

rapias de soporte: el 75% precisó ventilación mecánica invasiva, el 20,8% vasoactivos y el 12,5% TRRC. La mediana de días de ingreso en UCI fue 3 (RI 2-6) y la de hospitalización 10 (RI 5-14). Ningún paciente ingresado en nuestra unidad fue *exitus* por esta patología.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes ingresados por intento autolítico son hombres de una edad media entre 40-50 años, la mayoría con antecedentes psiquiátricos, consumo de tóxicos y seguimiento activo. El método más frecuente fue pasivo medicamentoso con alto grado de premeditación pero también de arrepentimiento. A pesar de un APACHE II elevado, la estancia de estos pacientes suele ser corta y la mortalidad nula. Todo ello acorde con lo publicado en otras series.

173. DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B. USO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA

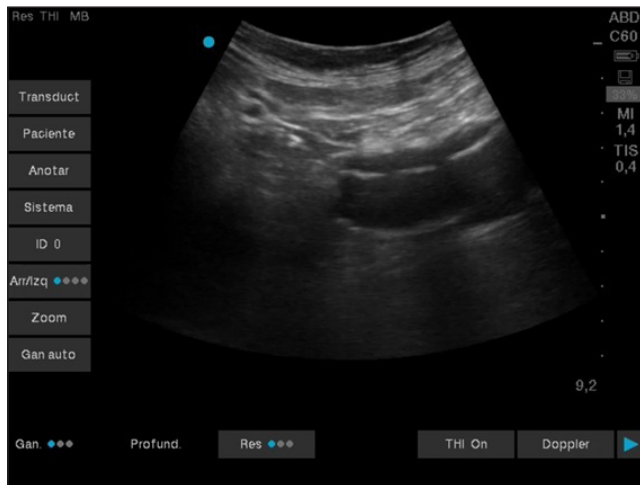
Cumarin Solorzano JJ¹ y García Portillo DJ²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La disección aórtica (DA) es una de las emergencias médicas más graves y potencialmente mortales, con tasas de mortalidad que superan el 50% si no se diagnostica y trata a tiempo. En este contexto, la ecografía en el punto de atención (POCUS) se ha consolidado como una herramienta valiosa que permite evaluar rápidamente la presencia de una disección aórtica en situaciones críticas.

Métodos: Hombre de 83 años sin alergia medicamentosa conocida, con antecedentes de Hipertensión arterial, dislipemia, adenocarcinoma de colon tratado mediante hemicolectomía en remisión completa.

Resultados: Caso clínico: acude al servicio de urgencias por cuadro de mal estado general en los últimos 4 días asociando dolor a nivel interescapular y lumbalgia progresiva que no cede con analgesia convencional. A su llegada hemodinámicamente estable, afebril, a la exploración física tórax simétrico, murmullo vesicular conservado, ruidos cardíacos rítmicos sin extratonos, no dolor a la palpación de apófisis espinosas, no claras contracturas musculares. Se inicia tratamiento analgésico y durante su estancia comienza con vómitos de contenido alimentario y empeoramiento del dolor por lo que en ese momento se decide solicitar analítica de sangre y se decide realizar ecografía clínica donde se visualiza a nivel abdominal aorta abdominal un poco mayor de 3 cm con claro *flap* en la luz en cortes transversales y longitudinales (fig.), con la sospecha de síndrome aórtico agudo se realiza angioTC de aorta el cual confirma el diagnóstico evidenciando disección tipo B con extensión hasta la arteria iliaca común izquierda, se inicia tratamiento con labetalol para control estricto de la tensión arterial y se comenta con vascular quien decide tratamiento conservador por lo que se ingresa en la UCI durante 3 días donde permanece hemodinámicamente estable en todo momento con mejoría del dolor, lo que permite su salida a planta convencional y finalmente el alta domicilio.



Conclusiones: La incorporación de POCUS de manera temprana en pacientes con sospechas de patología aórtica puede mejorar significativamente los tiempos de diagnóstico y tratamiento, lo que podría resultar en una reducción de la mortalidad asociada a esta condición tan crítica.

16:35-18:05 h

AUDITORIO 1

COMUNICACIONES ORALES

MISCELÁNEA 2

Moderadores: Juan Ramón Fernández Villanueva, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela/María Cruz Martín Delgado, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

174. ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UNA UCI: ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO TRAS ONCE AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Lübke Vázquez CF¹, Lara Franco L¹, Cillero Moneo R¹, Velasco Ballesta A¹, Villagra Campos I¹, Rivera Marchán P¹, Saavedra Santana P² y Romero JL¹

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 factores de riesgo desarrollo isquemia cerebral tardía (ICT) en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) en una UCI neurotraumática. Tras 11 años.

Métodos: Estudio prospectivo desde octubre 2013 a diciembre 2024, en una UCI neurotraumática de 10 camas. Analizamos: datos demográficos: datos neurológicos; localización y tamaño del aneurisma; presencia hematoma intracraneal; presencia y volumen hemorragia intraventricular; días para desarrollar vasoespasmo; escala de Fisher, Escala de Fisher modificada (FM), escala de Hunt y Hess (HH), escala de World Federation of Neurosurgeons (WFNS); retraso en ingreso UCI; tratamiento del aneurisma; complicaciones y otros factores. Se realizó un estudio estadístico univariado. Se utilizó el procedimiento de árbol de clasificación y regresión (CART). La significación estadística se fijó en $p < 0,05$. Los datos se analizaron utilizando el paquete R, versión 4.2.1.

Resultados: Se analizaron 291 pacientes con HSA, y 66 (22,6%) desarrollaron ICT. Se describen en tabla las características de los pacientes. Los que tuvieron aneurisma de la arteria Comunicante Posterior (AcoP), retraso en el ingreso postsangrado, clipaje, estado estuporoso, orientado, anisocoria, ventilación mecánica (VM) > 7 días, Glasgow Coma Score (GCS) menor al ingreso en urgencias y en UCI y APACHE II, SOFA al ingreso así como las escalas de FM, HH y WFNS se asociaron significativamente a ICT. La complicación más frecuente fue infarto cerebral (71,2%). En UCI fallecieron 18 (27,3%) pacientes con HSA e ICT. La mortalidad no fue significativamente mayor en pacientes con ICT. El árbol de decisión mostró que la probabilidad descendió al 6,2% en los pacientes con un FM < 3 , mientras que aumenta al 27% en los que tienen un FM ≥ 3 . En pacientes con HSA y FM ≥ 3 y HH > 2 , la probabilidad de ICT aumenta al 32% (fig.).

Conclusiones: En nuestra UCI el 22,6% de los pacientes con HSA desarrollaron ICT. Los pacientes con aneurisma de AcoP, retraso en el ingreso postsangrado, clipaje, estado estuporoso, orientado, anisocoria, VM > 7 días, GCS menor al ingreso en urgencias, en UCI y con APACHE II, SOFA, FM, HH y WFNS elevados, se asociaron significativamente a desarrollo ICT. La mortalidad al alta UCI no fue significativamente mayor respecto en los que no desarrollaron ICT. El árbol de decisión mostró que los pacientes con FM ≥ 3 y HH > 2 la probabilidad de ICT aumenta al 32%.

