.000 casos anuales, uno cada 20 minutos aproximadamente, por lo que constituye uno de los principales problemas sanitarios, no solo por su alta mortalidad que se sitúa entre el 72 y 75%, sino también por las secuelas neurológicas derivadas de la hipoxia cerebral, pues sólo un 1,4% de los supervivientes a una parada cardiorrespiratoria, quedan totalmente libres de alteraciones neurológicas, y hasta un 64% pueden presentar secuelas graves.

Dar un porcentaje de pacientes que llegan vivos a un Hospital y son sometidos a una terapia de control de temperatura es variable, después de los resultados del TTM ha provocado una disminución de empleo de la hipotermia en estos pacientes, lo que ha provocado nuevamente un repunte de la mortalidad de estos pacientes. En mi centro hemos mantenido una actitud cauta y continuamos realizando una hipotermia moderada en los pacientes que sobreviven a un paro cardíaco. En mi opinión creo que es muy importante ser muy activos con estos pacientes y realizar al menos un control de la temperatura.

VOLVER A PORTADA

ENTREVISTA

Manejo con control de temperatura en los cuidados posparada cardiaca: documento de expertos

Dr. Antonio Lesmes Serrano
Jefe de Servicio de Medicina Intensiva
del Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.
Profesor Asociado de Medicina Intensiva. Dpto. de Medicina. Universidad de Sevilla.

1. ¿Cuál es el objetivo que se persigue con el artículo?

Poner en común la evidencia y las recomendaciones para el uso del control/manejo terapéutico de la temperatura (TTM) en las distintas situaciones clínicas, así como poner en común los distintos protocolos que pudiéramos tener, para llevar a cabo esta terapia en distintos servicios y de distintas especialidades. Esta puesta en común entre las dos Sociedades Científicas (SEC y SEMICYUC) que más trabajamos con este tratamiento puede clarificar la utilidad de esta terapia. Como objetivo secundario queríamos relanzar un tratamiento en el que creemos y que tiene una importante utilidad en multitud de situaciones clínicas, que por las razones que sea, no ha tenido el arraigo que creemos que tiene que tener en la práctica clínica habitual entre otros colegas.

2. El artículo es fruto del trabajo de un grupo de expertos multidisciplinar (intensivistas y cardiólogos). ¿Cómo describiría la experiencia de participar en el grupo? ¿qué cosas resaltaría y qué cambiaría?

Ha sido muy estimulante y gratificador el ver que otro grupo de colegas de otra especialidad tienen las mismas ideas, planteamientos y problemas. Toda puesta en común de dos especialidades que tratan las mismas patologías es imprescindible para trabajar con los mismos procedimientos.

De esta puesta en común sacamos soluciones a los problemas que hayamos podido tener unos u otros. Pudiera darse el caso que en un centro sanitario determinado con patologías comunes en dos plantas distintas se apliquen tratamientos distintos: No tiene sentido que esto ocurra.

Resalto el magnífico talante y colaboración entre todas las personas del foro. Quizás hemos sido "muy lentos" en llegar al resultado final. Posiblemente la apretada agenda de muchos de nosotros lo ha hecho algo lento. Si me gustaría, si hubiera una actualización algún dia, que fuésemos capaces de tenerla en menos de un mes.

3. ¿Considera que este enfoque interdisciplinar es útil para el abordaje de los cuidados postresucitación?

Sin ninguna duda. Que nuestras dos especialidades coincidan en la utilidad de la TTM dentro de los cuidados postresucitación dará un empuje tremendo a que esta terapia se implante definitivamente.

SEGUIR LEYENDO

4. ¿Cual es su opinión sobre los cuidados postresucitación y, en particular del TTM, en la actualidad en el país?

Los cuidados postresucitación configurarían el quinto eslabón de la cadena de supervivencia, con lo cual su importancia sería similar a cualquier otro eslabón de una cadena. Hasta hace poco casi no se consideraba. Sacábamos a alguien de una parada cardiaca y parece que ya estaba todo resuelto y no es así. La recuperación del que llamamos síndrome postparada, que es muy parecido a otra situación frecuente en las UCIs, que es el fallo multiorgánico (FMO), puede condicionar o dar un giro de 180 grados a la evolución de la encefalopatía postanoxica, que a su vez es lo que más condiciona el pronóstico vital y de calidad de vida de un paciente que haya sufrido una PCR. Por otro lado la TTM no se ha implantado en nuestro país como a algunos nos gustaría.

