

medicina *intensiva*

www.elsevier.es/medintensiva



MIÉRCOLES, 12 DE JUNIO

Comunicaciones orales

09:00 a 10:30 h - Tribuna Izquierda
Infección/Antibióticos/Trauma

462. RESULTADOS DEL REGISTRO ENVIN-HELICS EN AL AÑO 2012. PRINCIPALES OBSERVACIONES

M.J. López Pueyo^a, M. Palomar Martínez^b, F. Álvarez Lerma^c, A. Colomar Ferrà^d, A. Martínez Pellús^e, A. Atenazan Seis Dedos^f, P. Olaechea Astigarraga^g, I. Seijas Betolaza^h, R. Gimeno Costaⁱ y M. Catalán González^j

^aHospital Universitario de Burgos. ^bHospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ^cHospital del Mar, Barcelona. ^dHospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ^eHospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. ^fHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ^gHospital de Galdakao. ^hHospital de Cruces, Bilbao. ⁱHospital La Fe, Valencia. ^jHospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Presentar la participación y resultados del registro nacional de vigilancia de infección asociada a dispositivos en las UCIs españolas en el año 2012 y comparar los datos con los de los últimos años.

Métodos: Estudio multicéntrico, de ámbito nacional, de incidencia, prospectivo y de participación voluntaria. Incluye todos los pacientes ingresados más de un día en las UCIs participantes durante tres meses siguiéndolos hasta el alta o hasta 90 días. Las infecciones controladas son neumonía asociada a intubación (NAV), infección urinaria asociada a sondaje vesical (ITU), bacteriemias primarias, relacionadas con CVC (catéter venoso central) y secundarias. El diagnóstico de las infecciones se definen según criterios de la ECDC consultable en el manual del registro en la misma aplicación informática que se utiliza para la introducción de datos <http://hws.vhebron.net/envin-helics/>. Los resultados se presentan con media y desviación estándar para las variables cuantitativas

ENVIN 2012			
	NAV	ITU	BAC primarias y catéter
Nº	566	515	331
días de riesgo de uso Dispositivo	77.804	130.635	118.562 (días uso cVC)
Ratio de uso	0,5	0,84	0,77
DI por 1.000 días	7,27	3,94	2,79

Año	Registros	n UCIs	APACHE II	mortalidad	NAV DI	Signif (p) nav	BAC DI	Signif (p) bac	ITU Di	Signif (p) itu
2007	12.543	112	14,18	11,19	14,52	-	4,65	-	4,69	-
2008	13.824	121	14,14	10,78	14,95	0,5620	4,89	0,4687	4,76	0,8334
2009	14.983	147	14,37	11,1	11,44	0,0000	3,96	0,0024	4,28	0,1159
2010	16.950	147	14,46	10,61	11,48	0,9384	2,93	0,001	4,18	0,7202
2011	18.829	167	14,82	10,61	9,41	0,001	3,28	0,1485	4,31	0,6273
2012	19.521	175	14,78	10,66	7,27	0,000	2,79	0,0353	3,94	0,1505

y porcentajes para las cualitativas. Las tasas de infección se presentan como densidad de incidencia (DI) por 1.000 días de uso de dispositivo o por 1000 días de estancia. Se presentan los datos de este año y un comparativo con los últimos 5 años.

Resultados: Se han incluido 19.521 pacientes (154.625 estancias) de 175 UCIs de hospitales. Edad: 62,94 DE: 16,19 Estancia: 7,73 días DE: 9,88 APACHE II: 14,78 DE: 8,16. La patología de base ha sido: médica 44,82% coronaria 20-82% postoperatorios programados 17,81% postoperatorios urgentes: 10,31% traumática: 6,23%.

Conclusiones: Dada la alta participación de las UCIs españolas en el registro ENVIN, las tasas anuales presentadas son la referencia de infección asociada a dispositivos en nuestro país. Estas tasas nos permiten compararnos. Cada año aumenta la participación en registros, en número de UCIs participantes y sin disminuir gravedad ni mortalidad mejoramos significativamente las tasas.

463. EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LAS NEUMONÍAS ASOCIADAS A CUIDADOS SANITARIOS (NACS) EN LOS PACIENTES CRÍTICOS (GRUPO ESTUDIO NEUMONÍA DEL GTEI)

J. Vallés^a, I. Martín-Loeches^a, I. Seijas^b, M.J. López^c, P. Garro^d, C. Castillo^e, J. Garnacho^f, M. Martín^g, M.V. de la Torre^h y P. Olaecheaⁱ

^aHospital de Sabadell. ^bHospital de Cruces, Baracaldo. ^cHospital General Yagüe, Burgos. ^dHospital de Granollers. ^eHospital Txagorritxu, Vitoria. ^fHospital Virgen del Rocío, Sevilla. ^gHospital Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife. ^hHospital Virgen de la Victoria, Málaga. ⁱHospital de Galdakao.

Introducción: El concepto de NACS es controvertido. Las poblaciones incluidas en este concepto son heterogéneas y en algunos estudios abarcan también a pacientes inmunodeprimidos.

Objetivos: Describir la epidemiología, características clínicas y pronóstico de los pacientes con NACS y analizar su importancia en una cohorte de pacientes críticos ingresados con neumonía.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y observacional de una cohorte de pacientes con neumonía ingresados en 34 UCIs españolas durante un año (abril 2011 a marzo del 2012). Los pacientes fueron clasificados en tres grupos: Neumonía comunitaria (NC), NACS de acuerdo con los criterios ATS/IDSA 2005 y pacientes inmunodeprimidos (ID) (VIH +, tratamiento con quimioterapia, inmunosupresores o corticoides). Se registraron datos demográficos, comorbilidades, índices de gravedad al ingreso, estado funcional previo, grado de respuesta sistémica, complicaciones, limitación del esfuerzo terapéutico (LET), grado de tratamiento adecuado y pronóstico. Las variables categóricas fueron

analizadas por el test del chi-cuadrado y las continuas con el test de la t de Student. Se realizó un análisis multivariante mediante análisis de la regresión logística de factores pronóstico.

Resultados: Se incluyeron 726 pacientes de los cuales 449 (62%) eran NC, 133 (18%) NACS y 144 (20%) ID. Los pacientes con NACS eran más ancianos (63 ± 17 a. vs 60 ± 17 (NC) y 58 ± 15 (ID), $p: 0,02$), presentaron más comorbilidades, y tenían un APACHE II mayor que los pacientes con NC (20 ± 8 vs 18 ± 7 , $p: 0,02$) pero menor que los ID (20 ± 8 vs 22 ± 8 , $p < 0,001$). El SOFA de las NACS al ingreso fue de 7 ± 3 vs 6 ± 3 en las NC y 8 ± 5 en los ID ($p: 0,001$). No hubo diferencias significativas entre los scores de gravedad de neumonía (FINE, CURB-65, mayores de ATS/IDSA) entre los tres grupos. El índice de Barthel en las NACS fue de 86 ± 24 vs 93 ± 17 en las NC y de 89 ± 20 en los ID ($p: 0,002$). No hubo diferencias en el grado de respuesta sistémica al ingreso entre los tres grupos. La incidencia de SDRA fue similar en el grupo NACS (18%) y NC (18%) y superior en los ID (37%) ($p < 0,001$). La necesidad de VM fue superior en la NACS (65%) e ID (65%) vs la NC (55%) ($p: 0,03$) y la de traqueostomía (21% en ID, 20% en NACS y 13% en NC, $p: 0,04$). El tratamiento antibiótico fue inadecuado en un 6,5% de las NC, 14,4% de las NACS y 22% de los ID ($p < 0,001$). La mortalidad de los pacientes con NACS fue del 21% vs 18,4% en las NC y de 38,6% en los ID ($p < 0,001$). Un 7% de los pacientes con NC tuvieron LET vs 12% en los pacientes con NACS y 17% en los ID ($p: 0,002$). El análisis multivariante de factores pronóstico incluyó como variables independientemente asociadas con mayor mortalidad: Los pacientes ID (OR: 1,8), un APACHE II > 20 (OR: 3,2), la hepatopatía crónica (OR: 2,5), la necesidad de VM (OR: 4,5), el shock séptico (OR: 2,7) y el SDRA (OR: 2,4) mientras que el tratamiento antibiótico empírico adecuado fue un factor protector (OR: 0,39).

Conclusiones: Entre los pacientes críticos, las NACS (excluyendo los pacientes inmunodeprimidos) representan solo un 18% de las neumonías que ingresan en UCI. A pesar de presentar mayor número de comorbilidades y mayor incidencia de tratamiento inapropiado y de LET la mortalidad no es significativamente mayor.

464. EVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA A LO LARGO DE 20 AÑOS DEL ANCIANO POLITRAUMATIZADO

C. Muñoz Esteban^a, Y. Peñasco Martín^a, M.S. Holanda Peña^a, A. González Castro^a, J.C. Rodríguez Borregán^a y J. Llorca Díaz^b

^aMedicina Intensiva. Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. ^bMedicina Preventiva. Universidad de Cantabria, Santander.

Objetivos: Estudiar si en los últimos 20 años se han producido cambios epidemiológicos en los ancianos politraumatizados que requieren ingreso en una UCI.

Métodos: Se registran todos aquellos enfermos mayores de 65 años que requirieron ingreso en UCI con el diagnóstico principal de politraumatismo. El periodo de estudio comienza en enero de 1991, y finaliza en 2011. Se registran variables epidemiológicas como la edad, el sexo, scores de gravedad (APACHEII, ECG, ISS), motivos de ingreso y los mecanismos lesionales. Se realiza una estadística descriptiva de la muestras. Las variables continuas registradas se han expresado como la media \pm desviación estándar (DE) y las variables categóricas se expresaron como porcentajes con intervalo de confianza del 95% (IC95%). Las medias se comparan mediante ANOVA. Las variables categóricas se compararon con las pruebas de la χ^2 .

Resultados: Durante el periodo de estudio se han registrado 599 enfermos, con una edad media de 74 años (DE 1,21); el 59,1% de los pacientes eran varones (IC95%: 55-63,1); Las escalas de gravedad al ingreso en UCI han resultado un APACHE II medio de 16,91 (DE 1,65), ISS medio 20,85 (DE 3,96) y un GCS medio de 11 (DE 8). La alteración neurológica como motivo de ingreso estuvo presente en el 39% de los enfermos, seguida por la observación/vigilancia en un 34% y la situación de shock en el 18%. El mecanismo lesional más frecuente fue el atropello en el 33%, seguido de las caídas en el 22% y el accidente de circulación en el 19%. La estadística comparativa no evidenció diferencias en la edad, el sexo ni en los scores de gravedad, cuando se compararon estas variables a lo largo de los 20 años. Sin embargo encontramos diferencias significativas al comparar el motivo de ingreso ($p < 0,01$) y el mecanismo lesional ($p < 0,01$) con el paso de los años. El aumento de ingresos por situación de shock en la última década (4,67% (IC95%: 2,90-6,44) en la década de los noventa, frente a 11,35% (IC95%: 8,72-13,97) en la primera década del siglo XXI) es el principal mecanismo responsable de las diferencias en el motivo de ingreso. Por otro lado, el continuo avance porcentual de las caídas como responsables del mecanismo lesional a lo

largo de estos 20 últimos años, es el principal factor desencadenante de la diferencia significativa en el estudio de los mecanismos lesionales.

Conclusiones: 1. En la actualidad, las caídas suponen el principal motivo de accidentalidad en pacientes mayores de 65 años y el principal mecanismo lesional de los pacientes ancianos ingresados en UCI por politraumatismo. 2. El shock traumático es el motivo de ingreso en UCI en los pacientes politraumatizados mayores de 65 años que más ha aumentado en los últimos años, lo cual apoya la teoría de los avances en la resucitación en los lugares del accidente.

465. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS TASAS DE NVM ENTRE LAS UCI PARTICIPANTES Y NO PARTICIPANTES EN EL PROYECTO NZ?

F. Álvarez Lerma y Grupo Organizador NZSEMICYUC-SEEIUC

Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El proyecto NZ se desarrolla en España desde abril del año 2011. La participación de las UCI en el proyecto ha sido progresiva. El registro ENVIN-HELICS incluye información de las tasas de NVM de la mayoría de UCI españolas independientemente de su participación en el proyecto NZ.

Objetivos: Determinar las tasas de NVM entre las UCI que participan en el proyecto NZ y/o que aportan datos al registro ENVIN-HELICS y/o al registro NZ dependiendo de los meses de participación en el proyecto NZ.

Métodos: Se han comparado las tasas de NVM de las UCI participantes en el registro ENVIN-HELICS y/o en el registro NZ desde abril de 2011 a octubre 2012. Las UCI se han clasificado como: a) alta participación cuando existía información de las NVM en el registro NZ durante 12 o más meses a lo largo del proyecto, b) moderada participación cuando existía información entre 7 y 12 meses y c) no participantes, cuando existía información durante 6 o menos meses. Las tasas de NVM se han definido de acuerdo con los criterios incluidos en el manual del ENVIN-HELICS (<http://hws.vhebron.net/envin-helics>). La diferencia entre las tasas se ha realizado mediante el chi cuadrado. Se aceptan como significativas diferencias menores a 0,05.

Resultados: En el registro ENVIN-HELICS y/o NZ han aportado información a lo largo del proyecto NZ, 239 UCI de las que 182 (76,2%) han participado más de 12 meses, 35 (14,6%) entre 7 y 12 meses, y 22 (9,2%) 6 o menos de 6 meses. Se han incluido 178.541 pacientes que han utilizado VM durante 499.056 días. Se han detectado 3.355 NVM en 2.994 pacientes (tasa nacional: 6,72 episodios de NVM por 1.000 días de VM). La tasa de NVM para cada una de los grupos de UCI, en función de su participación, ha sido 6,57, 7,14 y 11,34 episodios por 1.000 días de VM ($p < 0,01$).

Conclusiones: La participación en el programa NZ se asocia de forma significativa con una reducción de las tasas de NVM.

Grupo organizador "NZ": F Álvarez Lerma, Joaquín Álvarez, José Manuel Añón, Miguel Sánchez, Leonardo Lorente, Federico Gordo, Mercedes Palomar, Rosa García, Rosa Jam, Susana Arias, Mónica Vázquez, Yolanda Agra, Eduardo Sierra, María Mar Fernández y Grupo de estudio ENVIN-HELICS.

Financiada por: MSSSI.

466. IMPACTO SOBRE EL PRONÓSTICO DEL DESESCALAMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON SEPSIS GRAVE

A.M. Escorcesca Ortega, A. Gutiérrez Pizarra, Y. Corcia Palomo, E. Fernández Delgado, I. Herrera Melero, J.A. Márquez Vácaro y J. Garnacho Montero

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto en la mortalidad hospitalaria del desescalamiento antibiótico en los pacientes con sepsis grave o shock séptico después de ajustar por variables de confusión.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se incluyen todos los pacientes que ingresaron en UCI desde 1 enero 2008 a 31 mayo 2012 con sepsis grave o shock séptico y que fueron tratados empíricamente con antibióticos de amplio espectro. La terapia antimicrobiana se consideró adecuada cuando al menos un fármaco era eficaz de acuerdo con los resultados in vitro. Una vez que los resultados del cultivo estaban disponibles, la estrategia terapéutica se clasificó en tres grupos: desescalamiento (interrupción de un agente antimicrobiano o cambio de antibiótico a uno con un espectro más estrecho), ningún cambio

en la terapia antimicrobiana, y escalamiento (adición de un nuevo agente o el cambio de antibiótico a uno con un espectro más amplio). Se utilizaron los test chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher y la prueba de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para las variables categóricas y continuas respectivamente. La independencia de los factores asociados a mortalidad en el análisis bivariable o de relevancia clínica, se determinó mediante un modelo logístico de regresión. El umbral de significación estadística se definió como $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 712 paciente pero 84 fallecieron antes de que los resultados del cultivo estuvieran disponibles. En estos 628 pacientes, se aplicó desescalamiento en 219 episodios (mortalidad 27,4%), el escalamiento en 163 episodios (mortalidad 42,9%), y ningún cambio en el tratamiento empírico de antibióticos en 246 episodios (mortalidad 32,5%). En el análisis multivariante los factores asociados de forma independiente con la mortalidad fueron, la puntuación del SOFA en el día del resultado del cultivo, el shock séptico, y la inadecuada terapia antimicrobiana empírica, mientras que el desescalamiento fue un factor protector (odds-ratio [OR] 0,58, intervalo de confianza 95% [IC95%] 0,346 a 0,93). El análisis de los 403 pacientes con tratamiento empírico adecuado reveló que el factor asociado de forma independiente con la mortalidad fue la puntuación del SOFA en el día del resultado del cultivo, mientras que el desescalamiento fue un factor protector (OR 0,54, IC95% 0,33 a 0,89).

Conclusiones: En sepsis grave y shock séptico, debemos realizar la desescalada del tratamiento antibiótico empírico ya que constituye un factor protector de mortalidad.

467. IMPACTO DE UN MÓDULO DE OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

G. Tirado Anglés, E. Campos Gutiérrez, A. Ezpeleta Galindo, P. Laguardia Serrano, C. León Cinto, G. Olivar Dupla y P. Dorado Regil

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implantación de un módulo de control de prescripción antibiótica en la calidad de la utilización del tratamiento antimicrobiano de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Se trata de un estudio cuasi-experimental, pre-post con cuasi control en una cohorte anterior diseñado para evaluar el impacto de un conjunto de medidas no impositivas de optimización antibiótica en una UCI de un hospital secundario. Se revisaron todos los tratamientos antibióticos administrados a los pacientes ingresados durante dos periodos de 6 meses no consecutivos. El módulo de control de prescripción antibiótica recoge los antibióticos que se prescriben para cada paciente, fecha de inicio, duración y el tipo de tratamiento: Profiláctico, Empírico o Dirigido. Informa diariamente de la duración del tratamiento antibiótico mostrando avisos y recomendaciones basadas en el "Decálogo de Normas básicas del uso de antimicrobianos en pacientes críticos". Se registro la duración (DDT) y el nº de dosis diarias definidas por estancia (DDD/100-d). Variables: edad, APACHE II, estancia UCI, patología de ingreso y mortalidad El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de χ^2 para variables categóricas, y la prueba de t de Student para variables cuantitativas independientes. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se revisaron 553 tratamientos en 413 pacientes divididos en 2 periodos de 6 meses. Hubo una disminución media de las DDD del 25% y de la DDT media de un 22,5%. Esta reducción se aprecia de manera significativa en aminoglucósidos y carbapenémicos. Características generales: el nº de pacientes según periodo de 199 y 214, con edad $63,1 \pm 2$; $65,1 \pm 1,9$; APACHE II $13,9 \pm 1,2$; $14,5 \pm 1,3$, estancia en UCI $7,8 \pm 1,3$; $6,33 \pm 1,02$, mortalidad 22,2% y 20,56%.

Conclusiones: Empleando un programa de asesoramiento informático sobre el tratamiento antibiótico se consiguió una mejor utilización y una disminución de la duración y consumo de éste sin variaciones en la mortalidad. El programa fue muy bien aceptado por los médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos.

468. EVOLUCIÓN DE LOS MARCADORES DE MULTIRRESISTENCIA. ¿PATÓGENOS EMERGENTES EN UCI?

R. Gimeno Costa^a, I. Seijas Betolaza^b, I. Madrid López^a, J. Cánovas Robles^c, J.C. Ballesteros Herráez^d, A.M. Díaz Lamas^e, M. Palomar Martínez^f, F. Álvarez Lerma^g, M.J. López Pueyo^h y J. Bonastre Mora^a

^aHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. ^bHospital de Cruces, Barakaldo. ^cHospital General de Alicante. ^dHospital Clínico de Salamanca.

^eComplejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ^fHospital Vall d'Hebron, Barcelona. ^gHospital del Mar, Barcelona. ^hHospital General Yagüe, Burgos.

Objetivos: Presentar la evolución de los marcadores de multirresistencia (MMR) en infecciones adquiridas en UCI y relacionadas con dispositivos invasores en un periodo de 5 años, desde 2008 a 2012.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, de participación voluntaria. El seguimiento de los pacientes se ha realizado hasta el alta de UCI o hasta un máximo de 30 días. Infecciones monitorizadas: neumonía asociada a ventilación mecánica (N-VM), infección urinaria relacionada con la sonda (IU-SU) y bacteriemia primaria y/o relacionada con catéter vascular (BP-CV). Los MMR identificados han sido definidos por el ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). Recogida de datos utilizando la aplicación informática ENVIN-HELICS que está ubicada en un servidor web y a la que se accede mediante Internet. La resistencia (R) se expresa como el porcentaje (%) de aislamientos resistentes a los antibióticos seleccionados, respecto al total de aislamientos de cada patógeno evaluado.

Resultados: Se han incluido 84.107 pacientes, de los que 5.625 (6,68%) han presentado 7.856 infecciones relacionadas con los dispositivos. Se han identificado 8.058 microorganismos patógenos, de los que 4.624 (57,38%) eran bacilos gram negativos, 2.429 (30,14%) cocos gram positivos (CGP), 935 (11,60%) hongos y 70 (0,86%) de otras familias. En la tabla se muestran los MMS.

	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Staphylococcus aureus</i> R a meticilina	25	29,4	22,7	24,8	22,5
<i>Staphylococcus aureus</i> R a vancomicina	0	0,8	4,1	1,1	2,5
<i>Escherichia coli</i> R a ciprofloxacino	34,2	36,9	37,1	42	37,7
<i>Escherichia coli</i> R a cefotaxima	13,2	14,9	18	19,7	16,6
<i>Escherichia coli</i> R a imipenem	0	0,9	0,9	0,9	1,8
<i>Escherichia coli</i> R a amoxicilina-clavulánico	29,4	32,5	41,3	42	35,2
<i>Acinetobacter spp</i> R a imipenem	66,3	85,6	88,2	78,1	66,7
<i>Acinetobacter spp</i> R a colistina	3,2	3,5	2,2	2,9	9,5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> R a amikacina	17,7	9,8	12,3	15,6	20,3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> R a ceftazidima	26,3	32,1	31,9	29,5	30,7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> R a ciprofloxacino	38	40,3	33	36,5	41,3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> R a imipenem	34,6	41,8	45	41,1	43,7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> R a piperaza/tazob.	14,5	19,1	26,9	21,6	28,9
<i>Enterococcus spp</i> R a vancomicina	0	1,1	2,1	2,1	2,9

Comparación entre periodos de DDT y DDD/100-d. Antibióticos más frecuentes

	DDT (días)				DDD/100-d			
	1º Periodo	2º Periodo	%Variación	p	1º Periodo	2º Periodo	% Variación	p
Amikazina	7,8 ± 2,67	5,3 ± 1,41	- 34%	0,07	11	3,1	- 71,2%	< 0,01
Amox/Clavulánico	6,7 ± 1,6	5,8 ± 1,07	- 13,1%	0,32	9,86	8,9	- 9,6%	0,02
Ceftriaxona	5,9 ± 1,69	6 ± 0,86	+ 2,1%	0,91	11,6	14,6	+ 25,2%	0,31
Imipenem	9,1 ± 2,08	6 ± 1,45	- 33,4%	< 0,01	30,5	18,1	- 40,5%	< 0,01
Levofloxacino	7,05 ± 2,2	5,5 ± 1,86	- 21,2%	0,28	12,2	6,11	- 50%	< 0,01
Linezolid	9,9 ± 2,91	6,39 ± 1,7	- 35,6%	0,02	10,9	11,6	+ 5,8%	0,21
Piper/Tazobactam	7,96 ± 2,3	6,1 ± 1,12	- 22,8	0,14	16,2	10,6	- 34,5%	0,02

Conclusiones: No han aumentado las cepas de SARM. Alta R de *E coli* a cefalosporinas, amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino, no siendo así a imipenem. Elevado porcentaje de *Acinetobacter* R a imipenem, y en el último año se han triplicado sus R a colistina. Alta R a imipenem y ciprofloxacino de *P aeruginosa*. Escasa presencia de CPG resistentes a vancomicina.

469. INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN UCI ESPAÑOLAS

A. Villasboa Vargas^a, M. Bassas^a, M. Catalán^b, J. Amador^c, R. Ferrer^d, P. Albert^e, G. Aguilar^f y F. Álvarez Lerma^a

^aHospital del Mar, Barcelona. ^bHospital 12 de Octubre, Madrid. ^cHospital de Terrassa. ^dMutua de Terrasa. ^eHospital del Sureste, Arganda del Rey. ^fHospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: Los pacientes ingresados en UCI presentan numerosos factores de riesgo para desarrollar infecciones por *Clostridium difficile* (ICD). La epidemiología de estas infecciones en pacientes críticos es escasa y centrada en estudios limitados en tiempo y/o en brotes epidémicos.

Objetivos: Identificar la tasa de incidencia de infecciones por *C. difficile* en pacientes críticos ingresados en UCI españolas en el año 2012, así como las características de los pacientes en los que se desarrollan y los tratamientos que se aplican para su control.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes incluidos en el registro ENVIN-HELICS con aislamiento o identificación de CD en una muestra de heces en los 10 primeros meses del año 2012. Para su identificación se utilizó uno o más de los siguientes métodos: cultivo de heces, prueba de inmunoensayo enzimático (EIA) para las toxinas A y B, estudios de citotoxinas celulares o cultivos toxigénicos y las prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Los pacientes se han seguido hasta 72 horas después de su alta de UCI. Se ha cumplimentado un cuaderno de recogida de datos (CRD) en el que se incluyen variables demográficas, factores de riesgo relacionados con CD, tratamiento y evolución. Los aislamientos se han clasificado por su origen en comunitarios, nosocomiales extra-UCI y nosocomiales intra-UCI en función del día de aislamiento. Se presentan las tasas por episodios por 10.000 días de estancia en UCI. Se describe la mortalidad global intra-UCI y hospitalaria.

Resultados: Se han detectado 56 episodios de ICD en 26 (14,9%) de las 175 UCI que han aportado datos. De ellos, 32 episodios en el periodo de registro ENVIN-HELICS (abril-junio) (2,12 episodios por 10.000 estancias en UCI). En 36 (64,3%) casos eran hombres, con edad media de 61,6 (17,5) años, APACHE II al ingreso de 19,3 (7,8) y patología de base médica 36 (64,3%). En 45 (80,4%) ocasiones presentaron más de 3 deposiciones/día y en 31 (55,4%) se asoció con sepsis severa o shock séptico. En 16 (28,6%) ocasiones fue de origen comunitario, en 9 (16,1%) de origen nosocomial extra-UCI y en 31 (55,4%) de origen intra-UCI. Factores de riesgo: edad > 64 a. 31 (55,4%), ingreso previo hospital (3 meses) 24 (42,9%), antimicrobianos (7 días previos) 44 (78,6%), nutrición enteral 19 (33,9%) e inhibidores H2 32 (57,1%). Tratamiento inicial combinado en 16 (28,6%) casos y se ha utilizado metronidazol en 48 (85,7%) y vancomicina 21 (37,5%) casos. Mortalidad global intra-UCI en 13 (23,2%) casos y hospitalaria de 16 (28,6%).

Conclusiones: Sólo el 15% de las UCI han diagnosticado uno o más episodios de ICD. Tasa nacional de ICD 2,12 episodios por 10.000 estancias. La ICD afecta a pacientes con elevada gravedad y mortalidad. La presencia de ICD es un marcador de mal pronóstico.

Financiada por: Astellas Farma.

470. IMPACTO DE LOS PROYECTOS NZ Y BZ EN EL CONSUMO DE ATB EN LAS UCI ESPAÑOLAS

M. Palomar^a, F. Álvarez Lerma^b, M.J. López Pueyo^c, I. Seijas^d, M. Catalán^e, J. Trujillano^a, M. Sánchez Palacios^f, A. Martín^g, M.L. Mora^h y M.I. Alíaⁱ

^aHospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ^bHospital Universitario del Mar, Barcelona. ^cHospital Universitario de Burgos. ^dHospital Universitario de Cruces, Bilbao. ^eHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^fHospital Universitario Insular, Las Palmas. ^gHospital de Álava, Sede Santiago, Vitoria. ^hHospital Universitario de Canarias, Las Palmas. ⁱHospital Universitario de Getafe.