175. IMPACTO DEL ISOFLUORANO EN LA REDUCCIÓN DEL DELIRIUM EN SEDACIÓN PROLONGADA

Morala Vega P, López Pérez L y Escuela Gericó MP

Hospital Universitario Infanta Leonor (C.H. Infanta Leonor), Madrid.

Objetivos: Analizar la prevalencia de *delirium* y el uso de neurolépticos en pacientes con sedación prolongada con isofluorano, comparándolos con los que no lo recibieron.

Figura Póster 174

Tabla 1. Análisis univariado ICT	Isquemia cerebral tardía			p
	HSA N = 291	No N = 225	Si N = 66	
Edad (años)	56.2 ± 13.4	56.9 ± 13.9	54.0 ± 11.4	0.128
Sexo mujer	193 (66.3)	144 (64.0)	49 (74.2)	0.122
APACHE-II ingreso UCI	14.0 ± 7.8	13.4 ± 7.9	16.0 ± 7.3	0.018
SOFA ingreso UCI	2 (0.2, 6.8)	2 (0.5)	4 (1.8)	0.003
EXITUS UCI	45 (15.5)	33 (14.7)	12 (18.2)	0.487
EXITUS Hospital	14 (4.8)	11 (4.9)	3 (4.5)	1
Hipertensión arterial	132 (45.4)	100 (44.4)	32 (48.5)	0.562
Diabetes	28 (9.6)	22 (9.8)	6 (9.1)	0.868
Dislipemia	69 (23.7)	54 (24.0)	15 (22.7)	0.831
Fumador	121 (41.6)	90 (40.0)	31 (47.0)	0.312
Cirugía urgente al ingreso	49 (16.8)	33 (14.7)	16 (24.2)	0.068
Paciente orientado	148 (51.2)	130 (58.0)	18 (27.7)	< 0.001
Paciente alerta	161 (55.3)	137 (60.9)	24 (36.4)	< 0.001
Paciente confuso	44 (15.1)	32 (14.2)	12 (18.2)	0.43
Paciente estuporoso	71 (24.4)	45 (20.0)	26 (39.4)	0.001
Raza negra	2 (0.7)	2 (0.9)	0	1
Midriasis Bilateral	11 (3.8)	9 (4.0)	2 (3.0)	1
Anisocoria	32 (11.0)	19 (8.4)	13 (19.7)	0.01
Ninguna pupila reactiva	17 (5.8)	12 (5.3)	5 (7.6)	0.55
Aneurisma arteria Comunicante anterior	83 (28.5)	62 (27.6)	21 (31.8)	0.5
Aneurisma arteria Comunicante posterior	43 (14.8)	28 (12.4)	15 (22.7)	0.038
Clipaje aneurisma	53 (18.2)	35 (15.6)	18 (27.3)	0.03
Craniectomía descompresiva	14 (4.8)	9 (4.0)	5 (7.6)	0.322
Derivación ventricular externa	141 (48.5)	97 (43.1)	44 (66.7)	< 0.001
Ventilación mecánica > 7 días	93 (32.0)	61 (27.1)	32 (48.5)	0.001
Infarto	84 (28.9)	37 (16.4)	47 (71.2)	< 0.001
Fístula Líquido cefalorraquídeo	19 (6.5)	13 (5.8)	6 (9.1)	0.395
Hidrocefalia	118 (40.5)	83 (36.9)	35 (53.0)	0.019
Ventriculitis	24 (8.2)	14 (6.2)	10 (15.2)	0.02
Isquemia cerebral aguda	24 (8.2)	21 (9.3)	3 (4.5)	0.214
Retraso ingreso postoperatorio	10 (2.24)	9 (2.24)	12 (5.8, 24)	0.043
Vasoespasmo por Doppler	61 (24.9)	32 (17.3)	29 (48.3)	< 0.001
Vasoespasmo por arteriografía	60 (22.1)	23 (11.0)	37 (59.7)	< 0.001
Escala FISHER	4 (3, 4)	4 (3, 4)	4 (3, 4)	0.127
Escala FISHER modificada	4 (3, 4)	3 (2, 4)	4 (3, 4)	0.001
Escala HUNT y HESS	2 (1, 4)	2 (1, 3)	3 (2, 4)	< 0.001
Escala WFNS	2 (1, 4)	1 (1, 4)	3 (1, 5)	0.002
GCS lugar	15 (12, 15)	15 (13, 15)	14 (9, 15)	0.065
GCS urgencias	14 (9, 15)	14 (10, 15)	12 (7, 15)	0.007
GCS ingreso en UCI	14 (4, 15)	14 (6, 15)	9 (3, 15)	0.005

Datos son medias ± DS, medians (RIQ) y frecuencias (%). HSA: Hemorragia subaracnoidea; ICT: isquemia cerebral tardía

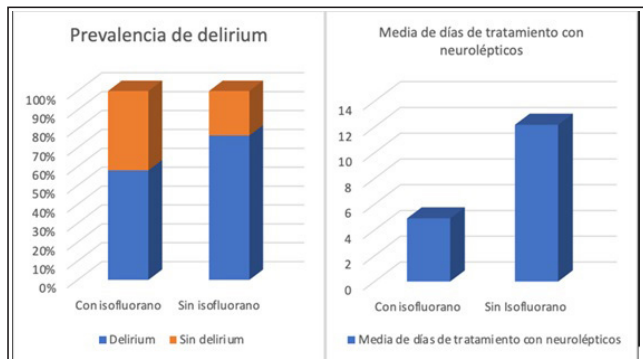
Métodos: Se han analizado los pacientes que han precisado sedación de más de 72 horas en una UCI médica de 8 camas entre 2023 y 2024. Asimismo, se han dividido en 2 grupos, aquellos en los que se ha utilizado isofluorano y aquellos en los que no. Se ha contabilizado el número de días con *delirium* (escala CAM-ICU), su tipo y los días de tratamiento neuroléptico utilizado para su control. Además, se recogieron características basales de los grupos: sexo, edad, días de ingreso en UCI, días de ventilación mecánica invasiva, gravedad al ingreso (escala APACHE II), días de tratamiento con otros sedantes, analgésicos y relajantes musculares, así como sus dosis máximas. Para evaluar si hay diferencias significativas se ha utilizado el test exacto de Fisher para variables cualitativas y la U-Mann Whitney para las cuantitativas.

