

paciente falleció durante el procedimiento por retrombosis y dificultades de la técnica. El resto presentaron mejoría clínica y ecográfica durante su ingreso en UCI, mostrando mejoría del ventrículo derecho, con TAPSE promedio previo de 13 mm y tras la trombectomía de 17 mm y un tiempo de ventilación mecánica promedio de 14 días. No se evidenciaron complicaciones hemorrágicas relacionadas al procedimiento.

Conclusiones: La trombectomía mecánica en el tratamiento del TEP de alto riesgo es una nueva opción terapéutica que parece tener efectos hemodinámicos positivos de manera inmediata. La eficacia de esta terapia como rescate en pacientes ya fibrinolisados se tendrá que valorar en estudios posteriores de mayor tamaño.

566. DIAGNÓSTICO DE MINOCA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CÓDIGO INFARTO

Wandurraga Pinto MA¹, Mendieta Díaz P¹, Ferrando Sánchez C², Fernández Císal A¹ y Oltra Chordá R¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ²Hospital de Sagunto, Valencia.

Objetivos: Conocer la prevalencia, características clínicas y causas de MINOCA en los pacientes atendidos por código IAM.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Durante abril 2016-diciembre 2021. Se incluyó a pacientes atendidos por código IAM y que no presentaron lesiones coronarias $\geq 50\%$ en la coronariografía. Se excluyó pacientes derivados a otro centro. El estudio estadístico se ha llevado a cabo a través del programa Excel.

Resultados: 1.420 pacientes atendidos como código IAM durante el periodo del estudio, 183 (12,9%) fueron falsos positivos, obteniendo datos de la historia clínica en 146 pacientes, 69 (4,8%) pacientes se consideraron como posible MINOCA, llegando a diagnóstico final de MINOCA en solo 3 (0,2%) de los pacientes atendidos como código infarto. Las características de los pacientes con sospecha inicial de MINOCA fueron: edad mediana 66,5 años, hombres 41 (59,4%), hipertensión arterial 40 (58%), diabetes mellitus 23 (33%) dislipemia 31 (45%), FA/flutter 10 (15%), tabaquismo 15 (22%), consumo de tóxicos 4 (6%), cardiopatía isquémica previa 7 (10%) y valvulopatía previa 19 (26%). Los hallazgos en las pruebas complementarias fueron: ascenso del ST 46 (67%) bloqueo completo de rama 6 (9%), FEVI deprimida 16 (23%), y alteración segmentaria de la contractilidad 26 (38%). Se realizó RM cardiaca a 20 pacientes, siendo los hallazgos más frecuentes FEVI reducida/alteraciones de la contractilidad en 9 (45%), edema en 5 (25%), necrosis en 3 (15%) y normal en 3 (15%) de los pacientes. Requiritieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos 44 (64%) pacientes. Tras reevaluación clínica y realización de pruebas complementarias, el diagnóstico final fue: MINOCA 3 pacientes (4%), mio/pericarditis 19 (28%), Tako-tsubo 19 (28%), vasoespasma 7 (10%) y disección coronaria espontánea 1 (1%). En los 20 pacientes restantes encontramos una gran variedad de diagnósticos entre ellos arritmias, valvulopatías, TEP y dolor torácico inespecífico. La mortalidad global durante el ingreso fue de 9 (13%) y de 3 (4%) durante el primer año. Los 3 pacientes con diagnóstico al alta de MINOCA estaban vivos al año.

Conclusiones: Un porcentaje relevante de pacientes atendidos en nuestro hospital tras la activación del código IAM presentaron lesiones coronarias no obstructivas. Tras la realización de pruebas complementarias como la resonancia cardiaca, se observó que la prevalencia del MINOCA era muy baja, siendo más frecuente las causas de daño miocárdico no isquémico.

567. CARACTERÍSTICAS, MANEJO Y COMPLICACIONES DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA BARBARA DE SORIA

Alvarado López FJ, Garrido de la Rosa J, Ugalde Azpiazu M, González Solano S, Romero García P, Llorente Milla R, Tena Espeleta F, Sánchez Ariz R, Moreno Torres D y Márquez Romera C

Hospital Santa Bárbara (C. A. de Soria), Soria.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, el manejo y las complicaciones de los pacientes con SCACEST en el Hospital Santa Bárbara de Soria de enero a septiembre de 2022.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de SCACEST de enero a septiembre 2022. Se han recogido las características epidemiológicas, así como el diagnóstico, manejo terapéutico y complicaciones del infarto.

Resultados: De un total de 69 pacientes con SCA, el 49% (34 pacientes) fueron diagnosticados de SCACEST. La edad media fue de 70 años, siendo el 79% (27) hombres. Se realizó fibrinólisis intrahospitalaria al 50% (17) de los pacientes. Un 8,8% de pacientes (3) llegaron en tiempo a ICP primaria (traslado aéreo). El resto no cumplía criterios de fibrinólisis. El 94% de pacientes (32) fueron trasladados a una U. Coronaria para ICP. En cuanto a las complicaciones, se observó que la arritmia más frecuente post reperfusión fue el ritmo idioventricular acelerado (RIVA) (29%) seguido de la F. auricular (29%), F. ventricular (7%). El 6% (2) ingresaron con shock cardiogénico. Un paciente presentó complicación mecánica. Se ha asociado una mortalidad del 6% (2) debido a complicaciones del infarto.

Conclusiones: En Soria el S. Hemodinámica de referencia (Burgos) se encuentra a 1,5 h, por lo que se administra fibrinólisis como terapia de reperfusión a los SCACEST que cumplan criterios. Al 94% de los pacientes fibrinolisados, se les realizó ICP. Las complicaciones más frecuentes fueron las arritmias siendo más frecuente el RIVA. 2 pacientes fallecieron. A la vista de los resultados, se hace necesario actualizar o cambiar los protocolos del SCACEST en zonas alejadas de servicios de hemodinámica.

568. USO DE IMPELLA COMO SOPORTE EN ANGIOPLASTIA DE ALTO RIESGO

Nuevo Ortega P, Ben Abdellatif I, Martín Castillo R, Peregrina Caño E, Becerra Muñoz VM y Esteche Foncea MA

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: Observar los resultados al implantar en nuestro centro hospitalario un programa de actuación para detectar angioplastias de alto riesgo y darles soporte circulatorio con dispositivo IMPELLA.

Métodos: Establecemos criterios de inclusión para considerar una angioplastia de alto riesgo: aquella con anatomía conocida de TCI o multivaso; o según la estabilidad hemodinámica (soporte vasoactivo) y respiratoria (oxigenoterapia con FiO₂ > 0,6 y/o ventilación mecánica) del paciente; o ECG sugerente de TCI o afectación de varios vasos.