Hace unos años se estaba implementando esta terapia en los cuidados postresucitación de forma clara, pero la aparición de un artículo sobre el tema y la interpretación errónea que algunos especialistas hicieron en nuestro país de los resultados, hizo que inexplicablemente se parara de golpe la implementación de esa medida dentro de los cuidados posresucitación. En realidad el artículo lo que decía es que lo importante era la TTM, no la temperatura objetivo. Pero desgraciadamente muchos colegas interpretaron erróneamente que no había que hacerla. Estamos intentando recuperarles de ese error de interpretación.

VOLVER A PORTADA

ENTREVISTA

Manejo con control de temperatura en los cuidados posparada cardiaca: documento de expertos

Dr. Esteban López de Sá
Presidente de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares de la SEC. Jefe de Sección de Cuidados Agudos Cardiológicos del Hospital Universitario La Paz.

1. ¿Cuál es el objetivo que se persigue con el artículo?

El objetivo del artículo es recordar a los profesionales involucrados en el manejo de los supervivientes de una parada cardiaca cuál es la evidencia que existe sobre cómo debe de ser su manejo. Se hace en este momento porque varios registros han puesto de manifiesto que las recomendaciones de las guías de práctica clínica no se aplican de forma óptima frecuentemente, con mayor relajación en los últimos años. Esta relajación además ha tenido un impacto negativo sobre el pronóstico de estos pacientes.

2.-El artículo es fruto del trabajo de un grupo de expertos multidisciplinar (intensivistas y cardiólogos). ¿Cómo describiría la experiencia de participar en el grupo? ¿Qué cosas resaltaría y qué cambiaría?

Los pacientes críticos en España y Europa son manejados por diferentes especialidades médicas que incluyen especialistas en Medicina Intensiva, Cardiología, Anestesia y Reanimación, especialistas en emergencias etc. En España en concreto, sin que se conozca con exactitud la proporción, probablemente en el 75% de los casos los pacientes resucitados de una parada cardiaca extrahospitalaria, los cuidados post-resucitación los realizan especialistas en Medicina Intensiva y un 25% especialistas en Cardiología. Otras especialidades tienen menor presencia. Esta dualidad de manejo motiva que a nivel local en cada centro pueda existir una cierta rivalidad entre los especialistas en ciertas ocasiones de tensión. Pero a nivel de las sociedades cientificas, somos conocedores de la situación del país y no pretendimos modificar la estructura. Ambas sociedades coincidimos en que el problema del manejo de esta entidad existía y decidimos colaborar para poder mejorar la atención de estos pacientes. La experiencia ha sido muy satisfactoria, la colaboración entre ambas sociedades ha sido exquisita, no hubo ninguna fuente de fricción entre el grupo multidisciplicar y hemos coincidido en el 100% de las cuestiones, que solo pretendía acordar cómo debe de ser el manejo.

En cuanto a qué cambiaría, por mi parte, quizá podría ampliarse el grupo a otras especialidades en el futuro. Pero en el momento presente, se sacrificó el abarcar la inclusión de todas las posibles especialidades, en aras de formar un grupo más reducido y así más ágil, ya que considerábamos que el proyecto no deberia tenener muchas demoras.

3.- ¿Considera que este enfoque interdisciplinar es útil para el abordaje de los cuidados postresucitación?

SEGUIR LEYENDO

El enfoque multidisciplinar es imprescindible si queremos hacer un cuidado óptimo de estos pacientes. El problema es que cada centro debe de adaptarse a la estructura que tiene, para definir cuáles son los actores que deben de participar en el proceso y cuál es la secuencia más eficiente en la cadena. Los cuidados deben dirigirse a reducir el daño neurológico, pero también al tratamiento de la patología de base del paciente, aspectos éticos, establecer un pronóstico de los pacientes, consejo genético en ocasiones, prevención secundaria y en muchos casos donde se fracasa el poder contemplar la eventual donación de órganos. Es imprescindible que exista una estructura para que el proceso fluya sin problemas 24 h al día, 365 días al año, justo en momentos en los que los pacientes están muy inestables, con los nervios a flor de piel, lo que evita posibles roces.

