



LV Congreso Nacional Online de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

Málaga, 26-30 de octubre de 2020

Comunicaciones orales

Cardiovascular/Marcapasos/Arritmias/Síndrome coronario agudo

Moderadoras: *Andrea Ortiz Suñer (Castellón) y Mercedes Martín-Macho González (Plasencia)*

264. PERFIL GENÉTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME AÓRTICO NO SINDRÓMICOS

Puppo Moreno AM, Mendoza Prieto M, de Juan C, Fernández García R, Bravo Gil N y Borrego S

Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla.

Objetivos: Investigar la incidencia de mutaciones en pacientes con síndromes aórticos no sindrómicos.

Métodos: Se incluyeron pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de síndrome aórtico. Se analizaron las variables clínica y angiográficas. Todos los pacientes se sometieron a una extracción de sangre periférica, a partir de la cual se obtuvo una muestra de ADN utilizando el equipo Chemagic™ 360. Este ADN fue procesado para su secuenciación masiva en la plataforma NextSeq500 de Illumina utilizando la tecnología de captura SeqCap EZ Choice Library (NimbleGen). Los datos generados fueron analizados bioinformáticamente y las variantes identificadas fueron priorizadas en base a su frecuencia poblacional (< 0,01), localización (exónicas y cercanas a sitios de splicing), su presencia en bases de datos de significancia clínica (ClinVar, HGMD y LOVD) y la asociación fenotípica del gen mutado (OMIM y Orphanet).

Resultados: Cincuenta y seis pacientes cumplieron los criterios de SAA no sindrómico. El 75% (42) eran hombres. La mediana de edad 57 [16-81] La disección fue la causa más frecuente 42 (75%), seguido de aneurisma complicado 6 (10,7%), Úlcera penetrante 4 (7,1%), Hematoma intramural 3 (5,4%) y un caso de rotura 1,8%. Tipo A 33 (58,9%) tipo B 23 (41,1%). En 25 pacientes (44,6%) encontramos mutaciones 9 patológicas y 16 de resultado incierto. Las mutaciones halladas en estos fueron en los genes: MYLK, FBN1, NYH11, ACTA2, ELN1, GAA, GLA, NOTCH1 Y TGBR2.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de mutaciones en pacientes con SAA que plantean la necesidad de considerar esta entidad como una enfermedad sistémica.

265. DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA AGUDA EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE

Villavicencio Luján C^(a), Pérez Terán P^(b), Oliva Zelaya I^(a), Marín Corral J^(b), Cartanya Ferré M^(a), Vila Vilardell C^(b), Ferré Mas C^(a), Dot Jordana I^(b), Díaz Santos E^(c) y Leache Irigoyen J^(a)

^(a)Hospital Joan XXIII en Tarragona. ^(b)Hospital del Mar en Barcelona.

^(c)Hospital Parc Taulí en Sabadell.