Resultados: Estudio observacional descriptivo: desde 1 septiembre 2017 a 31 diciembre del 2022, hemos realizado 34 procedimientos de alto riesgo con IMPELLA. El 79,42% de los pacientes fueron varones. La edad media ha sido de 64,1 años. En el 76,47% de los procedimientos no tuvimos complicaciones en el implante de IMPELLA, del 23,53% que sí tuvieron, la más frecuente fue la hemorrágica, siendo en el 100% de los casos. Al alta de UCI el 76,47% sobrevive.

Conclusiones: Consideramos que es fundamental establecer unos criterios para considerar una angioplastia de alto riesgo y adelantarnos al deterioro hemodinámico con el consecuente fallecimiento, implantando soporte circulatorio con IMPELLA, aumentando así la supervivencia de estos pacientes. Si bien, es un programa de inicio lento.

Comunicaciones orales

NEUROINTENSIVISMO/TRAUMATISMOS/ TRASPLANTES/URGENCIAS

11:05-12:35 h. SALA CONFERENCIAS 2.1

569. EL PATINETE ELÉCTRICO: ¿NUEVO MECANISMO DE ALTA ENERGÍA?

Chicote Carasa Y, Barrero Martín S, García Fuentes C, Barea Mendoza JA y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue describir las lesiones asociadas al uso del patinete eléctrico (PE) en un hospital terciario.

Métodos: Se planteó un estudio descriptivo, retrospectivo, que incluía a todos los pacientes mayores de 18 años que acudieron al servicio de urgencias (SU) y a la Unidad de Cuidados Intensivos de Trauma y Emergencias (UCITE) del Hospital 12 de Octubre, por accidente con PE, entre enero/2018 y enero/2022. Se excluyeron los atropellos por patinete eléctrico (peatón), los producidos por vehículos diferentes al propuesto y las mujeres gestantes, por ser atendidas en un SU distinto. Las variables cuantitativas se presentan como media y desviación estándar

o mediana y rango intercuartílico. Las variables cualitativas como número o porcentaje. La comparación entre grupos se llevó a cabo con pruebas paramétricas o no paramétricas en función de su distribución.

Resultados: De la muestra inicial de 711 pacientes, se analizaron 198 tras aplicar los criterios de exclusión, 69,7% hombres y 30,3% mujeres, con edades entre 18 y 62 años (media 32 ± 10). El 83,8% fueron valorados en el SU, el 7,1% ingresó directamente en UCITE y el 9,1% valorados con activación parcial del equipo de atención al trauma de UCITE sin ingreso. Sufrieron trauma grave ($ISS \geq 16$) 11 personas, con ISS entre 17 y 29 (mediana 20). En ellos, los mecanismos lesionales fueron: caída accidental (63%), atropello por vehículo (27%) y colisión contra objeto (9%). En estos, el traumatismo craneoencefálico (TCE) fue la lesión más grave en el 82% y el trauma abdominal grave destacó en el 18% restante. Dentro del grupo con TCE, el 41% no llevaba casco, mientras que sin TCE, tan solo el 11% no llevaba casco ($p < 0,05$).

Conclusiones: El perfil lesional asociado al uso del PE es de alta energía, lo que orienta hacia la necesidad de valoración por equipos avanzados de trauma.

570. EN RCP SE VENTILA MEJOR CON RESPIRADOR. FASE 1 DEL ESTUDIO SYMEVECA

Hernández-Tejedor A, González Puebla V, Caniego Rodrigo C, Ruiz Hornillos PJ, Rodríguez Seco ML, de Castro Martínez MJ, Torres García F, Alonso Sánchez MM, Montero Hernández SI y Álvarez Pérez C
SAMUR-Protección Civil Madrid, Madrid.

Objetivos: Durante la parada cardíaca extrahospitalaria no traumática (PCEH) la ventilación influye en medio interno. Las últimas recomendaciones ILCOR sobre forma de ventilar datan de 2010, con bajo nivel de evidencia a favor de los respiradores mecánicos. Los objetivos son comparar la evolución de parámetros gasométricos en función de la forma de ventilación asistida durante la PCEH.

Métodos: Estudio cuasiexperimental pragmático. Población de estudio: todos los pacientes en PCEH con persistencia de la misma tres minutos después de la intubación precoz atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalario. Periodo: 18 meses. Según disponibilidad y decisión del equipo los pacientes fueron ventilados durante la PCEH con respirador (IPPV 500 ml $\times$ 12 rpm con Pmax 50 mmHg) o con balón de resucitación. Esto genera los dos grupos a comparar. Se recogen variables demográficas, ritmo inicial, parámetros gasométricos 15 minutos tras la intubación o al recuperar pulso (lo que ocurra antes), supervivencia y evolución. Variables cuantitativas como media $\pm$ desviación estándar; variables cualitativas como porcentaje. Análisis estadístico: análisis bivariable con técnicas paramétricas y multivariable con regresión logística binaria por método de Wald con SPSS v25. Estudio aprobado por CElm de referencia.

Resultados: De las 359 PCEH registradas se excluyen 209, por recuperación muy precoz (70) o violación del protocolo de análisis de control (139). Mujeres 21%, edad 63 ± 17 años, ritmo desfibrilable 35%. Se analizan grupos según ventilación: 71 en IPPV y 79 con balón. De ellos, en pacientes con muestra arterial (39) el pH fue $7,00 \pm 0,18$ vs. $6,92 \pm 0,18$ ($p = 0,18$) y pCO_2 $67,8 \pm 21,1$ vs. $95,9 \pm 39,0$ mmHg ($p = 0,006$), respectivamente. Con muestra venosa (111) el pH fue $7,03 \pm 0,15$ vs. $6,94 \pm 0,17$ ($p = 0,005$) y pCO_2 $68,1 \pm 18,9$ vs. $89,5 \pm 26,5$ mmHg ($p < 0,001$). La supervivencia fue 21,1% en IPPV vs. 17,9% con balón ($p = 0,63$). No se registró ninguna complicación evidente relacionada con la ventilación mecánica.

Conclusiones: La ventilación con respirador mecánico en IPPV durante la PCEH mejora el estado ventilatorio comparado con el uso del balón de resucitación, con una tendencia a aumentar la supervivencia. En la fase 2 del estudio compararemos diferentes modos ventilatorios.

571. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD AL ALTA DE UCI EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA TRAS 9 AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Lübke Vázquez CF¹, Cabrera Sánchez M¹, San Martín Bragado M¹, Lara Franco L¹, Lapi Cerezo FJ¹, Padrón Mujica A¹, Saavedra Santana P² y Ruiz Santana S¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (C. H. U. de Gran Canaria Dr. Negrín), Las Palmas. ²Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo de discapacidad al alta de UCI en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA), ingresados en una UCI neurotraumática durante 9 años.