Resultados: 34 pacientes con sedación prolongada, 17 con isofluorano de los que se analizaron 11 por fallecer el resto antes de poder evaluar el *delirium* y 17 sin isofluorano. Los grupos no diferían en las características basales, valores reflejados en la tabla. La prevalencia de *delirium* fue en el grupo de isofluorano del 58% (hiperactivo 42,85%, hipoactivo 42,85% y mixto 14,28%) y en el grupo sin isofluorano del 76,47% (hiperactivo 46,15%, hipoactivo 23,07% y mixto 30,76%), sin significancia estadística (p 0,67). La media de días con *delirium* fue de 3,76 (DE 1,18) en el grupo con isofluorano y de 4 (DE 1,7) en el otro, sin significancia estadística (p 0,81). La media de días que precisaron tratamiento neuroléptico fue 4,9 (DE 2,12) en el grupo con isofluorano y de 12,17 (DE 4,33) en el otro, sin significancia estadística (p 0,28).

Conclusiones: Los pacientes con sedación prolongada que usaron isofluorano presentaron menor prevalencia de *delirium* y precisaron de menos días de tratamiento con neurolépticos para su control que el grupo sin isofluorano. Aunque no se demostró una diferencia estadísticamente significativa posiblemente por el pequeño tamaño muestral.

TABLA 1:

	GRUPO ISOFLUORANO	GRUPO SIN ISOFLUORANO	p valor
SEXO	10 HOMBRES; 1 MUJER	10 HOMBRES; 2 MUJERES	p 0,09
EDAD	65,27 (DE 3,58)	55,76 (DE 3,76)	p 0,13
DÍAS DE INGRESO EN UCI	22,72 (DE 5,80)	23,75 (DE 5,05)	p 0,94
DÍAS DE SEDACIÓN PROFUNDA	9 (DE 6,79)	5,23 (DE 1,15)	p 0,14
DÍAS DE SEDACIÓN SUPERFICIAL	2,54 (DE 1,1)	3,23 (DE 0,85)	p 0,19
APACHE II	18,18 (DE 1,44)	15,47 (DE 2,41)	p 0,35
DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA	14,09 (DE 3,85)	16,88 (DE 4,65)	p 0,88
PROPOFOL	7 pacientes Media de días 3,25 (DE 1,31) Media dosis máxima 2,32 mg/Kg/h (DE 0,43)	17 pacientes Media de días 6,11 (DE 1,18) Media dosis máxima 2,45 mg/Kg/h (DE 0,19)	p 0,01 p 0,04
MIDAZOLAM	2 pacientes Media de días 1 (DE 0) Media dosis máxima 11 mg/h (DE 3)	9 pacientes Media de días 4,11 (DE 1,17) Media dosis máxima 9,11 mg/h (DE 1,66)	p 0,58 p 0,11 p 0,06
DEXMEDETOMIDINA	7 pacientes Media de días 5,87 (DE 2,7) Media dosis máxima 0,97 mcg/Kg/h (DE 0,14)	17 pacientes Media de días 5,35 (DE 1,32) Media dosis máxima 0,91 mcg/Kg/h (DE 0,07)	p 0,16 p 0,88 p 0,53
FENTANILO	11 pacientes Media de días 10,18 (DE 2,94) Media dosis máxima 49,9 mcg/h (DE 3,55)	17 pacientes Media de días 9,58 (DE 1,85) Media dosis máxima 47,64 mcg/h (DE 3,90)	p 1 p 0,74 p 0,32
REMIFENTANILO	4 pacientes Media de días 1,25 (DE 0,25) Media dosis máxima 0,1 mcg/Kg/min (DE 0,02)	2 pacientes Media de días 1,5 (DE 0,5) Media dosis máxima 0,07 mcg/Kg/min (DE 0,01)	p 0,17 p 0,77 p 0,81
CISATACURIO	4 pacientes Media de días 8,75 (DE 2,13) Media dosis máxima 9 mg/Kg/h (DE 1,22)	3 pacientes Media de días 5,66 (DE 4,17) Media dosis máxima 16 mg/Kg/h (DE 4)	p 0,20 p 0,47 p 0,11



176. DESENLACES DE ENFERMOS CRÍTICOS CIRRÓTICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO PROSPECTIVO E INTERNACIONAL DEL VENTILAGROUP

Cerezal Gómez G¹, Muriel A², Gómez Rubio M¹, Frutos Vivar F¹ y Peñuelas O¹

¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Evaluar la práctica clínica y los desenlaces en enfermos críticos con cirrosis hepática como comorbilidad que ingresan en unidades de cuidados intensivos (UCI) con necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI).

Métodos: Estudio de cohortes, prospectivo, multicéntrico e internacional que incluyó enfermos adultos consecutivamente ingresados (1/ octubre/2022-30/junio/2024) en 457 UCI de 42 países que recibieron VMI durante más de 12 horas. Se recopilaron datos demográficos y clínicos de cada paciente al inicio de la VMI y diariamente durante la primera semana en el transcurso de la VMI hasta el alta de la UCI. El estudio fue avalado por SEMICYUC. Análisis estadístico: los datos son expresados con media y desviación estándar (DE) o mediana y p25 y p75 y porcentajes, según corresponda. Se realizó un modelo logístico estimativo para evaluar el efecto de la cirrosis en la mortalidad en UCI. Los valores se expresan en *odds ratio* (OR) con intervalo de confianza (IC) al 95%.

Resultados: Existía el antecedente de cirrosis en el 5% de los pacientes (363/7239). Este antecedente era más frecuente varones (75 vs. 62%, p < 0,001) y en pacientes más jóvenes (59 ± 12 años vs. 61 ± 18 años, p = 0,01) (tabla 1). Los cirróticos presentaron más frecuentemente en UCI sepsis (25,6 vs. 16,5%, p < 0,001) y fallos de órgano (tabla 2). No existieron diferencias entre el tiempo de estancia en UCI o la hospitalaria. Los pacientes con cirrosis mostraron una mayor mortalidad en UCI (42,2 vs. 31,7%, p < 0,001), intrahospitalaria (49,5 vs. 37,1%, p < 0,001) y a los 6 meses (63,9 vs. 40,3%, p < 0,001). Los cirróticos mostraron un riesgo de mortalidad en UCI ajustado con OR de 1,64 (IC95% 1,35 a 2,08, p < 0,001).

Conclusiones: Este estudio demuestra que entre los pacientes que requieren VMI los cirróticos tienen un pronóstico más desfavorable que aquellos sin cirrosis. La cirrosis se asocia independientemente con un incremento de las complicaciones y mortalidad en la UCI. Igualmente presenta una mayor mortalidad hospitalaria y tras el alta.