Objetivos: Determinar la incidencia de disfunción miocárdica aguda (DMA) en pacientes con neumonía comunitaria grave (NCG) sin antecedentes cardiovasculares (AEC) mediante ecocardiografía estándar (ECE) y strain longitudinal miocárdico (SLM) así como investigar la fibrosis miocárdica mediante resonancia magnética (RNM) cardíaca y su relación con la etiología y hallazgos ecográficos.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional. Incluyó 22 pacientes sin AEC en UCI con NCG. Evaluó la presencia de DMA mediante ECE y SLM al ingreso y en la 1ª semana. Se realizó RNM al 7º día como diagnóstico de fibrosis miocárdica. Definiciones: - DMA ventrículo izquierdo (DMA-VI): - Fracción de eyección SIMPSON (FEVI) < 50% o SLM-VI > -17%. DMA ventrículo derecho (DMA-VD): TAPSE < 16mm o SLM-VD: > -21%. Resultados al ingreso: Edad 43 ± 11 años, SOFA 5 ± 2. El 11% estuvo ventilado, el 41% recibió noradrenalina. PaFiO2 153 ± 54, lactato 2,8 ± 2, troponina 0,02 ± 0,04, ProBNP de 2.086 ± 2.297, PCR de 36,3 ± 16,6 mg/dL y leucocitos de 16739 ± 1276. Mortalidad en UCI de 9,1% y estancia de 8,7 ± 8 días. Se aisló pneumococo en 54,5% de los casos, el 58% hemocultivos positivos. Se evaluó la DMA-VI en > 60% de casos mediante FEVI y SLM de 4 cámaras. Así mismo la DMA-VD por TAPSE en el 86% de casos y 43% mediante SLM-VD. Se realizaron RNM cardíaca en el 77% de los pacientes. La FEVI fue 55,8 ± 11%, y el 16% tuvo DMA-VI. El SLM parcial 4C fue -16,1% ± 3,4, de los que el 61% tuvo DMA-VI. El TAPSE fue 19,4 ± 4,7 mm y el SLM-VD 17% ± 5, con DMA-VD en 36,8% y 75% respectivamente. No se evidenció fibrosis miocárdica en ningún caso, ni se encontró relación significativa entre la incidencia de DMA y el tipo de microorganismo. Al comparar los pacientes según tuvieron DMA VI por FEVI, solo se evidenciaron valores significativamente menores en el SLM parcial 4C (-12 ± 1 vs. -17,2 ± 3,1, p = 0,02). Además solo en el 37,5% de casos con DMA VI por SLM 4C se detectó DMA por FEVI. En el seguimiento la 1ª semana, se observó recuperación de DMA-VI en 80% de los casos evaluados por FEVI y 85% evaluados por SLM parcial 4C. Así mismo se observó recuperación del 71,4% de los casos que desarrollaron DMA -VD.

Conclusiones: La DMA es un evento frecuente y reversible en los pacientes con NCG y no parece relacionarse al desarrollo de fibrosis miocárdica ni al tipo de microorganismo. El SLM parece ser una técnica útil para el diagnóstico precoz y seguimiento de su evolución.

Financiada por: FIS PI16/00486.

266. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A VENTILACIÓN DURANTE EL POSTOPERATORIO DEL TRASPLANTE CARDIACO. IMPACTO DE LOS PROGRAMAS NEUMONÍA Y BACTERIEMIA ZERO

Gómez López R^(a), Fernández Ugidos P^(b), Barge Caballero E^(c), Solla Buceta MA^(c), Fojón Polanco S^(c) y Crespo Leiro MG^(c). *Grupo de investigación: Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante-CHUAC*

^(a)Hospital Quironsalud Miguel Domínguez en Pontevedra. ^(b)Complejo Hospitalario Universitario de Ourense en Ourense. ^(c)Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña en A Coruña.

Objetivos: Conocer la tendencia temporal de la incidencia de infecciones asociadas a ventilación mecánica (IAVM) ocurridas en el posoperatorio del trasplante cardíaco (TC) y el impacto de los programas Neumonía zero (NZ) y Bacteriemia Zero (BZ) sobre ella.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los 667 adultos que recibieron un TC en un único centro de 1991 a 2015. La infección se identificó según lo reflejado en la historia. Se diferenciaron tres eras según se hubiesen aplicado los programas zero, distinguiendo las eras NO (antes de 2009), BZ (2009 a 2011) y BZ-NZ (tras 2011). Se determinaron los valores anuales para la incidencia acumulada y densidad de incidencia de IAVM (Nº IAVM/1.000 días de ventilación mecánica (VM)) y los factores de riesgo (FR) de nuestra cohorte (incidencia de diabetes y shock perioperatorio y media de días en VM pre y postquirúrgica). Se analizaron las diferencias de incidencia anuales y por eras mediante χ^2 (correlación lineal y test exacto de Fisher, respectivamente). Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Se detectaron 115 episodios de infección respiratoria postoperatoria, de los que 60 (52,2%) se consideraron IAVM (incidencia 17% y 8,8%, respectivamente), con tiempo medio de aparición de 5,3 ± 7,3 días (RIQ 2-6 días). La figura refleja la evolución de la incidencia anual de estas infecciones y de sus FR, resultando en una tendencia global a la disminución con los años ($p = 0,023$). Se observa un ligero repunte desde 2011 coincidiendo con el inicio del programa NZ y de asistencia mecánica circulatoria (AMC) y el consiguiente aumento del shock perioperatorio. Al comparar las tres eras, no se consiguió demostrar diferencias significativas (NO 8,6% (49/569), BZ 5,7% (2/35), BZ-NZ 10,9% (9/82); $p = 0,6$).