Métodos: Datos recogidos prospectivamente, desde octubre 2013 a diciembre 2022, en una UCI neurotraumática de 12 camas. Analizamos: datos demográficos, diagnóstico principal al ingreso, datos neurológicos (examen clínico, reactividad y tamaño pupilar, y Glasgow Coma Score (GCS); localización y tamaño del aneurisma; presencia hematoma intracraneal (HIC); presencia hemorragia intraventricular; días hasta vasoespasmio; desarrollo de Isquemia Cerebral Tardía (ICT); escala de Fisher, Escala de Fisher modificada, escala de Hunt y Hess, escala de Word Federation of Neurosurgeons (WFNS); presencia de vasoespasmio en doppler y/o arteriografía; retraso en ingreso UCI; tratamiento del aneurisma; complicaciones, incluidas infecciones; escala de resultados de Glasgow (GOS) en la UCI, al alta y 6 meses tras alta de UCI y otros factores. Se realizó un análisis univariado y uno de regresión logística multivariante de discapacidad al alta de UCI. Se obtuvo un score y se realizó curva de ROC, que se estimó mediante un intervalo de confianza del 95%. Para el punto de corte elegido, se calcularon la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN).

Resultados: De los 246 pacientes con HSA, 156 (62,32%) tuvieron GOS > 3 sin discapacidad severa, 52 fallecieron (36 en UCI; 16 en hospital), teniendo 90 (37,67%) un GOS ≤ 3 (tabla 1). Los datos demográficos y factores asociados de discapacidad al alta de UCI en el análisis univariado, se describen en la tabla 1. La ICT no se asoció con mayor discapacidad. Los factores independientes asociados a la discapacidad fueron (tabla 2) APACHE II al ingreso OR:1,164 (1,090; 1,243), escala Hunt y Hess OR:1,449 (1,099; 1,911). Isquemia cerebral aguda (ACI): 5,012 (1,374; 18,286) y ventilación mecánica (MV) mayor de 7 días OR:5,696 (2,535; 12,798). Se obtuvo un score de predicción. $MV = 1/0$ según si $MV > 7$ días o no. El área bajo la curva fue 0,912 IC95% (0,873; 0,951). Punto de corte:0,4757; especificidad 86,2 [79,7; 91,2]; sensibilidad: 83,3 [74,0; 90,4] VPN: 89,7 [83,6; 94,1]; VPP: 78,1 [68,5; 85,9].

Conclusiones: El 37,67% de los pacientes con HSA tuvieron discapacidad grave al alta de UCI. Los factores independientes asociados a la discapacidad fueron: VM > 7 días, ACI, escala de Hunt y Hess y APACHE II al ingreso. Se obtuvo un score de predicción de discapacidad al alta de UCI.

Tabla 1.	Pacientes con HSA N=246	Con GOS > 3 N=156	Con GOS ≤ 3 N=90	P
Edad (años)	56.6 $\pm$ 14.7	53.9 $\pm$ 13.1	61.2 $\pm$ 16.1	<.001
Sexo varón	160 (65.0)	102 (65.4)	58 (64.4)	0.882
APACHE II ingreso UCI	14.0 $\pm$ 7.7	10.4 $\pm$ 5.6	20.2 $\pm$ 6.7	<.001
SOFA ingreso UCI	2 (0-6)	1 (0-3)	7.0 (3.2-9.0)	<.001
EXOTUS	52 (20.7)	3 (1.9)	45 (50.3)	<.001
EXOTUS UCI	36 (14.6)	0	36 (40.0)	<.001
EXOTUS Hospital	16 (6.5)	3 (1.9)	13 (14.4)	<.001
Hipertensión arterial	111 (45.1)	60 (38.5)	51 (56.7)	0.006
Diabetes	26 (10.6)	11 (7.0)	15 (16.7)	0.018
Dislipemia	87 (35.2)	33 (21.1)	24 (26.7)	0.324
Fumador	96 (39.8)	62 (39.7)	36 (40.0)	0.968
Raza Negra	2 (0.8)	1 (0.6)	1 (1.1)	1
Número plaquetas al ingreso	22 (8.9)	10 (6.4)	12 (13.3)	0.067
Crugía urgente al ingreso	39 (15.8)	19 (12.2)	20 (22.2)	0.036
Paciente orientado	123 (50.2)	105 (67.7)	15 (20.0)	<.001
Paciente alerta	135 (54.9)	106 (69.2)	27 (30.0)	<.001
Paciente confuso	37 (15.0)	18 (11.5)	19 (21.1)	0.043
Paciente estuporoso	62 (25.2)	22 (14.1)	40 (44.4)	<.001
Midriasis bilateral	9 (3.7)	1 (0.6)	8 (8.9)	0.002
Anisocoria	28 (11.4)	11 (7.0)	17 (18.9)	0.005
Isochoria	211 (85.8)	143 (91.7)	66 (75.6)	<.001
Ambas pupilas reactivas	213 (86.6)	144 (92.3)	69 (76.7)	<.001
Ninguna pupila reactiva	15 (6.1)	4 (2.6)	11 (12.2)	0.002
Aneurisma línea media	66 (27.6)	44 (28.2)	24 (26.7)	0.795
Aneurisma arteria Cerebral Anterior	19 (7.7)	9 (5.8)	10 (11.1)	0.131
Aneurisma arteria Comunicante Anterior	73 (29.7)	42 (26.9)	31 (34.4)	0.214
Aneurisma de la PICA	10 (4.1)	4 (2.6)	6 (6.7)	0.177
Clipaje aneurisma	40 (16.3)	18 (11.6)	22 (24.4)	0.012
Trombolisis	49 (19.9)	24 (15.4)	25 (27.8)	0.019
Embolización	4 (1.6)	1 (0.6)	3 (3.3)	0.14
Cranectomía descompresiva	11 (4.5)	0	11 (12.2)	<.001
Ruptura Aneurisma intrapetoso	17 (6.9)	10 (6.4)	7 (7.8)	0.684
Muerte tras tratamiento	4 (1.6)	0	4 (4.4)	0.017
Derivación ventricular externa	120 (48.8)	50 (32.0)	70 (77.8)	<.001
Infarto	69 (28.1)	29 (18.6)	40 (44.4)	<.001
Hidrocefalia	100 (40.6)	39 (25.0)	61 (67.8)	<.001
VM > 7 DÍAS	78 (31.7)	16 (10.3)	62 (68.9)	<.001