4.- ¿Cuál es su opinión sobre los cuidados postresucitación y, en particular del TTM, en la actualidad en el país?

Ambas sociedades científicas pensamos que el manejo es mejorable y este es el motivo de realizar este documento en la actualidad. En particular en cuanto al control de la temperatura, pensamos que existe gran confusión en cuanto a la evidencia científica que existe y casi se ha convertido más en una cuestión de fe o creencia que de evidencia científica. Hemos querido mostrar la evidencia que existe para intentar evitar la paradoja que hay en ocasiones donde hay diferentes unidades de críticos de un mismo centro y ante situaciones similares en una unidad se aplica la terapia y en otras no.

VOLVER A PORTADA

ENTREVISTA

Dr. José Manuel Allegue
Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Santa Lucía de Cartagena

1. Ha utilizado Arctic Sun® en pacientes con Covid-19, ¿cón qué objetivo?

Sí, lo hemos utilizado para el tratamiento de la hipertermia en pacientes de Covid, con el objetivo de buscar la normotermia en estos pacientes

2. ¿Cuáles son los criterios para indicar o no el uso del TTM en estos pacientes?

Fiebre mantenida por encima de 38.5ºC más de 4 horas y que no responde a terapia antitérmica convencional.

3. ¿Usan protocolo escrito para el TTM en estos pacientes?

No; no tenemos protocolo escrito para el tratamiento de la fiebre. Sí tenemos para su uso en HIPOTERMIA en pacientes que provienen de una parada cardíaca.
También estamos trabajando para tener un protocolo de hipotermia en el donante en asistolia. La temperatura objetivo es 36.5º, de media.

4. ¿Coloca el paciente en posición prona?

Sí, tras intubación del paciente por neumonía por Covid, si no mejoran las cifras de PO2/FiO2, procedemos a pronar al paciente por un periodo de al menos 16 horas, si el paciente lo soporta.

5. ¿Que beneficios considera que aporta el TTM en esos pacientes?

En primer lugar, la comodidad, en segundo lugar la administración de menos medicación que pueda interferir con la medicación habitual en estos pacientes.

6. ¿Recomendaría el uso de la terapia en pacientes Covid?

Sin duda; como todo, requiere de una pequeña formación y como cualquier otra actuación que se realiza en el paciente es fácil y sencillo.

VOLVER A PORTADA

Simposio
LA COVID 19 COMO ACELERADOR DE LA INNOVACIÓN

Moderador:

Ricard Ferrer. *Jefe Servicio UCI del Hospital Valle Hebrón, Barcelona. Presidente de la SEMICYUC*

Ponencias:

Una alianza clave para innovar hacia un modelo de futuro

Fiona Garín. *Senior Director Strategic Marketing Europe*

José Luis Gómez. *VP Public Policy and Advocacy Europe • Public Affairs*

La innovación en las unidades de críticos

Lluis Blanch Torra. *Senior Medicina Intensiva. Director del Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí*

El hospital como *hub* de innovación

Laia Arnal Arasa. *Business Development Director, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR)*

CONGRESO NACIONAL ONLINE DE LA SEMICYUC 2020

Viernes 30 de Octubre, Sala 1

17:45 – 19:15

BD

VOLVER A PORTADA

Webinar

Be part of the discussion

Click here to **REGISTER NOW**

Sudden Cardiac Arrest in a socially distanced world

Date: **3rd November, 2020**

Time: **16:00 - 17:00 CET**

Your Host: **Prof Bernd Böttiger,** Cologne, Germany

Please see the next page for speaker details & topics

SEGUIR LEYENDO

BD

© 2020 BD. BD, and the BD Logo are trademarks of Becton, Dickinson and Company. 0520/3951

Webinar

Be part of the discussion

Sudden Cardiac Arrest in a socially distanced world

Click here to **REGISTER NOW**

Date: **3rd November, 2020**
Time: **16:00 - 17:00 CET**

Your Host

Prof Bernd Böttiger

Cologne, Germany

The Impact of COVID-19 on survival to hospital

Prof Böttiger will explore the impact that COVID-19 and social distancing on the chances of surviving to the ICU.