Conclusiones: Las IAVM son frecuentes en el posoperatorio del TC. En nuestra serie, su incidencia ha sufrido un descenso progresivo, más marcado tras la puesta en marcha de BZ, con un repunte tras el inicio de NZ y del programa de AMC, que aunque sin ser estadísticamente significativo, sugiere que estos protocolos son insuficientes para paliar el aumento del riesgo debido a los cambios en la cohorte en la última etapa.

267. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN PRE Y POSINSTAURACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA

Utrilla Cid N^(a), Muñoz Bonet O^(a), Azcariz Bertran MJ^(a), Rodríguez Vázquez P^(a), Méndez-Benegassi Cid C^(a), González Gómez A^(a), Catalán Muñoz V^(a), Ruíz Bailén M^(b), Ramos Cuadra JA^(a). *Grupo de investigación: ARIAM-ANDALUCÍA*

^(a)CH Torrecárdenas en Almería. ^(b)CH Ciudad de Jaén en Jaén.

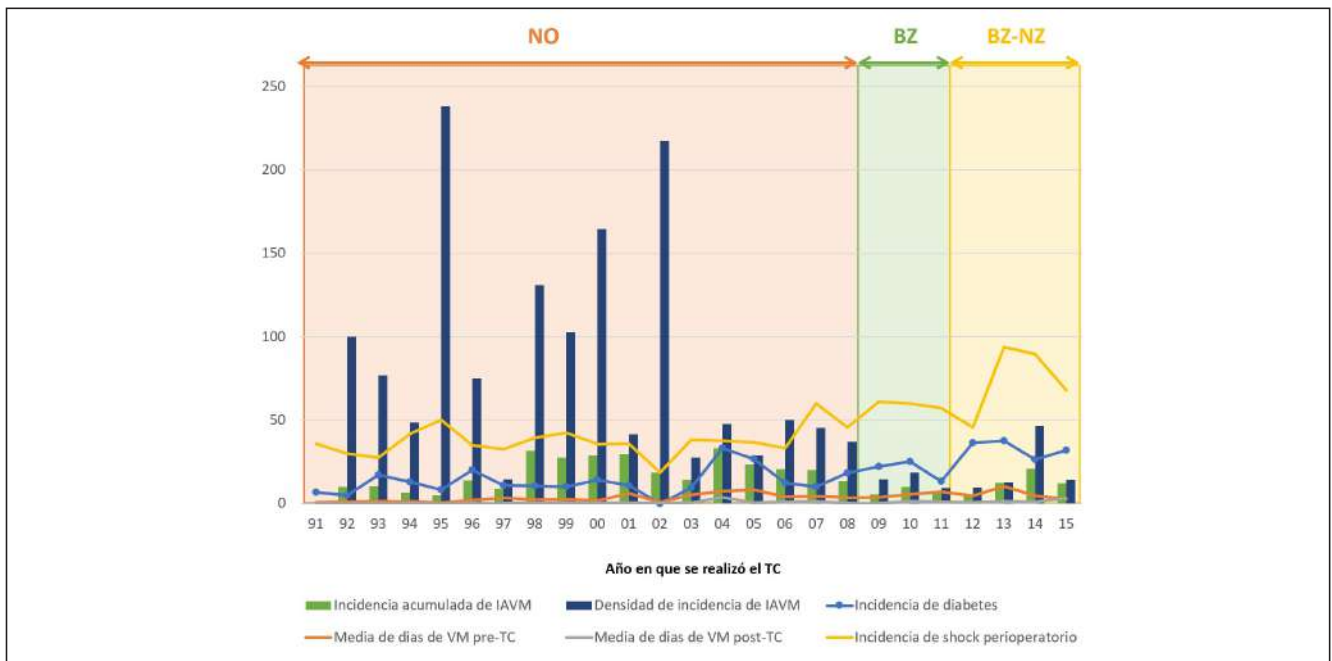
Objetivos: Evaluar las diferencias entre la terapia de reperfusión, complicaciones clínicas y pronóstico en los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) antes y después de la instauración del Código Infarto (CI) con angioplastia primaria (AP) 24h.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en UCI por SCACEST en el periodo 2014-2019, obtenidos del registro ARIAM. Comparamos los pacientes del periodo 1 hasta junio 2018 (P1), con el periodo 2 a partir de junio 2018 (P2), cuando se instaura la AP 24h. Variables cualitativas expresadas en porcentajes y cuantitativas como medianas y cuartiles, y analizados mediante test chi-cuadrado o test de Fisher, y test Mann-Whitney.