Hematoma intracaneal	64 (26.0)	26 (16.7)	36 (42.2)	< .001
Hematoma intracaneal Frontal	40 (16.3)	11 (7.0)	29 (32.2)	< .001
Hematoma intracaneal Temporal	32 (13.0)	14 (9.0)	16 (20.0)	0.013
Vasoespasmio por Doppler	55 (25.7)	37 (27.0)	18 (23.4)	0.56

Tabla 1.b	Pacientes con HSA N = 246	Con GOS > 3 N = 136	Con GOS ≤ 3 N = 90	P
Vasoespasmio por arteriografía	49 (21.2)	30 (20.1)	19 (23.2)	0.589
Isquemia cerebral aguda	21 (8.5)	6 (3.9)	15 (16.7)	< .001
Isquemia cerebral tardía	55 (22.4)	30 (19.2)	25 (27.5)	0.121
Resangrado a 72 h	11 (4.5)	2 (1.3)	9 (10.0)	0.002
Ventriculitis	20 (8.1)	10 (6.4)	10 (11.1)	0.194
Escala FISHER	4 (3 - 4)	3 (2 - 4)	4 (4 - 4)	< .001
Escala FISHER modificada	4 (3 - 4)	3 (2 - 4)	4 (4 - 4)	< .001
Escala HUNT y HESS	2 (1 - 4)	1 (1 - 2)	4 (2 - 5)	< .001
Escala WFNS	2 (1 - 4)	1 (1 - 2)	4 (2 - 5)	< .001
APACHE en Vasoespasmio	14 (5 - 18)	12 (7 - 16)	15 (14 - 23)	< .001
SOFA en vasoespasmio	4 (1 - 6)	2 (1 - 4)	6 (4 - 9)	< .001
Retraso ingreso postsangrado	10 (2 - 24)	8 (2 - 21)	12 (4 - 24)	0.228
GCS lugar	15 (12 - 15)	15 (14 - 15)	13 (6 - 15)	< .001
GCS urgencias	14 (9 - 15)	15 (13 - 15)	9 (6 - 14)	< .001
GCS ingreso en UCI	14 (8 - 15)	15 (11 - 15)	6 (3 - 10)	< .001

Datos son medias ± DS, mediana (RQ) y frecuencias (N). HSA: hemorragia subaracnoidea; VM: ventilación mecánica; GOS: escala de resultado de Glasgow.

Tabla 2. Regresión logística múltiple para GOS 3 al alta de UCI

	P	Odd-Ratio (95% IC)
Apache-II al ingreso (por unidad)	< 0.001	1.164 (1.090; 1.243)
Ventilación mecánica > 7 DÍAS	< 0.001	5.696 (2.535; 12.795)
ACI	0.012	5.012 (1.374; 18.286)
Hunt y Hess	0.009	1.449 (1.099; 1.911)

ACI: isquemia cerebral aguda

$$\text{Score} = 0.152 \times \text{Apac he} + 1.740 \times \text{MV} + 1.612 \times \text{ACI} + 0.371 \times \text{HUNTHES}$$

572. DIFERENCIAS EN LOS GRADOS DE DISFUNCIÓN AGUDA DEL INJERTO HEPÁTICO SEGÚN TIPO DE DONANTE

Valverde Montoro Á, Francioni Barrueco JE, Árias Verdú MD, Lebrón Gallardo M y Herrera Gutiérrez ME

Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga.

Objetivos: Evaluar si existen diferencias en los grados de disfunción aguda del injerto hepático según el órgano proceda de donación por muerte encefálica, donación en asistolia controlada con extracción superrápida o donación en asistolia controlada con perfusión normotérmica.

Métodos: Estudio de 2 cohortes prospectivas de pacientes ingresados tras trasplante hepático electivo de un hospital de tercer nivel desde 2009 hasta 2015 con donantes por muerte encefálica y desde 2014 a 2019 con donantes en asistolia controlada. Se excluyen los pacientes trasplan-

tados por fallo hepático fulminante. Manejo del paciente según protocolo multidisciplinar sin cambios significativos durante el periodo de estudio. Se analizó la presencia de disfunción aguda del injerto hepático con la escala MEAF registrando valores de ALT, INR y bilirrubina total a las 24, 48 y 72 horas del TOH, así como variables demográficas, antecedentes, causas del trasplante, estancia y mortalidad en UCI y hospitalaria. Se comparó las cohortes con chi-cuadrado y t de Student. Alfa inferior 0,05.

Resultados: La cohorte de receptores de donantes por muerte encefálica (DME) fue de 253 pacientes. La edad media fue de 54,7 años (53,5-55,9) y el 23,5% mujeres. La hepatopatía alcohólica fue la principal indicación de trasplante en el 45,9%, viral 30,8%, biliar 8,7%, la criptogénica 5,5% y otras 9,1%. Estancia en UCI 3 días (3-5) y estancia hospitalaria 12 días (8-19). Mortalidad global 17,4% (44). En la cohorte de receptores de donación en asistolia controlada (DAC), 54,8% (23) corresponden a extracción superrápida (ESR) y 45,2% (19) a perfusión regional normotérmica (PRNT). Edad media de 58,71 ± 7,14 años, 28,6% mujeres. Las indicaciones del trasplante fueron cirrosis encefálica 33,3%, VHC 26,2%, VHC + alcohol 11,9%, VHB 4,8%, VHB + alcohol 4,8% y cirrosis de otro origen 19%. Estancia en UCI 3 días (3-4) y estancia hospitalaria 10 días (9-19). Mortalidad global 12,2% (5). La media del MEAF fue de 5,99 ± 1,81 para la cohorte de DME, 6,98 ± 1,61 para la cohorte de ESR y 5,54 ± 1,83 para la cohorte de PRNT, encontrándose diferencias significativas con un p valor de 0,005 entre el MEAF de DME y ESR.

Conclusiones: Los injertos hepáticos de DAC por extracción superrápida tienen un grado de disfunción aguda del injerto por la escala MEAF mayor que los injertos de donantes en muerte encefálica. Sin embargo, esta diferencia no se observa entre los injertos de DAC sometidos a perfusión regional normotérmica y los de donantes en muerte encefálica.

573. ASOCIACIÓN ENTRE ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA EN UCI EN UN CENTRO DE TRAUMA DE TERCER NIVEL

Fernández Hervás H, García Fuentes C, Barea Mendoza J y Chico Fernández M
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir la asociación entre el estatus socioeconómico (ESE) y las características epidemiológicas del trauma en UCI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a sujetos mayores de 16 años con enfermedad traumática que ingresan en la UCI de trauma y emergencias del hospital 12 de Octubre de Madrid entre 2012 y 2021. Para cada paciente se obtiene la renta media bruta por declaración para su código postal (CP) (datos publicados por la Agencia Tributaria), que usamos como variable subrogada del ESE. Creamos 4 grupos usando cuartiles según el dato de renta y realizamos análisis univariante de sus características.