	Cirróticos (N=363)	No cirróticos (N=6876)	p valor
Edad, años, media, DE	59 (12)	61 (18)	0,010
Sexo, varón, n (%)	271 (75%)	4263 (62%)	<0,001
SAPS3 al ingreso, puntos, media, DE	72 (19)	63 (20)	<0,001
Motivo de inicio de ventilación mecánica, n (%)			
Aspiración	19 (5)	191 (3)	0,007
Sepsis	54 (15)	614 (9)	<0,001
SDRA	27 (7)	414 (6)	0,271
Parámetros bioquímicos al ingreso UCI			
Lactato, mmol/L, mediana (p25, p75)	3,2 (1,7, 7,3)	2 (1,2, 3,7)	<0,001
PaO ₂ /FIO ₂ , mediana (p25, p75)	210 (150, 315)	210 (132, 300)	0,024
Albumina, gr/mL, mediana (p25, p75)	2,7 (2,3, 3,2)	3,1 (2,6, 3,6)	0,230
PCR, mediana (p25, p75)	26 (8, 79,5)	29 (6, 118)	0,010
SOFA al ingreso UCI, puntos, mediana (p25, p75)	9 (6, 12)	7 (4, 10)	<0,001
Parámetros ventilatorios a día 1			
Volumen tidal, mL, media (DE)	460 (114)	446 (87)	0,006
Presión meseta, cm agua, media (DE)	19 (5)	19 (5)	0,188
PEEP, cm agua, media (DE)	6 (5, 8)	6 (5, 8)	0,210

Tabla 1. Características basales

	Cirróticos (N=363)	No cirróticos (N=6876)	p valor
Complicaciones durante ingreso UCI, n (%)			
SDRA	26 (7,1%)	507 (7,3)	0,881
Sepsis	93 (25,6%)	1139 (16,5%)	<0,001
Sangrado úlcera estrés, n (%)	8 (2,2%)	117 (1,7%)	0,474
Delirium, n (%)	73 (20,1%)	952 (13,8%)	0,001
Tromboembolismo pulmonar, n (%)	3 (0,8%)	51 (0,7%)	0,855
Disfunciones de órganos durante ingreso UCI (SOFA > 2ptos), n (%)			
Disfunción hepática	102 (28,1%)	534 (7,7%)	<0,001
Disfunción cardiovascular	298 (81,3%)	4438 (64,5%)	0,001
Disfunción renal	131 (36,1%)	1594 (23,1%)	<0,001
Técnica de re-emplazo renal continua	108 (29,7%)	1143 (16,6%)	<0,001
Disfunción hematológica	110 (30,3%)	731 (10,6%)	<0,001
Desenlaces clínicos			
Extubación, n (%)	153 (42,1%)	3199 (46,5%)	0,212
Reintubación, n (%)	19 (5,2%)	598 (8,7%)	0,051
Duración estancia UCI, días, mediana (p25, p75)	7 (3, 15)	8 (4, 17)	0,201
Mortalidad UCI, n (%)	154 (42,2%)	2179 (31,7%)	<0,001
Decisión retirada medidas de soporte vital, n (%)	76 (20,9%)	908 (13,2%)	<0,001
Mortalidad hospital, n (%)	178 (49,0%)	2465 (35,8%)	<0,001
Duración estancia hospital, días, mediana (p25, p75)	16 (7, 31)	17 (8, 31)	0,506
Mortalidad 6 meses, n (%)	232 (63,9%)	2771 (40,3%)	<0,001

Tabla 2. Complicaciones y desenlaces clínicos

177. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y SUPERVIVENCIA DE LA HEPATITIS FULMINANTE TRATADA CON RECAMBIO PLASMÁTICO

Toapanta D¹, Charry P¹, Jiménez N¹, Bassegoda O¹, Zapatero J¹, Reverter E¹, Cid J¹, Lozano M² y Fernández J¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ²Hospital de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: La hepatitis fulminante (HF) se caracteriza por un deterioro agudo de la función hepática con aparición de encefalopatía, en ausencia de cirrosis. Aunque el trasplante hepático constituye el único tratamiento curativo, la escasez de donantes subraya la necesidad de terapias adicionales. El recambio plasmático (RP) parece mejorar la supervivencia libre de trasplante hepático emergente (THE). Nuestro objetivo es describir los resultados clínicos de una cohorte de pacientes con HF tratados con RP.

Métodos: Se realizó un estudio unicéntrico retrospectivo que incluyó a 44 pacientes con HF tratados con RP entre enero de 2010 y diciembre de 2024. Se analizaron características clínicas, comorbilidades, etiología, evolución clínica, número de sesiones de RP, necesidad de trasplante hepático y supervivencia.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 45,3 ± 16,5 años, predominando el sexo femenino (61%). La comorbilidad más frecuente fueron los trastornos psiquiátricos (29,5%). El 61,3% de los casos fueron hiperagudos (intervalo ictericia-encefalopatía < 7 días), con la toxicidad por paracetamol como la principal etiología (29,5%). El puntaje MELD promedio fue de 34,4 ± 8,8, y la mediana del SOFA fue de 8 (5-13). Al inicio del RP, el 51,1% de los pacientes presentaban encefalopatía hepática III-IV. El 72% desarrolló lesión renal aguda, y el 43,1% requirió terapia de reemplazo renal. El 61,3% necesitó vasopresores y el 50% ventilación mecánica. En cuanto a las sesiones de RP el 68,1% de los pacientes recibió entre 1 y 3 sesiones, el 29,5% entre 4 y 6, y el 2,2% más de 7. El volumen de plasma intercambiado correspondió a 1,5 volúmenes plasmáticos por sesión utilizando plasma fresco congelado. La mediana de estancia en la UCI fue de 11 días (7-14). La mediana de estancia en hospitalización fue de 13 días (9-27). La supervivencia global fue del 59,1%. De los 44 pacientes, 11 fueron incluidos en lista de trasplante hepático, y todos ellos fueron trasplantados (81,9% de supervivencia en este grupo). De los 33 pacientes que no fueron listados, debido principalmente a contraindicaciones médicas o mejoría clínica, 17 sobrevivieron (51,6%).

Conclusiones: El RP es una terapia eficaz en la hepatitis fulminante, ofreciendo una supervivencia significativa del 51,6% en pacientes no trasplantados. Aunque el trasplante hepático sigue siendo el tratamiento definitivo, el RP se destaca como una opción clave para estabilizar y mejorar el pronóstico en pacientes con contraindicaciones o recuperación espontánea.

178. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. ESTUDIO OPICU

Barbero Garrote S¹, García García M¹, Blanco Schweizer P¹, Herrán Monge R¹, Cacho Dueñas M¹, Ticona Espinoza TG¹, Dueñas Ruiz A¹, García Miguel Á², Corbato García Á³ y Enríquez Giraudo P¹

¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ²Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C.A.U. de Salamanca), Salamanca. ³Hospital General Río Carrión (C.A.U. de Palencia), Palencia.