Introducción: De acuerdo a la literatura, a pesar de que las tasas de infección asociada a dispositivos son cada vez más bajas, el consumo de antibióticos (ATB) en las UCI sigue siendo elevado.

Objetivos: Estudiar si los programas de prevención BZ y NZ iniciados en 2009 y 2011, han tenido algún impacto en la utilización de ATB en las UCI españolas.

Métodos: Estudio de incidencia prospectivo, multicéntrico y observacional que incluye los pacientes ingresados en UCI durante los periodos del estudio ENVIN, en los años 2008 al 2012. Se documentan pacientes con ATB y sus indicaciones: Infección adquirida en comunidad (IC), nosocomial extra-UCI (IN) e intra UCI (I-UCI) etc.), así como días de tratamiento. Análisis estadístico: test chi cuadrado; significación *p < 0,05.

Resultados: Se documentaron un total de 84.107 pacientes, con 637.647 días de estancia. Se indicaron 116.432 ATB con un total de 753.628 días de tratamiento. El porcentaje de pacientes con ATB osciló entre el 60% de 2009 y el 63% de 2012. Sin embargo, el porcentaje de días en UCI sin ATB se incrementó desde el 33 al 37% y los días de ATB en relación a los días de estancia disminuyeron del 117,8 al 113,4%. El mayor cambio, significativo, se dio en el descenso de ATB para tratar IN-UCI en 2011 y 2012, tanto en nº (27,2% del total en 2008 al 20,2% en 2012), como en días de tratamiento (35,1% del total al 26,8%) y el incremento para IC, tanto en nº (25,8% al 29,3%) como en días de ATB 26,3 al 32,7%) y en menor medida para IN, nº (20,1% al 20%) y días (26,3% al 32,7%).

Conclusiones: La disminución de IN- adquirida en UCI secundaria a los programas de seguridad se ha reflejado en un menor uso de ATB en estas indicaciones. La disminución significativa se dio en 2011, 2012, coincidiendo con el programa NZ.

471. EFECTIVIDAD DEL APÓSITO CON CLORHEXIDINA EN LA DISMINUCIÓN DE LA COLONIZACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO

I.D. Acosta Rivera, A.M. Pedraza Flechas, L. Reque Sastre, M.F. Ramos Ferriol, F. Rodríguez Biezma, S. Paule Sánchez, G. Honorato Beatriz, A. Villar Francos, A.I. López Figueras y A. Carretero Quevedo

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid.

Objetivos: Determinar la efectividad de los apósitos con gluconato de clorhexidina (GCH) frente a los apósitos sin GCH en la disminución de la colonización de catéteres venosos centrales en la UCI del Hospital "Gómez Ulla".

Métodos: Ensayo clínico controlado aleatorizado en pacientes mayores de 18 años con catéter venoso central canalizado en UCI o quirófano. Se excluyeron los sujetos con hemocultivo positivo en el momento de la inserción. Se recogieron las variables edad, sexo, APACHEII, trata-

Variable		Sin clorhexidina	Con clorhexidina	Valor de p
Colonización (n/%)	Sí	22 (34,4)	7 (11,3)	0,002*
	No	42 (65,6)	55 (88,7)	
Edad en años (x, σ)		73,85 (9,3)	66,84 (15,2)	0,01*
Sexo (n/%)	Varón	44 (68,8)	34 (54,8)	0,11
	Mujer	20 (31,2)	28 (45,2)	
Lugar inserción (n/%)	UCI	42 (65,7)	38 (61,3)	0,61
	Quirófano	22 (34,3)	24 (38,7)	
Localización (n/%)	Yugular	40 (62,5)	34 (54,8)	0,48
	Subclavia	15 (23,4)	21 (33,9)	
	Femoral	5 (7,8)	3 (6,5)	
	Otra	4 (6,3)	4 (6,5)	
APACHE II (x, σ)		17,25 (6,7)	14,27 (7,35)	0,28
Duración catéter en días (x, σ)		9,52 (6,8)	8,69 (5,6)	0,58
Tratamiento antibiótico (n/%)	Sí	15 (23,4)	11 (17,7)	0,43
	No	49 (76,6)	51 (82,3)	

miento antibiótico en el momento de la inserción del catéter, duración del catéter, lugar de inserción, localización e información microbiológica. Se realizaron análisis univariante, bivariante mediante χ^2 y t de Student y multivariante mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 126 pacientes (62 con GCH y 64 control). Los resultados del análisis bivariante se muestran en la tabla. El microorganismo más frecuente en ambos grupos fue el *S. epidermidis*. Ninguno de los pacientes presentó bacteriemia. En el análisis multivariante, la intervención disminuyó el riesgo de colonización en un 73% (OR: 0,27, IC95%: 0,09-0,76, p: 0,013), tras ajustar por las variables edad, sexo, duración del catéter, lugar de inserción y localización del catéter.

Conclusiones: El uso de los apósitos con clorhexidina disminuyó significativamente la incidencia de colonización microbiana en catéteres venosos centrales en nuestra unidad, por lo que su uso podría ser recomendable en pacientes con alto riesgo de bacteriemia.

Pósters orales

09:00 a 10:30 h - Gran Sala Central SCA/Cardiovascular

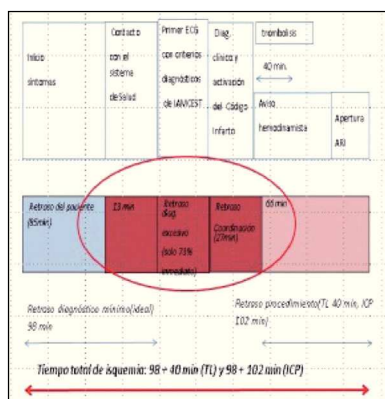
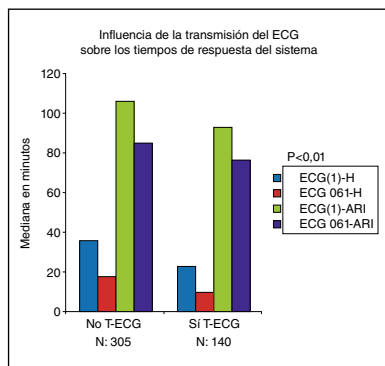
472. TIEMPOS DE RETRASO, TRAS EL PRIMER CONTACTO, EN LA REVASCULARIZACIÓN DEL SCAEST SEGÚN EL TIPO DE HOSPITAL, ÁREA GEOGRÁFICA Y TRANSFERENCIA DEL ECG. REGISTRO CI IB

M. Planella Cutrina, J. Colomina Climent, L.R. García Arocena, J. Valle Herráez, M. Díez Poch, M. Ferreruela Serlavós, C. Royo Villa, A. Rodríguez Salgado, A. Carrillo López y M. Fiol Sala

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Objetivos: Conocer las circunstancias que rodean los tiempos de retraso desde que el paciente consulta por un SCA hasta el momento de la perfusión y la influencia de la transferencia del ECG (T-ECG) desde el área prehospitalaria.

Métodos: El desarrollo de un registro prospectivo de monitorización de la asistencia clínica a los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (SCAEST) desde marzo de 2008 en la Comunidad Autónoma Balear (Registro CI IB) sumado a la tecnología de la transferencia transtelefónica del ECG desde la ambulancia del 061 han llevado al análisis de tiempos de demora en función de los diferentes puntos de asistencia al paciente con SCAEST. Se analizan los resultados de los dos primeros años del Registro CI IB con un total de 847 pacientes y se desglosa el tiempo (demoras) desde el inicio de síntomas hasta la perfusión.



Resultados: El análisis del tiempo total desde inicio de síntomas y en relación a la asistencia recibida ha permitido reconocer tres tipos de retraso no reconocidos por otros registros de Infarto Agudo de Miocardio. Las dificultades en la interpretación del primer ECG, ya diagnóstico, fueron mayores en los centros de Salud solo un 74% de diagnósticos. Los tiempos de retraso son

mayores cuando el paciente es asistido en Hospitales Comarcales sin laboratorio de Hemodinámica. Con la transmisión del ECG desde las ambulancias del 061 los tiempos de respuesta del sistema son significativamente más cortos. La visualización del ECG acelera el tiempo de respuesta tanto en el aviso al hemodinamista como a la apertura de la arteria responsable del infarto.

Conclusiones: Con nuestro sistema de registro hemos podido detectar un significativo retraso en la activación del código infarto a pesar de que el primer ECG practicado muestre signos de SCAEST. La T-ECG tiene un impacto favorable sobre el % del tratamiento de perfusión y sobre el acortamiento del tiempo hasta la ICP.

473. VALOR PRONÓSTICO DE PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS DE FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

S. Sánchez Cámara^a, J.A. Molina Jaime^b, A.M. Moreno Flores^a, R. Jara Rubio^a, G.A. Herrera Cateriano^a, M. Martínez Martínez^a, J.J. Sarraqueta Baquidano^a, M. Royo-Villanova Reparaz^a, M.A. García Villa^a y A.M. del Saz Ortiz^c

^aHospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar. ^bHospital Vega Baja, Orihuela. ^cHospital Universitario del Mar Menor, Pozo Aledo-San Javier.

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico de los parámetros de función ventricular izquierda medidos por ecocardiografía (fracción de eyección, grado de disfunción diastólica, relación E/e') en pacientes ingresados en una Unidad Coronaria por síndrome coronario agudo.

Métodos: Durante un periodo de un año (28 de febrero 2011 al 28 de febrero 2012) se estudiaron 227 pacientes ingresados en una Unidad Coronaria de 6 camas en un Hospital de tercer nivel, con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA). A todos se les realizó una ecocardiografía transtorácica en las primeras 24 horas de ingreso con registro de parámetros de función sistólica y diastólica. Se analizó la relación de la disfunción sistólica moderada, establecida como fracción de eyección (FEVI) < 45%, así como de la disfunción diastólica, establecida como disfunción diastólica grado III o E/e' septal ≥ 15 , con el desarrollo de complicaciones durante el ingreso en UCI. El análisis y procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 20.0.

Resultados: En los pacientes analizados 81,1% eran varones y 18,9% mujeres, con una edad media de 65 \pm 13 años. Se realizó un análisis univariado, encontrando una relación entre los parámetros ecocardiográficos y la aparición de complicaciones durante el ingreso. La aparición de Insuficiencia Cardíaca se relacionaba con una FEVI < 45% (OR 6,1; IC95% 2,5-14,7, p < 0,01), relación E/e' ≥ 15 (OR 1,4; IC95% 1,2-1,6; p < 0,01), disfunción diastólica grado III (OR 17,4; IC95% 5,1-58,8; p < 0,01). La mortalidad se relacionaba con una FEVI < 45% (OR 15; IC95% 3,9-57,7; p < 0,01), E/e' ≥ 15 (OR 6,9; IC95% 1,4-33,5; p < 0,01), disfunción diastólica grado III (OR 6,1; IC95% 1,4-24,7; p < 0,01). Sin embargo, en el análisis de regresión, el único dato ecocardiográfico que se relacionó de forma independiente con desarrollo de insuficiencia cardíaca durante el ingreso en UCI fue un valor de FEVI < 45% (OR 3,1; IC95% 1,06-9, p = 0,038).

Conclusiones: La realización de una ecocardiografía al ingreso en los pacientes con el diagnóstico de síndrome coronario agudo, y la medición de sencillos parámetros de función sistólica y diastólica es una técnica no invasiva y de gran utilidad para evaluar el grado de afectación y predecir las complicaciones durante el ingreso. En nuestra muestra, el único parámetro que se relaciona de forma independiente con el desarrollo de insuficiencia cardíaca es una FEVI menor del 45% en las primeras 24h de ingreso.

474. SÍNDROME DE TAKO-TSUBO. ANÁLISIS DE NUESTRA CASUÍSTICA

B. Quintero Platt, C. Montelongo Ojeda, C.E. Pinedo Luján, I. García Morales, M. Sánchez Pérez, J. Suárez Ramos, M.D. Escudero Mújica, A. Ramos Izquierdo, R. Montiel González y J. Martín Miranda

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas de los pacientes con síndrome de Tako Tsubo (SDTVI) que cumplan los criterios diagnósticos establecidos en la literatura actual.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo, que analiza los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, en el periodo comprendido entre 1 de agosto de 2004 al 31 de octubre de 2012. Se recogieron variables como la edad, sexo, antecedentes de cardiopatía, EKG y ecocardiograma al ingreso y al alta, niveles de biomarcadores enzimáticos, medición del QT/QTc y resultado de la coronariografía.

Resultados: Se analizaron un total 31 pacientes. El 100% de la muestra comprendía mujeres, siendo el 77,4% de ellas mayores de 60 años. En nuestra serie hasta un 67,7% refiere un factor estresante (físico o emocional). El 16% presenta antecedentes de cardiopatía, siendo predominantemente valvulopatías, sin incidencia de cardiopatía isquémica. La clínica inicial se caracterizó por dolor anginoso típico y cortejo vegetativo en un 64% de los pacientes. El EKG de ingreso demostró una morfología de SCACEST en el 48,3%, con afectación de cara anterior en un 45,6%. En el 97%, el EKG al alta presentaba ondas T negativas en cara lateral. En el 93% de los pacientes hubo movimiento de biomarcadores enzimáticos. En nuestra serie el 61% de los pacientes presentaban un QT/QTc de ingreso mayor de 420 mseg, con una media de 450 mseg. El Ecocardiograma de ingreso mostraba alteraciones típicas en un 61%. El 67% de los pacientes recuperaron la fracción de eyección al alta. En el 58% de los pacientes se realizó cateterismo en las primeras 48 horas, no objetivándose lesiones significativas en un 100%. En nuestra serie se fibrinolisaron 3 pacientes sin presentar complicaciones. Ningún paciente presentó shock o parada cardiorrespiratoria en nuestra muestra. La supervivencia al alta fue del 100%.

Conclusiones: El SDTVI es un síndrome que afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas sin antecedentes de cardiopatía isquémica. La alteración ecocardiográfica predominante es la hipocinesia apical con hipercontractilidad de segmentos basales, con modesta elevación enzimática y coronariografía sin lesiones. La prolongación del QT/QTc podría considerarse como un factor a tener en cuenta en estos pacientes en el momento del diagnóstico.

475. EFECTO DEL CLOPIDOGREL EN PACIENTES DIABÉTICOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

I. Madrid, J. Vallés, A. Moscardó, A. Latorre, F. Péres, M.P. Fuset, J. Bonastre, M. Ruano y M.T. Santos

Hospital La Fe, Valencia.

Objetivos: Estudiar en pacientes diabéticos con SCASEST el efecto del antiplaquetario del clopidogrel monitorizando un efecto específico de los inhibidores del receptor P2Y12 de la plaqueta: la fosforilación de la "vasodilator-stimulated phosphoprotein".

Métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se han estudiado 68 pacientes con SCASEST ingresados en la UCI dentro de las primeras 48 horas del inicio del evento. De estos pacientes, 24 (16 varones y 8 mujeres) padecían diabetes. Todos fueron tratados con clopidogrel (dosis de 75-600 mg) y aspirina. El VASP se evaluó mediante citometría de flujo estableciéndose un índice de reactividad plaquetaria (IRP) con un rango de 0% a 100% considerándose buen control del fármaco si IRP < 50%. Estadística: se han expresado los valores como medias y los errores estándares de la media y el test estadístico utilizado para comparar dichas medias, ha sido la t de Student.

Resultados: El estudio del efecto del clopidogrel (medido por el VASP) demostró un aumento de la media en pacientes diabéticos ($65,88 \pm 3,96$) frente a los no diabéticos ($50,82 \pm 4,66$), ($p < 0,05$). No se objetivaron diferencias significativas en el efecto del fármaco en pacientes diabéticos según tuvieran < 75 años ($69,94 \pm 5,13$) o ≥ 75 años ($53,67\% \pm 9,58$) o tomaran crónicamente clopidogrel antes del evento agudo (no crónicos $52,12 \pm 3,83$ frente a crónicos, $64,68 \pm 5,28$). El hecho de aumentar la dosis de 75 mg a 300 mg de clopidogrel en los pacientes a estudio tampoco mejoró significativamente el efecto del fármaco, siendo la media $58,50\% \pm 11,04$ para dosis de 75 mg y $68,33 \pm 5,09$ para 300 mg. La inhibición del IRP en varones diabéticos fue significativamente menor ($p < 0,05$) que en varones no diabéticos ($68,31\% \pm 1,14$ frente $50,57 \pm 4,52$). Esta diferencia no alcanzó significación en las mujeres.

Conclusiones: El efecto del clopidogrel está disminuido en los pacientes diabéticos con SCASEST. Ni la edad y la toma crónica de clopidogrel son factores influyentes en el efecto del clopidogrel tanto si son

pacientes diabéticos como si no. Al aumentar la dosis de clopidogrel, no se mejora el efecto del fármaco en diabéticos y esta menor respuesta es más evidente en varones.

476. ¿LA EDAD INFLUYE EN LA RESPUESTA A LA ANTIAGREGACIÓN CON ASPIRINA Y CLOPIDOGREL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

I. Madrid López, M.T. Santos Díaz, A. Moscardó, F. Pérez Esteban, M.P. Fuset Cabanes, J. Bonastre Mora, A. Latorre, M. Ruano Marco y J. Vallés Giner

Hospital La Fe, Valencia.

Objetivos: Estudiar la influencia de la edad sobre la reactividad plaquetaria en pacientes con SCACEST o SCASEST.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de 314 pacientes con SCA ingresados en UCI en las primeras 48 horas del inicio del evento. De ellos, 224 tuvieron SCACEST, 74,5% < 75 años y 25,5% ≥ 75 años. 90 pacientes tuvieron SCASEST, 66,6% < 75 años y 33,4% ≥ 75 años. Tratados con clopidogrel (dosis de 75-600 mg) y aspirina (dosis 100-500 mg). Se determinó la síntesis de TXA_2 (ng/ml) para evaluar la acción de la aspirina y la fosforilación de la "vasodilator-stimulated phosphoprotein" (VASP) para monitorizar el efecto específico del clopidogrel. Se estableció índice de reactividad plaquetaria (IRP) con un rango de 0% a 100% considerándose buen control del fármaco si IRP < 50%. Estadística: medias y errores estándares de la media y el test estadístico utilizado para comparar dichas medias, ha sido la t de Student.

Resultados: En < 75 años se objetivó un descenso de la síntesis de TXA_2 (ng/ml) con SCASEST ($5,80 \pm 2,38$) frente a los SCACEST ($16,62 \pm 2,42$) ($p < 0,05$). Esto no se observó en pacientes ≥ 75 años con SCASEST ($13,61 \pm 5,58$) frente a SCACEST ($20,52 \pm 4,51$). Al incrementar la dosis de aspirina en los pacientes < 75 años hay una reducción del TXA_2 de $23,00 \pm 7,32$ con 100 mg a $10,36 \pm 2,70$ con 500 mg, mucho menos evidente en los ≥ 75 años que pasa de $19,18 \pm 12,12$ con 100 mg a $13,91 \pm 3,91$ con 500 mg, de forma no significativa. En los < 75 años tratados con a dosis medias de aspirina pasan de un TXA_2 de $20,61 \pm 4,72$ a $9,85 \pm 3,19$ tras la asociación de estatinas ($p < 0,05$). En los ≥ 75 años este efecto de las estatinas se da con la asociación de dosis de 100 mg aspirina, aunque no de forma significativa. El IRP en pacientes < 75 años fue de $56,22 \pm 1,88$ ($16,62 \pm 2,42$ con SCACEST y $5,80 \pm 2,38$ con SCASEST) frente a $58,61 \pm 2,96$ en ≥ 75 años ($20,51 \pm 4,51$ con SCACEST frente $13,61 \pm 5,52$ en SCASEST).

Conclusiones: La aspirina tiene un mayor efecto en los pacientes < 75 años con SCASEST. El aumento de la dosis de aspirina disminuye la síntesis de TXA_2 mucho más evidente en los < 75 años. Al asociar estatinas existe un mejor efecto de la aspirina en < 75 años con 300 mg y en ≥ 75 años con 100 mg. No se observaron diferencias significativas en el efecto del clopidogrel ni por edades ni por tipo de SCA.

477. ¿INFLUYE EL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO ADMINISTRADO Y EL INTERVENCIONISMO CORONARIO EN LA NECESIDAD TRANSFUSIONAL EN PACIENTES CON SCA?

M.T. Gisbert García, E. Villarreal Tello, I. Madrid López, K. Vacacela Córdova, J. Bonastre Mora, M.P. Fuset Cabanes y Grupo ARIAM-SEMICYUC

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Valorar las necesidades transfusionales en el síndrome coronario agudo (SCA) según tratamiento y procedimiento realizados durante su estancia hospitalaria.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con SCA durante los meses de abril, mayo y junio en los años 2011-2012. Se realiza una base de datos con las características del estudio ARIAM-SEMICYUC y las transfusiones durante su estancia hospitalaria. Las variables cualitativas se expresan en % y cuantitativas en medias \pm DE.

Resultados: Se estudian 162 pacientes, 80,2% hombres, edad $64,5 \pm 13,6$. En la tabla se reflejan los datos estudiados de los pacientes según el tipo de SCA y tratamiento de reperusión realizado. Los pacientes que reciben más transfusiones son los que se derivan a cirugía urgente ($p < 0,05$) y los que tras trombolisis se realiza angioplastia de rescate.

	SCASEST 96 (59,3%)		SCASEST 66 (40,7%)	
	Transfusión Sí 9 (9,4%)	Transfusión No 87 (90,6%)	Transfusión Sí 6 (9,1%)	Transfusión No 60 (90,9%)
AAS + Clopidogrel	8 (89%)	79 (90,8%)	6 (100%)	53 (88,3%)
AAS + Clopidogrel + Tirofiban	0	1 (1,1%)	0	2 (3,3%)
AAS + Clopidogrel + Abciximab	1 (1,1%)	4 (4,6%)	0	0
AAS + Plavugrel	0	2 (2,3%)	0	2 (3,3%)
Enoxaparina	6 (66,7%)	69 (79,3%)	2 (33,3%)	43 (71,7%)
Fondaparina	3 (33,3%)	13 (14,9%)	2 (33,3%)	17 (28,3%)
Bivalirudina	0	10 (11,5%)	0	1 (1,7%)
Trombolisis	5 (55,6%)	47 (54%)	0	0
ICP rescate	5 (55,6%)	23 (26,4%)	0	0
ICP primaria	1 (1,1%)	26 (29,9%)	0	0
ICP urgente	0	8 (9,2%)	1 (16,7%)	17 (28,3%)
ICP programada	3 (33,3%)	22 (25,3%)	3 (50%)	26 (43,3%)
No coronariografía	0	0	2 (33,3%)	17 (28,3%)
Cirugía revascularización	5 (55,6%)	0	3 (50%)	0

Conclusiones: El porcentaje de transfusiones en el SCA es bajo y su incidencia se relaciona independientemente del tratamiento antiplaquetar/antitrombótico recibido con la realización de cirugía y con la trombolisis con cateterismo de rescate.

478. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES JÓVENES

J. Muñoz Bono, E. Curiel Balsera, J.M. Mora Ordóñez, G. Jiménez Pérez, J.A. Arboleda Sánchez y G. Quesada

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Es sabido que la edad avanzada es un factor de riesgo para el infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, en los adultos jóvenes puede tener algunas características que son distintas de las de la población de más edad. Se desconoce si la incidencia de IAM en una edad temprana incorpora un pronóstico grave a largo plazo.

Métodos: Análisis descriptivo observacional y multicéntrico de todos pacientes menores de 45 años ingresados por síndrome coronario agudo en 12 hospitales de la comunidad andaluza desde enero 2009 a diciembre de 2012, incluidos en el registro ARIAM de síndrome coronario agudo.

Resultados: Se recogieron 16.487 pacientes en el periodo de estudio por SCA de los cuales 1.428 (8,2%) fueron < 45 años. El 67,3% ingresaron con el diagnóstico de SCASTE y el 32,4% con SCASEST. Un 13% fueron mujeres. Únicamente el 5,7% no presentaba ningún factor de riesgo cardiovascular y el 62,2% presentaba al menos dos factores de riesgo cardiovasculares asociados. Destaca que el 72,5% de los pacientes eran fumadores, el 36,6% dispépicos y el 27,4% hipertensos. El 24% de los pacientes presentó alguna complicación durante su estancia hospitalaria, siendo las arritmias ventriculares (FV/TV) las más frecuentes (6,1%) seguida del shock cardiogénico (2,2%). Las complicaciones mecánicas fueron infrecuentes siendo la más habitual la insuficiencia mitral aguda (0,8%). El 1,8% presentó angor postinfarto durante su evolución. La estancia media de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos y hospitalaria fue de 2,26 días y 5,71 días respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue 1,6%.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes jóvenes con enfermedad coronario de novo no es desdeñable y su morbilidad parece superponible a la del resto de pacientes pese al efecto protector que cabría esperar de una menor edad.

Agradecimientos: Investigadores del Grupo ARIAM ANDALUCÍA.

479. ¿EXISTEN DIFERENCIAS CUANDO EL SHOCK CARDIOGÉNICO ES LA MANIFESTACIÓN INICIAL DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA?

J. Blanco López, R. Manzanedo Velasco, F. Jiménez Cabrera, G. Pérez Acosta, E. Zborovszky, J. Ocampo Pérez, M. Granados Rodríguez, E. Gross, M. Sánchez Palacios y V. Nieto Lago

Hospital Universitario Insular, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar si existen diferencias entre los pacientes con shock cardiogénico como primera manifestación de la cardiopatía isquémica.

Métodos: Análisis retrospectivo, durante un período de 5 años, de los pacientes que ingresaron en el hospital en situación de shock cardiogénico secundario a IAM. En todos los pacientes incluidos se realizó intervencionismo coronario. Se compararon dos grupos de pacientes: pacientes sin antecedentes de cardiopatía isquémica (n = 64) y con antecedentes de cardiopatía isquémica (n = 41). Se analizaron datos

epidemiológicos, afectación coronaria, tratamiento de reperfusión y mortalidad. La comparación entre grupos se realizó con el test de chi cuadrado y la prueba t de Student.

Resultados: Se estudiaron 105 pacientes con shock cardiogénico secundario a IAM. Todos los pacientes presentaron factores de riesgo cardiovascular. El 39% presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica previa: 30 p. con IAM previo y 11 con angor. (No C. Isq Prev; n = 64 vs C. Isq Prev; n = 41) al analizar los factores de riesgo, datos de ingreso en UMI, tratamiento de reperfusión, afectación coronaria, localización del infarto y mortalidad se presentan en las tablas.

	No C. isq. previa (n = 64)	C. isq. previa (n = 41)
Factores de riesgo		
Edad	62,6 ± 12,33	55,9 ± 9,45
Sexo (hombres)	47 (73,4%)	27 (66,9%)
Tabaco	37 (57,8%)	13 (31,7%)
HTA	29 (45,3%)	29 (45,3%)
Diabetes	27 (42,2%)	24 (58,5%)
Dislipemia	25 (39,1%)	27 (65,9%)
Enf. vascular periférica	8 (12,5%)	13 (21,7%)
Localización IAM		
IAM sin elevación del ST	7,8%	22%
IAM con elevación del ST	92,2%	88%
Anterior	42,2%	41,5%
Lateral	17,2%	7,3%
Inferoposterior	32,8%	29,3%
Datos UMI		
Estancia hospitalaria	15,09 ± 20,9	16,44 ± 16,7
Estancia en UMI	10,5 ± 16,6	8,05 ± 4,5
APACHE II al ingreso	19,04 ± 8,48	22,69 ± 10,46
BCIAo	37 (59,7%)	18 (45%)
Catecolaminas	100%	100%
Ventilación mecánica	52 (83%)	22 (51%)
Nº días ventilación	9,38 ± 17,7	8,3 ± 3
Sepsis	8 (23,5%)	7 (14,9%)
FRA con HFVVC	9 (14,8%)	5 (14,7%)
Exitus	35 (55,6%)	21 (52,5%)
p < 0,05.		