Resultados: Ingresaron 3.602 pacientes con enfermedad traumática, se incluyó a los 2025 que tenían disponible el dato de renta. La edad media fue de 44,8 años (DE 18,7 años), el 76,9% fueron varones, el 14,3% fue trauma penetrante, la media de Injury Severity Score (ISS) fue de 19,6 (DE 13,3) puntos y de Revised Trauma Score (RTS) de 6,73 puntos (DE 1,85). La división por cuartiles según el dato de renta proporcionó 4 grupos de similar tamaño, Q1 el de menor ESE y Q4 el de mayor ESE. En la tabla se muestra el resultado de la comparación. Los pacientes con menor ESE (Q1) fueron mayores, más frecuentemente nacidos fuera de España, más frecuentemente víctimas de trauma penetrante, con menor ISS y mayor RTS.

Tabla Comunicación 573

Características del trauma según ESE

	Q4 Mayor ESE n = 491	Q3 n = 457	Q2 n = 554	Q1 Menor ESE n = 523	p
Edad (años)	45,2 (17,7)	42,0 (17,3)	45,4 (19,7)	46,0 (19,6)	0,004
Hombre	78%	79,2%	77,8%	73%	0,120
Nacido en España	76,5%	72,8%	68,6%	65,2%	0,001
Penetrante	9,6%	10,6%	17,3%	18,8%	< 0,001
Tráfico	42,6%	43,1%	33,2%	32,7%	< 0,001
Caída accidental	13,4%	11,2%	20,2%	17,4%	< 0,001
Agresión	10,4%	11,6%	18,4%	21,6%	< 0,001
Autolisis	9,78%	12,9%	9,4%	13,2%	0,101
Deportivos	13,6%	7,9%	7,6%	4,4%	< 0,001
Laboral	4,9%	7,9%	5,4%	4,6%	0,113
Otros accidentes	2,2%	2,4%	3,1%	4,6%	0,123
ISS	20,6 (14,1)	20,9 (13,8)	18,5 (11,9)	18,6 (13,2)	0,003
RTS	6,59 (2,00)	6,54 (2,02)	6,92 (1,63)	6,86 (1,75)	0,002
Mortalidad UCI	10,8%	10,9%	9,6%	9,2%	0,734

Se objetiva además un gradiente en el motivo del trauma, al disminuir el ESE se observa con mayor proporción de agresiones y caídas accidentales y menor proporción de accidentes laborales, de tráfico y deportivos.

Conclusiones: Existen diferencias significativas en las características de la enfermedad traumática según el estatus socioeconómico.

574. ANÁLISIS DE BIOMARCADORES ESPECÍFICOS DE DAÑO NEURONAL EN EL PRONÓSTICO DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA (HSANT)

Sánchez Satorra M¹, Serra Soler S¹, Alcalde-Herraz M², Herraiz Ruiz A¹, Català M³, Rufo Vicente E¹, Martínez Iribarren A¹, Morales Indiano C¹, Misis del Campo M¹ y Ricart Martí P¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ²Universitat Politècnica de Catalunya (UPC-Barcelonatech), Barcelona. ³University of Oxford, Oxford, Reino Unido.

Objetivos: Determinar la relación entre biomarcadores específicos de daño neuronal y el desarrollo de isquemia cerebral tardía (DCI) en los pacientes con hemorragia subaracnoidea no traumática ingresados en UCI.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en UCI polivalente hospital tercer nivel. Se incluyen pacientes adultos con diagnóstico de HSANT al ingreso en UCI entre enero 2019 y setiembre 2022. Se excluyen aquellos pacientes con cronología incierta del sangrado o aquellos con pronóstico infausto inicial. Se determinan los valores de proteína S100b y enolasa neuronal específica (ENE) en sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR) al ingreso, tercer y séptimo día. Se define DCI como deterioro neurológico focal o disminución 2 puntos Escala Coma Glasgow no atribuible a otra causa. Análisis estadístico ANOVA para variables univariantes distribución normal y χ^2 para las categóricas. Resultados analíticos expresados en medias y desviación estándar. Significación $p < 0,05$.

Resultados: 162 pacientes con 57% mujeres. Edad mediana 57 años (25-88). APACHE II 20 puntos (4-39). Escala Hunt-Hess IV+V 28%. Escala Fisher IV 75%. DCI en 47 pacientes (29%). Resultados analíticos biomarcadores daño neuronal (tabla).

Conclusiones: Se puede determinar una correlación positiva entre el valor sanguíneo de ENE y S100b en el tercer día de ingreso y el desarrollo posterior de DCI. Existe también correlación con el valor en LCR al séptimo día. Los biomarcadores de daño neuronal podrían resultar de utilidad en el pronóstico de los pacientes con HSANT.

575. EFICACIA DE LA PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA EN EL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADÁVER COMPARADA CON LA DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA. ESTUDIO DE NO INFERIORIDAD

Reina Martínez FJ, Gallego Texeira I, Martínez Matencio J, Delgado Barroso A, Cid Cumplido M, Cuenca Apolo D y Cuenca Apolo D

Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: Determinar las diferencias en la funcionalidad del injerto renal de donante cadáver mediante donación en asistolia controlada tipo III (DAC III) con perfusión regional normotérmica (PRN) comparada con la muerte encefálica (ME).

Métodos: Estudio retrospectivo analítico, incluyéndose a todos los casos de pacientes trasplantados de riñón de donante cadáver en ME y en DAC III mediante PRN entre los años 2013 y 2022 en una UCI de Hospital de tercer nivel. Se recogieron variables relativas a comorbilidades y epidemiológicas del receptor, así como edad del donante, tipo de extrac-

ción, necesidad de hemodiálisis durante ingreso postrasplante, complicaciones durante ingreso, resultado de prueba de perfusión mediante MAG3 y creatinina sérica (Cr) al ingreso, alta y 6 meses postrasplante. Se definieron como variables objetivo el resultado de MAG3 (principal) y Cr a los 6 meses y necesidad de hemodiálisis en postrasplante precoz como secundarias. Para la comparación de variables cuantitativas se calcularon media y desviación estándar y se empleó el test de U de Man-Whitney. Para las variables cualitativas, la frecuencia relativa y el test de chi cuadrado así como la *odds ratio* fueron los estadísticos empleados.