Resultados: De un total de 1.012 pacientes ingresados en UCI por SCACEST, 646 (63,8%) son del P1, y 366 (36,2%) del P2. Respecto al género, no existen diferencias significativas por periodos (mujeres P1 24,8% vs. P2 22,1%; $p = 0,344$), ni respecto a la edad en años (mediana P1 60 [51-72] vs. P2 61 [54-72]; $p = 0,264$). Sobre el tratamiento de reperfusión, en el P2 aumenta un 41% la angioplastia primaria, descendiendo un 25% la fibrinólisis y del 20 al 4% los pacientes sin reperfundir. Respecto a las complicaciones del SCACEST: las diferencias de mortalidad entre periodos (P1 2,7% y P2 1,7%; $p = 0,339$) no alcanzan significación; pero, en el segundo periodo, hay una tendencia a menor número de ritmos de parada cardiorrespiratoria (P1 3,7% vs. P2 1,7%; $p = 0,070$) y de shock cardiogénico (P1 10,1% y P2 6,6%; $p = 0,194$), al igual que tiende a disminuir la insuficiencia cardíaca que agrupa Killip III-IV (P1 15,7% y P2 10%; $p = 0,070$).

Conclusiones: La ampliación de la angioplastia primaria las 24horas en el Código Infarto ha aumentado el porcentaje de pacientes que se reperfundan mediante dicho método en lugar de fibrinólisis, y ha disminuido el porcentaje de pacientes que no reciben tratamiento de reperfusión. Por otra parte, aunque no se evidencian mejoras significativas en cuanto a la mortalidad, con la implantación del nuevo programa sí existe una tendencia a la disminución de los ritmos de parada cardiorrespiratoria e insuficiencia cardíaca, con una mejor puntuación en la clasificación de Killip y menor porcentaje de pacientes en Killip III-IV.

Figura Comunicación 266



268. ENCUESTA DE SITUACIÓN EN ELECTROESTIMULACIÓN CARDÍACA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ESPAÑA

Salazar Ramírez C^(a), Nieto González M^(b), Muñoz Bono J^(b), Fernández Lozano JA^(b), Gómez López R^(c) y Martín Delgado MP^(d). *Grupo de investigación: Grupo Cardiológico y RCP SEMICYUC*

^(a)Hospital Virgen de la Victoria en Málaga. ^(b)Hospital Regional en Málaga. ^(c)Hospital Quirónsalud Miguel Domínguez en Pontevedra. ^(d)Hospital Universitario de Bellvitge en Barcelona.

Objetivos: Describir e interpretar los datos recogidos del Registro Español de Marcapasos de cuidados intensivos referente a la actividad de estimulación cardíaca llevada a cabo en España en el año 2018.

Métodos: Se describen e interpretan los datos recogidos tras la realización de una encuesta telefónica (mayo-junio 2018) a todos los centros implantadores del territorio nacional que pertenecen al servicio de cuidados intensivos conjuntamente con la realización de una encuesta a todos los jefes de servicio vía email. Esta información a su vez fue verificada con las compañías proveedoras.