	No C. isq. previa (n = 64)	C. isq. previa (n = 41)
Afectación coronaria		
Fibrinólisis	21 (32,8%)	8 (19,5%)
ATC primaria*	43 (67,2%)	33 (80,5%)
Afectación DA proximal	32 (50%)	20 (48,8%)
Afectación TCI	12 (18,8%)	10 (24,4%)
Enf. multivaso	69,0%	80%
Nº vasos con estenosis	2,26 ± 1,06	2,18 ± 0,91
Nº de lesiones*	2,24 ± 1,1	2,77 ± 1,08
Vasos tratados	1,40 ± 0,7	1,30 ± 0,6
Nº lesiones tratadas	2,46 ± 1,4	2,75 ± 1,3
Éxito de ATC (ARI)	88,90%	77,50%
Nº vasos con estenosis		
1	31,0	20,5
≥ 3	46,6	41,1
Nº de lesiones		
1 o 2	52,1	41,7
≥ 2	47,9	58,3
p < 0,05.		

Conclusiones: En nuestra serie la mortalidad no se afectó por la enfermedad coronaria previa, pero los pacientes con cardiopatía isquémica previa tenían en mayor porcentaje de enfermedad multivasa y mayor número de lesiones coronarias.

480. APLICACIÓN DE LA HIPOTERMIA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

H. Marín Mateos, Z. Molina Collado, S. Chacón Alves, G. Morales Varas, L.D. Umezawa Makkikado, A. Carbonell Porras, E. Renes Carreño y J.C. Montejo González

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir la experiencia de un Hospital de tercer nivel en la aplicación de la hipotermia por parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo; la población son pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel, con diagnóstico de PCR recuperada desde enero a diciembre de 2012. Se describen las siguientes variables: demográficas, ritmo y tiempo de PCR, características del método de hipotermia, estancia en UCI, complicaciones, evolución neurológica y mortalidad. Para el análisis estadístico las variables cuantitativas se expresaron como media. Los datos fueron procesados mediante SPSS.

Resultados: Un total de 33 pacientes ingresan tras PCR recuperada, iniciándose terapia con hipotermia en 24 de ellos por inestabilidad hemodinámica de los pacientes restantes. La edad media de 56,83 años (DE 19,23); estancia en UCI: 14,97 (DE 9,39); mortalidad global fue del 33,3%. El tiempo de parada medio fue de 20,46 m (DT 9,6), el ritmo más inicial más frecuente la fibrilación ventricular en un 79,2%, el tiempo en inducir hipotermia fue de 4,9 h (DT 3,23), la temperatura alcanzada fue de 32,74 °C (DT 0,62). Los pacientes que sobrevivieron presentaron un GCS medio de 14,5, las complicaciones más frecuentes fueron: hipotansia en el 75% e infección respiratoria en un 33,3% de los casos. Con respecto a la mortalidad objetivamos una relación con la edad avanzada, con $p < 0,05$, siendo la media de edad de los pacientes fallecidos de 70,75 (DE 5,6) frente a 49,88 (DE 12) en los supervivientes.

Conclusiones: En la experiencia del centro la hipotermia tras PCR recuperada presenta elevada supervivencia con adecuada situación neurológica y objetivándose mayor probabilidad de éxito en los pacientes de menor edad.

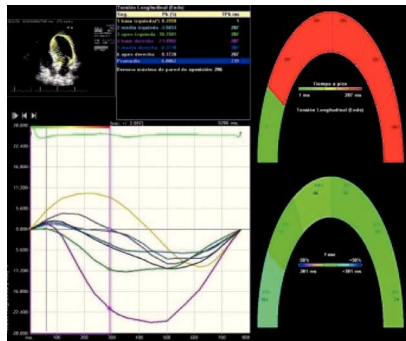
481. VALOR DEL ÍNDICE DE TEI Y DEL STRAIN LONGITUDINAL EN PACIENTES AGUDOS CON INFARTO DE MIOCARDIO O PERICARDITIS

M. Ruiz Bailén^a, A. Castillo Rivera^a, A. Gómez Blizniak^a, D.F. Matallana Zapata^a, M.A. Martínez Arcos^a, M.D. Pola Gallego de Guzmán^a, R. Vela Colmenero^a, M.C. Molina de la Torre^a, A. de la Fuente^a y C. Hernández Caballero^b

^aComplejo Hospitalario Ciudad de Jaén. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Evaluar el rendimiento del índice de Tei y del "strain longitudinal" izquierdo (deformidad longitudinal del VI) en el diagnóstico diferencial entre infarto agudo de miocardio y pericarditis.

Métodos: Tipo de estudio: cohorte prospectivo. El diagnóstico diferencial entre pericarditis y el infarto agudo de miocardio (IAM) es a veces difícil, por lo general requiere una angiografía coronaria, por tal motivo, tratamos de evaluar otras alternativas diagnósticas menos invasivas. Hemos incluido los pacientes agudos con diagnóstico diferencial entre IAM y enfermedad pericárdica. Se excluyeron los pacientes con



disfunción sistólica o diastólica (regional o segmentaria), o aquellos cuyo diagnóstico final no se hizo mediante angiografía coronaria o resonancia magnética cardíaca. Se evalúa la capacidad del índice de Tei y del strain longitudinal izquierdo para discernir entre infarto agudo de miocardio y pericarditis. Incluimos un grupo control con las medidas normales del índice de Tei y el strain longitudinal izquierdo.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes (33 con enfermedad pericárdica, 30 del grupo de control (tabla). El índice de Tei izquierdo fue mayor en el IAM que en la pericarditis y el grupo control. El strain longitudinal fue menor en el IAM que en la pericarditis y el grupo control. Un valor de strain longitudinal endomiocárdico $< (-15,5)$ tiene una sensibilidad de 97,62% y un valor de $< (-10,94)$ presenta una especificidad de 96,77% para IAM. Un valor del índice de Tei izquierdo de $> 0,625$ tiene una sensibilidad de 90,47% para el diagnóstico de IAM, y un valor $> 0,52$ tiene una especificidad de 96,77% (fig.).

Groups	N	Median	Standard deviation	Significance
Left Tei index (pericardial disease)	33	0,377	0,078	$< 0,001$
Left Tei index (AMI)	49	0,801	0,197	$< 0,001$
Left Tei index (Control Group)	30	0,280	0,122	$< 0,001$
Longitudinal strain (pericardial disease)	33	-15,387	6,211	0,0001
Longitudinal strain (AMI)	49	-11,759	1,480	0,0001
Longitudinal strain (Control Group)	30	-17,800	6,21	0,0001
Age (pericardial disease)	33	29,871	11,221	$< 0,001$
Age (AMI)	49	44,500	4,855	$< 0,001$
Age (Control Group)	30	24,120	6,182	$< 0,001$

Conclusiones: Cuando existe una duda diagnóstica entre pericarditis e IAM, teniendo una función sistólica y diastólica global normal, el valor del índice de Tei y el strain longitudinal cercano a valores normales, es altamente sugestivo del diagnóstico de pericarditis aguda.

482. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES JÓVENES INGRESADOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

J. Muñoz Bono, J.A. Arboleda Sánchez, V. Olea Jiménez, L. Fernández Zamora, M.J. Chaparro Sánchez y T. García Paredes

Unidad de Cuidados Cardiológicos. Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Diversos estudios en los últimos tiempos han explorado las características epidemiológicas del infarto agudo de miocardio en diversos grupos poblacionales. En los adultos jóvenes pueden tener algunas características que son distintas de las de la población de más edad.

Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico pacientes con SCASTE incluidos en el registro Ariam Andalucía desde 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2012. Se realiza un estudio comparativo de los factores de riesgo en pacientes con más y menos de 45 años. Para la comparación de los porcentajes se ha utilizado la chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron un total de 11.575 pacientes de los cuales el 10,1% eran menores de 45 años. Los factores de riesgo se muestran en la tabla. En el análisis por sexo los varones < 45 años que ingresan con SCASTE son más fumadores (72% vs 39% $p < 0,001$), menos hipertensos (27% vs 54,3% $p > 0,0001$) y menos diabéticos (7,8% vs 29,1% $p > 0,001$). En el caso de las mujeres < 45 años también son más fumadoras (62,5% vs 12,6% $p > 0,0001$) y menos dislipémicas (23,2% vs 46,5% $p < 0,0001$).

	< 45 años	> 45 años	p
Hipertensión arterial	294 (25%)	5.454 (52,4%)	$< 0,0001$
Diabetes mellitus	84 (7,1%)	2.838 (27,3%)	$< 0,0001$
Dislipemia	421 (35,8%)	4.294 (41,3%)	$< 0,0001$
Fumador	896 (76,2%)	4.073 (39,2%)	$< 0,0001$
Obesidad	250 (21,3%)	1.895 (18,2%)	0,012

Conclusiones: El tabaquismo parece ser el factor de riesgo que está más relacionado con la incidencia de SCASTE en pacientes jóvenes menores de 45 años.

Agradecimientos: Investigadores Grupo ARIAM Andalucía.

483. EFICACIA Y MORBILIDAD RELACIONADAS CON EL IMPLANTE DE RESERVIOS VENOSOS CENTRALES

J.M. Núñez Martínez, D. Martín Langerwerf, V. Pérez Cateriano, B. Arcos Pulido, M. Calvo de Mora Almazán, S. Pérez Quesada, A. Sangio Ferreyros, J. Pasco Ulloa y R. Carrasco Moreno

Hospital del Vinalopó, Elche.

Objetivos: Describir y analizar las complicaciones del implante del reservorio venoso en nuestra Unidad, y el tiempo de retraso en el implante una vez solicitado.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con pacientes remitidos de enero a diciembre de 2012 a la Unidad de Cuidados Intensivos para implante de un reservorio venoso. Se recogieron los efectos adversos inmediatos (durante el implante) y tardíos. Se revisó la incidencia de neumotórax, punción arterial, hematoma e infección precoz (antes del primer uso). Se analizó también la infección tardía (tras el uso del reservorio), trombosis y extravasación. El implante fue realizado por intensivistas del Servicio de Medicina Intensiva del H. del Vinalopó de Elche. La técnica utilizada fue la descrita por Seldinger con control por escopia. El extremo del catéter se situó en la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha. Fijando la campana al plano muscular con seda. Los pacientes recibieron una dosis de 2 g de cefazolina intravenosa treinta minutos antes del procedimiento. En caso de alergia se optó por 400 mg de teicoplanina. Un enfermo requirió de sedación. Se comprobó el funcionamiento del implante antes del cierre, sellándolo con HNF 100 UI/mL, y se realizó una radiografía para descartar neumotórax y comprobar el emplazamiento del sistema.

Resultados: Se realizaron 121 implantes, 15 explantes y 2 recambios. Se consideraron para el análisis únicamente los implantes nuevos. La edad media fue de 58,19 años ± 1,78. 60,33% de hombres y 39,67% de mujeres. La distribución por servicios solicitantes fue; 2 de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (1,65%), 1 del servicio de Cirugía General (0,83%) y 1 del de Enfermedades Infecciosas (0,83%), 4 de Hematología (3,3%), y 113 del Servicio de Oncología Médica (93,39%). Dentro de Oncología, las patologías que suscitaron el implante fueron; 73 pacientes con neoplasias del aparato digestivo (64,6%), 20 pacientes (17,7%) de ORL, 12 pacientes con cáncer de mama (10,6%) y 8 pacientes (7,1%) con otras neoplasias. El tiempo medio de espera fue de 3,16 días ± 0,37, con una incidencia de complicaciones globales del 12,35%. La incidencia de eventos adversos inmediatos fue del 9,1%. Se produjeron 7 punciones arteriales (5,78%), 1 hematoma (0,82%) y 3 neumotórax (2,47%). Salvo los neumotórax, ninguna de las complicaciones requirió de actuaciones para su resolución. Las complicaciones tardías ocurrieron en un 3,31% de los casos. Se objetivó 1 infección (0,82%), 1 extravasación (0,82%) y 2 trombosis (1,64%). No se objetivó ninguna dislocación.

Conclusiones: El implante de un reservorio es un procedimiento con una incidencia de complicaciones asumible, con un uso cada vez más extendido, fundamentalmente en el ámbito de la oncología, y que ha de implantarse dentro de un margen de tiempo razonables para no retrasar el inicio de tratamiento de estos pacientes.

484. CORONARIA DERECHA FRENTE A CORONARIA IZQUIERDA EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO

J. Blanco López, R. Manzanedo Velasco, F. Jiménez Cabrera, E. Zborovszky, G. Pérez Acosta, J. Ocampo Pérez, R. Huerta Blanco, E. Gross, M. Sánchez Palacios y V. Nieto Lago

Hospital Universitario Insular, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en los pacientes con shock cardiogénico, según la afectación coronaria: coronaria derecha versus coronaria izquierda.

Métodos: Análisis retrospectivo, durante un período de 5 años, de los pacientes que ingresaron en el hospital en situación de shock cardiogénico secundario a IAM. En todos los pacientes incluidos se realizó intervención coronaria. Se compararon dos grupos de pacientes: pacientes con afectación de la coronaria derecha (n: 33) vs coronaria izquierda (n: 58). Se analizaron datos epidemiológicos, afectación coronaria, tratamiento de reperfusión y mortalidad. La comparación entre grupos se realizó con el test de chi cuadrado y la prueba t de Student.

Resultados: Se estudiaron 91 pacientes con shock cardiogénico secundario a IAM. Todos los pacientes presentaron factores de riesgo cardiovascular. 33 pacientes cursaron con IAM inferior, de los que 8 tuvieron afectación del ventrículo derecho (34,7%) y 58 enfermos tuvieron afecta-

ción electrocardiográfica del territorio izquierdo: IAM anterior: 44 pacientes (75,9%) e IAM lateral: 14 pacientes (24,1%). Al analizar los factores de riesgo, datos de ingreso en UMI, tratamiento de reperfusión, afectación coronaria, localización del infarto y mortalidad se presentan en las tablas.

	Coronaria derecha (n = 33)	Coronaria izquierda (n = 58)
Factores de riesgo		
Edad	65,5 ± 9,4	61,7 ± 11,7
Sexo (hombres)	63%	46%
Tabaco	42%	51%
HTA	66%	46%
Diabetes	60%	39%
Dislipemia	54%	41%
C. isq. previa	36%	34%
Enf. vascular periférica	21%	20%
Datos UMI		
Estancia hospitalaria	19,7 ± 22,5	12,8 ± 18,5
Estancia en UMI	12,7 ± 14,5	8,7 ± 16,1
APACHE II al ingreso	18,4 ± 8,9	22,86 ± 9,8
Eco FEVI*	31,7 ± 8,9	48,8 ± 8,6
BCIAo	30%	67%
Catecolaminas	93%	87,9%
Ventilación mecánica	69,7%	77,8%
Nº días ventilación	13 ± 16,2	8 ± 17,8
Sepsis	23,5%	14,9%
FRA con HFVVC	15%	13%
Exitus	50%	56,9%

p < 0,05.

Afectación coronaria	Coronaria derecha (n = 33)	Coronaria izquierda (n = 58)
Fibrinólisis	33%	29,3%
ATC primaria*	69%	70,7%
Enf. multivaso	66,6%	79,3%
Nº vasos con estenosis	2,2 ± 0,8	2,2 ± 1
Nº de lesiones*	2,05 ± 1,3	2,6 ± 1,3
Vasos tratados	1,31 ± 0,6	1,41 ± 0,7
Nº lesiones tratadas	1,7 ± 1,1	1,6 ± 1,1
Éxito de ATC (ARI)	93,9%	79,3%
Nº de lesiones		
1 o 2	71,4%	39,5%
≥ 2	28,6%	60,5%

p < 0,05.

Conclusiones: En nuestra serie los pacientes con shock cardiogénico con afectación de la arteria coronaria izquierda, tienen mayor disfunción del ventrículo izquierdo, gravedad y mortalidad pese a una mayor utilización del BCIAo.

485. ANÁLISIS DE UN PROGRAMA FORMATIVO ENCAMINADO A LA MEJORA DEL MANEJO DEL SCA EN UN ÁREA RURAL EXTENSA

A.M. de Pablo Hermida, E.M. Hernández Sánchez, E. García Sánchez, M. Cruz Tejedor, S. Zubillaga Muñoz, E. Nevado Losada y P. Albert de la Cruz

Hospital del Sureste, Arganda del Rey.

Objetivos: Determinar si un programa de formación que implique a todos los niveles asistenciales (atención primaria, extrahospitalaria y hospital) consigue acortar el tiempo en el que los pacientes con SCA reciben el tratamiento adecuado en un área rural extensa. Consideramos tratamiento adecuado la reperfusión en el caso de SCACEST y la doble antiagregación en el SCASEST.

Métodos: Estudio antes-después de una acción formativa-participativa que ha implicado a médicos de los centros de salud, de la emergencia extrahospitalaria y de los servicios de urgencias y medicina intensiva del Hospital del Sureste y su área de influencia. Actividad semipresencial a lo largo de 8 meses de trabajo conjunto con las siguientes fases: Análisis de los tiempos en la serie histórica de los pacientes de nuestro área con especial hincapié en el manejo inicial. Debates, actualizaciones, comentario de artículos y guías clínicas online. Redacción de vías clínicas locales para conseguir el objetivo. Se analizaron los tiempos pre y post intervención de inicio del dolor precordial y primer contacto con el medio sanitario, fuera extra u hospitalario, y los tiempos entre el inicio del dolor y el tratamiento adecuado. Se utilizó el test no paramétrico U

de Mann-Whitney para comparación de medias de dos muestras independientes.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Tiempos de tratamiento inicial, según el primer contacto sanitario (minutos)				
	Precurso		Postcurso	
	Media	Mediana	Media	Mediana
Extrahospitalaria				
Tiempo dolor-primer contacto	479	120	574	120
Tiempo primer contacto-urgencias	94	60	68	60
Tiempo primer contacto-tratamiento correcto Hospital	148	105	132	80
Tiempo dolor- primer contacto	512	165	354	76
Tiempo primer contacto-tratamiento correcto	83	10	63	0

Tiempos de reperfusión (mins).				
	Precurso		Postcurso	
	Media	Mediana	Media	Mediana
Tiempo dolor-aguja	247	195	175	95
Tiempo primer contacto-aguja	82	56	67	30
Tiempo puerta-aguja	51	27	27	30

Conclusiones: Aunque la comparación de medias no resulta estadísticamente significativa, en probable relación con el tamaño de la muestra post intervención, los datos sí muestran una tendencia con relevancia clínica: el tiempo entre el contacto con el medio sanitario en cualquier nivel asistencial y el inicio del tratamiento correcto se han reducido. En el caso del SCACEST los pacientes tratados después del curso recibieron la fibrinólisis en menos de 30 minutos cumpliendo así el criterio de calidad de la SEMICYUC.

486. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE EN UNIDAD CORONARIA DE HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EVOLUCIÓN, ABORDAJE Y TRATAMIENTO

M. Muñoz Garach, R. Fernández Fernández, J.C. Frias Pareja, F. Barranco Ruiz, J.M. Soto Blanco, S. Schiaffino Cano y M.E. Yuste Osorio

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: Se presenta un análisis epidemiológico basado en la base de datos del 'registro ARIAM' del paciente con cardiopatía isquemia y otras patologías de ingreso en nuestra unidad coronaria de la UCI del HUSC de Granada (hospital de tercer nivel), viendo la evolución en los últimos 10 años y comparando con el resto de la provincia de Granada y de España en general.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo de manera retrospectiva del perfil de paciente que ingresa en nuestra unidad, con las variables de sexo, factores de riesgo, tipos de síndrome coronario agudo, días de estancia en UCI, mortalidad, procedencia del paciente, tipo de reperfusión y evolución del resto de patologías que ingresan en la unidad. Se compara la evolución en los últimos 10 años fraccionándolo en dos periodos.

Resultados: Sexo: 70-30% hombres/mujeres en nuestra unidad. España 75-25%. Mediana de 3 factores de riesgo. Edad media de 67,3 a 65,6 y mortalidad 6,33 a 4,35 en la unidad últimos 10 años. Disminución de IAM -Q de más de un 50%. Porcentaje de fibrinólisis en SCACEST de 55 a 61%. ICPs primarias de 2% a 7%. Resto de provincia de granada destaca ICPs primarias 4% a 16%. Aumento ICP de rescate últimos años en provincia de granada en comparación con España que aumenta más la ICP primaria. Aumento coronariografía precoz (> 24h < 72h) seguido de coronariografía urgente (< 24h). Destaca tasa más alta de mortalidad de valvulopatías (14,9%) e insuficiencia cardíaca (10,94%) vs IAM (5,82%).

Conclusiones: Destaca el aumento progresivo de complejidad de los pacientes que ingresan en nuestra unidad. El descenso de mortalidad global en casi 2 puntos en los últimos 5 años. La evolución de la reperfusión en nuestra unidad con un mayor aumento de fibrinólisis con respecto a mayor aumento ICP primaria en otro hospital de referencia y en

España en general en relación con la disponibilidad de servicio de hemodinámica las 24 horas. Escasa diferencia en cuanto al éxito final entre fibrinólisis con tiempo puerta-aguja no > 30 min min y la ICP con tiempo puerta-balón < 90 min.

09:00 a 10:30 h - Tribuna Derecha Cardiovascular 2

487. TEST DE VASOREACTIVIDAD CON ADENOSINA EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR. UNA COMPARACIÓN ENTRE DIFERENTES DOSIS

I. Prieto, J. Gaudó, G. Gonzalo, M.A. López, A. Sueiro y A. Maudes

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La adenosina está indicada como agente vasodilatador en el test de vasoreactividad de la hipertensión pulmonar. El objetivo de este estudio es comparar la efectividad y seguridad de diferentes dosis de adenosina durante el test de vasoreactividad con el fin de determinar su seguridad y eficacia.

Métodos: Se canaliza un catéter Swan-Ganz en la arteria pulmonar. Se monitorizan las presiones en la pulmonar, índice cardíaco, resistencias vasculares pulmonares, saturación arterial de oxígeno y saturación venosa central de oxígeno, tanto a nivel basal, como con las diferentes dosis de adenosina (10, 20, 30, 40 y 50 µg/kg/m), registrándose los efectos secundarios durante el test si los hubiere.

Resultados: Seis de los 64 pacientes estudiados (9,4%) presentaban una respuesta positiva al test vasodilatador (disminución de la presión media en la arteria pulmonar > 10 mmHg) sin disminución significativa del índice cardíaco. Todos los pacientes que respondieron a la dosis de 50 µg/kg/m habían respondido a dosis de 20 µg/kg/m. No hubo efectos secundarios significativos.

Conclusiones: Dosis bajas de adenosina (20 µg/kg/m) son suficientes para detectar reversibilidad de la hipertensión pulmonar, sin presentar efectos adversos. La baja incidencia de test positivos plantea la posibilidad de optar por otros fármacos (óxido nítrico inhalado, epoprostenol endovenoso) como primera línea en el test de vasoreactividad.

488. PRONÓSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE EXCLUSIÓN DE ANEURISMA TORACOABDOMINAL (ATA)

M.A. Salcedo Rivas, M.J. Jiménez Martín, B. Jordán Arias, M.M. Hernández Mateo, J.C. Martín Benítez, F.J. Serrano Hernando y M. Sánchez García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Dado que la cirugía de exclusión de ATA supone un elevado riesgo quirúrgico (invasión de 2 cavidades, colapso unipulmonar, hipoperfusión de médula espinal y visceral) nuestro objetivo es evaluar las complicaciones y mortalidad de estos pacientes siguiendo un protocolo de manejo multidisciplinar (cirugía vascular, anestesia, medicina intensiva, fisioterapia) priorizando estabilidad hemodinámica, extubación en las primeras 24 horas y medidas antiparapleja.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados en nuestra UCI tras cirugía electiva de exclusión de ATA desde febrero de 2002 hasta diciembre de 2012. Se recogieron variables demográficas, tipo de ATA, tipo de cirugía, medidas antiparapleja [Bypass Cardiopulmonar Izquierdo (BCI) o reimplante de arterias intercostales, drenaje de LCR], complicaciones postoperatorias, estancia en UCI, estancia hospitalaria y mortalidad. Análisis estadístico: las variables cualitativas se expresan en porcentajes. Las cuantitativas como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) según su distribución. Se utilizó chi-cuadrado para el análisis estadístico de variables cualitativas. Error alfa < 0,05. El riesgo se estima mediante odds ratio (OR) con IC del 95% (IC95).

Resultados: De los 50 pacientes intervenidos de ATA se excluyó a uno por cirugía no electiva. Varones 92%, mujeres 8%. Edad media 65 años (DE 8,3). Tipo de aneurisma: I 8,5%, II 32%, III 32%, IV 27,5%. BCI: 48%; Tipo de cirugía: Bypass aorto-aórtico 84%, bypass aorto-bifemoral 16%.

La estancia en UCI fue 6 días (RIC 5-14) y en el hospital 32 días (RIC 18-44). Extubación precoz 48%. Tiempo de ventilación mecánica 1 día (RIC 0,7-20). Las complicaciones postoperatorias fueron: Fracaso renal agudo (FRA) 43% (necesidad de técnicas de depuración extrarrenal 8%); infección 36%; complicaciones respiratorias 32%; sangrado 17%; reintervención 15%; complicaciones neurológicas 10,6%; paraplejia 6,4%; reingreso en UCI 11%; reingreso hospitalario 2%. La mortalidad global de la serie fue del 8,5% (4 pacientes). Las únicas variables que se asociaron con aumento de la mortalidad fueron el FRA, $p = 0,027$; OR = 2,6; IC95 (1,8-3,9), y el tipo de aneurisma (I-II), $p = 0,022$; OR = 2,8; IC95 (1,9-4,3).

Conclusiones: A pesar del elevado riesgo quirúrgico de los pacientes con ATA, se consiguió su extubación precoz en un elevado porcentaje y la incidencia de paraplejia y mortalidad ha sido baja. Los únicos factores que se asociaron con un aumento de la mortalidad en nuestra serie son el ATA tipo II y el FRA postoperatorio.

489. DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO. PAPEL DEL DOPPLER TISULAR

J. Sánchez Ruiz, A. Estella García, V. Pérez Madueño, M. Recuerda Núñez y M. Jaén Franco

Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital SAS, Jerez de la Frontera.

Objetivos: Los pacientes con shock séptico presentan con frecuencia disfunción diastólica, que puede pasar desapercibida y estar relacionada con un peor pronóstico. El objetivo principal fue evaluar con doppler tisular a pacientes con shock séptico en ventilación mecánica y estudiar su incidencia, gravedad, características clínicas, analíticas y valor pronóstico.

Métodos: Estudio prospectivo en 15 pacientes ingresados en UCI por shock séptico conectados a ventilación mecánica. Se excluyeron a pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, hipertensiva, valvular, dilatada, hipertrófica y restrictiva. Se recogieron variables epidemiológicas, analíticas y ecocardiográficas durante las primeras 72 horas tras el ingreso. Se monitorizaron de forma continua con sistema vigileo®. La disfunción diastólica del ventrículo izquierdo fue definida según las guías de la sociedad americana de ecocardiografía del 2009 usando E, A y e'; E/A, E/e' y TDE. La disfunción sistólica del ventrículo izquierdo se definió como FE < 45% y del ventrículo derecho como S' < 15 cm/sg.

Resultados: La edad media fue de 47 ± 16 años (70% de hombres) con APACHE II de 17 ± 9 puntos y SOFA de 9 ± 4. En la valoración inicial ecocardiográfica, 3 pacientes (20%) presentaron disfunción diastólica ligera y 2 (13,3%) moderada. 9 (60%) presentaron disfunción sistólica siendo grave (FE < 35%) en 4 (26%). Se objetivó una disminución de la FE asociado al requerimiento de vasoactivos en todos los pacientes. El balance medio de fluidos fue de 2.246 ± 1.472 ml en las primeras 6 horas, ácido láctico 2,21 ± 2,5, pH 7,24 ± 0,6, SvO₂ 76,39 ± 10,27, NTproBNP 2.548 ± 1.664, troponina US 31 ± 459 y PCWP de 11 ± 6,06. La estancia media en UCI fue de 7 ± 5 días y en ventilación mecánica 5,3 ± 4,1 días. La mortalidad fue del 40% (6). Este subgrupo se caracterizó por tener aumento de PCWP, ácido láctico, relación E/e' y marcadores cardíacos.