Resultados: Se realizaron un total de 495 trasplantes renales de donantes en ME o PRN en nuestro centro en el período observado, correspondiendo 415 (83,8%) a donaciones en ME. No se encontraron diferencias entre las características basales de los receptores. La etiología más frecuente de trasplante fue la glomerulonefritis (15,9%), seguida de la etiología poliquística (15,4%). En relación a la funcionalidad del injerto, se objetivó un 13% de disfunción definida por el MAG3 de forma global; sin existir diferencias entre los injertos de donante en ME o PRN (OR 1,15; IC95% [0,543, 2,44]). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la necesidad de diálisis postrasplante (ME: 29%; PRN: 34%; OR 1,27 [0,70, 2,3]). La media de Cr al alta hospitalaria (2,5 vs. 2,6 mg/dL) y a los 6 meses tras el procedimiento (1,75 vs. 1,73) fueron similares en ambos grupos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. En un análisis secundario de las complicaciones, no se encontraron diferencias en proporción de reintervenciones (2%), requerimiento de soporte vasoactivo (< 1%), complicaciones infecciosas tempranas, mortalidad, entre otros.

Conclusiones: En nuestro centro, el trasplante renal de donante cadáver en DAC III con PRN obtiene resultados a corto plazo en términos de funcionalidad del injerto y complicaciones postquirúrgicas superponibles a la donación en ME.

576. EFECTO DEL TRASLADO EN HELICÓPTERO DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO GRAVE Y NEUMOTÓRAX. REGISTRO RETRAUCI

Barea Mendoza JA¹, Ormazábal Zabala T², Sánchez Arguiano J³, Jiménez Jiménez G⁴, Nanwani Nanwani K⁵, Zamora Bazo Á⁶, Guerrero López F⁷, Mayor García DM⁸, Chico Fernández M¹ y Llompert Pou JA⁹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa. ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ⁴Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ⁵Hospital Universitario La Paz (C. H. La Paz), Madrid. ⁶Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C. H. U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ⁷Hospital de Neurotraumatología y Rehabilitación del H. U. Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de la Nieves), Granada. ⁸Hospital Universitario Torrecárdenas (C. H. U. Torrecárdenas), Almería. ⁹Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Determinar el efecto del traslado en helicóptero medicalizado de aquellos pacientes con traumatismo grave y neumotórax.

Métodos: Análisis retrospectivo de cohortes de un registro multicéntrico de trauma grave junio 2015-diciembre 2019. Se incluyeron pacientes ingresados en las 52 UCI participantes durante el período reseñado. Los criterios de inclusión fueron ISS mayor o igual a 16 y codificación de neumotórax (códigos Abbreviated Injury Scale 2008: 442202.2, 442203.4, 442204.5, 442205.3, 442206.4). Se excluyeron los pacientes trasladados en soporte vital básico, por sus medios o sin información al respecto. Como grupo control se empleó la cohorte trasladada en UCI móvil terrestre. Comparaciones variables categóricas con el test de chi-

Tabla Comunicación 574

	Ingreso	Día 3	Día 7
S100β Sangre (mg/L)	Sí DNT (N = 39): 0,19 (0,21) No DNT (N = 90): 0,14 (0,19) p = 0,11	Sí DNT (N = 39): 0,31 (0,57) No DNT (N = 90): 0,11 (0,19) p = 0,00	Sí DNT (N = 39): 0,17 (0,31) No DNT (N = 90): 0,07 (0,16) p = 0,00
S100β LCR (mg/L)	Sí DNT (N = 6): 535,91 (692,66) No DNT (N = 14): 120,88 (124,34) p = 0,25	Sí DNT (N = 6): 298,86 (236,5) No DNT (N = 14): 42,98 (50,63) p = 0,70	Sí DNT (N = 6): 77,80 (61,81) No DNT (N = 14): 15,60 (22,17) p = 0,00
ENE Sangre (ng/mL)	Sí DNT (N = 39): 16,48 (7,3) No DNT (N = 90): 14,63 (5,34) p = 0,07	Sí DNT (N = 39): 12,58 (7,33) No DNT (N = 90): 10,76 (4,95) p = 0,01	Sí DNT (N = 39): 13,55 (4,76) No DNT (N = 90): 12,43 (5,04) p = 0,22
ENE LCR (ng/mL)	Sí DNT (N = 6): 281,34 (436,47) No DNT (N = 15): 97,55 (190,62) p = 0,61	Sí DNT (N = 6): 192,38 (222) No DNT (N = 15): 259,06 (870,66) p = 0,91	Sí DNT (N = 6): 87,61 (68,84) No DNT (N = 15): 39,95 (39,39) p = 0,02

cuadrado o Fisher. Comparaciones variables cuantitativas con el test ANOVA o Kruskal-Wallis. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Se determinó el efecto de la intervención (traslado en helicóptero) mediante propensity score.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 9790, de ellos 699 cumplieron todos los criterios de inclusión constituyendo la población de estudio. Los pacientes trasladados en helicóptero fueron mayores (49,01 vs. 43,98; $p < 0,05$) y con más frecuencia fueron accidentes deportivos (23,91 vs. 4,07%) o laborales (15,22 vs. 8,60%); $p < 0,05$. No se encontraron diferencias en cuanto a ISS (29,21 vs. 30,85), frecuencia cardíaca en la escena (91,10 vs. 93,48), tensión arterial en escena (112,89 vs. 106,97) ni intubación prehospitalaria (23,40 vs. 29,12%); $p > 0,05$. Los pacientes trasladados en helicóptero presentaron mayor incidencia de shock durante la asistencia hospitalaria (40,43 vs. 37,71%) sin alcanzar la significación. La necesidad de cirugía urgente, arteriografía y transfusión fue similar. El ajuste mediante score de propensión considerando la situación hemodinámica (*shock* sí/no) como desenlace y el tipo de traslado (terrestre vs. helicóptero) como intervención. La intervención se asoció a un mayor riesgo de desarrollar shock (coef. 0,18 IC95% 0,02-0,35; $p = 0,027$).

Conclusiones: Los pacientes con traumatismo grave y neumotórax podrían presentar mayor riesgo de *shock* cuando son trasladados en helicóptero medicalizado.

577. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TRAUMÁTICA TRASLADADOS MEDIANTE HELICÓPTERO MEDICALIZADO. REGISTRO RETRAUCI

Barea Mendoza JA¹, Fernández Hervás H¹, Fernández Cuervo A², Bringas Bollada M³, Ruiz Aguilar AL⁴, Iglesias Santiago A⁵, Ballesteros Sanz MA⁶, García Sáez I⁷, Llompart Pou JA⁸ y Chico Fernández M¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz. ³Hospital Universitario La Paz (C. H. La Paz), Madrid. ⁴Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁵Hospital Materno-Infantil del H. U. Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de las Nieves), Granada. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ⁷Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa. ⁸Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Comparar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con trauma en función del tipo de transporte medicalizado en el ámbito prehospitalario (helicóptero vs. UVI móvil).