Objetivos: 1. Analizar las características clínicas y evolutivas de los pacientes mayores de 75 años ingresados en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI). 2. Identificar los factores relacionados con mortalidad en UCI.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico (4 centros). Se incluyen los pacientes mayores de 75 años ingresados en el SMI desde 1/02/2024 hasta 1/11/2024. Se analizan variables clínico-epidemiológicas, scores de fragilidad y funcionalidad, uso de recursos, adecuación de tratamiento de soporte vital (ATSV), estancia y mortalidad. Análisis estadístico: χ^2 o U de Mann-Whitney y se expresan resultados como frecuencias, mediana (P₂₅-P₇₅). Análisis independiente de pacientes cardiológicos (alteración ritmo y cardiopatía isquémica) por resultados en estudio retrospectivo (1), donde se observaron diferencias significativas en la evolución. Se realiza un modelo de regresión logística hacia atrás incluyendo las variables con p < 0,2 análisis univariante.

	OR	IC (95%)	p
Sexo (varón)	3,7	1-13	0,04
Glasgow Coma Score (GCS) ingreso	0,45	0,3-0,8	< 0,01
IMC	0,9	0,7-1,1	0,15
APACHE II	1,1	1,1-1,2	0,03
TCRR	7,2	1,3-38,7	0,02
BZP	4,9	1,4-17,1	0,01
ATSV estancia	16,9	4,4-64,6	0,01
Fallo multiorgánico (FMO)	6,8	1,4-32,7	0,02

Resultados: N = 296. 80 (77-83) años. Varones 62%. 80% Barthel > 75. 20% CFS ≥ 5. IMC 26 (23-29). Motivo ingreso: cardiológico (C) 21%; neurológico 18%; respiratorio 11%. APACHE II 19 (15-25). SOFA 4 (2-7); SOFA (C) 2 (0-3) vs. 5 (3-7) otras causas (P); p < 0,01. ATSV ingreso 11%. Estancia UCI 3 (2-7) días. Ventilación mecánica invasiva (VMI) 37%; 3 (1-12) d. Vasoactivos 43%; 3 (2-5) d. Terapia continua reemplazo renal (TCRR) 8,5%; 4 (3-8) d. Sedación > 48 horas 20%. Benzodiacepinas (BZP) 12,5%. ATSV estancia 19%. Mortalidad UCI 12% (1% C vs. 15% P; p < 0,01). Mor-

talidad hospitalaria 19% (10% C vs. 21% P; $p = 0,06$). Modelo de regresión descrito en tabla (pseud R^2 0,57; AUC ROC 0,95). El fracaso renal agudo se comporta como predictor independiente $p < 0,001$.

Conclusiones: Los ancianos presentan alto consumo de recursos y baja mortalidad global en UCI respecto a la literatura, siendo menor en pacientes cardiológicos. Variables asociadas de forma independiente a mortalidad: sexo masculino, APACHE II, TCRR, uso de BZP y FMO durante el ingreso. GCS ingreso factor protector. Alta capacidad discriminativa del modelo predictivo.

179. EFICACIA DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO TÓPICO PARA REDUCIR HEMATOMAS DE BOLSILLO EN IMPLANTE DE MARCAPASOS EN PACIENTE ANTICOAGULADOS

Manso Álvarez M¹, Cerezo Mejías AE², Alonso Fernández MÁ¹, Martínez González O¹, Vizuet Medrano T², Martínez Díaz C³, Fernández Zamorano MT¹, Barrios Huertas MV¹, Cortina Gómez JJ⁴ y Bartolomé Martín I⁵

¹Hospital del Tajo, Madrid. ²Hospital General la Mancha Centro, Ciudad Real. ³Hospital Príncipe Asturias, Madrid. ⁴Hospital General de Segovia (C.A. de Segovia), Segovia. ⁵Universidad San Pablo-CEU, Madrid.

Objetivos: El hematoma de bolsillo (BH) es una complicación con una incidencia en pacientes anticoagulados que puede superar el 40%. Esto condiciona mayor riesgo de complicaciones infecciosas y reintervenciones quirúrgicas, por tanto, es importante investigar nuevas terapias que lo reduzcan. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de BH así como otras complicaciones en pacientes anticoagulados y comprobar la eficacia del ácido tranexámico (TXA) tópico para disminuirlas.

Métodos: Ensayo clínico doble ciego multicéntrico. Se incluyeron 61 pacientes anticoagulados que mantuvieron dicho tratamiento periprocedimiento. Se aleatorizaron en un grupo placebo y otro grupo de paciente en los que se aplicó TXA local durante el implante. Se recogieron sus datos demográficos, tipo de anticoagulación, antiagregación, complicaciones intraquirúrgicas. Se recogieron complicaciones a los 7, 15, 30 y 180 días posimplante. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS26. Se utilizaron las pruebas χ^2 , t de Student y regresión logística binaria dependiendo de la variable estudiada. Se asumió la significación estadística si la p valor fue menor de 0,05.

Resultados: La mediana de edad de pacientes fue 81,3 años (75,8-85,4), el 55,4% fueron hombres, el 91,8% HTA, 72,1% DL, una mediana de IMC 27,9 (25,4-31), un 24,6% recibían además antiagregación. No hay diferencias basales significativas en ambos grupos de estudio, excepto IMC. La incidencia de hematoma en nuestro ensayo fue 36% (22 BH). En el grupo TXA se objetivaron 10 BH (45,5%) vs. 12 BH (54,5%) del grupo placebo, sin alcanzar significación estadística. La mayor incidencia de BH se objetivó al séptimo día del implante. A los 6 meses no se detectaron complicaciones. En el estudio univariante lo único que aumentó el riesgo de sangrado fue la menor edad. Si la edad disminuye un año y el resto de parámetros permanece constante, el riesgo de tener hematoma de bolsillo aumenta un 8,8% (OR 0,919; IC95%: 0,848-0,996; $p = 0,043$). No se detectaron complicaciones infecciosas ni hemorrágicas graves, solo un paciente precisó transfusión de hematíes, sin ninguna necesidad de reintervención. No hubo ninguna complicación asociada al uso de ATX.

Conclusiones: En nuestro ensayo clínico la incidencia de BH en paciente anticoagulados fue del 36%. No se detectaron complicaciones infecciosas ni hemorrágicas graves. No hubo ninguna complicación asociada al uso de ATX. No se puede demostrar una reducción de incidencia de BH con el uso de ATX tópico, por no alcanzar significación estadística. Se necesitan estudios con mayor tamaño muestral para valorar su efectividad.

180. SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON SEDACIÓN PROFUNDA. ESTUDIO DE COHORTES

Corbalán Sánchez C, González López AF, Martínez Encinas P, Martín de las Blancas Concepción M, Nieto Conesa PA, Portillo C, Simón D, Oliver Hurtado B, Relucio MDLA y Giménez-Esparza Vich C

Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.

Objetivos: Describir y comparar la aparición a largo plazo del síndrome poscuidados intensivos (SPCI) y sus diferentes dominios, en dos cohortes de pacientes sedados profundamente con fármacos iv vs. inhalados > 48 h. Hipótesis: la sedación profunda y determinados fármacos sedantes influye en el desarrollo de SPCI.