Conclusiones: La disfunción diastólica es común en pacientes con shock séptico y el doppler tisular nos permite diagnosticarla y estimar la PCWP. Se relacionó con peor pronóstico, aumento de la relación E/e', PCWP, ácido láctico y marcadores cardíacos elevados. La fracción de eyección no es un estimador adecuado de la función sistólica del ventrículo izquierdo en pacientes que se encuentran bajo una vasoplejia importante.

490. 10 AÑOS DE MIOPERICARDITIS. SEGUIMIENTO A LOS 50 MESES

S. Gamaza Chulián, M. Recuerda Núñez, J. León Jiménez, V. Pérez Madueño, A. Estella García, L. Pérez-Bello Fontañá, M. Jaén Franco y J. Sánchez Ruiz

Hospital SAS de Jerez de la Frontera.

Objetivos: Las pericarditis suponen el 5% de las consultas de Urgencias, así como el 0,1% de los pacientes hospitalizados por dolor torácico no isquémico. Entre un 15 y un 35% presentan elevación de biomarcadores cardíacos (miopericarditis). Nuestro objetivo fue analizar las características y la evolución de los pacientes ingresados por miopericarditis en nuestro centro.

Métodos: Se incluyeron los pacientes ingresados en nuestro hospital por miopericarditis aguda de origen vírico o idiopático entre enero de

2001 y septiembre de 2011, excluyéndose las de origen traumático, postinfarto y posquirúrgicas. Se registraron características clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas y su evolución.

Resultados: Un total de 66 pacientes (95% varones, edad media 29,8 ± 9,7 años) se incluyeron, con un 40,9% de fumadores. El síntoma guía fue dolor torácico en el 98,5% de los casos, detectándose fiebre en el 48,5% y roce pericárdico en el 3%. Se objetivaron alteraciones electrocardiográficas en el 98,5%, siendo la más frecuente la elevación difusa del segmento ST (93,9%). El porcentaje de derrame pericárdico ecocardiográfico fue del 13,8%, con un solo caso de derrame severo. El 92,4% de los pacientes fueron tratados con AINES, y tan sólo 1 paciente fue tratado con corticoides. Tras un seguimiento medio de 50 meses, la tasa de recurrencias fue del 10,3%, sin objetivarse ningún caso de miocardiopatía dilatada o constrictiva. Un paciente sufrió taponamiento cardíaco y tan sólo se registró un caso de muerte cardíaca intrahospitalaria, sin otras muertes en el seguimiento.

Conclusiones: La miopericarditis es una entidad frecuente, que afecta predominantemente a varones jóvenes. Su pronóstico a largo plazo es excelente, siendo la pericarditis recurrente la complicación más frecuente.

491. FACTORES PRONÓSTICOS RELACIONADOS CON UNA BUENA EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA POST-PARADA A MEDIO PLAZO

M.J. García Monje, A. Ceniceros, I. Astola, A. López, L. Pita, J.M. López, J.M. Gulias y D. Freire

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos: Conocer los factores relacionados con un buen pronóstico neurológico tras presentar una parada cardiorespiratoria (PCR).

Métodos: Estudio prospectivo realizado en una unidad coronaria de 8 camas, desde diciembre del 2009 hasta julio del 2012. Se recogieron todos los datos de los pacientes ingresados en la unidad durante este periodo tras sufrir una PCR, tratados según el Protocolo de Hipotermia Terapéutica de la Unidad. A los 6 meses de la PCR se realizaron encuestas telefónicas con intención de realizar la escala CPC (Cerebral Performance Categories Scale), el Índice de Barthel Modificado (IB) y el EuroQol-5D. Definiendo buen pronóstico a aquellos pacientes con CPC 1 o 2, IB > 90 y Euro-Qol5D > 0,7, se analizaron los factores que pudieran estar implicados en dicha evolución mediante el sistema estadístico SPSS v19.1.

Resultados: En el periodo analizado se incluyeron 55 pacientes, 76,4% varones con un edad de 59,4 años (MD, DE ± 14,5). El 25,5% tenían tres o más factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y el 54,5% dos FRCV. El ritmo inicial fue fibrilación ventricular en el 75,9% de los casos. El 18,2% necesitaron apoyo con balón de contrapulsación y 2 pacientes asistencia circulatoria. La estancia media en UCI fue de 18,7 días (MD, DE ± 15,5) con 15,75 días de ventilación mecánica (MD, DE ± 13,9). La mortalidad en UCI fue del 23,6%. A los 6 meses el 63,6% de los pacientes estaban vivos y el 82,9% presentaban un buen pronóstico neurológico. En el análisis univariante el buen pronóstico neurológico se relacionó con el tiempo de PCR, los días de estancia en UCI y los días de VM, con una $p < 0,05$. También las complicaciones como la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), el distrés respiratorio y las crisis comiciales resultaron estadísticamente significativas. Sin embargo los FRCV, la edad y el ritmo inicial, no alcanzaron significación estadística. En el análisis multivariante el tiempo de PCR, la NAV y las crisis comiciales son los factores que se relacionaron de forma significativa con un mejor pronóstico neurológico.

Conclusiones: 1. El tiempo de PCR parece ser el factor pronóstico prehospitalario más significativo relacionado con el pronóstico neurológico. 2. Los pacientes con NAV y crisis comiciales durante su estancia en UCI parecen presentar una peor evolución neurológica.

492. VALOR DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN) EN EL PRONÓSTICO DE LA ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA

P. Villa Díaz^a, B. Llorente Ruiz^a, D. Jiménez Jurado^a, C. Gómez Escalonilla^b, Y. Ortiz de Zárate Ansotegui^a, C. Pintado Delgado^a, J. Luján Varas^a y J.A. Cambroner Galache^a

^aHospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ^bHospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Determinar el valor de la RMN en el pronóstico de la encefalopatía postanóxica.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel en un periodo comprendido entre enero 2010 y diciembre de 2012. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por parada cardiorrespiratoria (PCR) resucitada de forma consecutiva. Se realizó estudio de RNM (estudio de difusión -DWI- con determinación de coeficiente de difusión aparente -ADC- y RNM con espectroscopia -MRS-) entre el día +3 y +6 de ingreso. Todos los pacientes estaban en normotermia en el momento del estudio. Los estudios fueron analizados de forma ciega por el neuroradiólogo e informados como estudio de buen/mal pronóstico. Se valoró la mortalidad intrahospitalaria y la situación neurológica a los 3 meses mediante la escala de Glasgow Outcome Score (GOS).

Resultados: De un total de 57 pacientes ingresados, a 17 (30%) se les realizó estudio RNM. Las características epidemiológicas de los pacientes son: edad $62 \pm 13,63$ años; sexo masculino 13 pacientes (76,5%); APACHE II $37 \pm 3,72$; SOFA al ingreso $9,88 \pm 2,75$. 5 pacientes (29,5%) presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica conocida, en 11 pacientes (64,7%) la PCR fue de etiología cardíaca, en 14 pacientes (82,4%) la PCR fue extrahospitalaria y la duración desde el inicio de las maniobras de RCP hasta la RCE fue de $19,31 \pm 6,9$ minutos. Se realizó hipotermia terapéutica en 12 pacientes (70,6%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 58,8%, siendo la mortalidad en UCI de 47,06%. La situación neurológica a los tres meses: GOS 3-5 - 6 pacientes (35,3%), GOS 1-2 - 11 pacientes (64,7%). De los 17 estudios realizados, 13 de ellos fueron de "mal pronóstico neurológico". De los 11 pacientes en estado vegetativo persistente o muerto a los 3 meses, todos ellos presentaron un estudio RNM de "mal pronóstico neurológico"; 2 pacientes con RNM de "mal pronóstico" tenían una buena situación neurológica a los 3 meses. El valor pronóstico del estudio RNM obtuvo una sensibilidad del 100%, una especificidad de 67%, con un valor predictivo positivo del 85% y un valor predictivo negativo del 100%.

Conclusiones: En pacientes supervivientes de una PCR reanimada, el estudio RNM (estudio de difusión -DWI- con determinación de coeficiente de difusión aparente -ADC- y RNM con espectroscopia -MRS-) realizado entre el 3º y 6º día de ingreso es de utilidad en determinar el pronóstico a medio plazo.

493. MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UCI POR MOTIVO CARDIOLÓGICO

D. Gamero Donis, J.A. Silva Obregón, J.E. Romo Gonzales, J.M. Borralló Pérez, C. Martín Dal Gesso y C. Marian Crespo

Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: En la actualidad se ingresa de manera rutinaria en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pacientes mayores de 80 años con problemas derivados de cardiopatía isquémica o bradiarritmias. Nuestro objetivo es evaluar la mortalidad en estos enfermos.

Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo de los pacientes cardiológicos mayores de 80 años ingresados en UCI entre enero de 2003 y mayo de 2011. Se dividió a los enfermos en 2 grupos: cardiopatía isquémica (CI) y marcapasos (MP). Se analizó la mortalidad en UCI, hospitalaria (HOS) y a los 12 meses (12M) de manera global, por sexo y por tipo de ingreso. También se evaluó el impacto de la IOT en la mortalidad, considerándose como paciente intubado a aquel que falleció intubado o cuyo tiempo de ventilación mecánica fue superior a 24 horas.

Resultados: Ingresaron 673 pacientes, analizándose 648 (excluidos 25 por traslado a otro centro) de los que 55,6% (360) eran pacientes cardiológicos. Edad media: $84,3 \pm 3,3$ años [p25 (81,7), p75 (86,2)]. El 57,7% (208) fueron hombres. Un 71,7% (258) ingresaron por CI y un 28,3% (102) por MP. Precisarón IOT un 8,1% (29): a) CI 86% (25) y MP 14% (4); b) El 58,6% (17) fueron hombres; No hubo diferencias significativas. 1) Mortalidad global: UCI 32 [8,9% (IC95%; 5,8-11,9)], HOS 52 [14,4% (IC95%; 10,6-18,2)] y a los 12M 77 [21,4% (IC95%; 17,0-25,7)]. 2) Mortalidad por sexo: no mostró diferencias significativas. Hombre-mujer; UCI (9,6-7,9%), HOS (15,4-13,2%) y 12M (23,6-18,4%). 3) Mortalidad por grupo: a) UCI: CI 11,6% (30), MP 2% (2); [RR 5,9; IC95%, 1,4-24,3, p = 0,04]. b) HOS: CI 17,8% (46), MP 5,9% (6); [RR 3,0; IC95%, 1,3-6,8, p = 0,04]. c) 12M: CI 24,0% (62), MP 14,7% (15); (p = NS). 4) Mortalidad en IOT vs no IOT: mayor en IOT, sin diferencias por sexo o grupo. a) UCI: (62,1% vs 4,2%); [RR 14,6; IC95%, 8,1-26,3, p < 0,001]. b) HOS: (65,5 vs 10%); [RR 6,5; IC95%, 4,3-9,9, p < 0,001]. c) 12M: (72,4% vs 16,9%); [RR 4,3; IC95%, 3,1-5,9, p < 0,001].

Conclusiones: En nuestra serie, el ingreso tipo fueron varones con CI. La mortalidad osciló entre el 9-21,4% (UCI-12M), sin diferencias signifi-

cativas por sexo. Frente a los MP, la CI supuso un aumento significativo de mortalidad en UCI y en el HOS, aunque a los 12M no se evidenciaron diferencias significativas. En cuanto a IOT, no se encontraron diferencias significativas por sexo ni por tipo de ingreso, pero fue un marcador de riesgo determinante en la mortalidad de los pacientes.

494. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL PACIENTE CRÍTICO

A.M. Hernangómez Vázquez, D.O. Stanescu, P. García Olivares, M. del Valle, G. Buitrago, M.A. Estévez, M. Díaz, F.J. Sagra, C. Ramírez y C. Caciono

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Conocer la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en el paciente crítico. Analizar su asociación con las diferentes modalidades de profilaxis utilizadas para su prevención.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, realizado sobre la cohorte de pacientes ingresados durante al menos 72 horas en la UCI en el periodo de septiembre 2011 a junio 2012. Se excluyeron aquellos pacientes cuyo motivo de ingreso fue ETEV y aquellos que requirieron anticoagulación sistémica. Al ingreso y dos veces por semana se realizó un estudio ecográfico (técnica de compresión simplificada del sistema venoso profundo de miembros inferiores) en tres territorios: femoral común proximal (ingle), femoral común-femoral superficial (muslo) y poplíteo. La profilaxis de ETEV se basó en el protocolo de la unidad con tres posibilidades: heparina de bajo peso molecular (HBPM), sistema de compresión neumática intermitente (SCNI) y profilaxis combinada (PC). Se recogieron variables demográficas, clínicas y factores de riesgo de ETEV. El análisis descriptivo se expresó en porcentajes para variables cualitativas y media \pm DE o mediana con rango intercuartil para variables cuantitativas. La asociación de las diferentes medidas de profilaxis con la incidencia de ETEV se analizó mediante test exacto de Fisher.

Resultados: 200 pacientes fueron incluidos en el estudio. Las patologías de ingreso más frecuentes fueron: infecciosa 35%, neurológica 28,5% y respiratoria 16,5%. El 61% fueron varones, edad 60 años (45-74), Índice Charlson 1 (1-3). Escalas gravedad: APACHE II 19 ± 8 y SOFA 7 ± 4 . Requiritieron VM 64% duración 11 días (5-21) y aminas 39% duración 3 días (2-6). Estancia UCI 10 días (10-21) y hospitalaria 27 días (15-59). Mortalidad UCI 27% y hospitalaria 34%. Número de factores de riesgo ETEV previos a UCI 3 (1-4), destacando: edad (68%), HTA (47%), EPOC (21%) y neoplasias (15%); Número de factores de riesgo asociados a UCI 4 (3-5) destacando inmovilidad (96%), sedación y ventilación mecánica (68%), bloqueo neuromuscular 17% y catéter femoral (9%). Número de estudios ecográficos por paciente 2 (1-4). Profilaxis ETEV más utilizada HBPM 58% de pacientes, seguida de SCNI 27% y profilaxis combinada 8%. Incidencia de TVP 1,5% (3/200), todas ellas a nivel proximal de vena femoral común, un caso relacionado con catéter. Tres pacientes presentaron TEP (incidencia 1,5%), sólo uno asociaba TVP. Incidencia total de ETEV 2,5% (5/200). En el análisis univariante no existieron diferencias significativas en la incidencia de ETEV según la profilaxis utilizada: HBPM vs SCNI 1,7% vs 4,3% (RR 0,39; IC95% 0,06-2,39); HBPM vs PC 1,7% vs 0% (RR 0,98, IC95% 0,96-1,01); SCNI vs PC 4,3% vs 0% (RR 0,94; IC95% 0,88-1,01).

Conclusiones: Baja incidencia de enfermedad tromboembólica venosa en nuestra serie, mayoritariamente pacientes con patología médica. Ninguna de las medidas de profilaxis utilizadas se asoció a una mayor incidencia de fenómenos tromboembólicos.

495. PEEP Y FUNCIÓN DIASTÓLICA

M. Ruiz Bailén^a, A. Castillo Rivera^a, A. Gómez Blizniak^a, D.F. Matallana Zapata^a, F.J. Romero Bermejo^b, M.A. Martínez Arco^a, M.C. Molina de la Torre^a, R. Vela Colmenero^a y D. Pola Gallego^a

^aComplejo Hospitalario Ciudad de Jaén. ^bHospital Universitario de Puerto Real.

Objetivos: Evaluar los posibles cambios en parámetros de función diastólica mediante niveles crecientes de PEEP sobre pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Métodos: La PEEP podría disminuir el agua pulmonar extravascular. Una de las causas de esta reducción podría ser modificar la función diastólica ventricular izquierda y disminuir la presión capilar pulmonar. Hallazgos que podrían evidenciarse mediante la PEEP. Esta investigación

Relación entre la PEEP y la relación E/E' y la fracción de llenado sistólica de venas pulmonares							
PEEP	N	Media	Error típico	IC95% para la media		Mínimo	Máximo
E/E' (Nagueh) 0	20	12,22	1,19	Limite inferior 9,71	Limite superior 14,73	3,81	21,60
5	14	5,67	0,36	4,90	6,44	3,93	8,49
10	17	9,67	4,83	-0,59	19,93	2,93	86,96
15	13	5,30	0,75	3,66	6,96	2,23	13,10
Total	64	8,70	1,37	5,97	11,44	2,23	86,96
Kuecherer FLS 0	14	0,42	0,05	0,318	0,523	0,10	0,67
5	12	0,48	0,04	0,40	0,57	0,14	0,64
10	9	0,50	0,07	0,35	0,66	0,10	0,79
15	7	0,48	0,07	0,30	0,66	0,06	0,64
Total	42	0,46	0,03	0,42	0,52	0,06	0,7

forma parte de un estudio prospectivo, con diseño de cohorte y seguimiento a un año. No obstante se aporta un estudio piloto inicial transversal, (proyecto SAS 2013. CTS 606). Población de estudio: pacientes sometidos a VM, en IPPV, con VM protectora, en el que sólo se modifica el nivel de PEEP durante la realización de la ETT. Fue considerada como variable dependiente el valor de la ecuación de Nagueh, estimadora de la PCWP, junto a la fracción de llenado sistólica de venas pulmonares mediante la ecuación de Kuecherer. Las variables se estudian mediante el test de Wilcoxon para variables apareadas. Se expresan en medias, medianas, e IC al 95%.

Resultados: Fueron incluidos un total de 36 pacientes, 20 varones, con una edad mediana de 55 años. El 43% presentaron inicialmente el diagnóstico de edema cardiogénico. Para los resultados de la relación entre los diferentes parámetros diastólicos (TRIV transmitral, VP, Velocidad de la onda mesodiastólica, Índice de esfericidad, duración de la onda a, relación E/E', fracción sistólica de venas pulmonares) y la PEEP utilizada (tablas y figuras).

Conclusiones: Este estudio podría establecer la hipótesis que el nivel de PEEP utilizado podría modificar todos los parámetros que tienen relación efectiva con la función diastólica ventricular izquierda. Limitaciones: Presenta baja muestra, pendiente de ser finalizada.

Financiada por: Consejería de Salud, proyecto SAS 2013. CTS 6

496. EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CRÍTICOS NO CORONARIOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA

M. Martín-Macho González, M. Ortega Sáez, J.B. López Messa, S. Moradillo González, J.J. Centeno Obando, H. Bouchtrouch, B. Román García y M. Prieto González

Complejo Asistencial de Palencia.

Objetivos: Analizar la incidencia de eventos cardiovasculares (CV) en pacientes críticos no cardiológicos sometidos a ventilación mecánica (VM), los determinantes de su aparición y las repercusiones de los mismos.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Variables analizadas: edad, sexo, tipo de patología (médico, quirúrgico, trauma), SAPS3, SOFA, comorbilidad, eventos CV [elevación de marcadores cardíacos (troponina-C I), arritmias, alteraciones eléctricas de ST registradas mediante sistema de monitorización de cabecera], creatinina y mortalidad hospitalaria. Estas variables se registraron desde la instauración de la VM, hasta 72 horas después. Se excluyeron pacientes con patología cardíaca y/o coronaria. Análisis comparativo de distintas variables sobre la aparición de eventos CV y de la influencia de los mismos en la mortalidad, mediante test de chi² y t de Student.

Resultados: Análisis de los primeros 100 casos, registrados entre febrero y noviembre de 2012. Edad media 66,8 ± 16,5, 58% hombres, patología (59 médica, 36 quirúrgica, 5 trauma), SAPS3 59,2 ± 17,0, SOFA 6,7 ± 3,6, comorbilidad (HTA 61%, obesidad 26%, diabetes 29%, dislipemia 27%, ACxFA 10%, i. renal 15%, EPOC 19%), algún evento CV 42% (troponina 41%, arritmias 29%, alt. ST 8%) y mortalidad 27%. Únicamente mostraron diferencias en cuanto a aparición de eventos CV, dislipemia (p = 0,001) y postoperados quirúrgicos (p = 0,043). Los pacientes que fallecieron mostraron diferencias en cuanto a mayores niveles de SAPS3 (p = 0,035), SOFA (p = 0,022) y elevación de creatinina (p = 0,036).

Conclusiones: Los eventos CV aparecen en un porcentaje destacado de los pacientes estudiados, siendo fundamentalmente la elevación de

troponina-C. Probablemente por el tamaño de la muestra, no se han encontrado factores con diferencias significativas en su aparición, y tampoco la aparición de los mismos mostró diferencias en la mortalidad, influyendo únicamente en ésta la gravedad y la presencia de insuficiencia renal.

497. TROPONINA ULTRASENSIBLE COMO INDICADOR DE MAGNITUD EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

M. Recuerda Núñez, V. Pérez Madueño, A. Estella García, M. Jaén Franco, M. Gracia García, J. Sánchez Ruiz, M.C. Castillo Castillo y F. Valenzuela Sánchez

Hospital SAS Jerez de la Frontera.

Objetivos: La utilidad de marcadores como la troponina en la estimación de la disfunción del ventrículo derecho ha sido ampliamente documentada en el manejo de tromboembolismo pulmonar (TEP). Recientemente se ha introducido la troponina ultrasensible en la práctica clínica. El objetivo del estudio es evaluar la relación entre los niveles de troponina ultrasensible y la disfunción ventricular así como describir las características clínicas y pronóstico de pacientes ingresados en UCI con tromboembolismo pulmonar.

Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en una UCI médico-quirúrgica de 17 camas. El periodo de estudio fue de enero 2011 a enero de 2013. Se incluyeron pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II al ingreso en UCI, días de ventilación mecánica, niveles plasmáticos de troponina ultrasensible, pro-BNP, y ácido láctico. Se recogieron los hallazgos radiológicos en la TC y ecocardiografía transtorácica.

Resultados: 28 pacientes consecutivos fueron analizados, 11 hombres y 17 mujeres. La edad media fue de 55 ± 15 años. La estancia media en UCI fue de 5,3 ± 3,8 días. El APACHE II al ingreso fue de 11,5 ± 7,5. Un tercio de los pacientes, 32,1% precisaron medicación vasoactiva. Un 28,6% requirieron ventilación mecánica. En un 46,4% se realizó trombolisis sistémica en la fase aguda. La mortalidad fue de un 17,9%. La ecografía demostró afectación de ventrículo derecho y/o hipertensión pulmonar en el 53,6% de los pacientes. En TC tórax se objetivó TEP masivo en el 25%. Se compararon los niveles de troponina ultrasensible y NT-proBNP en función de los hallazgos objetivados en la ecocardiografía, los niveles medios de troponina ultrasensible en el grupo con ecocardiografía normal fueron de 11,34 ± 17 ng/L y de 75,4 ± 84,4 ng/L en los que se objetivó disfunción de ventrículo derecho. Los niveles de pro-BNP fueron 1.389 ± 1.112,4 pg/ml (ecocardiografía normal) y 5.524,2 ± 8.071 pg/ml (disfunción del ventrículo derecho).

Conclusiones: La troponina ultrasensible es un parámetro de utilidad en la evaluación de la disfunción de ventrículo derecho estimada mediante ecocardiografía en el tromboembolismo pulmonar.

498. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI

J. Muñoz Bono^a, V. Olea Jiménez^a, B. Pérez Villardón^b, G. Jiménez Pérez^a, E. Curiel Balsera^a y J.M. Mora Ordóñez^a

^aUnidad de Cuidados Cardiológicos; ^bServicio de Cardiología, Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: La HTA resistente o refractaria (HTAR) es un problema clínico frecuente en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados

intensivos y que por lo general pasa desapercibida atribuyéndose a causa a factores extrínsecos. Su manejo clínico representa en algunas ocasiones un verdadero reto. El objetivo de nuestro estudio es analizar las posibles causas implicadas en la hipertensión arterial refractaria de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo de los ingresados en UCI con criterios de HTAR desde enero 2009 a enero 2011. Se les realizó una batería de test estándar (analítica sanguínea y orina, Rx tórax, ECG, ecocardiografía y ecografía abdominal) y una vez dados de alta a planta otros estudios específicos (estudio hormonal, polisomnografía, nefrograma isotópico, angiografía, arteriografía renal).

Resultados: Se incluyeron 172 p. La mayor parte (65%) ingresaron en la unidad de cuidados intensivos en el contexto de alguna patología cardíaca. En el estudio posterior llevado a cabo se identificaron como causas responsables de HTAR secundaria la enfermedad renal 34,4% (insuficiencia renal crónica, vascularrenal, glomerulonefritis, y la poliquistosis renal). En segundo lugar, destacan los fármacos (30,6%), siendo los AINES los más frecuentes, y otros como corticoesteroides, anticonceptivos orales, ciclosporina y los anabolizantes. Como causas centrales de hipertensión arterial (17,8%), destacan la obesidad mórbida, SAOS, hemorragia intraparenquimatosa o hipertensión intracraneal. Causas endocrino-metabólicas en 11,7%: hipotiroidismo, hiperaldosteronismo, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, adenoma suprarrenal, hiperplasia suprarrenal bilateral. Otras causas responsables fueron el embarazo (7 p, 3,9%) y la coartación de aorta (3 p, 1,7%).

Conclusiones: En mucha de las ocasiones la HTAR de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos tiene una etiología determinada. Son necesarios estudios especializados para poder llegar a esclarecer sus posibles causas por lo que es necesario un seguimiento posterior al alta y un equipo multidisciplinar implicado en el diagnóstico.

499. RESULTADO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE HIPOTERMIA ENDOVASCULAR TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

M. Rodríguez Gómez, E. Morales Sorribas, L. Parro Herrero, M. Bringas Bollada, J.C. Matín Benítez y M. Sánchez García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir la implantación de un protocolo de hipotermia endovascular tras parada cardiorrespiratoria (PCR) en nuestro hospital, además de mostrar las diferencias en mortalidad y estado neurológico respecto al resto de pacientes.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo sobre los paciente con PCR recuperada en el Hospital Clínico San Carlos (Madrid). La recogida de datos se hizo a lo largo de 3 años (enero 2008-enero 2011). Se realizó hipotermia terapéutica según el protocolo de nuestro hospital, mediante catéter intravascular. Los datos se expresan en porcentajes (cualitativas), media y desviación estándar para cuantitativas con distribución normal y mediana y rango intercuartílico para las cuantitativas distribuidas no normal. El análisis se realizó con el test de t Student o U de Mann Whitney, y χ^2 según proceda.

Resultados: Se recogieron datos de 102 pacientes con PCR recuperada. Un 72,5% eran varones, siendo la media de edad 59 años ($\pm 15,5$). El 81,4% de las PCR fueron extrahospitalarias, siendo en un 63,7% el primer ritmo desfibrilable (FV-TV sin pulso) y el 84,3% de las mismas tuvieron etiología cardiovascular. El tiempo sin soporte vital (SV) de las PCR fue de 3 min (1-5), con un SV de 15 (4,5-21,5) min. Se realizó hipotermia en el 62,7% de los pacientes, a 33 °C durante 24 horas. La estancia en UCI fue de 8 días (1-16), siendo la mortalidad total hospitalaria del 58,8%. De los supervivientes, un 83,3% tuvieron un buen estado neurológico al alta (Glasgow Outcome Scale ≥ 4). Si se realiza hipotermia, tanto el ser mujer como diabético son factores de riesgo ($p < 0,05$) para la mortalidad. Se realizó hipotermia a pacientes más jóvenes así como lo que tenían más tiempo de SV ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias en la mortalidad ni el pronóstico neurológico debido a la hipotermia.

Conclusiones: La hipotermia tras PCR recuperada se realizó sobre pacientes más jóvenes y mayor tiempo de SV. No se encontraron diferencias en mortalidad ni estado neurológico respecto al resto de pacientes, pero dado que no es un grupo control, no consideramos esos resultados relevantes. La incidencia de mortalidad y estado neurológico es similar a otros grandes estudios previos.

500. ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS DURANTE EL PROCESO DE WEANING DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

M. Ruiz Bailén^a, A. Castillo Rivera^a, A. Gómez Blizniak^a, D.F. Matallana Zapata^a, M.A. Martínez Arcos^a, M.D. Pola Gallego de Guzmán^a, J. Gómez Ramos^b, R. Vela Colmenero^a y M.C. Molina de la Torre^a

^aComplejo Hospitalario Ciudad de Jaén. ^bHospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Evaluar la modificación de la velocidad de la onda mesodiastólica, de la relación E/E' y de la fracción de llenado sistólica (FLS) -como estimadores de la presión capilar pulmonar y de la presión auricular izquierda-) sobre pacientes supervivientes de un shock cardiogénico (SC), en los que existe una buena fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) y presentan fracaso de extubación.

Métodos: Período de inclusión 2008-2012. Se incluyeron pacientes ingresados por SC, que presentan fracaso de extubación (> 15 días de ventilación mecánica), con FEVI global > 0,5. TAPSE > 20 mm. Insuficiencia mitral ≤ 2 , y con relación E/e' < 8 o FLS > 0,45. Todos los pacientes fueron revascularizados completamente. Todos estaban en ritmo sinusal y sin necesidad de aminas vasoactivas. A dichos pacientes se les realizó una ecocardiografía de estrés (dobutamina o efedrina). Se evaluó el cambio la variación de la relación E/e'; y la fracción de llenado sistólica de las venas pulmonares. Se utilizó la ecocardiografía transesofágica y transtorácica. El estudio se realizó mediante doppler transmitral, DTI_p, flujo de venas pulmonares y pendiente de propagación del flujo transmitral. El test se realizó hasta 20 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$ de dobutamina, o hasta 100 mg de efedrina; salvo conseguir la elevación de la presión telediastólica o cursar con semiología clínica sugerente de insuficiencia cardíaca.

Resultados: Fueron seleccionados 65 pacientes. De ellos se les realizó el test a 43 pacientes. 38 pacientes fueron varones. La mediana de la edad fue 69 años. La velocidad media de la onda mesodiastólica previa a la prueba de estrés fue de 0,23 m/s \pm 0,28 m/s, pasando durante la prueba de estrés a 0,41 \pm 0,48 m/s. La mediana de la relación basal E/E' fue 8 (2-11), pasando a 19 (12-27), $p < 0,001$. La FLS media inicial fue de 0,47 \pm 0,22; pasando tras la prueba de estrés a 0,28 \pm 0,41. En 8 pacientes se produjo un edema agudo pulmonar clínico muy significativo. Tras aplicar speckle tracking, mediante strain, strain rate, velocidad y desplazamiento (con el software Syngo U.S. Siemens), se observaron parámetros sugerentes de isquemia en 6 pacientes, pudiendo ser revascularizados exitosamente 4 de ellos.

Conclusiones: La ecocardiografía de estrés podría ser útil en la detección de la disfunción diastólica silente, en los pacientes sometidos a ventilación mecánica, durante el periodo de weaning.

Financiada por: Consejería de Salud, proyecto SAS 2013. CTS 6.

501. CAMBIOS EN LA MOTILIDAD AÓRTICA MEDIANTE NIVELES CRECIENTES DE PEEP

M. Ruiz Bailén^a, A. Castillo Rivera^a, D.F. Matallana Zapata^a, A. Gómez Blizniak^a, M.A. Martínez Arcos^a, M.D. Pola Guzmán^a, C. Hernández Caballero^b, R. Vela Colmenero^a y M.C. Molina de la Torre^a

^aComplejo Hospitalario de Jaén. ^bHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Mediante ecocardiografía con Speckle Tracking, pretendemos evaluar si la aorta cambia su deformidad, la velocidad longitudinal y radial o su desplazamiento con niveles crecientes de PEEP.

Métodos: Estudio observacional piloto. Protocolo de estudio. Pacientes sometidos a VM, en IPPV, con VM protectora, en el que sólo se modifica el nivel de PEEP durante la realización de la ETT. Se parte de ZEEP y se incrementa a niveles de 5, 10, y 15 cmH₂O de PEEP. La ecocardiografía se realiza tras un mínimo de 15 minutos del cambio de PEEP. Se realizan ecocardiografías con captura acústicas y con un frame rate > 160 i/s, que son reevaluadas con speckle tracking, mediante el software Syngo U.S. Siemens®. La aorta se evalúa en eje corto, en la ventana paraesternal eje largo, y el eje largo en una proyección modificada de la ventana paraesternal. Las variables se estudian mediante el test de Wilcoxon para variables apareadas. Se expresan en medias, e IC al 95%.

Resultados: Sobre un máximo de 12 pacientes se observa que con incrementos de los niveles de PEEP, se produce un incremento de su acortamiento fraccional, de las velocidades radiales y rotacionales, del strain rate, y sus desplazamientos longitudinales y radiales. No obstante

se trata de un estudio piloto, con baja muestra, en el que sólo podemos sugerir hipótesis de trabajo.

Conclusiones: La aorta podría tener una motilidad modificable y variable, que podría ser cuantificada mediante ecocardiografía.

Financiada por: Consejería de salud. Proyecto SAS 2013.

09:00 a 10:30 h - SEMICYUC 4 Urgencias/Emergencias

502. SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL. EXPERIENCIA RECIENTE

L. Fisac Cuadrado, M.C. Ledesma Basualdo, J. Echevarría Guibó, V. Mínguez Expósito, M. García-Montesinos y C. Laplaza Santos

Complejo Hospitalario de Navarra UCI-B, Pamplona.

Objetivos: Analizar los casos de síndrome compartimental abdominal ingresados en nuestra Unidad de Medicina Intensiva durante los 3 últimos años (2010-2012).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, de los pacientes con diagnóstico de síndrome compartimental abdominal en el periodo desde enero 2010 hasta diciembre 2012. Se analizan datos demográficos (edad, sexo, comorbilidad...), etiología del SCA, scores de gravedad, valores de PIA, actitud terapéutica y mortalidad intraUCI.

Resultados: Se recogen un total de 11 casos durante los 3 años de estudio, de los cuales 5 (45%) son hombres y 6 (55%) son mujeres. La edad media total son 58 años (mínima 34-máxima 84). La etiología más frecuente es por pancreatitis aguda grave (10 casos) (91%), siendo la etiología de las PAG las siguientes: enólica (1), postCPRE (1), biliar (4), idiopática (4) y sólo 1 caso fue por otra etiología, masa intraabdominal (9%). El 75% de los pacientes tienen otras patologías asociadas (incluidas en comorbilidad: HTA 64%, obesidad 27%, DM 18%, consumo de alcohol 9%). El valor medio de APACHE II al ingreso en UCI es 22 y el valor del SOFA al diagnóstico de SCA es 12. Se monitorizaron los valores de PIA en pacientes con SCA siendo la media de 24. Se trató de forma conservadora a 3 pacientes (27%) en los cuales la supervivencia fue del 100%, y se trató de forma quirúrgica (cirugía descompresiva técnica Sandwich) a 8 pacientes (73%) en los cuales la mortalidad fue del 37.5% (fallecieron 3 pacientes). Aquellos pacientes que fueron de manejo médico tenían score SOFA entre 5-10 puntos, mientras aquellos que se optó por actitud quirúrgica fue > 10 (media 12), de los cuales, los que fallecieron tenían valores de SOFA > 15. Respecto a la relación entre mortalidad y retraso de cirugía desde el diagnóstico de SCA, si < 4 h 0% mortalidad, 4-8h 50% mortalidad (1), > 10-12h 100% mortalidad (2).

Conclusiones: La causa más frecuente de síndrome compartimental abdominal en nuestra UCI en los últimos 3 años, ha sido la pancreatitis aguda grave. Los pacientes con scores de gravedad más elevados (SOFA > 15) y aquellos en los que la demora en la actitud quirúrgica ha sido mayor (> 8h), han sido relacionados de forma directa con un incremento de la mortalidad.

503. ¿EL PERFIL DE LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS QUE INGRESAN EN UCI ES RELEVANTE PARA SU POSTERIOR MANEJO? ¿Y CUÁNTO DIFIERE AL DE OTROS SERVICIOS?

M. Mourelo Fariña^a, A.V. Aller Fernández^a, M. Pérez García^a, I. Astola Hidalgo^a, A. Mozos^a, P. Vidal Cortés^b y D. Freire Moar^c

^aComplejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ^bComplejo Universitario de Santiago de Compostela. ^cComplejo Hospitalario de Ourense.

Objetivos: Los pacientes con enfermedad mental pueden sufrir lesiones autoinfligidas que requieren ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Este estudio trata de definir las características de los pacientes con intento de suicidio, ingresados en la UCI, así como su pronóstico.

Métodos: El estudio presenta un análisis prospectivo de los pacientes con intento suicidio ingresados en la UCI del Complejo Hospitalario de A Coruña durante 8 meses (enero y octubre de 2012). Se analizaron la edad, el sexo, la duración de la estancia en la UCI, la duración de la estancia hospitalaria, APACHE II, el fracaso de órganos y mortalidad. El análisis univariante se utilizó t-Student y las pruebas de chi-cuadrado.

Resultados: 22 pacientes. La edad media 49,23 (DE 16,54) años; mujeres 81,8%. APACHE II 21.23 (DE 9.02) y el GCS al ingreso 7,9 (DE 4,24). Variables demográficas: estado civil soltero/a (40,9%), con pareja (36,4%) y viudo/a (13,6%). Nivel de estudios primarios (72,7%); y en el 22,7% trabajaban. Antecedentes somáticos 45,5% sin interés y 77,3% historia psiquiátrica. Los intentos autolíticos son más frecuentes los fines de semana (72,7%) y segunda mitad del mes (72,8%). El diagnóstico principal psiquiátrico fueron trastornos afectivos (33%), seguidos por trastornos de personalidad (10% no presentaban patología). El 55,5% consumo de tóxicos (36,4% y 18,2% múltiple). Un 50% antecedentes de otros intentos autolíticos y más de dos intentos en el 82%. Los métodos más frecuente son 50% sobreingesta de benzodiazepinas. El 95,2% en el lugar de residencia. 31,8% de los casos hubo planificación previa. En el 54,5% sin posibilidad de rescate. El 6,7% precisaron ingresar en la unidad de hospitalización psiquiátrica. Las complicaciones en la UCI: 77,3% presentó insuficiencia respiratoria, el 14,3% alteración del nivel de consciencia, insuficiencia renal 18,2% y soporte con vasopresores 45,5%. Al alta 93% de los casos tuvieron un nivel funcional similar al previo. La estancia media UCI fue 11,36 + 26,44 días y hospitalaria 21,09 + 27,94 días. La mortalidad global fue del 2%. En el análisis univariante encontramos que el perfil según el sexo es similar excepto planificación (p < 0,02), gravedad (27,25 vs 19,8, p < 0,02), y el nivel funcional al alta hospitalaria/tres meses (p 0,008 y p 0,002) es mayor en mujeres. Y la posibilidad de la rescate mayor en hombres (p 0,003). El 9,1% tiene ingresos en hospitalización psiquiátrica. En el 4,5% no se hizo seguimiento psiquiátrico posterior.

Conclusiones: El perfil fue mujer 49 años, soltera, con estudios primarios que vive sola con antecedentes psiquiátricos. Presenta un trastorno afectivo consumidora de alcohol, con tentativas autolíticas previas. La mayoría de tentativas por fármacos, en el domicilio sin planificación pero con posibilidad de rescate. Al alta sin precisar ingreso en psiquiatría. Al igual que en otros estudios los hombre realizan intentos autolíticos más agresivos aunque con más posibilidad de rescate.

504. SITUACIÓN NEUROLÓGICA AL ALTA EN PACIENTES REANIMADOS TRAS PCR EXTRAHOSPITALARIA

A. San Sebastián Hurtado, J.L. Dudagoitia Otaolea, J.M. Luciano Sánchez, L. Larrañaga Unanue, N. Mardones Barrera, O. Gutiérrez Peñalba, N. Aretxabala Cortajarena, C. Vinuesa Lozano, S. Martínez Alutiz y A. Castañeda Sáez

Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Tras la introducción de los últimos cambios en RCP en los que se da una gran importancia a los cuidados post-resucitación, queremos ver si esto ha influido en la mejoría de la situación neurológica al alta hospitalaria de los pacientes reanimados de PCR extrahospitalaria.

Métodos: Estudio observacional comparando los pacientes ingresados en un hospital terciario tras ser reanimados por PCR extrahospitalaria del 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2006 (P1) con pacientes de similares características ingresados desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2012 (P2). Se pone este punto de corte por comenzar entonces a aplicarse en nuestro centro un plan con las nuevas recomendaciones de cuidados postRCP, haciendo especial hincapié en hipotermia moderada, intervencionismo coronario percutáneo (ICP) y control estricto de glucemia. Se compara su situación neurológica al alta así como la supervivencia, diferenciándose según el primer ritmo que presentasen en monitorización inicial tras la PCR fuese fibrilación ventricular (FV) o ritmo no desfibrilable (asistolia, DEM o ritmo agónico). Se considera buena situación neurológica a una puntuación de 1 o 2 en la escala CPC de Glasgow-Pittsburg al alta hospitalaria.

Resultados: Durante este periodo han ingresado en nuestra UCI 151 pacientes reanimados tras PCR extrahospitalaria de los cuales 63 corresponden a P1 y 88 a P2. Sus características son similares, destacando en cuanto a ritmo inicial monitorizado un aumento claro en P2 de los que presentaron asistolia (27 por 49) manteniéndose estable el resto. En cuanto al resultado principal destaca una tendencia a la mejoría de la situación neurológica al alta (OR 1,263 IC95% de 0,63-2,53 p no significativa), destacando que se produce a expensas de los pacientes que presentaron como ritmo inicial FV (OR 2,54 IC95% de 1 a 6,46 p = 0,047). En el resto de pacientes, con ritmos no desfibrilables el resultado es similar en ambos periodos. En cuanto a supervivencia también muestra cierta tendencia a la mejoría sobre todo en pacientes con FV (OR 1,79 IC95% de 0,71-4,5 p no significativa). Cabe destacar que de los 88 pacientes ingresados en P2, 35 (39% del total) fueron dados de alta a su domicilio, presentando 32 (92% de los dados de alta) una buena situa-

ción neurológica. También se destaca en consonancia con las recomendaciones de la guías un claro aumento en el uso de medidas terapéuticas como ICP e hipotermia moderada respecto al periodo previo.

Conclusiones: En nuestro medio, tras la implementación de un plan de cuidados postRCP, se aprecia una tendencia a la mejoría de la situación neurológica al alta y supervivencia en general, a expensas de pacientes con ritmo inicial FV. Esta mejoría no se aprecia en pacientes con ritmo inicial no desfibrilable. También es digno de considerar un aumento del número de pacientes ingresados tras asistolia aunque con pronóstico similar en ambos periodos. ¿Podría ser secundario a masaje cardíaco minimamente interrumpido durante la RCP?

505. SITUACIÓN NEUROLÓGICA AL ALTA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI TRAS SER REANIMADOS DE PCR INTRAHOSPITALARIA

J.L. Dudagoitia Otaolea, A. San Sebastián Hurtado, J.M. Luciano Sánchez, L. Larrañaga Unanue, N. Mardones Barrera, O. Gutiérrez Peñarrubia, N. Aretxabala Cortajarena, S. Martínez Alutiz, C. Vinuesa Lozano y J.F. Castedo López

Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Tras la introducción de los últimos cambios en RCP en los que se da gran importancia a los cuidados post-resucitación, queremos ver si esto ha influido en la situación neurológica al alta hospitalaria de los pacientes reanimados de PCR intrahospitalaria que ingresan en nuestra UCI.

Métodos: Estudio observacional comparando los pacientes ingresados en un hospital terciario tras ser reanimados por PCR intrahospitalaria del 1-enero-2001 al 31-diciembre-2006 (P1) con pacientes de similares características ingresados del 1-enero-2007 al 31-diciembre-2012 (P2). Se pone este punto de corte por comenzar entonces a aplicarse en nuestro centro un plan con las nuevas recomendaciones de cuidados postRCP, especialmente hipotermia moderada, intervencionismo coronario percutáneo (ICP) y control estricto de glucemia. Se compara su situación neurológica al alta así como la supervivencia, diferenciándose según el primer ritmo que presentasen en monitorización inicial tras la PCR fuese fibrilación ventricular (FV), ritmo no desfibrilable (asistolia, DEM o ritmo agónico) o solo parada respiratoria. Se considera buena situación neurológica a una puntuación de 1 o 2 en la escala CPC de Glasgow-Pittsburg al alta hospitalaria.

Resultados: Durante este periodo han ingresado en nuestra UCI 163 pacientes reanimados tras PCR intrahospitalaria de los cuales corresponden 80 a P1 y 83 a P2. Sus características generales son similares destacando en cuanto a ritmo inicial un aumento claro de los que presentaron FV (15 por 26) manteniéndose el resto. En cuanto al resultado principal destaca un aumento significativo de los pacientes dados de alta con buena situación neurológica (OR 1,92 IC95% 1,02-3,61 $p = 0,042$) destacando que se produce a expensas de los pacientes que presentaron como ritmo inicial FV (OR 4,07 IC95% 1,06 a 15,68 $p = 0,036$). En el resto de pacientes tanto no desfibrilables como paradas respiratorias la situación al alta es similar en ambos periodos. La supervivencia también muestra cierta tendencia a la mejoría aunque no es significativo (OR 1,79 IC95% 0,96-3,35), también a expensas de los pacientes que presentaron como primer ritmo monitorizado FV. Cabe destacar que de los 83 pacientes ingresados en P2, 43 (52% del total) fueron dados de alta a su domicilio, presentando 41 (95% de los dados de alta) una buena situación neurológica. También se destaca en consonancia con las recomendaciones de la guías un claro aumento en el uso de medidas terapéuticas como ICP e hipotermia respecto al previo.

Conclusiones: Tras implementación de cuidados postRCP destaca una mejoría de situación neurológica al alta y supervivencia en general, a expensas de pacientes con ritmo inicial FV, que no se ve en el resto de pacientes. Es preciso implementar más todavía medidas como ICP e hipotermia terapéutica, pues aunque ha aumentado mucho su uso todavía se realiza en un porcentaje pequeño de pacientes. También es cierto que en general son pacientes complicados pluripatológicos.

506. HEMORRAGIA PUERPERAL EN UCI. SERIE DE CASOS

D. del Toro Espinosa, M. Pena de la Rosa, M. Jiménez Sánchez, M. Sánchez Santamaría y A. Herruzo Avilés

Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz, Sevilla.

Objetivos: Revisión de los casos de hemorragia puerperal que han precisado ingreso en UCI a lo largo de los años 2011-2012 en el Hospital

Viamed Santa Ángela de la Cruz de Sevilla, y análisis de sus causas y tratamientos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en nuestro centro, considerando criterio de ingreso las hemorragias puerperales que han precisado ingreso en la Unidad de Cuidados intensivos en los años 2011-2012. Se han excluido aquellas hemorragias secundarias a la herida quirúrgica poscesárea.

Resultados: En el periodo 2011-2012, en el Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz se han producido 12 casos de hemorragia puerperal que han precisado ingreso en UCI. La edad media de las pacientes fue de 34,8 años (27-39), con una moda de 37 años. Entre los antecedentes personales 2 (24%) presentaban antecedentes de interés, un síndrome antifosfolípido en tratamiento con antiagregación y una artritis reumatoide con abandono de tratamiento por deseo genésico. En otros 2 casos la paciente padecía asma bronquial. La gestación se desarrolló sin incidencias en 9 casos (75%). En los otros tres hubo alguna complicación (diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro y trombopeña leve). Sólo dos partos (24%) fueron eutócicos sin ningún tipo de incidencia. Otros tres (25%) fueron por estimulación o inducción, 4 (33%) instrumentalizados y tres por cesárea, una electiva y dos intraparto. La causa de la hemorragia fue la atonía uterina en cuatro casos (33%), retención de membranas en tres casos (25%), desgarro cervicovaginal en 3 casos (25%) y rotura uterina en dos (24%). La resolución del cuadro fue conservadora en un solo caso. Preciso legrado en tres (25%) e intervención quirúrgica en 8 casos (66%), de los cuales en 4 se realizó histerectomía. APACHE medio de 10,08 (3-23). No hubo ningún fallecimiento. 10 pacientes precisaron transfusión de concentrados de hematies.

Conclusiones: 1. La hemorragia puerperal grave es una patología poco frecuente pero potencialmente mortal. 2. En nuestro medio, la mayor parte de las pacientes superan los 30 años y no tienen antecedentes personales de interés. 3. El desarrollo del embarazo suele ser normal, y no se encuentra ninguna incidencia que se pueda asociar con mayor posibilidad de sangrado puerperal. 4. No ocurre igual con el alumbramiento. La mayor parte presentan incidencias relacionadas con la hemorragia. 5. En los casos graves que requieren ingreso en UCI el tratamiento conservador no suele ser suficiente, y precisan tratamiento quirúrgico, que hasta en un 33% de los casos llega a la histerectomía.

507. ADMISIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS EN ESTADO CRÍTICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y DE REANIMACIÓN POSTANESTÉSICA: REVISIÓN DE 6 AÑOS

L. González Beltrán, L. Albelo Manuel, I. Martín Mederos, J. Solera Martín y L. Mora Quintero

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: Describir la incidencia y el perfil clínico y epidemiológico de una serie de pacientes obstétricas en estado crítico.

Métodos: Estudio descriptivo de 50 pacientes obstétricas que ingresaron en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y de Reanimación Postanestésica (URPA) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, durante el periodo 2006-2012.

Resultados: Se registraron 14.805 nacimientos, y 54 ingresos en la UCI (77,8%) y URPA (22,2%) de un total de 50 pacientes obstétricas críticas. La incidencia de patología obstétrica crítica fue de 3,3/1.000 partos, y la mortalidad materna intrahospitalaria del 4%. En las primeras 24 horas de ingreso el SAPS III fue de $43 \pm 1,6$. La edad media fue de 31,7 años, el 60% eran primíparas, 80% púerperas y 20% gestantes. La edad gestacional media al ingreso fue de 31 semanas. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: insuficiencia respiratoria aguda (30%), sdr. HELLP (26%), shock (24%), y preeclampsia grave (11,1%). En relación al manejo, la transfusión sanguínea fue la principal intervención (42%), 17,3% requirieron intubación orotraqueal, y 12% intervención quirúrgica urgente (reintervención, 33%). El 54% presentó, al menos, una complicación durante su ingreso, siendo con mayor frecuencia complicaciones hemodinámicas (26%) y respiratorias (16%).

Conclusiones: Debido a que el embarazo induce una multitud de cambios fisiológicos en la mayoría de los órganos y puede confundir la evaluación de las alteraciones médicas o quirúrgicas coincidentes, el manejo de la paciente obstétrica supone un desafío a los especialistas de los cuidados intensivos, requiriendo con frecuencia de un manejo experto y multidisciplinario.

508. DETERMINACIÓN DEL GRADO DE CORRELACIÓN ENTRE LACTATO ARTERIAL Y VENOSO PERIFÉRICO EN LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA

M. Talayero Giménez de Azcárate, E. Alted López, C. García Fuentes, M. Chico Fernández, E. Torres Sánchez, L.D. Umezawa Makikado, N. González Pérez, C. Mudarra Reche y J.C. Montejo González

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

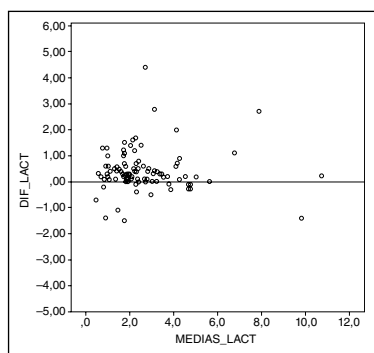
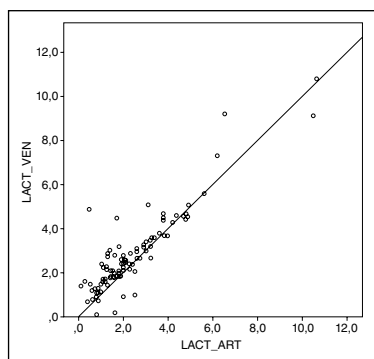
Objetivos: Determinar el grado de correlación que existe entre los niveles de lactato en sangre arterial y venosa periférica en pacientes con enfermedad traumática.

Métodos: Estudio prospectivo observacional entre junio y diciembre 2012 de aquellos pacientes mayores de 14 años que sufren un traumatismo y que ingresan en la Unidad de Trauma de nuestro hospital. Se analizan variables demográficas y de gravedad, situación hemodinámica al ingreso y tiempo estimado de atención prehospitalario. Estos resultados se expresan como media y desviación típica así como mediana y rango intercuartílico. Se realiza extracción de lactato arterial y venoso periférico y se analiza el grado de concordancia mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI) de consistencia y de acuerdo absoluto y mediante el test de Bland-Altman.

Resultados: Obtenemos una población de 102 pacientes, el 70% varones, con una edad media de 41,79 ± 18,09 años. La mediana del ISS fue de 21,5 con un rango intercuartílico de (9-32,2) y del GCS 13 (7-15). El tiempo estimado de llegada al hospital fue de 68,4 ± 30,1 min. En la atención inicial el 18,6% presentaban hipotensión (TAS ≤ 90 mmHg), con una saturación de oxígeno media del 97,9% y una hemoglobina inicial de 11,88 ± 2,77 g/dl. El 24,5% presentaban hipotermia (< 35°C) al ingreso. El lactato arterial medio fue de 2,41 ± 1,76

el venoso periférico de 2,81 ± 1,75. Al analizar el grado de concordancia mediante el CCI obtenemos un CCI de consistencia de 0,947 con IC95% (0,921-0,964) y un CCI de acuerdo de 0,934 con IC95% (0,865-0,963). En el test de Bland-Altman obtenemos una media de las diferencias de 0,40 ± 0,78 con IC95% (0,247-0,557). El 51% de los pacientes presentaron un lactato arterial patológico (≥ 2). En el análisis de este subgrupo, obtenemos un CCI de consistencia de 0,966, IC95% (0,94-0,981) y CCI de acuerdo de 0,967, IC95% (0,943-0,981).

Conclusiones: En nuestro estudio existe una concordancia significativa cuando se analiza la correlación entre el lactato de sangre arterial y venosa periférica. Esta concordancia es más fuerte en el subgrupo de pacientes con lactato arterial patológico.



509. EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA PREECLAMPSIA, ECLAMPSIA Y HELLP. SERIE DE CASOS

D.F. López Hormiga, F. Vázquez Fuentes, I. Peña Luna, A. Pineda González, M.O. Cerezo Arias, G. Borges Rodríguez, M. Benítez Morillo, J. Tejada Ruiz y M. Moro Sánchez

Hospital de Mérida.

Objetivos: Describir las características demográficas, factores de riesgo, estancia media, complicaciones y supervivencia, de las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en los últimos 10 años.

Métodos: Se realizó una búsqueda en el sistema informático del Hospital de Mérida (Base de datos, archivos), en los servicios de Urgencias,

Quirófano, Gineco-obstetricia, paritorio y UCI en el período comprendido entre 1 enero 2002 y el 31 diciembre de 2012, de pacientes que fueron ingresadas en la U.C.I. con diagnóstico tanto por criterios clínicos como paraclínicos de Pre-eclampsia, eclampsia y HELLP.