Speakers & Topics

Followed by an interactive debate with Q&A

Dr. Katia Donadello

Verona, Italy

Hospital pathways what comes first?

Dr. Donadello will discuss the trade-off between the need for healthcare worker protection and the need to treat quickly in sudden cardiac arrest.

Dr. Jean-Baptiste Lascarrou

Nantes, France

IHCA a routine death or path to recovery

Dr. Lascarrou reviews the evidence and impact of treating IHCA with data from the recent HYPERION study.

We look forward to welcoming you into the webinar

Dr Stuart Hart MD,
VP Medical Affairs

Lee Tolhurst,
Marketing Manager

VOLVER A PORTADA

© 2020 BD. BD, and the BD Logo are trademarks of Becton, Dickinson and Company. 0920/6055

BD

NUESTRO ESPECIALISTA CLÍNICO COMENTA

Análisis del artículo: "Use of a Servo-Controlled Cooling Gel Pad System to Regulate Body Temperature in Critically Ill Children"

Juan Martín Reyes - Clinical Specialist TTM

Artículo: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32769700/

Use of a Servo-Controlled Cooling Gel Pad System to Regulate Body Temperature in Critically Ill Children

Gema Pérez, MD[1,2]; Gema Manrique, MD[1-4]; Julia García, MD[1]; Sara de la Mata, MD[1]; Débora Sanz, MD[1]; Jesús López-Herce, MD, PhD[1-4]

Resumen:

Estudio observacional prospectivo unicéntrico que evalúa la eficacia y seguridad de un sistema servocontrolado de enfriamiento con parches de gel en el control y gestión de la temperatura corporal en pacientes pediátricos críticos. Llevado a cabo en la UCI pediátrica del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid entre septiembre de 2018 y septiembre de 2019. Se incluyeron un total de 16 pacientes, de los cuales el 68,8% eran varones con una edad media de 4,7 años.
Las indicaciones del tratamiento fueron las siguientes: fiebre asociada con inestabilidad hemodinámica (10 casos; 62,5%), paro cardíaco tras recuperar la circulación espontánea (cuatro casos; 25%), e inestabilidad hemodinámica (dos casos; 12,5%). En la mayoría de los pacientes, excepto en aquellos en los que se utilizó TTM para tratamiento de arritmias o tras reanimación cardiopulmonar, se utilizaron antipiréticos para bajar la temperatura. TTM fue iniciado debido a la persistencia de fiebre a pesar del uso de antipiréticos.
La normotermia (36-36,5° C) fue la temperatura objetivo usada en el 81% de los casos. La temperatura corporal basal media fue 37,6° C (± 1,2° C), y el 50% de los pacientes tuvo fiebre (> 38° C). Dos pacientes tuvieron fiebre debido a la desconexión del dispositivo durante el tratamiento. La velocidad media de enfriamiento fue de 1,2° C / h (± 1° C / h). El tiempo medio para llegar a la temperatura objetivo fue de 118 minutos (± 98,8 min), con una duración media de terapia de 68,7 horas (± 58,3 horas). Un total de 15 pacientes recibieron sedantes y analgésicos al iniciar la terapia y cuatro recibieron relajantes musculares.

En consonancia con los resultados de estudios comparativos previos (hechos mayormente en adultos), los parches de gel han resultado más eficaces para controlar la temperatura de los pacientes que otros dispositivos tales como las mantas de agua, mantas de aire y otros dispositivos de superficie. Con los parches de gel, se tarda menos tiempo en alcanzar la temperatura objetivo y ésta es más estable. Esto también ocurre en los dispositivos invasivos, aunque éstos tienen el inconveniente de no poder usarse en niños de corta edad.
Por otra parte, los pacientes pediátricos en comparación con los adultos tienen una superficie corporal más grande en relación con su peso y este hecho podría explicar por qué los dispositivos de enfriamiento superficiales son más eficaces en niños.
Por último, no se detectó en el estudio ningún efecto secundario asociado al uso de los parches de gel.