Métodos: Estudio observacional analítico descriptivo y comparativo prospectivo de cohortes (sedación iv ($n = 82$) con propofol, midazolam y/o ketamina vs. sedación inhalatoria ($n = 31$) con isoflurano), de pacientes ingresados en una UCI polivalente de 14 camas, durante el periodo comprendido entre enero 2018 y diciembre 2024, con sedación profunda > 48 h y seguidos en consulta Post-UCI presencial a los 6 meses del alta hospitalaria. Se analizan en ambas cohortes variables sociodemográficas: edad y sexo; clínicas: gravedad (SAPS III) y comorbilidad (índice Charlson) al ingreso, estancia media en UCI y en planta de hospitalización, reintegro hospitalario al año y presencia de infección por COVID-19, SDRA y/o shock séptico al ingreso; analgésicos y BNM; y variables relacionadas con los diferentes dominios del SPCI (dominio físico con Escala Barthel; dominio psicológico (ansiedad y depresión) con HADS y estrés postraumático (TEPT) con la escala de TEPT; y dominio cognitivo con MOCA) y calidad de vida con SF-12. Las variables se analizan mediante el programa SPSS. Las categóricas se expresan en porcentajes, y las continuas en media y desviación estándar mediante el test de chi-cuadrado, con un nivel de significación estadística $p < 0,05$. Se emplea la técnica de regresión logística binaria para el cálculo de la *odds ratio* (OR), el intervalo de confianza (IC) y su nivel de significación ($p < 0,05$).

Resultados: Se presentan en las tablas.

Estadística descriptiva.

	PACIENTES SEDACIÓN PROFUNDA <48H n = 113	SEDACIÓN IV n = 82	ISOFLURANO n = 31	P<0,5
EDAD	58,66 ± 14,91	59,9 ± 13,1	54,7 ± 15,1	0,085
SEXO, HOMBRES n (%)	71 (62,8%)	51 (62,2%)	20(64,5%)	0,820
CHARLSON >2	41 (36,3)	32 (39)	9 (29)	0,324
SAPS 3	58,76 ± 12,35	55,74 ± 15,45	59,68 ± 11,89	0,152
COVID-19	43 (38,1%)	28 (34,1%)	15 (48,4%)	0,164
SDRA	77 (68,1%)	55 (67,1%)	22 (71%)	0,692
SHOCK SÉPTICO	72 (63,7%)	54 (65,9%)	18 (58,1%)	0,442
Días de UCI	25 [21-30]	15 [10-33]	18 [13-58]	0,03
Días hospitalización	40 [34-46]	30 [20-52]	32 [23-86]	0,13
Reingreso hospitalario en 1 año, n (%)	24 (25%)	20 (27,8%)	4 (16,7%)	0,27
Mortalidad en 1 año, n (%)	3 (2,9)	3 (3,8)	0 (0,0)	0,017
Fentanilo, n (%)	108 (95,6%)	77 (93,9%)	31 (100%)	0,32
Dosis mcg/kg/h (mediana)		2	1,7	0,439
Relajante muscular, n (%)	50 (44,2%)	33 (40,2%)	17 (54,8%)	0,163
Dosis mg/kg/h (mediana)		0,07	0,05	0,04

Estadística comparativa de cohortes.

	PACIENTES SEDACIÓN PROFUNDA >48H n = 113	SEDACIÓN IV n = 82	ISOFLURANO n = 31	P<0,5	OR ajustada (IC 95%)
SPCI, n (%)	87 (77%)	65 (79,3%)	22 (71%)	0,35	0,487 (0,175-1,356)
Dependencia funcional (Barthel), n (%)	44 (38,9%)	36 (43,9%)	8 (25,8%)	0,078	0,227 (0,062-0,831)
Calidad de vida SF-12 <50, n (%)	51 (46,7%)	38 (46,3%)	13 (41,9%)	0,805	0,898 (0,383-2,108)
Ansiedad (HADS), n (%)	26 (23%)	22 (26,8%)	4 (12,9%)	0,11	0,419 (0,118-1,486)
Depresión (HADS), n (%)	21 (18,6%)	17 (20,7%)	4 (12,9%)	0,34	0,443 (0,133-1,475)
SEPT, n (%)	18 (15,9%)	15 (18,3%)	3 (9,7%)	0,38	0,364 (0,095-1,392)
Deterioro cognitivo (MOCA), n (%)	30 (26,5%)	24 (29,3%)	6 (19,4%)	0,28	0,505 (0,177-1,440)

Conclusiones: Los pacientes sedados profundamente > 48 h, seguidos en consulta pos-UCI, presentan mayores índices de gravedad y morbilidad, siendo el motivo de ingreso más frecuente el SDRA. En nuestra población de pacientes con sedación profunda > 48 h, el uso de isoflurano podría constituir un factor protector para el desarrollo de SPCI, aunque se necesita más investigación con análisis de una mayor población de muestra.

181. DISFUNCIONES DE PLAQUETAS Y NEUTRÓFILOS COMO CONTRIBUIDORES CLAVE A LA GRAVEDAD DE LA SEPSIS

Mulet Gual M¹, Castro Gallardo P², Osuna-Gómez R¹, Álvarez Viloria Á², Vera Artázcoz P², Torrens Sonet M², Rodríguez Farré N², Vilalta N², Vidal Alcorisa S¹ y López-Contreras González J²

¹Institut de Recerca Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Analizar los factores solubles liberados por las plaquetas (PLT) y su interacción con las células inmunes, para entender los mecanismos fisiopatológicos de la sepsis y evaluar su potencial como biomarcadores de severidad y pronóstico en pacientes sépticos.

Métodos: Análisis observacional prospectivo, no intervencionista y multicéntrico. Se incluyeron 49 pacientes sépticos y 18 pacientes no sépticos procedentes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y del servicio de urgencias, además de 20 voluntarios sanos como grupo control. En los pacientes, se recogieron muestras de sangre basal dentro de las primeras 12 h tras el ingreso hospitalario, y en el caso de los pacientes sépticos, también a las 24 h. Las concentraciones de factores plaquetarios se cuantificaron mediante ELISAs específicos, mientras que los niveles de complejos leucocito-PLT se determinaron mediante citometría de flujo. El análisis estadístico se realizó utilizando GraphPad 8 y SPSS, se utilizó la prueba de ANOVA con corrección de Bonferroni (datos paramétricos) y la prueba de Kruskal-Wallis con corrección *post hoc* de Dunn (datos no paramétricos). Todas las pruebas se evaluaron como significativas con un valor $p < 0,05$.

Resultados: Los niveles de complejos neutrófilo-PLT y monocito-PLT eran significativamente menores en los pacientes sépticos en comparación con los controles sanos, mientras que los niveles de linfocito-PLT fueron similares en los tres grupos. Los pacientes sépticos presentaron niveles plasmáticos más elevados de sCD40L, PF4 y VEGF ajustado por número de PLTs en comparación con los no sépticos (fig. 1). Además, los pacientes con sepsis de origen urinario mostraron niveles más altos de sCD40L en comparación con aquellos con sepsis abdominal y las infecciones por grampositivos presentaron mayores niveles de complejos monocito-PLT en comparación con las gramnegativas. En términos de pronóstico, un análisis basado en árboles de decisión y curvas ROC reveló que una ratio elevada de sP-selectina/PDGF a las 24 h se asociaba con un peor pronóstico a los 60 días (fig. 2).