Resultados: Total de casos 25. 1. Distribución por edad: Menores 18 años: 1 (4%), 19-34 años: 19 (76%), mayores 35 años: 5 (20%). Edad media: 31,5 años, desviación estándar: ± 12 años, moda: 31 años, mediana: 31 años, rango: 26 años. 2. Factores de riesgo obstétrico: 2.1. Número de gestaciones: nulíparas: 16 (64%), multipara: 6 (24%), gran multipara > 4: 3 (12%). 2.2. Edad gestacional: prematuro extremo entre 21 y 27 semanas (Sem): 0 (0%), pretérmino entre 28 y 36 sem: 20 (80%), término entre 37-41 sem: 5 (20%), posttérmino > 42 sem: (0%). 3. Clasificación: pre-eclampsia: 13 (52%), eclampsia: 7 (28%), HELLP: 5 (20%). 4. Medidas y tratamiento médico: sulfato de magnesio: 25 (100%), labetalol: 21 (84%), hidralacina: 17 (68%), benzodiacepinas: 5 (20%), transfusión de hemoderivados (concentrado de hemáties, plaquetas, PFC): 12 (48%). 5. Complicaciones: insuficiencia respiratoria aguda, edema agudo de pulmón, neumonía aspirativa, ventilación mecánica, desprendimiento de retina, coagulopatía de consumo, hepatopatía. 6. Estancia media: pre-eclampsia: (3,3 días), eclampsia: (4,4 días), HELLP: (4,6 días). 7. Supervivencia: la supervivencia materna a los 12 meses fue del 100%.

Conclusiones: En la muestra analizada de mujeres con hipertensión arterial inducida por el embarazo se detectó una mayor frecuencia de pacientes en rango de edad entre 19-34 años (76%), frente a las pacientes en edades extremas con un (24%). Como también se evidencia una mayor frecuencia en embarazos pretérmino (80%), frente a embarazos a término con un (20%). Observamos una mayor frecuencia de enfermedad en mujeres nulíparas 16 pacientes (64%) frente a 9 pacientes (36%) en multiparas, lo cual es coherente con la literatura y nos confirma a este como uno de los principales factores de riesgo en la patología hipertensiva inducida por el embarazo. En la muestra observada se demostró una alta tasa de supervivencia materna a los 12 meses.

510. EL PACIENTE MUY ANCIANO EN LA UCI. ¿QUÉ OCURRE? ¿SOBREVIVIRÉ?

B. González de Marcos, S.K. Pacheco Noriega, J. Iglesias Franco, M. García Costas, A.M. Leal Micharet, N. Arevalillo Fernández, M.V. Parro Martín y G. Vega González

Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

Objetivos: Determinar las características basales, factores pronósticos, mortalidad en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y mortalidad hospitalaria total de los pacientes muy ancianos (≥ 80 años) ingresados en la UCI desde servicios médicos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron los pacientes procedentes de servicios médicos ≥ 80 años ingresados en la UCI del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid) entre enero 2003 y diciembre 2011. Los datos se obtuvieron a partir de de la historia clínica y datos informatizados. Se analizaron características clínicas y demográficas, complicaciones en UCI, tratamiento y mortalidad (total y en UCI). Las variables continuas se presentan como media y desviación estándar (DE). Se utilizó la t de Student para las variables continuas y el test de chi cuadrado para comparar variables categóricas. Se realizó análisis univariable y las variables significativas (p < 0,1) se incluyeron en el análisis por regresión logística para determinar los factores asociados de forma independiente con la mortalidad en UCI.

Resultados: El tamaño de la muestra fue 224 pacientes. Características basales: edad media 83 años (DE ± 2,9), 41,5% mujeres. El 70,5% ingresaron desde el servicio de urgencias. Antecedentes personales: 23% enfermedad respiratoria, 21,4% cardiopatía isquémica y 17% insuficiencia cardíaca. Situación funcional: 59% sin incapacidad mental (Escala del Hospital Cruz Roja) y 49% sin dependencia física (Escala del Hospital Cruz Roja). 52,2% sin comorbilidad (Índice Charlson abreviado). Los motivos de ingreso más frecuente fueron la parada cardiorrespiratoria (18%), Insuficiencia respiratoria (12%), shock (9%), coma (9%), sepsis (8%), Insuf cardíaca congestiva/EAP (7%). La media del APACHE II fue 24,5 (DE ± 8,5) y del SAPS fue 52,7 (DE ± 18,5). Durante la estancia en UCI el 62,9% precisó ventilación mecánica y 54% inotropos o vasopresores. La mortalidad en la UCI fue del 34,8%. El análisis por regresión logística mostró que el SAPS > 35 (OR 4,2, CI 1,68-10,49, p < 0,02) y la escala de incapacidad mental ≥ 2 (OR 2,8, CI 1,06-7,86 p = 0,03) se asociaron de forma independiente con la mortalidad en UCI. La mortalidad total intrahospitalaria fue del 46%. El análisis por regresión logística mostró que el APACHE II > 20 (OR 3,05, CI 1,5-5,9, p = 0,001), la

ventilación mecánica (OR 3,1, CI 1,6-6,04, $p < 0,001$) y la duración total del ingreso (OR 1,02, CI 1,005-1,04, $p = 0,01$) se asociaron de forma independiente con la mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: Los factores pronóstico para los pacientes muy ancianos admitidos en UCI no están bien definidos y los modelos pronósticos propuestos no están validados. La mortalidad total y en UCI de los pacientes muy ancianos fue elevada. El SAPS y la incapacidad mental se asociaron de forma independiente con la mortalidad en UCI en este grupo de pacientes. El APACHE II, la ventilación mecánica y la duración total del ingreso se asociaron de forma independiente con la mortalidad intrahospitalaria en este grupo de pacientes.

511. PATOLOGÍA OBSTÉTRICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M. Zamora Elson, J. Escos Orta, L. Labarta Monzón, J.C. López Claver, A. Lander Azcona, T.G. Mallor Bonet, M. Avellanas Chavala y C. Serón Arberoa

Hospital San Jorge, Huesca.

Objetivos: Estudiar las principales patologías que en pacientes obstétricas causaron ingreso en UCI, así como la comorbilidad asociada.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo que incluye a todas las pacientes obstétricas y en el puerperio ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Jorge de Huesca durante un periodo de 17 años (1996-2012).

Resultados: En el periodo estudiado ingresaron 47 pacientes, lo que supone un $2,58 \pm 1,22$ de ingresos obstétricos anuales. La edad media fue $31,08 \pm 5,16$ años y los días de estancia en UCI fueron de $4,23 \pm 5,45$. Precisar ventilación mecánica 15 pacientes (31,91% de total durante $4,66 \pm 6,70$ días), catéter venoso central 27 pacientes (55%, durante $5,44 \pm 6,89$ días) y sonda urinaria 38 pacientes (80%, durante $4,89 \pm 5,93$ días). Procedían de quirófano 30 pacientes (63,82% del total), 6 de Obstetricia (12,76%) y 11 pacientes de otros hospitales (23,40%). La causa más frecuente de ingreso fue la metrorragia/shock hipovolémico tras parto/cesárea con 15 pacientes (31,91% del total), en segundo lugar, los trastornos hipertensivos del embarazo con 12 pacientes (25,53%) y en tercer lugar, los trastornos respiratorios agudos con 7 pacientes (14,89% del total). Según la edad gestacional, 3 ingresos en el 1º trimestre; 1 caso de sepsis secundaria a interrupción voluntaria del embarazo y 2 casos de hemoperitoneo por rotura de embarazo ectópico; 2 ingresos en el 2º trimestre; un caso de desprendimiento placentario y CID y un caso de crisis asmática y 42 ingresos en el 3º y puerperio. Entre la 20-37 semana: 9 casos: 2 por eclampsia, 2 por desprendimiento de placenta, 1 por síndrome de Hellp, 1 por crisis asmática/coma hipóxico, 1 por metrorragia, 1 por drepanocitosis más síndrome de Hellp y 1 por preeclampsia asociado a síndrome de Hellp. En pacientes a término y en puerperio 33 pacientes: 8 casos de shock hipovolémico por sangrado, 6 de metrorragia tras parto instrumentado, 3 tras síndrome de Hellp, 5 por insuficiencia respiratoria aguda, 2 por eclampsia/Hellp, 1 por sospecha de TEP, 2 por preeclampsia, 1 por crisis tónico-clónica tras parto, 1 tras infartos múltiples cerebrales por hipercoagulabilidad, 1 por alto riesgo quirúrgico, 1 por crisis hipertensiva tras parto gemelar, 1 por PCR por fibrilación ventricular, 1 por shock séptico y 1 por desprendimiento de placenta. La morbimortalidad materno fetal en nuestra experiencia es de un caso de exitus materno (2,12% del total) como consecuencia de un shock séptico y 6 casos de mortalidad fetal, en cuatro casos secundaria a desprendimiento de placenta, uno por preeclampsia y el último por sufrimiento fetal.

Conclusiones: La causa más frecuente de ingreso en UCI es el shock hipovolémico tras parto o cesárea, seguido de los trastornos hipertensivos del embarazo, sobre todo en el en tercer trimestre de embarazo. El único caso de mortalidad fue secundario a un cuadro de shock séptico.

512. EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE LA CIRUGÍA DE ESCOLIOSIS EN UCI PEDIÁTRICA

M.L. Navarrete Rebollo, C. Zazo Sanchidrián, L. Medina Ramos, M. Ruiz Sánchez y R. Reig Sáenz

Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos: Determinar las complicaciones médicas en el postoperatorio inmediato de cirugía de escoliosis en una unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes menores de 16 años, sometidos a intervención quirúrgica de escoliosis en el hospital General de Alicante desde enero de 2007 hasta diciembre de 2010.

Resultados: Se registraron 44 pacientes, lo que supone el 7,3% del total de ingresos de la UCIP y el 17,6% del total de postoperatorios ingresados en nuestra unidad desde enero-2007 a diciembre-2010. De los 44 pacientes intervenidos, 37 (84,09%) fueron niñas y 7 (3,08%) fueron niños. La edad media de los pacientes intervenidos era de $149,41 \pm 26,20$ meses. Un total de 34 (77,27%) pacientes fueron diagnosticados de escoliosis idiopática, 9 (20,45%) de escoliosis neuromuscular y 1 (2,27%) de PCI. La media de estancia en la unidad fue de $6,18 \pm 17,63$ días. La duración media de la intervención fue de $9,07 \pm 1,44$ horas. De los pacientes intervenidos, 34 (77,27%) no presentaron ningún tipo de complicación durante su estancia en la unidad, 3 (6,81%) presentaron neumotórax, de los cuales en uno se tuvo que colocar tubo de drenaje, 3 (6,81%) presentaron necrosis cutánea de la herida quirúrgica, 1 (2,27%) presentó infección de la herida quirúrgica con posterior desarrollo de neumonía nosocomial precisando realización de traqueostomía y 3 (6,81%) presentaron oliguria que respondieron a fluidoterapia. La Hb mínima en el postoperatorio fue de $9,62 \pm 1,43$, precisando transfusión de hemoderivados 22 (50%) de los pacientes, 10 (22,72%) presentaron coagulopatía y ninguno presentó fracaso renal. No se registró ningún caso de hiponatremia, SIADH ni otras alteraciones iónicas. Todos presentaron buen control algico con fentanilo en perfusión durante las primeras 24h. 2 (4,54%) presentaron complicaciones neurológicas secundarias a la instrumentación y ningún paciente falleció en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones: La cirugía de escoliosis en la población pediátrica representa un alto porcentaje respecto al total de pacientes postoperados que ingresan en UCIP. Se trata de una cirugía de larga duración e importante instrumentación, lo cual conlleva un seguimiento exhaustivo y la necesidad de ingresar estos pacientes en UCI pediátrica. El corto tiempo de estancia en UCI y la ausencia de complicaciones graves se debe, probablemente, a la realización de un estudio preoperatorio profundo, a la existencia de unas técnicas quirúrgicas y un equipo especializado así como al seguimiento de un adecuado protocolo en UCI pediátrica.

513. EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES DE PACIENTES CON AHOGAMIENTO EN UCI PEDIÁTRICA

L. Medina Ramos, C. Zazo Sanchidrián, M.L. Navarrete Rebollo, M. Ruiz Sánchez y R. Reig Sáenz

Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos: Los ahogamientos son uno de los accidentes con mayor morbimortalidad más frecuentes que ocurren en nuestro medio en la población pediátrica. El objetivo es identificar los factores epidemiológicos pronósticos asociados a la evolución clínica de los niños que sufren ahogamiento necesarios para tomar decisiones terapéuticas de estos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, realizado desde enero de 1994 hasta diciembre de 2012 en pacientes < 16 años que sufren ahogamiento e ingresan en la UCI pediátrica del Hospital General de Alicante. Los datos analizados se refieren al paciente, el accidente, situación clínica a la llegada al hospital y evolución final.

Resultados: Se registraron 25 pacientes con ahogamiento en el periodo de tiempo comprendido desde enero-1994 y diciembre-2012. Suponen el 2% del total de ingresos en nuestra unidad, en dicho periodo de tiempo. La mediana de edad de los niños que ingresaron fue de 36 meses (intervalo 12-158 meses), con un 60% de género masculino. El 100% de los accidentes ocurrieron en agua dulce con un predominio de piscinas privadas (68%) y niños sin supervisión (64%). La mayoría de los casos se registraron en verano (92%). El 96% de los niños presentó apnea, el 88% cianosis en el momento del rescate y el 32% en parada cardio-respiratoria. El 79.1% de niños presentaban Glasgow de 3 puntos a la llegada del soporte vital avanzado, de estos el 37% presentaban midriasis bilateral arreactiva. A la llegada al hospital, el 60% de los niños estaban en situación de hipotermia (temperatura media de $35,5$ °C). El pH medio fue de 6,71. El 84% llegaron bajo IOT y conexión a VMI y el 12% con inestabilidad hemodinámica. La estancia media en UCIP fue de 99.52 horas, siendo las complicaciones más frecuentes las de origen respiratorio por neumonía por broncoaspiración (48% de los pacientes) seguido por el distrés respiratorio agudo en 12% de los pacientes. 11 pacientes (44%) fallecieron. De los 14 pacientes que sobrevivieron, el 78.57% no presentaban secuelas neurológicas en el momento del alta de la UCI (GOS I), 19% presentaban secuelas neurológicas moderadas (GOS II-III) y 3% de los pacientes salieron de la unidad en estado vegetativo persistente (GOS IV).

Conclusiones: La totalidad de las inmersiones ocurrieron en agua dulce. Un elevado porcentaje de los pacientes ingresados se hallaban en situación de parada respiratoria en el momento del rescate y con GCS inicial de 3 puntos de lo cual se deriva probablemente que estos pacientes presentarían una alta mortalidad y un elevado porcentaje de complicaciones respiratorias y secuelas neurológicas graves. Podemos concluir que el tiempo de parada y la situación clínica a la llegada al hospital, están directamente relacionada con el pronóstico y la evolución, por ello, una actuación rápida de personal especializado y entrenado en maniobras de RCP avanzada será clave en el manejo inicial de estos pacientes.

514. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA ASISTENCIA DE PARADAS CARDIORESPIRATORIAS INTRAHOSPITALARIAS. REGISTRO GRUPO ARIAM

T. Amat Serna, I.M. Quero del Río, I.L. Armira Camey, R.D. Argueta Cifuentes, A. Rodríguez Perea, L.B. Yagüez Mateos, J.C. Robles Arista y R. Guerrero Pabón

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Analizar los resultados de las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP) en pacientes que sufren parada cardiorespiratoria (PCR) intrahospitalaria; en cuanto a datos epidemiológicos, tiempo de actuación, supervivencia y secuelas neurológicas posteriores.

Métodos: Estudio descriptivo que analiza los pacientes a los que se les ha atendido por PCR en el Hospital Universitario Reina Sofía durante el período comprendido entre julio de 2007 a diciembre de 2012. Los datos se han obtenido del registro andaluz ARIAM de PCR (www.registropcr.org). Las variables analizadas han sido: epidemiológicas, lugar donde se produce la parada, ritmo inicial, causa, tiempo desde alarma hasta llegada de equipo, resultado final de la resucitación y situación del paciente al alta hospitalaria en cuanto a la supervivencia y al estado neurológico.

Resultados: Se han analizado un total de 293 pacientes de los cuales el 65% fueron hombres, con una mediana de edad de 69 años. Las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) se realizaron en el 91% (N 266) de los casos, siendo considerada fútil en el 5% y no necesaria en un 4% por recuperación de circulación espontánea. Los lugares más frecuentes en los que ocurrió la parada fueron: urgencias (42%), sala de hemodinámica (15%) y planta de cardiología (13%). En un 73% de los casos (N = 206) la PCR fue presenciada por personal sanitario que inició soporte vital básico (SVB) instrumentalizado en el 59% de los casos y soporte vital avanzado (SVA) en el 34%. El ritmo de parada más frecuente fue la asistolia (55%) seguido de la fibrilación ventricular (FV) (18%), y la principal causa de PCR fue cardíaca (43%), aunque no se pudo filiar la etiología hasta en el 23% de los pacientes. La mediana de tiempo desde que se activa la alarma de parada hasta que llega el equipo de UCI fue de 6 minutos (4-10). Del total de las PCR en las que se realizó RCP, no recuperaron signos de circulación efectiva 143 pacientes (54%). Del resto, sólo 99 pacientes (37%) mantuvieron circulación efectiva tras 20 minutos desde su recuperación. Al alta hospitalaria la mortalidad total fue del 82% (N = 239). De los supervivientes (N = 42), 35 pacientes presentaban buen estado neurológico, 3 con discapacidad moderada, 1 con discapacidad severa y 3 en estado vegetativo.

Conclusiones: En la mayoría de las ocasiones de PCR intrahospitalaria presenciada por personal sanitario se realizan maniobras de SVB instrumental. En nuestra serie objetivamos una mortalidad ligeramente superior a la descrita en la literatura, aunque en los supervivientes los resultados neurológicos a corto plazo son mejores que los revisados, probablemente porque fallecen los que están en peor situación y con más sufrimiento neurológico. Por todo ello, desde hace dos años se han incrementado los cursos de formación en SVB y DESA en personal sanitario.

515. SHOCK HEMORRÁGICO DE ORIGEN OBSTÉTRICO. CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DE LAS PACIENTES INGRESADAS EN UCI

V. Pérez Madueño, M. Recuerda Núñez, A. Estella García, J. Sánchez Ruiz, M. Jaén Franco y M. Gracia Romero

Hospital SAS de Jerez de la Frontera.

Objetivos: La hemorragia posparto es una emergencia obstétrica que supone la 3ª causa de muerte materna, siendo a nivel mundial la pérdi-

da estimada de 125.000 a 150.000 vidas cada año. Los objetivos del presente estudio son: describir las características demográficas y antecedentes obstétricos de las pacientes con shock hemorrágico obstétrico, evaluar la evolución de los casos ingresados en una unidad de cuidados intensivos y analizar las estrategias terapéuticas empleadas.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en una UCI médico-quirúrgica de 17 camas de un hospital comunitario durante 11 años, en el que se practican una media de 3.000 partos al año. Las variables analizadas fueron: edad materna y gestacional, existencia de antecedentes hematológicos y obstétricos, tipo de gestación, modalidad de parto, así como precisión de transfusión de hemoderivados, soporte vasoactivo, empleo de complejo protrombínico, factor VIIa, necesidad de histerectomía y número de exitus.

Resultados: Un total de 19 pacientes fueron incluidas, la edad media fue de 34,6 (mínima 27, máxima 44 años). Ninguna paciente tenía antecedentes de enfermedades hematológicas. De todas las gestaciones, una fue gestación triple, tres fueron gemelares, siendo las otras 15 gestaciones simples, aunque de ellas 2 resultaron embarazos ectópicos y una fue aborto tardío. El 30,8% de las pacientes eran primíparas, siendo para el resto el 2º o 3º embarazo, excepto en un caso en el que se trataba de la 6ª gestación y otro en el que era la 8ª. El 73,7% eran gestaciones a término y se practicó cesárea en un 42,1% (8) de los casos. En cuanto al manejo: el 100% de las pacientes precisaron transfusión de hemoderivados y plasma, en el 60% se infundieron además plaquetas. En 6 casos (31,6%) fue necesario el soporte vasoactivo. A 3 de las pacientes se les administró complejo protrombínico y en 6 casos se empleó el factor VIIa. Se practicó histerectomía al 47,4% (9) de las pacientes; 2 de los casos evolucionaron a exitus, uno de ellos con juicio clínico tras estudio necrópsico de probable embolia de líquido amniótico, siendo favorable la evolución del resto.

Conclusiones: En nuestra serie no existe ningún factor de riesgo claro que haga prever la aparición de hemorragia postparto, destacando como único factor común la edad superior a 30 años en casi todas las pacientes. La hemorragia es la primera causa de ingreso de pacientes obstétricas en la unidad de cuidados intensivos y la causa más prevenible de mortalidad materna.

516. TCE LEVE EN PACIENTES ANTICOAGULADOS

P. Millán Estañ, C. Guallar Espallargas, I. Pozuelo Echegaray, M. Quintana Díaz, R. González Rodiles Heredia, A. Agrifolio Rotaeche, M. Hernández Bernal, M. Irazábal Jaimes, L. Fernández Rodríguez y A. García de Lorenzo y Mateos

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Describir los datos asociados al TCE leve en pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales. Estudiar el incremento del riesgo de sufrir hemorragia intracraneal

Métodos: Prospectivo, observacional realizado en Urgencias del Hospital Universitario La Paz (Madrid) en el que se recogen los pacientes mayores de quince años cuyo motivo de consulta fue TCE leve y además en tratamiento con anticoagulantes orales, desde enero a diciembre de 2010.

Resultados: Se recogieron 148 pacientes. El 40% con una edad entre 66-80 años, con predominio del sexo femenino (76%). La principal enfermedad por la que los pacientes recibían tratamiento anticoagulante oral fue la fibrilación auricular (85,8%), seguido de enfermedad tromboembólica (8%). La mediana de puntuación de la Glasgow Come Scale en la admisión fue de 15. A todos los pacientes se les realizó un TC craneal. El tiempo transcurrido desde su registro hasta la realización del TC fue de menos de dos horas en el 60% de los casos, y menos de tres en casi el 80%. Los resultados del TC inicial mostraron que un 19% de los pacientes sufrió algún grado de hemorragia intracraneal (Marschall: lesión difusa tipo II 8,5%, tipo II 4,3 y tipo IV 6,4%). Fue necesario intervenir quirúrgicamente a 9 pacientes. Únicamente se realizó TC control a 24 pacientes. El 80% restante fue dado de alta tras 24 horas de observación en área de urgencias, sin necesidad de realizar TC de control. De ellos, el 4% generó una nueva consulta, en los que el TC cráneo pudo identificar la presencia de HIC. Hallamos una mortalidad del 7%, de los cuales en el 54% se desestimó tratamiento invasivo debido a su situación basal y comorbilidades asociadas. INR por debajo del deseado en casi la mitad, y sólo en un 10% por encima del rango. Todos los pacientes tenían INR > 1,5.

Conclusiones: Distribución de HIC en pacientes anticoagulados que sufren TCE similar al de otras series. Aunque la frecuencia de estos ha-

lazgos es baja (< 20%), la repercusión de estas lesiones obliga a realizar un TC craneo a su llegada a urgencia. Es suficiente mantener a pacientes con CT inicial normal en observación 24 horas, pues menos del 5% requiere atención posterior.

09:00 a 10:30 h - SEMICYUC 5 Cirugía cardíaca/Cardiovascular

517. RIESGO DE REINGRESO EN UCI TRAS CIRUGÍA CARDÍACA: ¿EDAD, SEXO FEMENINO O EQUIPO QUIRÚRGICO? FACTORES PRE, INTRA Y POSTOPERATORIOS

B. Jiménez Ruano, R. Jara Rubio, D. Bixquert Genovés, C. Albacete Moreno, A. Ruiz Rodríguez, A. Moreno Flores, J. J. Sarrasqueta Baquidano, M.A. García Villa, L.A. Conesa Cayuela y F. Vilchez Pizarro

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: La edad, el sexo femenino y el tipo de cirugía se asocian con riesgo aumentado de mortalidad tras cirugía cardíaca. Nuestro objetivo es analizar si estos factores predicen el reingreso en UCI con vistas a seleccionar pacientes para su seguimiento en planta.

Métodos: Análisis retrospectivo de datos recogidos prospectivamente, en UCI polivalente de 32 camas, sobre 734 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca de forma consecutiva en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Se recogieron variables preoperatorias (edad, sexo, euroSCORE, fibrilación auricular, fracción de eyección), intraoperatorias (tipo cirugía, tiempos quirúrgicos, grados hipotermia, empleo de circulación extracorpórea, urgencia quirúrgica) y postoperatorias (lactato al ingreso, disfunción renal, anticoagulación, delirio hiperactivo, horas de ventilación mecánica, ventilación no invasiva, causa y frecuencia de reingreso, reesternotomía, estancia en UCI). El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS® 15.0, mediante t de Student, chi cuadrado y análisis de regresión; los datos se expresan como media \pm DE. Se calcularon las OR y sus intervalos de confianza al 95%. La $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

Resultados: Entre enero de 2011 y diciembre de 2012 se intervinieron 734 pacientes en nuestro hospital, de los cuales reingresaron en UCI 49 (6,7%); 10 por dehiscencia esternal, 8 por taponamiento cardíaco, 7 por insuficiencia cardíaca, 4 por fibrilación auricular, 4 por síndrome coronario agudo, 3 por derrame pleural, 2 por mediastinitis, 2 por sepsis grave, 2 bloqueo AV y el resto (7) por otras causas (HDA, hiponatremia, endocarditis, etc.). En el análisis univariado, el sexo femenino (OR 2,6, IC 1,2-4,1, $p < 0,01$), la edad mayor de 70 años (OR 11, IC 5-20, $p < 0,001$), la ventilación mecánica superior a 10 h (OR 8,2 IC 2-14, $p < 0,004$) y la disfunción renal (OR 2,7, IC 1.4-4.8, $p < 0,001$) predecían el reingreso. En el análisis de regresión multivariante las variables asociadas de manera independiente con reingreso fueron: la edad > 70 años (OR 2,6, IC95% 1,2-5,7, $p < 0,01$); la VM > 10 horas (OR 2, IC 1-4,1, $p < 0,04$) y la presencia de disfunción renal (OR 1.9, IC 1-3,6, $p < 0,04$).

N	734
Edad (años)	63,5 \pm 13
Sexo femenino	33%
EuroSCORE Aditivo	5,4 \pm 3,3
AC x FA preoperatoria	15,5%
T. circulación extracorpórea (min)	94,6 \pm 48
T. clampaje (min)	54,4 \pm 31,8
Cirugía valvular	54,5%
Cirugía urgente o Emergencia	23,3%
Hiperlactatemia > 3 mEq/L al ingreso	26,6%
AC x FA postoperatoria	23,3%
Disfunción renal AKIN 1	31,2%
Uso dobutamina poscirugía	22%
Uso noradrenalina poscirugía	27%
Ventilación mecánica prolongada (> 10h)	24,1%
Ventilación mecánica no invasiva	4%

Conclusiones: A la vista de estos resultados, el programa de seguimiento en planta debería incluir a pacientes mayores de 70 años, que hayan estado en ventilación mecánica más de 10 horas o que hayan presentado disfunción renal.

518. EL FRACASO MULTIORGÁNICO ES MÁS FRECUENTE Y PRESENTA PEOR PRONÓSTICO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS QUE EN JÓVENES EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

E. Curiel Balsera^a, V. Olea Jiménez^a, C. López Caler^a, J.M. Mora Ordóñez^a, E. Aguayo de Hoyos^b, R. Hinojosa Pérez^c y R. Rivera Fernández^a

^aHospital Carlos Haya, Málaga. ^bHospital Virgen de las Nieves, Granada. ^cHospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Analizar si existe alguna interacción en el fallo multiorgánico (FMO) con la edad mayor de 75 años en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca (CC).

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca mayor (Proyecto ARIAM de cirugía cardíaca) desde 2008 a 2011. Se han analizado causas de mortalidad y complicaciones durante estancia en UCI, así como la mortalidad a los 30 días, comparando el grupo de pacientes mayor o menor de 75 años. Se han utilizado test de χ^2 y t-Student para comparación entre variables con un error alfa máximo del 5%. Para el análisis multivariante se utilizó regresión logística binaria.