CONCLUSIÓN

A pesar del tamaño pequeño de la muestra, los resultados del estudio muestran que la gestión y control de la temperatura corporal por parte del sistema servocontrolado de parches de gel en pacientes pediátricos críticos fue eficaz para lograr un control de temperatura satisfactorio. El tratamiento fue bien tolerado y no hubo necesidad de ajustar el nivel de sedación o de relajantes musculares en la mayoría de los pacientes.

IR AL ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 2

VOLVER A PORTADA

NUESTRO ESPECIALISTA CLÍNICO COMENTA

Análisis del artículo: "Therapeutic Temperature Modulation for a Critically Ill Patient with COVID-19" (1)

Juan Martín Reyes - Clinical Specialist TTM

Artículo: https://jkms.org/DOIx.php?id=10.3346/jkms.2020.35.e210

Therapeutic Temperature Modulation for a Critically Ill Patient with COVID-19

Resumen:

Presentación de una paciente enferma por coronavirus 2019 (COVID-19) y deterioración rápida. Mujer de 58 años, con síndrome de dificultad respiratoria aguda y shock con hiperpirexia (41,8° C), probablemente debido al síndrome de tormenta de citoquinas. Considerando la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como último recurso, aplicamos la modulación de la temperatura terapéutica (TTM) para el manejo de la hiperpirexia. La paciente mostró una rápida mejoría en la oxigenación y el shock después de lograr la normotermia y se recuperó por completo del COVID-19 tres semanas después. El control de la temperatura pudo haber descargado con éxito al sistema cardiorrespiratorio de un exceso de gasto metabólico y de hiperinflamación inducida por la hiperpirexia. La terapia TTM se puede aplicar de forma segura en un grupo específico de pacientes con síndrome de tormenta de citoquinas e hiperpirexia, lo que puede reducir el número de pacientes que requieren ECMO.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El 5 de marzo de 2020, una mujer de 58 años fue trasladada a nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) con insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda. La paciente había sido diagnosticada previamente con COVID-19 en una prueba de detección 12 días antes tras sentir molestias en la garganta. Siete días antes de llegar a la UCI, fue diagnosticada con neumonía y comenzó con Lopinavir/Ritonavir 400 mg/100 mg comprimidos dos veces al día, tres días después se inició oxigenoterapia. Los signos vitales al llegar a la UCI fueron: presión arterial 145/90 mmHg, pulso 90/min, frecuencia respiratoria 32/min y temperatura corporal 36,9° C. La gasometría arterial mostró pH 7.383, pCO2 33.5 mmHg, PaO2 83,9 mmHg y HCO3- 19,5 mmol/L con cánula nasal de alto flujo (FiO2 0,95; flujo 50 L/min). La paciente fue intubada y sometida a ventilación mecánica. La PaO2 mejoró a 229,1 mmHg con FiO2 0,9, y se administró etilprednisolona intravenosa 60 mg. Una radiografía de tórax mostró consolidaciones parcheadas, bilaterales y multifocales en los pulmones.

El nivel de proteína C reactiva fue de 22,9 mg/dl. La primera noche de hospitalización, la temperatura corporal del paciente comenzó a ascender, alcanzando 40° C el día 2, seguida de taquicardia y desaturación. La fiebre fue refractaria a la administración repetida de antipiréticos. La temperatura aumentó hasta 41,6° C, pulso 156/min y la saturación de oxígeno disminuyó hasta el 88% (FiO2 de 1,0). Se administró óxido nítrico (NO) a 40 ppm e inyección de metilprednisolona 60 mg por segunda vez. Sin embargo, el análisis de la gasometría arterial mostró una PaO2 de 77,6 mmHg y el nivel de troponina I aumentó a 6,22 ng / ml.