Métodos: Análisis retrospectivo de cohortes de un registro multicéntrico de trauma grave junio 2015-junio 2022. Se incluyeron todos los

pacientes ingresados por traumatismo en las 52 UCI participantes durante el periodo reseñado. Se excluyeron los pacientes trasladados en soporte vital básico, por sus medios o sin información al respecto. Variables cuantitativas como media (DE), mediana (IQR) y variables cualitativas como número (porcentaje). Comparaciones variables categóricas con el test de chi-cuadrado o Fisher. Comparaciones variables cuantitativas con el test ANOVA o Kruskal-Wallis. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 12.729 pacientes en las UCI participantes, de ellos el 5,1% fueron trasladados en helicóptero. 9.323 fueron trasladados mediante UVI móvil y 656 en helicóptero ($n = 9.979$). Los pacientes trasladados en helicóptero fueron con más frecuencia varones (82,5 vs. 78,1%, $p < 0,05$) con edad similar 47 años en ambos grupos. En el grupo helitransportado predominaron los accidentes deportivos (19,4 vs. 4,9%) y laborales (14,7 vs. 7,9%), siendo la precipitación el mecanismo más frecuente (23,7 vs. 16,3%); $p < 0,001$. También fue más frecuente la intubación prehospitalaria (37,9 vs. 27,5%), la presencia de *shock* o *shock* refractario (34,1 vs. 25%) y mayor gravedad lesional (ISS: $22,2 \pm 11,9$ vs. $20,5 \pm 12,5$) $p < 0,001$. El grupo trasladado en helicóptero requirió mayor movilización de recursos: hemorragia masiva (9,9 vs. 7,1%), transfusión de sangre (30 vs. 25,5%), plasma (28,6 vs. 20,3%) y cirugías urgentes (44,1 vs. 37,7%) $p < 0,05$. La mortalidad fue superior en el grupo de helitransportado sin alcanzar la significación estadística (13,7 vs. 12,3%) $p = 0,34$.

Conclusiones: En nuestro entorno el transporte de pacientes traumáticos mediante helicóptero no es infrecuente. Se caracterizan por un perfil epidemiológico propio (mayor frecuencia de accidentes laborales y precipitación). Constituyen un grupo de pacientes con importante gravedad y consumo de recursos, incluso superior a los pacientes trasladados por UVI móvil terrestre.

578. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE SEGÚN LA MORTALIDAD PREDICHA ESTIMADA POR METODOLOGÍA TRISS

Calle Flores Á, Morales Varas G, Romeu Prieto JM, Alonso Ciria E, Sánchez Malingre VP, Sánchez Casado M, Morán Gallego FJ, López de Toro Martín Consuegra I, Guerra Cuervo JM y Marina Martínez LC

Hospital Universitario de Toledo (C. H. de Toledo), Toledo.

Objetivos: Analizar evolución de los pacientes ingresados por enfermedad traumática grave según la mortalidad predicha (MP) definida por metodología TRISS (Trauma and Injury Severity Score).

Figura Comunicación 578

	MP <10%	MP 10-30%	MP >30% y <50%	MP >50%	p
Datos basales					
Sexo: Hombre	81,6%	81,1%	56,5%	73,6%	0,028
Edad (años)	48,97±17,1	56,41±20,0	52,69±22,7	56,30±18,30	0,007
Índice de Charlson	1,3±1,9	2,1±2,6	1,8±2,4	1,6±2,3	0,455
Datos trauma					
ISS	14,9±9,0	28,1±13,5	27,5±9,9	32,6±19,3	<0,001
RTS	7,31±9,1	7,70±10,02	5,07±11,57	6,02±12,26	0,161
Mortalidad TRISS	2,97±2,47	19,81±5,77	38,40±5,41	80,73±17,4	<0,001
Evolución UCI					
Ventilación mecánica invasiva	41,2%	79,2%	91,3%	83,0%	<0,001
Traqueostomía	12,2%	34,0%	34,8%	24,5%	<0,001
Transfusión (1* 24 h)	21,4%	35,8%	52,2%	32,1%	0,003
Neuromonitorización	8,2%	24,5%	56,5%	24,5%	<0,001
Craniectomía descompresiva	3,7%	7,5%	17,4%	3,8%	0,029
Complicaciones infecciosas	12,2%	37,7%	17,4%	22,6%	<0,001
Complicaciones no infecciosas	11,0%	39,6%	34,8%	35,8%	<0,001
Estancia UCI (días)	6,3±10,1	12,9±14,2	15,6±14,9	11,7±17,3	<0,001
Éxitos en UCI	1,6%	5,7%	34,8%	43,4%	<0,001
Evolución postUCI					
Éxitos hospitalario postUCI	6,6%	11,8%	37,5%	47,4%	0,018
Éxitos al año	9,5%	15,4%	60%	50%	0,025

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes ingresados por enfermedad traumática grave en una Unidad de Trauma y Neurocríticos de un Hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre enero de 2020 y septiembre de 2022. Se categorizó la muestra en cuatro subgrupos según la mortalidad predicha estimada por TRISS: < 10% (Grupo 1); 10-30% (Grupo 2); 30-50% (Grupo 3); > 50% (Grupo 4). Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando una prueba de chi cuadrado; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon con la prueba de ANOVA. El análisis se realizó utilizando STATA versión 13® (StataCorp LCC).

Resultados: Ingresaron 423 pacientes durante el periodo de estudio: 65% del Grupo 1; 14,2% del Grupo 2; 6,1% del Grupo 3; y un 14,2% del Grupo 4. Los pacientes fueron principalmente hombres (75,6%) y con una media de edad de $52,53 \pm 17,8$ siendo menores los pacientes del Grupo 1 ($p = 0,007$). Los pacientes presentaron mayor gravedad en las diferentes escalas de gravedad y mayor complicaciones y consumos de recursos conforme se incrementaba la mortalidad predicha (tabla). La mortalidad en UCI fue inferior a la mortalidad predicha ($p < 0,001$); sin embargo, al año, el grupo 3 presentó una mayor mortalidad a la estimada por metodología TRISS ($p = 0,025$).

Conclusiones: La mortalidad predicha definida por metodología TRISS es útil para estimar la gravedad y la necesidad de recursos que precisan los pacientes con enfermedad traumática. Los pacientes del Grupo 3 presentaban al año una mortalidad mayor a la estimada, lo cual podría definirse como mortalidad evitable.