Resultados: La segunda causa de mortalidad de la serie fue el FMO ($n = 126$, 32,24%), siendo la responsable del 2,3% de los fallecimientos en el grupo de < 75 años y del 4,8% en pacientes > 75 años ($p = 0,001$). Al analizar los pacientes que se complican con FMO en UCI, la mortalidad fue del 71,4%, mientras que en los pacientes que no sufren dicha complicación fue tan solo del 5,4% ($p = 0,0001$). Si repetimos este análisis en función de la edad, la mortalidad de pacientes jóvenes con FMO fue del 66%, mientras que fue del 84,1% en los mayores de 75 años ($p < 0,001$). El análisis multivariante mostró que la edad > 75 años es un factor independiente de mortalidad (OR 1,5 IC95% 1,039-2,16) tras ajustar por EuroSCORE y tiempo de bypass, así como una interacción entre la complicación FMO y la edad > 75 años (OR 3,18 IC95% 1,18-9,55). La OR para FMO en pacientes menores de 75 años fue 9,27 (5,88-14,60) mientras que en los mayores de 75 años fue 29,44 (12,22-70,94).

Conclusiones: Los pacientes > 75 años presentan más FMO durante la estancia en UCI. El FMO en ancianos tiene una mortalidad 3 veces superior al FMO en pacientes menores de 75 años.

519. TROPONINA T ULTRASENSIBLE EN EL POSTOPERATORIO DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

B. Jiménez Ruano, R. Jara Rubio, C. Albacete Moreno, D. Bixquert Genovés, J.M. Andreu Soler, A. Ruiz Rodríguez, G.A. Herrera Cateriano, F. Vilchez Pizarro, L.A. Conesa Cayuela y M.A. García Villa

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Describir el comportamiento de troponina T ultrasensible (TTUS) tras cirugía de revascularización coronaria y evaluar su capacidad para el diagnóstico de IAM y de complicaciones postoperatorias.

Métodos: Análisis retrospectivo de datos recogidos prospectivamente en UCI polivalente de 32 camas de 103 pacientes intervenidos de cirugía de revascularización coronaria en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Se recogieron variables preoperatorias (edad, sexo, euroSCORE, fracción de eyección), intraoperatorias (tiempos quirúrgicos, empleo de circulación extracorpórea, número de vasos revascularizados) y postoperatorias (lactato al ingreso, bajo gasto cardíaco, ondas Q nuevas, alteraciones ecocardiográficas segmentarias, horas de ventilación mecánica, estancia hospitalaria, disfunción renal). Se definió IAM perioperatorio como el incremento de TTUS 10 veces sobre el valor basal más la aparición de: a) Ondas Q patológicas o BCRHH, o b) Alteraciones ecocardiográficas segmentarias o c) Angiografía coronaria positiva. La determinación de TTUS se realizó mediante el kit Elecsys Troponin T hs assay, Roche Diagnostics®. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS®15.0, mediante pruebas no paramétricas y se calcularon las OR y curvas ROC con sus intervalos de confianza al 95%. El análisis descriptivo se muestra como media \pm 2DE. La $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

Resultados: Entre noviembre 2011 y octubre 2012, se intervinieron 103 pacientes consecutivos de revascularización coronaria en nuestro hospital.

Conclusiones: En nuestro estudio, la troponina T ultrasensible se incrementó significativamente en el 75% de pacientes respecto al valor

Tabla 1. Características personales de los pacientes

N	103
Edad (años)	62 ± 10
Sexo masculino	87, 4%
EuroSCORE	3,7 ± 2,7
FEVI%	54,6 ± 10,6
Nº vasos	2,9 ± 1
HTA	75,8%
DM tipo 2	47,5%
Sin CEC	26,2%
T. CEC (min)	68 ± 51
T. clampaje (min)	41 ± 26
TT US basal (pg/ml)	52 ± 168
TT US pico postQx (pg/ml)	712 ± 1.348
Rango intercuart TTUS pico (pg/ml)	180-634
Ventilación mecánica (horas)	10 ± 25
Estancia hospitalaria (días)	12,8 ± 7

Tabla 2. Criterios de IAM postoperatorio

TTUS × 10 sobre basal	75%
A. Ondas Q/BCRIHH nuevas	5,8%
B. IAM ecocardió	6,8%
C. Angiografía positiva postQx	1,9%
IAM perioperatorio	10,7%
Caída FEVI postQx sin IAM	15,5%

Tabla 3. Curvas ROC

Área bajo la curva de TT US pico para predecir...	Área	IC95%	p
Ondas Q nuevas	0,96	0,92-1	0,000
IAM ecocardiográfico	0,77	0,6-0,93	0,01
Estancia hospitalaria > 12 días	0,69	0,58-0,8	0,02
Muerte	0,58	0,26-0,9	0,5

basal y fue un buen predictor de aparición de ondas Q, Alteraciones ecocardiográficas segmentarias y Estancia hospitalaria prolongada, no prediciendo la mortalidad.

520. ¿TIENE APLICACIÓN LA ESCALA DE RIESGO QUIRÚRGICO STS EN NUESTROS PACIENTES?

M. Pérez Cheng, P. Vázquez Paredes, V. Sagredo Meneses, J.J. Marín Salazar, L. Sánchez Montori, J.M. González Santos y A. Rodríguez Encinas

Complejo Asistencial Universitario, Salamanca.

Objetivos: Validar diferentes end-points de la escala de riesgo quirúrgico STS en nuestros pacientes: VM prolongada (más de 1 día), fallo renal (con diálisis o aumento de las cifras de creatinina por encima de 2,0 mg/dl o el doble de la cifra preoperatoria), reintervención quirúrgica, estancia prolongada (superior a 14 días) y mortalidad operatoria (muerte dentro de los 30 días desde la intervención o durante la misma hospitalización).

Métodos: Se incluyeron en el estudio retrospectivo los pacientes de cirugía cardíaca en nuestro centro durante los años 2009-2011 cuyas intervenciones cumplen los criterios de la STS, y se recogieron los datos de días de ventilación mecánica, fallo renal, reintervención quirúrgica y estancia. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v17.0.

Resultados: Se incluyeron 638 pacientes, 70,5% varones, con una mediana de edad de 73 (± 9) años. La distribución para intervención quirúrgica fue 43% coronarios, 37% valvulares y 20% mixtas. La mediana de días de estancia fueron 3 días (± 7,4) y de días de ventilación mecánica 0,3 (± 5,9). La incidencia de insuficiencia renal fue del 7,7%, de reintervención quirúrgica el 3,4% y la mortalidad se situó en un 5,2%. Para determinar la discriminación que hace la escala STS entre pacientes que presentaban el end-point a estudio y los que no, se empleó el área bajo la curva ROC (receiver operating characteristic) y su intervalo de confianza al 95%. No hubo significación estadística en cuanto a la presencia de reintervención quirúrgica con un AUC de 0,44 con un intervalo de confianza al 95% de 0,31-0,58. La mejor actuación del STS fue a la hora de predecir la presencia de insuficiencia renal postoperatoria, con un AUC de 0,80 y un intervalo de confianza al 95% de 0,74-0,86 y también

la ventilación mecánica prolongada con una AUC de 0,78 y un intervalo de confianza al 95% de 0,72-0,84. Respecto a la mortalidad, el AUC fue de 0,74 y en estancia prolongada, de 0,71 con intervalos de confianza al 95% de 0,64-0,83 y 0,61-0,82 respectivamente.

Conclusiones: La escala STS nos parece un modelo atractivo ya que no solo predice el riesgo quirúrgico en cuanto a mortalidad, sino que también tiene en cuenta otros end-points relevantes en un postoperatorio de cirugía cardíaca. Sin embargo nos ha parecido muy limitante el hecho de que sólo se incluyan ciertas intervenciones quirúrgicas, dejando de lado todo lo que implique aorta ascendente, válvula tricúspide y recambios valvulares múltiples. En cuanto a su actuación, en los end-points que hemos analizado ha tenido unos resultados aceptables, sobre todo en cuanto a ventilación mecánica prolongada e insuficiencia renal, no siendo significativo en la presencia de reintervención quirúrgica.

521. EXPERIENCIA PRELIMINAR EN IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICAS SIN SUTURA PERCEVAL E INTUITY

I. Fuentes Fernández, R. Jara Rubio, D. Bixquert Genovés, C. Albacete Moreno, J. Sarrasqueta Baquidano, A. Moreno Flores, B. Jiménez Ruano, A. Ruiz Rodríguez, G.A. Herrera Cateriano y J. García-Puente del Corral

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Las prótesis aórticas sin sutura permiten reducir los tiempos quirúrgicos en pacientes con lesión valvular aórtica y riesgo operatorio elevado. Sin embargo se pueden asociar con trombopenia, bloqueo AV e insuficiencia perivalvular. Nuestro objetivo es analizar las características y evolución postoperatoria de los pacientes a los que se implantó una prótesis aórtica sin sutura (Perceval S, Sorin Group) o Intuity (Edwards Lifesciences Corp).

Métodos: Análisis de datos recogidos prospectivamente en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. La válvula se implantó mediante esternotomía media con circulación extracorporea, clampaje aórtico y cardioplegia, obteniendo el sellado anular tras dilatación con balón. Los pacientes fueron ingresados en UCI tras la cirugía y se realizó control ecocardiográfico y hematológico al alta hospitalaria El análisis se realizó mediante SPSS vs 15.0. Los datos se muestran como media ± desviación estándar.

Resultados: Entre abril de 2011 y diciembre de 2012 se implantaron 159 prótesis aórticas biológicas en nuestro hospital, de ellas 35 (21,8%) sin sutura (Perceval N = 28/Intuity N = 7). Las características de los pacientes fueron las siguientes: edad 77 ± 4,4; sexo femenino 22 (63%); revascularización concomitante 4 (11,4%); Euroscore aditivo 7,8 ± 1,9; FEVI (%) 57 ± 13; T CEC (min) 55 ± 17; T clampaje aórtico (min) 32 ± 11; AC x FA postoperat 11 (31,4%); drenado 24 h 590 ± 504 cc; delirio hiperactivo 7 (20%); disfunción renal AKIN 1: 17 (46%); marcapasos definitivo 2 (5,7%); ventilación mecánica (media ± DE; mediana) 11 ± 5; 3 horas; uso de noradrenalina 14 (40%); estancia UCI (media ± DE; mediana) 5,8 ± 10; 3. Seguimiento en planta: trombopenia < 50.000: 6 (17,6%); LDH 393 ± 122 U/L; Grad medio aórtico (mmHg) 12 ± 5; Área valvular (cm²) 1,3 ± 0,24; insuf perivalvular 1 (2,8%); mortalidad operatoria 0. Mortalidad seguimiento 4 (11,4%). No encontramos diferencias significativas en el comportamiento hemodinámico de ambos tipos de prótesis sin sutura.

Conclusiones: En nuestros pacientes los tiempos quirúrgicos se encuentran en torno al percentil 50 de los descritos en metanálisis recientes. La incidencia de BAV con necesidad de marcapasos, de trombopenia, de insuficiencia perivalvular, la evaluación ecocardiográfica postoperatoria y la mortalidad son comparables a los resultados mostrados en dicho análisis (Sepehrpour et al. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2012;14:615-21).

522. ASISTENCIA CIRCULATORIA CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO-ARTERIAL. RESULTADOS TRAS 2 AÑOS DE EXPERIENCIA

M.J. García Monje, M.A. Solla Buceta, F. Estévez, A. Cenicerros, I. Astola, L. Martínez, J.M. López, S. Fojón, J.M. Gullías y D. Freire

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos: Evaluar los dos años de programa de asistencia circulatoria tipo ECMO VA, objetivando la supervivencia y las complicaciones de los pacientes sometidos a esta terapia.

Métodos: Programa desarrollado en una unidad de críticos cardíacos, coronarios y postoperados cardíacos, de un hospital universitario de tercer nivel con programa de trasplante cardíaco. Recogida de datos de forma prospectiva desde el inicio del programa en enero de 2011 hasta enero de 2013.

Resultados: En este periodo 13 pacientes han precisado asistencia circulatoria por distintos motivos, más de la mitad por shock cardiogénico refractario a tratamiento de origen isquémico (53,8%). 9 pacientes fueron varones y la edad media fue de 55,2 años (DE \pm 9,2). Un 46,4% presentaban fracaso renal previo al dispositivo, necesitando diálisis el 38,5% post-implante del ECMO. La duración del dispositivo fue de aproximadamente una semana (7,9 días, DE \pm 5,7). 5 pacientes recuperaron función cardíaca, 2 precisaron trasplante cardíaco, 1 fue retirado por isquemia de miembro inferior, 1 se excluyó de la lista de trasplante por contraindicación absoluta durante el estudio y se retiró por futilidad de tratamiento y 4 fueron exitus. Uno de los pacientes trasplantados requirió el implante de una asistencia derecha por fracaso de ventrículo derecho, con buen resultado posterior. La estancia media en UCI fue de 22,6 días (DE \pm 16,7). Las causas de los pacientes fallecidos fueron: 1 hemorragia pulmonar por dilatación de cavidades izquierdas, 2 hemorragias masivas (una cánula axilar y una disección retrógrada en la inserción) y 1 complicación mecánica postinfarto (CIV). La supervivencia al ECMO fue del 69,2% y la supervivencia global del 61,5%. Las complicaciones de los supervivientes están relacionadas en su mayoría con hemorragias masivas (3 pacientes) y trombosis (2 pacientes), todas relacionadas con la zona de inserción.

Conclusiones: 1. La supervivencia al ECMO y la supervivencia global están dentro del margen establecido por la ELSO. 2. La complicación con mayor morbi-mortalidad es la hemorragia masiva.

523. TROMBOELASTOMETRÍA (ROTEM) EN EL PERIOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA. ¿MEJORA LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES?

G.M. Valle Fernández^a, I. López García^a, B. Bohórquez López^a, R. Hinojosa Pérez^a, A. Herruzo Avilés^a, J.A. Noval^b y A. Adsuar^c

^aServicio de Cuidados Críticos y Urgencias; ^bServicio de Bioquímica;

^cServicio de Cirugía Cardiovascular, Sevilla. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Exponer que la utilización de ROTEM en la fase perioperatoria conduce a una optimización en la estrategia de trasfusión y una disminución en las complicaciones postoperatorias de la cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio de casos y controles, prospectivo, donde se recogen todos los pacientes que se someten a cirugía cardíaca desde septiembre del 2008 hasta agosto del 2012. Se dividen en cuatro grupos siendo el primero (sep 2008-agosto 2009 con una N = 319) el que ejerce de control histórico ya que en ese tiempo no se utilizaba la tromboelastometría y los otros 3 como casos de forma independiente (N = 344; 364 y 340).

Resultados: En la población analizada, el 60% es del género masculino con una mediana de edad de 65 años. En cuanto al tipo de intervención en los dos últimos grupos predomina la intervención valvular. Desde la implantación del ROTEM, se ha objetivado una reducción estadísticamente significativa de la estancia hospitalaria y de la mortalidad (18,2 al 11,5%). Se ha observado una tendencia a la reducción de los tiempos quirúrgicos sin significación estadística. La distribución según la mediana en el tiempo de la circulación extracorpórea (CEC) pasa de 130 a 112 minutos y en cuanto a la anoxia pasa de 84 a 77 minutos. En cuanto al uso de los hemoderivados ha habido un cambio desde el introducción del ROTEM, adoptándose una terapia individualizada y caracterizada por una reducción en la administración de sangre (8,6 al 2,4%), plasma (19,8 al 7,9%) y plaquetas (19,1 al 10%) y un aumento de la utilización de fibrinógeno. En cuanto a las complicaciones postoperatorias inmediatas se ha objetivado una reducción significativa del sangrado postoperatorio (30,5 al 18,2%) y de la necesidad de reintervención (10,5 al 5,1%).

Conclusiones: La monitorización de la coagulación con ROTEM en la fase perioperatoria de la cirugía cardíaca, nos permite individualizar la estrategia terapéutica y conlleva a una reducción sustancial del uso de hemoderivados y de complicaciones en el postoperatorio inmediato.

524. SÍNDROME VASOPLÉJICO REFRACTARIO EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: FACTORES PREDISPONENTES Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON AZUL DE METILENO

T. Amat Serna, I.M. Quero del Río, E.M. Torres Delgado, I. Durban García, A. Bermejo Gómez, F.M. Sánchez Silos, R. Guerrero Pabón y F. Dios Torronteras

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Analizar los factores predisponentes a la aparición del SVR en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Se define síndrome vasopléjico refractario (SVR): 1) hipotensión arterial (TAM < 50 mmHg), 2) presiones de llenado bajas, 3) índice cardíaco normal o elevado, 4) resistencias vasculares sistémicas bajas (< 600) y 5) ausencia de respuesta a altas dosis de vasopresores.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Reina Sofía durante los años 2011-2012 sometidos a cirugía cardíaca, que presentaron en el posoperatorio, SVR. Los datos hemodinámicos fueron obtenidos a través del catéter de arteria pulmonar. A todos se les administró azul de metileno en dosis de 2 mg/kg de peso.

Resultados: Se han analizado un total de 9 pacientes sometidos a cirugía cardíaca programada, dos de ellos tras trasplante cardíaco. El 78% eran varones, con una mediana de edad de 66 años (33-79), y con una mediana de Euroscore 13%. La mediana de ingreso en UCI fue de 5 días (2-15). El 65% de los casos presentaban en el preoperatorio hipertensión pulmonar (HTP). El 56% eran diabéticos y el 44% hipertensión arterial sistémica (HTA). Todos los pacientes presentaban una fracción de eyección previa a la cirugía igual o mayor de 50% (excluyendo a los dos casos de trasplante). El 65% de los casos tomaban anteriormente inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS). Y el 44% tomaban aspirina y estatinas. La mediana de tiempo de circulación extracorpórea (CEC) fue de 145 minutos (85-230), siendo más largo en los dos casos de trasplante cardíaco y en aquellos valvulares combinados. En todos los casos fue necesario el uso de dos o más aminas vasoactivas para el manejo del postoperatorio inicial. El 78% de los casos fueron politrasfundidos y uno fue reintervenido por sangrado. El 100% respondió favorablemente a la administración de azul de metileno. La mortalidad global fue del 11%, un caso de nueve, atribuible a fallo multiorgánico secundario a infección pulmonar.

Conclusiones: El SVR es una complicación que puede acontecer en el postoperatorio de la cirugía cardíaca. El uso del azul de metileno ha demostrado su gran utilidad en el tratamiento del SVR. Mejora los parámetros hemodinámicos, permitiendo la disminución de la dosis de vasopresores. En nuestros pacientes se identifican como posibles factores predisponentes: la politrasfusión, tiempo de CEC, el uso de IECAS o antecedentes de hipertensión pulmonar. La mortalidad es menor que en la descrita en otras series.

525. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A EN UCI

L. Rojas Viguera, E. Díaz Garmendia, T. Cantera Fernández, R. Pérez González, I. Garrido Santos, R. Arévalo Cerón, A. Le Gall, M. Domezain del Campo, J.L. Moreno Gómez y M.V. Boado Varela

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y terapéuticas de los pacientes que ingresan en UCI con síndrome aórtico agudo tipo A (SAAA). Conocer la incidencia de las complicaciones tras el tratamiento quirúrgico y su importancia en la estancia media y la mortalidad intrahospitalaria.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de todos los pacientes (ptes) ingresados en una UCI polivalente de 24 camas con diagnóstico de SAAA entre abril del 2007 y agosto del 2012. Se analizan variables clínicas y terapéuticas. Se determinan las complicaciones posoperatorias, así como la estancia media y la mortalidad. Los valores se expresan en medias, desviación estándar y medianas (IQR) en variables continuas y en frecuencias y porcentajes en variables discretas.

Resultados: En total ingresaron 35 ptes, con una mediana de edad de 60 años (35-88), siendo el 68,5% varones. En cuanto a los factores de riesgo, un 51% eran fumadores, HTA (48,5%) y dislipemia (20%). En 40% de los casos, el síntoma guía fue el dolor torácico, seguido de focalidad neurológica (14%) e isquemia de miembros (14%). En cuanto a la extensión radiológica, 26 ptes (74%) asociaban lesión en aorta descendente; predominando la afectación iliaca (62%), seguida de la valvular (62,8%).

Se objetiva flap en 82% de ptes y ulcera penetrante en 8,5%. Se demostró insuficiencia aórtica al menos moderada en 48,5% de la serie. 33 ptes fueron sometidos a cirugía, con un euroscore medio de 17,34%, de las cuales 24 (72,7%) de manera emergente. Se realizó remplazo de aorta ascendente en todos los ptes, y cirugía valvular en 56,6%. Los tiempos medios de isquemia y de CEC fueron 116 y 173 minutos. Requhirieron politransfusión el 50% de los ptes y en 3 casos se administró factor VII (10%). Las complicaciones postoperatorias predominantes fueron FRA y sepsis (30%), seguimiento del ACV y SDRA (20%). Precisarón TCRR 13,3% y la mediana de ventilación mecánica fue de 1 día (1-65). La estancia media en UCI fue de 7 días (1-69) y 8 días (3-45) en planta de hospitalización. Fallecieron 6 pacientes (20%), 3 de ellos en quirófano y el resto en UCI.

Conclusiones: Corroborando la literatura, la población de pacientes con SAAA ingresados en nuestra unidad es de predominio masculino, edad media en torno a la sexta década de vida y con factores de riesgo de tabaquismo e HTA. Debutan la mayoría de ellos con clínica de dolor torácico, son sometidos a cirugía de manera emergente y presentan alta mortalidad.

526. MORTALIDAD HOSPITALARIA DE LA CIRUGÍA CORONARIA EN PACIENTES CON ICP PREVIO EN LA ERA DE LOS STENTS LIBERADORES DE FÁRMACOS

E. Sánchez Domínguez^a, M. Cid Cumplido^b, J. Villegas del Ojo^b, I. Said Tarhini^a, I. Ullah Khan^a, T. Pineda Correa^a y J.R. González Rodríguez^a

^aHospital Infanta Cristina, Badajoz. ^bHospital Santa Bárbara, Puertollano.

Objetivos: Analizar si existe mayor mortalidad hospitalaria en pacientes intervenidos de cirugía de revascularización coronaria (CRC) con historia de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) (grupo I) frente a los que no tienen antecedentes de ICP (grupo II).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Muestra: población española, intervenida de CRC, recogida en la base de datos del Ministerio de Sanidad entre 2003 y 2007. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar y compararon mediante t de Student. Las variables discretas se expresaron como porcentajes y compararon con chi-cuadrado. Las diferencias en mortalidad hospitalaria se valoraron mediante regresión logística multivariable. Significación p < 0,05.

Resultados: El estudio se realizó sobre 28.226 casos, de los que 1.645 (5,8%) tenían historia de ICP. Edad media: 63,58 ± 9,86 en grupo I y 65,58 ± 9,89 años en grupo II (p < 0,001); estancia postoperatoria: 11,64 ± 11,41 y 12,92 ± 15,04 días (p < 0,01); ingreso urgente: 37,3% y 39% (p = 0,17); cirugía urgente: 0,9% y 1,8% (p < 0,01); diabetes: 36% y 35,5% (p = 0,66); dislipemia: 51,6% y 45,2% (p < 0,001); hipertensión arterial: 56% y 55,5% (p = 0,68); tabaquismo: 41,6% y 38,8% (p < 0,05); IAM antiguo: 34,2% y 16,5% (p < 0,001); fibrilación auricular: 13% y 17,2% (p < 0,001); EPOC: 1,8% y 2% (p = 0,52); insuficiencia renal crónica: 1,9% y 3% (p < 0,01); enfermedad vascular periférica: 9,3% y 8,6% (p = 0,32); insuficiencia cardíaca: 4,6% y 6,6% (p = 0,001); enfermedad cerebrovascular: 3,8% y 4,6% (p = 0,14) e IAM en ingreso: 15,6% y 22,4% (p < 0,001); shock cardiogénico: 1,8% y 2,4% (p = 0,09). En el análisis multivariable el ICP previo no fue un predictor independiente de mortalidad hospitalaria (OR: 0,85; IC95%: 0,64-1,13; p = 0,28).

Conclusiones: El ICP previo no es un factor de riesgo independiente de mortalidad hospitalaria en pacientes intervenidos de CRC entre 2003 y 2007.

527. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ACV POSQUIRÚRGICO EN EL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO TIPO A

E. Díaz Garmendia, L. Rojas Viguera, R. Pérez González, T. Cantera Fernández, R. Arévalo Cerón, I. Garrido Santos, A. Le Gall, M. Domezain del Campo, J.L. Moreno Gómez y M.V. Boado Varela

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y terapéuticas de los pacientes intervenidos de disección de aorta tipo A (SAAA) complicados con ACV en el posoperatorio. Se estudia su relación con debut clínico, extensión de disección, métodos de protección cerebral y tipo de técnica quirúrgica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos ingresados en una UCI de 24 camas por SAAA entre abril del 2007 y agosto del 2012, sometidos a cirugía, diagnosticados en el posoperatorio de ACV. Se determinan las complicaciones posoperatorias, así como la estancia media y la mortalidad. Los valores se expresan en medias, des-

viación estándar y medianas (IQR) en variables continuas y en frecuencias y porcentajes en variables discretas.

Resultados: De los 35 ptes ingresados por SAAA, 33 fueron sometidos a cirugía; de estos, 6 (18%) desarrollaron ACV en el postoperatorio, con media de edad de 58 años (35-88) y relación 1:1 hombre/mujer. Los factores de riesgo predominantes fueron tabaquismo (83,3%) e HTA (50%). Ningún pte desarrolló clínica neurológica previa. De los 6 ptes, 2 disponían de ecografía doppler de troncos supraaórticos (TSA), mostrando aterosclerosis de ACI en uno de ellos. En la extensión radiológica, 5 ptes (83,3%) tenían afectación de TSAo (1 pte disección aislada de ACI y 4 TBC). El Euroscore medio fue de 24%. Se practicó cirugía emergente en 4 casos (80%). Se realizó remplazo de aorta ascendente en todos los ptes y cirugía valvular en 66,6% (50% recambio valvular y 50% resuspensión). Los tiempos medios de isquemia, CEC y parada circulatoria fueron 130', 174' y 19'. Todos los ptes fueron sometidos a protección cerebral anterógrada selectiva. Se utilizó pentotal en 5 enfermos (83,3%) e hipotermia profunda en 2 (33,3%). La complicación postoperatoria asociada predominante fue la sepsis (50%). La media de ventilación mecánica fueron 22 días. La estancia media en UCI fue 33 días y 11 en planta de hospitalización. En total fallecieron 2 ptes (33%), y ambos durante el postoperatorio en UCI.

Conclusiones: En nuestra serie, ningún paciente diagnosticado de ACV en el postoperatorio de disección de aorta debutó con clínica neurológica. En el 83% de los casos, la disección progresaba a TSAo. Destacar, que estos ptes no fueron sometidos a tiempos de parada circulatoria más prolongados que las cirugías no complicadas con ACV (19 min frente a 22,8), mientras que sí existe, en esta última serie, un claro predominio de conservación valvular. No se practicó en ningún caso reimplante de TSA.

528. LOS MINICIRCUITOS DE EXTRACORPÓREA DISMINUYEN LOS REQUERIMIENTOS DE TRANSFUSIÓN EN CIRUGÍA CORONARIA

E. Sánchez Domínguez^a, M. Cid Cumplido^b, J. Villegas del Ojo^b, I. Said Tarhini^a, I. Ullah Khan^a, T. Pineda Correa^a y J.R. González Rodríguez^a

^aHospital Infanta Cristina, Badajoz. ^bHospital Santa Bárbara, Puertollano.

Objetivos: Analizar si los minicircuitos de extracorpórea mejoran los resultados de morbi-mortalidad asociados a la cirugía coronaria.

Métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado, no ciego de 108 pacientes intervenidos de cirugía coronaria aislada. Criterio de exclusión: fracción de eyección menor 40%. Tres grupos: A: circulación extracorpórea con oxigenador Quadrox de Maquet[®]; B: oxigenador Avant D-903 de Dideco[®]; y C: minicircuitos ROCSafe con oxigenador Capiox rx-15 de Terumo[®]. Se compararon variables preoperatorias, operatorias y postoperatorias de los grupos. Se analizó si su distribución era normal. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar y se compararon con los test ANOVA o Kruskal-Wallis. Las variables discretas se expresaron con número y porcentaje y se compararon con chi-cuadrado. Significación estadística p < 0,05.