Resultados: La elaboración de este informe se basa en la información aportada por 74 centros en el territorio nacional en donde implantaron un total de 11.700 generadores de marcapasos. Por Comunidades, Comunidad Valenciana (21 hospitales, 28,4%) seguida de la C. Andaluza (19 hospitales, 25,7%), C. de Madrid (5 hospitales, 6,8%), Castilla-León (5,3%), y C. de Murcia (5,3%). Es de destacar que tenemos 11 centros (14,9%) que implantan DAL y 8 de estos que implantan también TRC. En nuestra revisión la mayoría de los equipos se componen de 3-4 personas y algunos de las unidades comparten actividad junto al Servicio de Cardiología. La mayor actividad de implantes se realizan en septuagenarios (73%), seguidos en un 13,5% de mayores de 80 años (13). La fijación activa se emplea en más del 90%. En un 53%, realizan siempre ETT antes del implante, en 27% solo en casos seleccionados y un 20% nunca. La estimulación secuencial (DDD) es el modo de estimulación más utilizado. El 44,6% de los centros están acreditados por la SEMICYUC. El 29,7% de las unidades no realizan seguimiento de los pacientes aunque en un 40% realizan más de 600 seguimientos anuales. El 50% de las unidades realizan formación específica de residentes.

Conclusiones: En el año 2017 se implantaron en España 38.190 generadores convencionales según el Registro Nacional de Marcapasos de la Sociedad Española de Cardiología sobre el cual, el 30% (11.700 generadores) corresponden a la participación de unidades implantadores en los servicios de Medicina Intensiva. Viendo la importancia vital de nuestra actividad, consideramos la necesidad de desarrollar un registro actual que justifique la formación adecuada desarrollada por parte de nuestros centros.

Financiada por: Grupo Cardiológico y RCP SEMICYUC.

269. ESTIMACIÓN DEL GASTO CARDÍACO MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA EN PACIENTES CRÍTICOS: ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA CON TERMODILUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A DOBUTAMINA

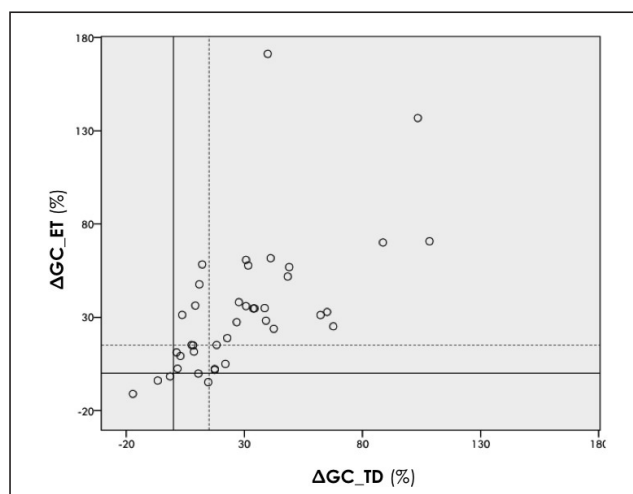
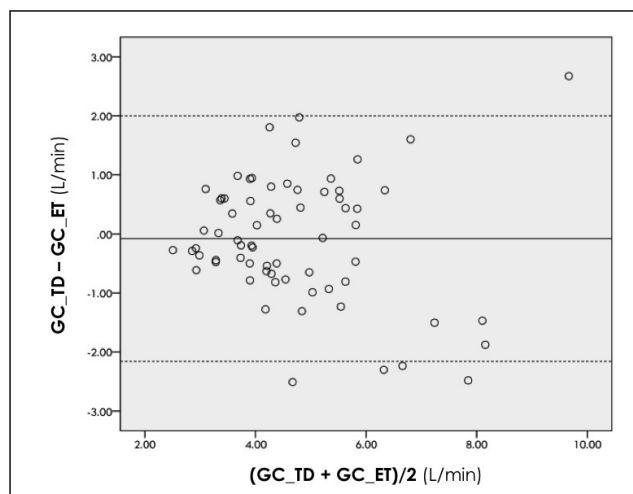
Reyes Kim K, Villanueva Solà J, Fortià Palahí C, Espinal Sacristán C, Rodríguez Yakushev A, Mesquida Febrer J y Ochagavía Calvo A. *Grupo de investigación: Área de Críticos Hospital Universitari Parc Taulí*

Hospital Universitari Parc Taulí en Sabadell.