Pósteres orales

CARDIOVASCULAR/MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA

11:05 H.-12:35 h. SALA CONFERENCIAS 2.2

579. UTILIDAD DEL GASTO CARDÍACO NO INVASIVO ESTIMADO (esCCO) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS AGUDOS CARDIOLÓGICOS (NIVEL DE COMPLEJIDAD 2*)

Martín-Portugués Palencia R, López Ferraz C, Padilla M, Farráis Villalba M, Lorenzo González J, Miranda Montero S, Pérez Rodríguez MdIA, Secaduras Arbelo TM, Rivero Darias A y Marrero Rodríguez AM

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C. H. U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar la correlación entre la medición del gasto cardíaco (GC) medido de forma no invasiva mediante el gasto estimado a través de un monitor (esCCO) comparado con el GC medido por ecocardiografía transtorácica (ETT) y así extender su uso en unidades de cuidados cardiológicos agudos de nivel 2 de complejidad, si no fuese posible la realización de una ETT.

Métodos: Estudio prospectivo de 40 pacientes entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022 que ingresan en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (mixta UMI-Cardiología). Se excluyeron pacientes menores de 18 años y con valvulopatía aórtica grave. La medición del GC por esCCO (GCesCCO) se llevó a cabo mediante el monitor Nihon Kohden BSM9101. El GC por ETT según métodos recomendados es calculado a través del volumen sistólico derivado de la integral velocidad tiempo (IVT) del flujo del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), el diámetro del TSVI y la frecuencia cardíaca. Se recogieron las variables edad, diagnóstico, sexo, GCesCCO, GCesCCO, VSet VsesCCO y factores de riesgo cardiovascular. Los datos se analizaron con el programa informático SPSS 20.0, con significación de $p < 0,05$.

Resultados: Se reclutaron 34 pacientes, media de 61 años, 71% varones. El diagnóstico más frecuente fue síndrome coronario agudo en un 71% de los pacientes. De los factores de riesgo cardiovascular, un 68% (23 pacientes) fueron hipertensos, un 50% tenían algún tipo de dislipemia, un 24% fueron diabéticos tipo 2 y un 33% (11 pacientes) eran fumadores activos. En cuanto a la medida del gasto cardíaco por nuestros métodos no invasivos, el GC medio por esCCO y por ecocardiografía transtorácica fue de $6,27 \pm 1,42$ L/min y $5,3 \pm 1,38$ L/min respectivamente. Al analizar la correlación entre los dos métodos no invasivos el resultado fue un índice R de Pearson de 0,602 con un nivel de significación $p < 0,01$.

Conclusiones: En pacientes ingresados en una unidad coronaria, el cálculo automático del gasto cardíaco por esCCO es un método rápido y reproducible, equiparable a la medición del GC por ETT. A veces no es posible la monitorización hemodinámica ecocardiográfica seriada por no disponer de conocimientos específicos acerca de la misma y/o no disponibilidad, sobre todo en las horas de guardias médicas. La medición del esCCO puede ayudar a la monitorización y/o guía de tratamiento en pacientes con disfunción VI severa sin necesidad de esta capacitación específica, pudiendo ser útil en la valoración y guía de tratamiento de los pacientes ingresados en una UCAC que atiendan a pacientes de complejidad 2.

580. EVALUACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE LA CONTRACCIÓN AURICULAR AL LLENADO VENTRICULAR EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

Roure Alonso M, Villavicencio Luján C, Daniel Fuentes X, Oliva Zelaya I, Ferré Mas C, Ruiz Bocos Á, Bodi Saera M y Cartanyà Ferré M

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Es conocido que tanto el retorno venoso como la contracción auricular son los principales determinantes del llenado ventricular izquierdo (VI). En condiciones fisiológicas, la contribución de la contracción auricular (CCA), representa entre un 10 al 40% del llenado VI. Sin embargo, a pesar de que se estima que en estados de shock se podría producir un incremento de dicha contribución, la literatura al respecto es escasa. Por esta razón, el objetivo principal de este trabajo fue evaluar la CCA al llenado VI en pacientes con diagnóstico de shock séptico en comparación con sujetos sanos según la literatura, así como su asociación con el desarrollo de fibrilación auricular (FA) de nueva aparición.

Métodos: Estudio observacional realizado en una UCI polivalente de 29 camas durante 14 meses. Se incluyeron 27 pacientes con diagnóstico de shock séptico. Se analizaron características clínicas así como el cálculo de la CCA a partir de la integral de velocidad tiempo (VTI) del flujo bifásico transmitral de las ondas de llenado pasivo (E) y de contracción auricular (A). $CCA = (VTI-A)/(VTI-E + VTI-A)$.

Resultados: La mediana de edad fue 67,5 y el 44,4% fueron mujeres. La HTA (51,9%), neoplasia (40,7%) y diabetes (25,9%) fueron las comorbilidades más frecuentes. Solo el 7,4% tuvo miocardiopatía previa y el 33,3% de los pacientes desarrolló FA. La mortalidad a los 28 días fue de 14,3%, con una estancia media de 8 días (RIQ 4-15) y duración de ventilación mecánica 5 días (RIQ 1-10,5). Los pacientes sépticos tienen un incremento significativo en la contribución de la aurícula izquierda en comparación con los valores teóricos en los pacientes sanos (41,5 vs. 34,6%; $p = 0,000$). Esta diferencia se incrementó en menores de 60 años (48 vs. 29,26% en sanos; $p = 0,002$). El análisis según el incremento de más del 10% en la CCA, mostró que estos pacientes tuvieron una tendencia a desarrollar FA (46 vs. 14%; $p = 0,193$).

Conclusiones: Los pacientes sépticos presentan un incremento en la CCA, y dicho incremento parece ser mayor en pacientes menores de 60 años. Así mismo, parece haber una tendencia al desarrollo de FA en aquellos que no fueron capaces de incrementar porcentualmente más su CCA.

581. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A VOLUMEN EN EL SHOCK SÉPTICO: ANÁLISIS DE CLÚSTERES METABÓLICOS

Prieto Jiménez E, Oller Sánchez F, Espinal Sacristan C, Cortés Sánchez E, Gil Velazquez A, Caballer López A, Nogales Herranz SE, Gruartmoner de Vera G y Mesquida Febrer J

Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona.

Objetivos: El proceso de resucitación del shock séptico (SS) pivota en la detección de hipoxia tisular y en las intervenciones destinadas a incrementar el gasto cardíaco (GC) para revertirla. Las últimas guías recomiendan la utilización del lactato como guía, obviando que en situaciones de disoxia las intervenciones podrían ligar efectos deletéreos. Este estudio pretende analizar el valor de la integración de los distintos marcadores metabólicos en la evaluación de la respuesta a volumen en el proceso de resucitación hemodinámica de pacientes en SS.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en una UCI de 30 camas. Se incluyeron adultos con SS en las primeras 24 h de ingreso, con GC monitorizado, y en el que se indicara una carga de volumen por su equipo médico. Se analizó lactato, saturación venosa central (SvcO2),