SEGUIR LEYENDO

NUESTRO ESPECIALISTA CLÍNICO COMENTA

Análisis del árticulo: "Therapeutic Temperature Modulation for a Critically Ill Patient with COVID-19" (y 2)

Juan Martín Reyes - Clinical Specialist TTM

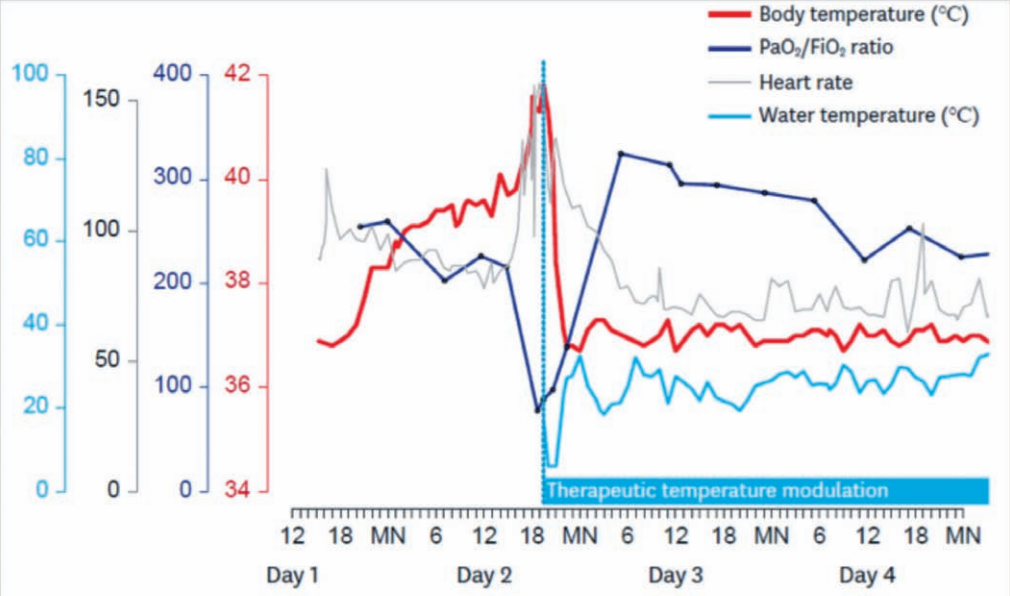

Fig. 2. Body temperature, the ratio of partial pressure of arterial oxygen and fraction of inspired oxygen (PaO_2/FiO_2), and heart rate during hyperpyrexia with subsequent changes indicating the effect of therapeutic temperature modulation.

Considerando el ECMO como último recurso de tratamiento, aplicamos un dispositivo de enfriamiento de superficie (Arctic Sun®) con una temperatura objetivo de 37° C. Con una temperatura central inicial de 41,8° C, la temperatura objetivo se alcanzó rápidamente, en 4,5 horas. La PaO2 mejoró notablemente a 318,2 mmHg y la taquicardia se resolvió poco después. El La paciente fue extubada el 6º día y el TTM se detuvo al 9º. El día 12º, los resultados de PCR para SARS-CoV-2 fueron negativos. La oxigenoterapia se detuvo el día 16º.

DEBATE

La paciente presentó SDRA leve que progresó rápidamente a grave y shock con hiperpirexia, probablemente debido a un síndrome hiperinflamatorio. La paciente demostró una rápida mejoría en la oxigenación y el shock después del inicio del TTM. La fiebre confiere un coste metabólico, que aumenta el consumo de oxígeno en un 10% por cada grado C de aumento de temperatura. La rápida reducción de la temperatura central en 5° C descargó con éxito al sistema cardiorrespiratorio del paciente. La respuesta hiperinflamatoria y la fiebre pueden tener un sinergismo recíproco, en el que la inflamación incontrolada promueve la termogénesis y viceversa. Este círculo vicioso pudo ser interrumpido gracias al TTM.

La pandemia causada por la infección por SARS-CoV-2 ha requerido varias estrategias de manejo, aunque muchas no se han establecido concretamente como beneficiosas para el paciente. El ECMO puede servir como una terapia que salva vidas, aunque existe preocupación sobre los posibles efectos adversos de la terapia para los pacientes con COVID-19. El TTM puede aplicarse con seguridad en un grupo específico de pacientes con síndrome de tormenta de citoquinas e hiperpirexia. Eficacia y seguridad deben demostrarse mediante estudios adicionales. La respuesta tan drástica en este paciente al iniciar TTM sugiere que el estrés metabólico severo inducido por la hiperpirexia puede ser considerablemente más dañino que beneficioso en la etapa hiperinflamatoria de la infección por SARS-CoV-2.

BD
BARD has joined BD