Objetivos: 1. Evaluar la concordancia entre el gasto cardíaco (GC) estimado mediante ecocardiografía transtorácica (GC-ET) y el GC calculado con termodilución (GC-TD). 2. Evaluar la capacidad de detección del Δ GC-ET de la respuesta a dobutamina (definida como Δ GC-TD).

Métodos: Se estudiaron prospectivamente pacientes críticos que recibieron dobutamina (5 y 10 μ g/kg/min) ante la persistencia de signos de hipoperfusión tisular a pesar de una adecuada reposición volémica y con una fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) \leq 45%. Se determinaron el GC-TD: (catéter de arteria pulmonar (CAP) o PiCCO-plus[®]) y el GC-ET (integral velocidad tiempo subaórtica (IVT) \times frecuencia cardíaca) basal y 30 minutos después de la administración de 5 y 10 μ g/kg/min de dobutamina. Se definió paciente respondedor (PR) si Δ GC-TD \geq 15% posdobutamina. Análisis estadístico: análisis de concordancia (Bland-Altman), porcentaje de error, variabilidad intra e interobservador IVT, correlación entre Δ GC-TD y Δ GC-ET (coeficiente de Pearson), análisis de la capacidad del Δ GC-ET para predecir un Δ GC-TD \geq 15% posdobutamina (análisis curva ROC). Los datos se expresan como media y SD o mediana (IQR).

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes (18 sépticos y 8 no sépticos; 17 hombres y 9 mujeres), edad media: 68 \pm 11 años, APACHE II: 23 \pm 7, ventilación mecánica: 14 ptes, PiCCOplus[®]: 10 ptes, CAP: 16 ptes. PR a dobutamina: 85% de ptes. Se compararon 68 pares de medidas de GC-TD y GC-ET. El sesgo medio fue -0,08 l/min y los límites de concordancia de -2,16 y 2 l/min (fig. 1). Porcentaje de error: 26%. Variabilidad intraobservador IVT: 4 (1,9%) e interobservador IVT: 3 (0,6)%. Se compararon 40 pares de medidas de Δ GC-TD y Δ GC-ET y se encontró una correlación significativa entre Δ GC-TD y Δ GC-ET ($r = 0,7$; $p < 0,01$) (fig. 2). El área bajo la curva ROC del Δ GC-ET para detectar un Δ GC-TD \geq 15% posdobutamina fue 0,8 (IC95% 0,64-0,95) ($p < 0,01$). Un Δ GC-ET \geq 15% tuvo una sensibilidad del 88% y una especificidad del 67% para detectar un Δ GC-TD \geq 15% posdobutamina.



Conclusiones: La concordancia entre GC-TD y GC-ET es aceptable. El Δ GC-ET muestra una buena capacidad para detectar el Δ GC-TD tras la administración de dobutamina.

270. INFLUENCIA DE LA ANEMIA GRAVE (HB < 10 G) PREOPERATORIA EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA

Fernández Zamora MD^(a), Gómez Gallego G^(a), Chaparro Sánchez MJ^(a), Olivencia Peña L^(b), Gordillo Brenes A^(c) y Curiel Balsera E^(a). *Grupo de investigación: ARIAM CCV Andalucía*

^(a)Hospital Regional Universitario de Málaga en Málaga. ^(b)Hospital Virgen de las Nieves en Granada. ^(c)Hospital Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar la presencia de anemia grave (hb < 10 g) preoperatoria, en pacientes intervenidos de revascularización miocárdica

(CABG) en Andalucía, sus complicaciones posoperatorias, necesidad de transfusiones, mortalidad y estancia.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de los pacientes intervenidos de CABG incluidos en el registro ARIAM de CCV de Andalucía de enero 2008 a diciembre 2019. Se estudian los pacientes con cifras de hb preoperatoria < 10 g. Se analizan variables clínico demográficas, complicaciones, transfusión de hemoderivados, mortalidad y estancia media. Las variables se expresan en forma de media y desviación estándar o porcentaje según tipo de variable. Para el análisis estadístico se ha usado chi cuadrado o t-Student según necesidad con error alfa máximo del 5%. En el análisis multivariante se ha usado regresión logística binaria.