Conclusiones: Las alteraciones en los niveles de complejos plaqueta-leucocito y factores solubles como sCD40L, P-selectina y PDGF aportan información sobre la disfunción inmunitaria y hemostática, posicionando la ratio P-selectina/PDGF como un posible marcador pronóstico en pacientes sépticos.

182. EVALUACIÓN DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE NEUROTOXICIDAD ASOCIADA A CÉLULAS INMUNOEFFECTORAS

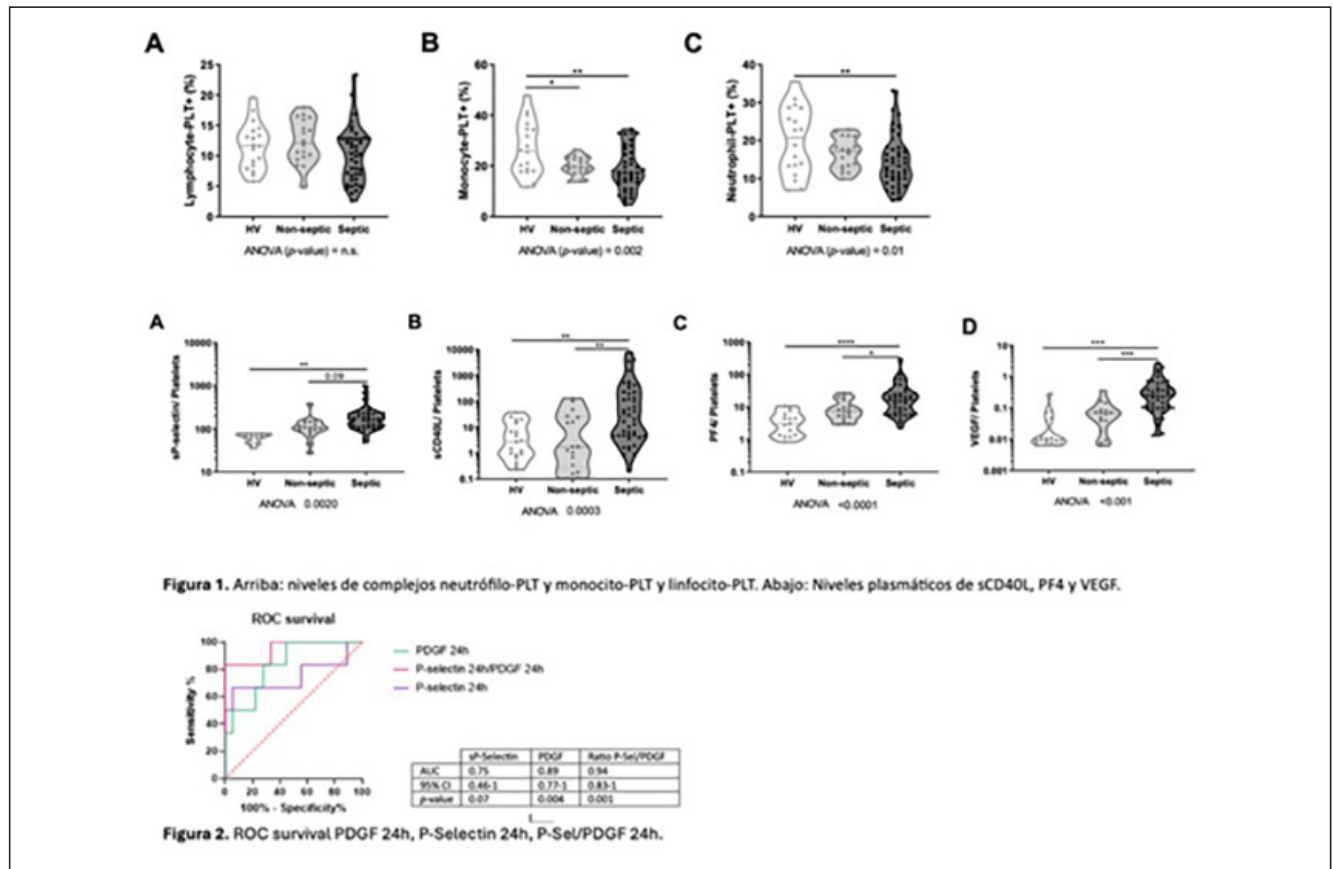
Martínez Matencio J, Muñiz Marcelo MM, Aldabó Pallás T, Tineo Martínez B, De la Cruz Vicente F, Delgado Serrano J, Martín Domínguez FM, Pérez Simón J, Garnacho Montero J y Ferrigno Bonilla G

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

Objetivos: Descripción de nuestra serie de pacientes con complicación de síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras (ICANS) tras terapia con células T con receptores quiméricos de antígeno (CAR-T).

Métodos: Estudio retrospectivo realizado entre diciembre de 2019 y diciembre de 2024. Se recogieron datos clínicos y complementarios de pacientes con ICANS ingresados en UCI tras recibir terapia CAR-T. Las variables analizadas incluyeron grado de ICANS, el tiempo transcurrido desde la infu-

Figura Póster 181



sión de CAR-T hasta la aparición de síntomas, tratamiento y necesidad de medidas invasivas, así como los resultados de punciones lumbares y estudios de líquido cefalorraquídeo (LCR) y pruebas de imagen (TAC).

Resultados: De los 247 pacientes tratados con CAR-T desde el inicio del programa, un 25% (62) requirieron ingreso en UCI, de los cuales un 74% (45) fueron por ICANS. De estos, un 47% (21) fueron hombres y un 53% (24) mujeres. El intervalo promedio desde la infusión hasta el inicio de los síntomas fue de 8 días. En cuanto al grado de ICANS, un 6% (3) ingresó con grado 1, un 11% (5) con grado 2, un 58% (26) con grado 3 y un 25% (11) con grado 4. Todos los pacientes recibieron profilaxis anticomial con levetiracetam. Todos precisaron corticoterapia y un 47% (21) añadir Anakinra al tratamiento. Un 22% (9) requirió intubación orotraqueal por bajo nivel de conciencia con una media de 11 días de ventilación mecánica. De las punciones lumbares realizadas (38), solo 1 caso mostró aislamiento microbiológico positivo (virus herpes humano 6). Se observó hiperproteínoorraquia en LCR en la mayoría de los casos evaluados. Solo se evidenciaron dos casos de complicaciones hemorrágicas (hemorragia subaracnoidea y colección hemática frontoparietal) del total de TACs realizados (43). La mortalidad en UCI fue del 11% y la estancia media de 7 días.