Resultados: Analizamos 4,265 pacientes intervenidos de CABG entre 2008-2019. Un 83% hombres y un 17% mujeres. Edad media 64 años. La hb preoperatoria media fue de 13,2 gr, EuroSCORE medio 3,5. Un 65% fue cirugía programada. 3,8% presentaban una hb < 10 g. El grupo con hb < 10 g requirió más transfusiones en quirófano (p < 0,0002) y en UCI (p < 0,0001), desarrolló más tasa de fallo renal con necesidad de técnicas de reemplazo renal (p < 0,0001), y mayor mortalidad en UCI (p < 0,028). La estancia hospitalaria fue mayor (p = 0,014). Al analizar la mortalidad ajustada al riesgo según EuroSCORE, la hb < 10 g no fue un predictor independiente de mortalidad, p = 0,6; OR 1,19, IC95% 0,6-2,3.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes con hb < 10 g preoperatoria y CABG necesitan más transfusión en quirófano y en UCI, más técnicas de depuración extrarrenal, y tienen mayor estancia hospitalaria, sin embargo no presentan mayor mortalidad.

271. ¿CÓMO PODEMOS DISMINUIR LOS RETRASOS EN EL SCACEST EN NUESTROS PACIENTES Y EN LA COMUNIDAD ANDALUZA?

Rueda Molina C, Nieto González M, Reina Artacho R, Moratalla Cecilia G y Estechea Fonca A. Grupo de investigación: ARIAM

Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga.

Objetivos: Analizar los retrasos de los pacientes con SCACEST, ingresados en nuestra unidad de Medicina Intensiva del Hospital Virgen de la Victoria (HVV) de Málaga y recogidos en el registro ARIAM entre los años 2017 a 2019. Compararnos con el resto de la Comunidad Autónoma y ver los puntos de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes recogidos en el registro ARIAM (Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio) con el diagnóstico de SCACEST, en un periodo de estudio de enero de 2017 a diciembre de 2019.

Resultados: Incluye un total de 680 pacientes diagnosticados de SCACEST. El 77,2% (N 525) hombres, con una edad media de 61 años, una estancia media de 2,33 días y una mortalidad en UCI del 3,48%. El 22,8% mujeres (N 155), con una edad media de 66 años, una estancia media de 1,94 días y una mortalidad en UCI del 4,65%. Datos similares al resto de la Comunidad Autónoma. En cuanto al retraso síntomas-balón, un porcentaje muy bajo de ICP se realizó a menos de 120 min del inicio de los síntomas, tanto en nuestro hospital (2017 22%, 2018 20%, 2019 17%) como en el resto de Andalucía (2017 17,3%, 2018 18,8%, 2019 20%). Las medianas del retraso síntomas-balón en HVV fueron en 2017 181,5 min, 2018 200 min y 2019 204 min. Las medianas en Andalucía fueron en 2017 200 min, 2018 190 min y 2019 190 min. En cuanto al retraso síntomas-fibrinólisis, pasa algo similar, el porcentaje de FB a menos de 120 min del inicio de los síntomas es en HVV: 2017 39%, 2018 51% y 2019 44%. Y en Andalucía: 2017 53%, 2018 60%, 2019 62%. Las medianas del retraso síntomas-fibrinólisis en HVV fueron en 2017 150 min 2018 108 min y 2019 118 min. Las medianas en Andalucía fueron en 2017 120 min, 2018 120 min y 2019 135 min. Estudiando a fondo estos tiempos (inicio síntoma-reperusión FB+ICP), se observa que la mayor parte depende del retraso síntomas-llegada a urgencias (por medios propios o desde extrahospitalaria). La mediana en HVV es en 2019 de 155 min y en Andalucía 146 min. Y dentro de este intervalo, es alarmante que la mayor parte se debe al retraso inicio del síntoma-primer contacto sanitario.

Conclusiones: Sería fundamental reducir el retraso síntomas-primer contacto sanitario, que depende del paciente, mediante la formación de la población, aunque hay estudios que demuestran que la intervención en la población adulta no ha conseguido disminuirlo. Debíamos plantearnos otra actuación: publicidad, redes sociales o colegios.

272. SHOCK CARDIOGÉNICO REFRACTARIO CON IMPLANTE DE MÁS DE UN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Navarro Rodríguez J, Mendoza Prieto M, Escalona Rodríguez S, Palomo López N, Corcía Palomo y Martín Villén L

Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla.

Objetivos: Analizar los tipos de asistencia ventricular, evolución y características de los pacientes con colocación de más de un tipo de soporte circulatorio durante su ingreso en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen todos los pacientes con implante de más de un dispositivo de asistencia ventricular (VAD) durante su ingreso en UCI de un hospital de tercer nivel, con programa de trasplante cardíaco, desde 2013 a 2019. Se recogen variables demográficas, motivo implantación VAD, tipo VAD implantado en primer (VAD1) y segundo lugar (VAD2), días con cada asistencia, días estancia UCI, mortalidad hospitalaria y mortalidad en UCI.

Resultados: Se incluyen 22 pacientes, varones 16 (72,7%), con edad de 53,50 (34,25-60,50). Los motivos más frecuentes de colocación de varios VAD fueron shock cardiogénico post-IAM 10 (45,5%) y miocardiopatía crónica no isquémica 6 (27,3%). Colocación del primer VAD con objetivo inicial de puente a trasplante 11 (50%), puente a decisión 8 (36,4%) y a recuperación 3 (13,6%). En la tabla se muestran los dispositivos implantados en cada caso. Tiempo con primer dispositivo 7 días (4,50-11,50); tiempo con segundo dispositivo 7,5 días (4,75-13,25). Por empeoramiento clínico se coloca 2ª asistencia ventricular en los 22 pacientes, como puente a recuperación 17 (77,3%), decisión 3 (13,6%) y trasplante 2 (9,1%). Finalmente se recuperan 13 (59,1%), fallecen 8 (36,4%) y se trasplanta 1 (4,5%). Días de estancia total en UCI 32,50 (16,50-44,75). Mortalidad tanto en UCI como hospitalaria del 59,1%.

Tipos de dispositivos de asistencia		
	Tipo VAD1 (n = 22)	Tipo VAD2 (n = 22)
ECMO central	2 (9,1)	5 (22,7)
ECMO periférico FF	8 (36,4)	5 (22,7)
ECMO periférico FA	4 (18,2)	3 (13,6)
Centrimag D	-	3 (13,6)
Centrimag I	5 (22,7)	3 (13,6)
EXCOR	2 (9,1)	-
EXCOR + Centrimag D	-	1 (4,5)
Centrimag biventricular	1 (4,5)	-
ECMO VV	-	2 (9,1)

Conclusiones: La amplia variedad de dispositivos de soporte mecánico permite la adaptación y el recambio del tipo de asistencia ventricular según la evolución y necesidades del paciente. En nuestra cohorte, el implante de un segundo dispositivo por empeoramiento clínico consiguió aumentar los pacientes recuperados a 13 (59,1%).

Comunicaciones orales

COVID-19

Moderadores: Elena Trujillo García (Málaga) y Jesús Caballero López (Lleida)

731/COVID-19. BIOPSIAS PULMONARES POST-MORTEM DE PACIENTES COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Vidal González A, Paez Vargas JJ, Fortes Alen J, Robaglia D, Tejero Redondo A, Colino Gómez L, Hortigüela Martín VA, Piris Pinilla MA, Górgolas Hernández Mora M y Prieto Pérez L

Fundación Jiménez Díaz en Madrid.

Objetivos: Describir los hallazgos histopatológicos de biopsias pulmonares post-mortem en pacientes fallecidos por infección por SARS-CoV-2.