Conclusiones: El manejo de ICANS en pacientes tratados con CAR-T implica un abordaje multidisciplinario y el uso de terapias específicas. Las pruebas complementarias, como el análisis del LCR y las pruebas de imagen, resultan herramientas clave para el diagnóstico diferencial, aunque los hallazgos microbiológicos son muy infrecuentes.

16:35-18:05 h

AUDITORIO 3

POSTERES ORALES

CIRUGÍA CARDIACA 2

Moderadores: José Luis Pérez Vela, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid/
Rocío Amézaga Menéndez, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

183. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON ECMO POSCARDIOTOMÍA

Sánchez Martín L¹, Fernández Zamora MD¹, García Delgado M², Herruzo Avilés A³, Torres Delgado EM⁴ y Curiel Balsea E¹

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C.H.U. Regional de Málaga), Málaga.

²Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C.H.U. Virgen de la Nieves), Granada.

³Hospital Universitario Virgen del Rocío (C.H.U. Virgen del Rocío), Sevilla.

⁴Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba.

Objetivos: Analizar los pacientes que han precisado asistencia mecánica de VI tras cirugía cardiovascular y los factores relacionados con la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de todos los pacientes incluidos en el registro ARIAM de cirugía cardíaca desde 2009 hasta noviembre 2023 que fueron tratados con dispositivos de asistencia mecánica tras someterse a cirugía cardíaca. Las variables cualitativas se expresan como número y porcentaje y las cuantitativas como media y desviación típica. Para el análisis bivariante se han utilizado los test de chi-cuadrado y t de Student según necesidad con un error alfa máximo del 5%. Para el análisis multivariante se ha empleado regresión logística binaria. Para la calibración del modelo se ha empleado el test de Hosmer Lemeshow y para la discriminación, el análisis de la curva ROC.

Resultados: Se han analizado 239 pacientes, un 65,3% hombres, con una edad media de 55 ± 14 años. El 10% fue cirugía de revascularización, 38,5% valvulares y el 7,1% cirugías combinadas, siendo el resto cirugías sobre la aorta torácica, congénitas, complicaciones del infarto o trasplante cardíaco. La mortalidad en UCI fue del 50,2% (120 pacientes). Un 12,1% precisó BClAo concomitantemente, el 28,5% desarrolló fracaso renal que precisó HDFVVC, el 33,5% precisó reintervención quirúrgica, el 49% politransfusión. Encontramos relación con la mortalidad en el tipo de cirugía

valvular OR 2, 01 (IC95% 1,1-3,4), o mixta OR 3,49 (IC95% 1,1-11,04) así como el fallo renal con necesidad de reemplazo renal OR 2,1 (IC95% 1,17-3,74), necesidad de BClAo OR 3,59 (IC. 95% 1,4-8,77), la necesidad de politransfusión OR 4,4 (IC95% 2,5-7,6), la polineuropatía OR 2,08 (IC95% 1,11-4,34) junto con la edad (p = 0,015), la FEVI preoperatoria (p = 0,018) y el SAPS III al ingreso (p = 0,0001). No encontramos relación con la mortalidad el taponamiento, accidente cerebrovascular, necesidad de reintervención o scores específicos de cirugía cardíaca como el EuroSCORE 1 o 2 (p > 0,05). El análisis multivariante mostró como predictores de mortalidad independiente a la edad, el tipo de cirugía valvular o mixta, la politransfusión y la polineuropatía. La calibración del modelo fue buena y la discriminación con AUC ROC de 0,82.

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes con shock poscardiotomía que requieren dispositivos de asistencia ventricular es del 50,2%. La mortalidad está relacionada con la edad, la gravedad al ingreso en UCI medida mediante SAPS score y complicaciones como la polineuropatía o la politransfusión.

184. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA MANIOBRA DE DECÚBITO PRONO EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDIACA EN ADULTOS

Prieto Cabrera A¹, Cantor García AV¹, Palazón Blanco A¹, Morales Sorribas E², Solís Chávez MB¹, Janeiro Lumberras D¹, Castrillo Cortecedo L¹, García-Perrote SC¹, Galbán Malagón MC¹ y Martín Benítez JC¹

¹Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La maniobra de decúbito prono (DP) es efectiva en el manejo del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), pero la evidencia de su uso en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca es limitada. El objetivo del trabajo es analizar la eficacia de la maniobra de DP y sus complicaciones.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que precisaron DP en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca entre 2004 y 2024. Estadística descriptiva y comparación de valores numéricos pareados mediante t de Student, análisis multivariante mediante regresión logística y modelos lineales generalizados. Análisis estadístico realizado con JASP.

Resultados: Se analizaron 39 pacientes. La edad media fue 68 años, 77% fueron varones. El principal motivo de cirugía fue la disección de aorta (31%), seguido de cirugía valvular (23%), cirugía mixta (21%), revascularización coronaria (15%) y endocarditis (8%). El 51% fueron cirugías programadas y 9 pacientes precisaron reintervención, 5 en las primeras 24 h. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue 101,6 minutos, el de clampaje aórtico 64 minutos. La causa más frecuente de SDRA fue la neumonía asociada a ventilación mecánica (49%), seguida del SDRA de causa desconocida (23%), el shock cardiogénico (17%) y el SDRA asociado a transfusión (11%). La mediana de ciclos de DP fue uno, con duración media de 24 h. La PaO₂/FiO₂ previa al DP fue 75, a las 4 h, 174 y al final 185 (p < 0,001). La paCO₂ inicial fue 47 mmHg y a las 6 h 45 mmHg (p0,25). No hubo diferencias en la dosis de soporte vasoadictivo e inotrópico antes y después del DP. El riesgo previo de mediastinitis fue moderado, con una puntuación mediana Med-Score 24 de 8 (RIQ 6-10). Un paciente desarrolló mediastinitis y dehiscencia esternal (2,56%) tras DP. La mortalidad fue 46%, sin diferencias por causa (p 0,068); la estancia media en UCI fue 44 días, la hospitalaria 57 días. En el análisis multivariante, mayor edad y paCO₂ al inicio del DP se asociaron con mayor mortalidad (p 0,016 y p 0,032).

Conclusiones: El DP en el posoperatorio de cirugía cardíaca es una maniobra efectiva y segura, con una incidencia de mediastinitis menor a la prevista para el grupo de riesgo. La mortalidad se asoció con mayor edad y paCO₂ al inicio del DP.

185. IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN LA MORTALIDAD DE LA CIRUGÍA CARDIACA

Sánchez Gutiérrez A, Martín-Jordán García E, Blanco Aguilar V, Ballesteros Saavedra V, Domínguez de la Cruz I, Ruiz Echevarría C, Martínez Rodríguez L, Miravete Lagunes K, Amado Rodríguez L y Muñoz Albaiceta G

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Estudiar la asociación entre las concentraciones de partículas en el aire y la mortalidad en el posoperatorio inmediato tras cirugía cardíaca.