Resultados: La distribución de variables preoperatorias y operatorias fue similar entre los tres grupos. La mortalidad hospitalaria fue de un solo paciente, en el grupo A. No hubo diferencias significativas entre los grupos en horas de intubación, insuficiencia renal, sangrado a las 24 horas, accidente cerebrovascular, plaquetas y leucocitos. La estancia hospitalaria fue menor en el grupo C, frente a A y B (6,65 ± 0,88 vs 8,33 ± 2,69 vs 9,09 ± 9,80 días; p < 0,001), la troponina pico postoperatoria fue menor en el grupo C (6,75 ± 4,43 vs 14,43 ± 11,69 vs 8,65 ± 5,79; p < 0,001) y el porcentaje de pacientes transfundidos fue menor en el grupo C (60% vs 80,6% vs 84,4%; p < 0,05).

Conclusiones: Los minicircuitos de extracorpórea protegen mejor el miocardio y disminuyen las posibilidades de transfusión en pacientes intervenidos de cirugía coronaria.

529. EXPERIENCIA INICIAL EN CONTROL POSTIMPLANTACIÓN DE VÁLVULAS AÓRTICAS PERCUTÁNEAS

L. Fernández Salvatierra^a, A.L. Ruiz Aguilar^a, S. Sanz de Galdeano Delgado^a, C.I. Fuertes Schott^a, M. Barceló Castelló^a, J.A. Diarte de Miguel^b y M.C. Ferrer Gracia^b

^aServicio de Medicina Intensiva; ^bServicio de Hemodinámica. Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas y la evolución post-intervención inmediata de pacientes con implantación de una prótesis aórtica de manera percutánea.

Métodos: Pacientes con valvulopatía aórtica que no son candidatos a someterse a una cirugía cardíaca para recambio valvular dada su edad o sus múltiples factores de riesgo, se pueden beneficiar de la colocación percutánea de una válvula aórtica. Como inicio de este tratamiento en nuestro hospital se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes recogidos los casos realizados durante el año 2012, siendo en total 7 pacientes. Se analizaron variables en relación con las características de los pacientes, escalas de riesgo, antecedentes personales, tratamiento previo, complicaciones inmediatas y la evolución durante su estancia en la UCI. Los resultados se presentan como frecuencias (porcentajes) o como media \pm desviación estándar.

Resultados: De los pacientes analizados la mayoría fueron hombres (71%). La edad media fue de $83 \pm 3,4$ años con un EUROSCORE de $7 \pm 5,3$. Se observó que todos los pacientes tenían por lo menos un factor de riesgo cardiovascular, con IMC de $28,41 \pm 3,9$. Como datos acerca de la valvulopatía, se encontraron un área valvular media de $0,75 \pm 0,14$; con un gradiente máximo de $76,33 \pm 8,35$ y un gradiente medio de $49 \pm 6,03$. No hubo mortalidad en nuestra serie, con una media de $2,57 \pm 0,97$ días de estancia en UCI. Se vieron pocas complicaciones. De los 7 pacientes, 3 de ellos hicieron fiebre $> 38,3^\circ$ aislada en las primeras 24 horas, aumentando cobertura ATB y sacando cultivos que resultaron negativos. En 4 pacientes se vieron 4 trastornos diferentes del ritmo en el post-procedimiento inmediato: fibrilación auricular, extrasistolia ventricular, BAV1G y BAV3G necesitando este último un marcapasos definitivo. No hubo problemas de sangrado ni complicaciones vasculares a reseñar. Sólo un paciente necesitó en las primeras 24 horas soporte vasoactivo.

Conclusiones: El inicio de la implantación de válvulas aórticas percutáneas en nuestro hospital fue un éxito, dados los resultados de nuestra serie. Es una serie con pocos casos por lo que nos haría falta una muestra mayor para comparar fiablemente los resultados con los de la literatura. Dado el buen resultado obtenido, seguiremos recogiendo datos para futuros análisis estadísticos.

530. MODELO PREDICTIVO DE ESTANCIA PROLONGADA EN UCI EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA

J. Ramírez Larriviery, C. Gijón, M. Nieto, M. Carnero, C. Fernandes, B. Jordan y M. Sánchez

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo perioperatorios de estancia prolongada en UCI y la supervivencia al alta hospitalaria en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.

Métodos: Se revisaron los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca que ingresaron en una UCI cardiovascular de un hospital universitario de tercer nivel durante 5 años consecutivos (ene 2007-dic 2011), tras el análisis de los datos recogidos de forma prospectiva. Se clasificó como estancia prolongada en UCI si superaba los 20 días de ingreso. Se analizaron variables pre, intra y postoperatorias mediante un análisis univariado y multivariado, y se construyó un modelo de regresión logística en el que se ha evaluado su capacidad discriminativa en las probabilidades pedidas y con la sensibilidad y la especificidad a la hora de clasificar el modelo. La supervivencia al alta se analizó mediante la curva de Kaplan-Meier.

Resultados: De los .2929 pacientes intervenidos, 119 (4,1%) permanecieron ingresados en UCI más de 20 días. En el análisis univariado las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) asociadas a estancia prolongada fueron: la edad > 70 años, la HTA, la EPOC, la insuficiencia renal crónica, la obesidad, el grado funcional NYHA III/IV, la cirugía urgente, cirugía valvular y del arco aórtico, el shock cardiogénico, el estado crítico postoperatorio, el tiempo de CEC, el tiempo de isquemia, el Euroscore logístico, soporte vasoactivo $> 24h$, intubación prolongada, reintervención, reoperados por sangrado y/o taponamiento cardíaco. Se identificaron como factores de riesgo independiente la edad > 70 años, la EPOC, la insuficiencia renal crónica ($FG < 60$ ml/m), obesidad ($IMC > 35$) tiempo de CEC, cirugía urgente, reintervención, reoperados por sangrado excesivo, taponamiento cardíaco. La curva ROC muestra un ABC de 0,83, una sensibilidad del 75,8% y una especificidad del 78,2%. La mortalidad al alta hospitalaria fue de 39,7% en los pacientes con estancia prolongada mientras que en el resto fue de 5,7% ($p < 0,01$).

Conclusiones: El modelo generado permitiría identificar razonablemente los pacientes con mayor riesgo de estancia prolongada en UCI y en consecuencia, establecer las estrategias específicas perioperatorias y adecuar los cuidados y recursos para reducir su elevada morbimortalidad.

531. ANÁLISIS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS ANTES Y TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN CÓDIGO PARADA

O. Salas Alcántara, A. Campanario García, F. Lucena Calderón, C.D. Povis López, A. de la Campa Gestido y A. Lesmes Serrano

Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivos: Analizar las características de las paradas cardiorrespiratorias y la mortalidad global antes y tras la implantación de un código parada.

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivas que analiza las PCR ocurridas en un hospital de nivel II tras la implantación de un Código Parada (iniciado el 22 de mayo de 2012). Basándonos en un registro nacional hemos seleccionado la cohorte "PRE" que incluye PCR reanimadas intrahospitalarias desde el 1 de enero de 2009 hasta 21 de mayo de 2012 y la "POST" desde el 22 de mayo hasta el 20 diciembre de 2012. Se han analizado variables demográficas, las características de la PCR, el tiempo de respuesta del equipo de Parada, tratamiento, recuperación o no de la PCR con ingreso en UCI y mortalidad hospitalaria. Se ha realizado un análisis descriptivo expresando las variables cualitativas en porcentajes y las cuantitativas en medias \pm desviación típica, y posteriormente un estudio comparativo mediante entre grupos con el test de t-Student y chi cuadrado.

Resultados: Se han incluido 51 pacientes en el grupo Pre-Código PCR y 31 en el grupo Post-Código PCR siendo ambos grupos homogéneos en edad, sexo, lugar de la PCR, etiología y ritmo inicial. El tiempo medio hasta la llegada del equipo fue de $4,80 \pm 4,81$ min en el grupo Pre y $3,48 \pm 6,5$ min en el grupo Post ($p = ns$). La mortalidad global fue de 80,4% en el grupo Pre y 74,2% en el grupo Post ($p = ns$).

	Pre	Post	Valor p
n	51	31	
Edad (años)	$66,39 \pm 14,85$	$68,48 \pm 11,33$	0,5026
Sexo			0,09385
Hombre (%)	40 (78,4%)	19 (61%)	
Mujer (%)	11 (38,7%)	12 (38,7%)	
Lugar de PCR			0,2999
CCEE	0 (0%)	1 (3,2%)	
Hemodinámica	1 (2%)	3 (9,7%)	
Planta	20 (39,2%)	11 (35,5%)	
Quirófano	2 (3,9%)	0 (0%)	
Radiología	3 (5,9%)	0 (0%)	
UCI	4 (7,8%)	2 (6,5%)	
Urgencias	21 (41,2%)	14 (45,2%)	
Ritmo inicial			0,5292
Asistolia	21 (41,2%)	15 (48,4%)	
Bradicardia extrem	3 (5,9%)	4 (12,9%)	
FV	5 (9,8%)	5 (16,1%)	
TV	1 (2%)	0 (0%)	
DEM	16 (31,4%)	6 (19,4%)	
Desconocido	3 (5,9%)	1 (3,2%)	
Otros	2 (3,9%)	0 (0%)	
Etiología			0,1659
Cardíaca	24 (47,1%)	18 (58,1%)	
Respiratoria	11 (21,6%)	4 (12,9%)	
Sepsis	7 (13,7%)	1 (3,2%)	
Metabólica	4 (7,8%)	1 (3,2%)	
Trauma	1 (2%)	0 (0%)	
Otros	4 (7,8%)	7 (22,6%)	
Tiempo respuesta (tiempo hasta SVA)	$4,80 \pm 4,81$	$3,48 \pm 6,5$	0,3268
Evolución tras resucitación			0,6692
Exitus	21 (41,2%)	16 (51,6%)	
UCI	28 (54,9%)	14 (45,2%)	
Planta	1 (2%)	1 (3,2%)	
Otro hospital	1 (2%)	0 (%)	
Tratamiento			0,4728
Ninguno	34 (66,7%)	23 (74,2%)	
Fibrinólisis	1 (2%)	1 (3,2%)	0,7188
Hipotermia	6 (11,8%)	1 (3,2%)	0,1797
ICP	6 (11,8%)	3 (9,7%)	0,7694
Otros	6 (11,8%)	5 (16,1%)	0,5739
Mortalidad al alta hospitalaria	80,40%	74,20%	0,5108

Conclusiones: Aunque el Código parada parece haber disminuido el tiempo de respuesta hasta el inicio de SVA, no se han apreciado diferencias estadísticamente significativas en recuperación de PCR y mortalidad global, probablemente debido al pequeño tamaño muestral.

09:00 a 10:30 h - SEMICYUC 6
Toxicología/Organización/Gestión/Calidad

532. PREVALENCIA DE CONTRAINDICACIONES A SUCCINIL-COLINA EN UCI

T. Muñoz Martínez, R. Pérez González, E. Díaz Garmendia, L. Rojas Viguera, T. Cantera Fernández, I. Garrido Santos y R. Arévalo Cerón

Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo.

Objetivos: El Grupo de Trabajo de Sedoanalgesia de la SEMICYUC recomienda no utilizar succinil-colina (S-c) en la intubación (IOT) del paciente crítico en base a sus contraindicaciones. El objetivo primario de este estudio es conocer su prevalencia, y el secundario averiguar si alguna variable demográfica se relaciona con presentar alguna contraindicación.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en una sola UCI polivalente de una cohorte de pacientes (ingresados entre 15/10 y 14/11/12) no quemados. Se asume una oportunidad de intubación por paciente y día, por lo que se analizan las variables por estancia. Se recogen variables poblacionales [edad, sexo, motivo de ingreso, procedencia, días de hospitalización previa, días de ingreso en UCI, APACHE-II, SOFA, ventilación mecánica (VM), depuración extrarrenal (DER), insuficiencia renal crónica (IRC)] y contraindicaciones [K > 5, rdbdomiolisis (CK > 5000), encamamiento (> 10 días), bradicardia < 50 mantenida, bloqueo neuromuscular (BNM), fallo renal agudo (FRA), hipertensión intraocular (HTIO), hipertensión endocraneal (HTEC), enfermedad neuromuscular (ENM), alergia, hipertermia maligna, déficit de pseudocolinesterasa, estatinas], realizando análisis descriptivo. Se comparan las variables poblacionales entre los grupos sin y con contraindicaciones para detectar posibles asociaciones (t-Student y chi-cuadrado, significativo p < 5%). Se ha usado el programa SPSS-Statistics-20.

Resultados: Ocupan cama en UCI en esos 30 días 102 pacientes, de edad 60 ± 16 años, 57% varones, procedentes de planta el 49% y de urgencias el 50%, con APACHE-II de 16,8 ± 8,9, por los motivos: sepsis-14 (13,7%), neurológico 9 (8,8%), respiratorio 22 (21,6%), metabólico 10 (9,8%), cirugía programada 34 (33,3%), cirugía urgente 3 (2,9%), fallo cardíaco 4 (3,9%) y parada cardiorrespiratoria 6 (5,9%). Precisan VM 50 casos (49%) y DER 9 (8,8%). Ingresan en fallo renal 18 pacientes (17,6%), de los cuales 6 tenían IRC previa, 2 en hemodiálisis. La mortalidad de la serie es de 12 pacientes (11,8%). Se generan en el periodo de estudio 657 estancias, identificándose las siguientes contraindicaciones a S-c: 39 hiperK, 20 rdbdomiolisis, 126 FRA, 76 bradicardia, 101 BNM, 19 HTIO, 13 HTEC, 159 ENM, 167 estatinas, 140 encamamiento. No hubo casos de hipertermia, alergia ni déficit de enzima. Globalmente identificamos 466 (70,9%) estancias con al menos una contraindicación; Considerando las contraindicaciones graves (HTEC, FRA, rdbdomiolisis o hiperK) observamos 177, el 26,9% de las estancias. Se relacionan con presentar contraindicación grave: mayor edad (65 frente a 59 años, p < 0,001, IC95 3,1 a 8,7), hospitalización previa más prolongada (6 frente a 3 días p < 0,001, IC95 1,3 a 4,6), SOFA más elevado (5,4 frente a 2,8, p < 0,001, IC95 2 a 3), sexo masculino (32% frente a 20%, p = 0,001), VM (49% frente a 33%, p = 0,002) y DEP (91% frente a 19%, p < 0,001).

Conclusiones: Observamos en nuestra UCI una alta prevalencia de contraindicaciones a succinil-colina que aconseja evitar este fármaco. De cada 10 pacientes que puedan precisar IOT en un momento dado de su estancia, habrá entre 3 y 7 con posibilidad de sufrir efectos adversos.

533. SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO: CARACTERÍSTICAS ETIOLÓGICAS, CLÍNICAS, EVOLUTIVAS Y TERAPÉUTICAS

T. Zhuravetska, A. Alsasua Zurbano, O. Azkune Echeverría, A. Fernández Ferreira, M. Cordero Vallejo, C. Muñoz Esteban y M.A. Ballesteros

Hospital Universitario Marqués de Valdeciila, Santander.

Objetivos: Analizar las características etiológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas de los episodios de síndrome neuroléptico maligno (SNM) que precisaron ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva.

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos de SNM ingresados en Medicina Intensiva de un hospital terciario. Periodo de enero 1997 a diciembre 2012. Criterios diagnósticos: hipertermia, rigidez y alteración disautonómica. Se muestran los datos como mediana y amplitud intercuartil (IQR) o valor absoluto y proporción.

Resultados: En el periodo de estudio se diagnosticaron 20 casos en el hospital, de los cuales 8 (40%) estuvieron ingresados en UCI. Hubo predominio masculino (6 casos) y la mayoría constituyeron el primer episodio (75%). La mediana de edad fue 33,6 años (IQR 50,5). Sólo un paciente ingresó directamente en UCI siendo la mediana de tiempo hospital-UCI de 4,5 días (IQR 9,3). Entre los antecedentes personales destacar la presencia de enfermedad psiquiátrica en 3 casos (37,5%) y enfermedad neurológica en 2 (25%). La administración previa de risperidona en 4 casos (50%), clozapina en 2 (25%), litio en 2 (25%), quetiapina en 1 (12,5%) y de haloperidol en 1 caso (12,5%) se encontraban entre los posibles fármacos asociados al SNM. Los motivos de ingreso en UCI más frecuentes fueron los procesos infecciosos (50%) desarrollándose el SNM durante su ingreso en UCI. En un solo caso, el diagnóstico al ingreso fue SNM. Entre las manifestaciones clínicas destacar hipertermia (62,5%), rigidez (75%), agitación (87,5%) y disautonomía (100%). Análiticamente la CPK alcanzó una mediana de 1453 U/L (IQR 4.124), el sodio 153 mEq/L (IQR 14), LDH 439 U/L (IQR 6.582), GOT 337,1 U/L (IQR 697) y magnesio 2 mg/dL (IQR 0). En el curso evolutivo se detectaron arritmias (25%), cardiomiopatía (12,5%), convulsiones (25%), disfunción hepática (37,5%), neumonía y sepsis (37,5%). Como medidas terapéuticas se emplearon fluidoterapia intensiva (87,5%), medidas antitérmicas físicas (37,5%), antipiréticos (100%), benzodiacepinas (62,5%), dantroleno (62,5%), litio (25%) y amantadina (12,5%). El fármaco neuroléptico se reinició en la mitad de los pacientes con un intervalo de tiempo de 22 días (IQR 50). La estancia mediana en UCI fue de 7 días (IQR 18). La mortalidad en la UCI fue del 25%, siendo los motivos del exitus el fallo multiórgano (1 caso) y neumonía (1 caso). Una vez en planta de hospitalización fallecieron el 33,3% de los que sobrevivieron en UCI.

Conclusiones: El SNM, reacción idiosincrásica asociada al empleo de neurolépticos, tiene una incidencia baja y está asociada a una elevada mortalidad. Puede presentarse durante una estancia en UCI por otro motivo o constituir el motivo de ingreso, requiriendo por parte de los profesionales sanitarios de un alto índice de sospecha y actuación inmediata. El reinicio del fármaco es uno de los puntos claves del manejo.

Financiada por: Hospital Universitario Marqués de Valdeciila.

534. CUSUM DE EVENTOS AJUSTADO POR EL RIESGO MUESTRAL. UNA PROPUESTA DE AJUSTE

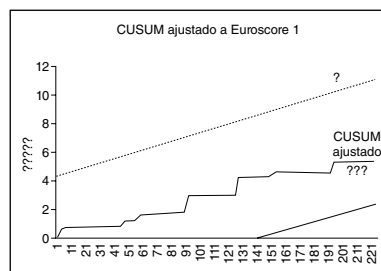
J.J. Jiménez Rivera, A. Jiménez Sosa, J.L. Iribarren Sarrias, M.T. Brouard Martín, S. de la Rosa Ramos, R. Pérez Hernández, R. Galván García, L. Lorenzo Peña, R. Martínez Sanz y M.L. Mora Quintero

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: Describir un método de ajuste basado en el riesgo muestral para incorporarlo a una herramienta de control estadístico de proceso basado en el análisis secuencial.

Métodos: Recogida de eventos (exitus) de un programa de cardíaca durante el año 2012. En el análisis secuencial del proceso se utiliza las gráficas CUSUM de eventos, donde se establece como estándar de referencia la mortalidad cruda de la base nacional de cirugía cardíaca (Reccmi 2010) de un 3,02%, (Euroscore I 8,18%), dicho mortalidad se ha usado para hallar las probabilidades de fallos acumulados aceptables e inaceptables. Estos límites se calculan para un error alfa (acusar de falso fallo) de 0,1 y un error beta (certificar falso acierto) de 0,1 (Noyez. Interactive CardioVascular Thoracic Surgery. 2009;9:494-9). Se recoge la frecuencia de eventos acumulada de forma cruda y ajustada por el riesgo de la muestra medido por el Euroscore I. Este ajuste se realiza en todos aquellos eventos que presentan un euroscore por encima/debajo del intervalo de confianza de la muestra ponderándolos con la media de riesgo produciéndose una bonificación/penalización de los casos que se alejasen de una teórica razón de mortalidad neutra.

Resultados: En el año 2012 se intervinieron 225 cirugías con una mortalidad de 19 (8,44%) pacientes, para un Euroscore I de 10,3 (IC95%: 8,45-12,16) obteniéndose una razón de mortalidad de 0,82 (IC95%: 0,69-0,99). Con los valores de referencia se obtiene una probabilidad de fallo acumulada aceptable de 2,35% e inaceptable de 11,02%. Aunque en ambos casos las



probabilidades de fallos acumulados se encuentra dentro de los límites establecidos como aceptables e inaceptables, en el modelo ajustado obtenemos una probabilidad acumulada de fallos del 6,28% frente al 8,44%.

Conclusiones: Las herramientas analíticas secuenciales son de utilidad en la monitorización continua de la calidad asistencial, esto nos ha permitido poner en marcha medidas de mejora, pero puede ser de utilidad ponderarlo por el riesgo de la población en estudio.

535. PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES QUE SON RECHAZADOS PARA INGRESO EN UCI

J. Rodríguez Portillo, L. Albert Rodrigo, A. Belenguer Muncharaz, M.D. Ferrández Sellés, B. Vidal Tegeador, E. Bisbal Andrés, I. Catalán Monzó, M. Arlandis Tomás, G. Cebrián Graullera y R. Reig Valero

Universitario General de Castellón.

Objetivos: Conocer la mortalidad de los pacientes que son rechazados para su ingreso en UCI, así como los factores que predicen la mortalidad de los mismos.

Métodos: Pacientes recogidos en la base de datos CMBD en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de referencia durante los años 2011-2012 y que fueron rechazados para ingreso en UCI. Se recogieron datos demográficos, escala de gravedad según SAPS 2, fallo orgánico por SOFA, calidad de vida según escala Barthel, comorbilidades, variables hemodinámicas, respiratorias y analíticas en el momento que el paciente era comentado. Posteriormente se recogió el rechazo, motivo del mismo y si se produjo muerte, y fecha de la misma. Fueron en modelo predictivo de mortalidad según análisis mediante regresión logística aquellas variables que resultaron significativas en el análisis por chi-cuadrado. Los datos fueron analizados mediante paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: Durante el periodo de estudio fueron incluidos 495 pacientes, siendo hombres el 65% con edad media de 68 ± 17 años. El 75% de los pacientes presentaban varias comorbilidades, y la calidad de vida previa era buena en el 59%, siendo mala en un 36% de los casos. Por lo que respecta al motivo de rechazo, la causa más frecuente fue la poca gravedad (61%), siendo en segundo lugar el mal pronóstico del paciente (14,9%). El porcentaje de exitus global fue del 32,7%. El sexo, edad superior a 75 años, comorbilidades, mala calidad de vida previa, gravedad fueron incluidas en el análisis multivariante. Finalmente la edad OR 3,305 (IC95% 2,058-5,308), calidad de vida previa 3,614 (IC95% 2,194-5,953), gravedad 16,81 (IC95% 8,287-34,125) fueron estadísticamente significativos en el modelo predictivo de mortalidad con VPP 92% VPV 59% y exactitud diagnóstica del 70%. Área bajo la curva ROC de 0,84 (IC95% 0,807-0,878).

Conclusiones: La determinación de una serie de factores predictivos de mortalidad en pacientes que son rechazados para su ingreso en UCI, nos permitiría tener una herramienta válida que ratificara la correcta toma de decisiones.

536. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO DE PACIENTES EN EL SMI

J. de León Belmar, M.J. Forés Ahuir, G. Cebrián Graullera, M.D. Ferrández Sellés, L. Mateu Campos, L. Galarza Barrachina, R. Reig Valero, A. Heras Javierre, M.T. Rodríguez González e I. Catalán Monzó

Universitario General de Castellón.

Objetivos: Analizar las causas que motivan el reingreso de pacientes en el SMI. Este análisis nos permitirá conocer los factores que puedan predecir dicho reingreso, mediante el seguimiento en planta detectando y evitando el empeoramiento clínico y con ello el posible reingreso.

Métodos: Se realizó un análisis de todos aquellos pacientes ingresados en un SMI polivalente y que precisaron reingresar, entre los años 2000-2012. Los datos se obtuvieron del registro CMBD del Servicio.

Resultados: Ingresaron un total de 18.920 pacientes: 68,3% de origen médico, un 21,4% quirúrgico electivo y un 10,3% quirúrgico urgente. La procedencia fue de urgencias en un 45,7%, seguido de quirófano y planta. El 65,9% fueron hombres y el resto mujeres, con una edad media de $60,88 \pm 17,20$ años. El nivel de gravedad medido por SAPS2-3 fue $35,74 \pm 17,33$. Reingresaron 695 pacientes, un 3,7% del total de ingresos. La mortalidad global fue de un 13%, siendo de un 24,6% en los pacientes que reingresaron y un 12,6% del resto de pacientes ($p < 0,001$). La mayor tasa de reingresos correspondía a pacientes de cirugía urgente (6,8%),

con un nivel de gravedad superior frente a los que no ingresaban (SAPS3 $41,73$ vs $35,51$). Las patologías más frecuentes de reingreso: 33,7% insuficiencia respiratoria aguda, de origen cardíaco o pulmonar; 15% sépticos; 13% cardiopatía isquémica. Tanto la estancia pre-UCI, como la estancia en UCI del primer ingreso fue superior en los pacientes que reingresaron frente a los que no ($16,63 \pm 26,10$ vs $2,34 \pm 6,87$ días y $8,66 \pm 14,75$ vs $5,23 \pm 9,8$ días respectivamente). La mortalidad fue mayor en los reingresados (24,6% frente al 12,6%), $p < 0,005$.

Conclusiones: Los factores que marcaron una peor evolución de los pacientes en las plantas de hospitalización son: la indicación de cirugía urgente, mayor nivel de gravedad (SAPS3) a su ingreso, la estancia pre-UCI y en UCI en el primer ingreso. Creemos que este tipo de pacientes deben ser valorados y tratados por su médico de planta, en colaboración con un especialista de Medicina Intensiva, para prevenir, detectar y tratar precozmente las complicaciones de su proceso de base a fin de mejorar el resultado final de los mismos.

537. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA TRAS EL INICIO DE UN PLAN DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

M. Colomo González, R. de la Chica Ruiz-Ruano, L.I. Rodríguez Peralta y A. Sánchez González

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Analizar la evolución de la mortalidad hospitalaria a lo largo de 3 años en pacientes que han sufrido una parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria tras la introducción de un nuevo Plan de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

Métodos: Se realizó un registro prospectivo, según el estilo Utstein, de todas las PCR ocurridas en el edificio Médico-Quirúrgico del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) durante un periodo de 36 meses consecutivos (agosto de 2009-julio de 2012). Se excluyeron las PCR en Quirófanos y Sala de Reanimación (por no ser atendidas por el equipo de RCP) y aquellas en que se habían iniciado maniobras de soporte vital extrahospitalario o en las que los pacientes ya habían recuperado signos de circulación espontánea a su ingreso en Urgencias. Posteriormente se realizó un análisis de la mortalidad de los mismos a lo largo de los 3 años comparando los resultados anuales previos con los obtenidos tras la puesta en marcha de un Plan hospitalario de RCP que afectaba principalmente a la atención a la PCR en plantas de hospitalización. El análisis estadístico se realizó mediante el test de la χ^2 considerándose estadísticamente significativa un $p < 0,05$.

Resultados: Se registraron un total de 316 PCR intrahospitalarias en el periodo analizado. Los pacientes atendidos fueron mayoritariamente varones (60,8%) y la mediana de edad 69 años. Las tres primeras causas de PCR, por orden de frecuencia, fueron cardíaca (40,8%), respiratoria (25,6%) y desconocida (13,3%). Respecto al lugar donde se produjeron las PCR destacaron la Unidad de Medicina Intensiva (44,3%) y el Servicio de Urgencias (18%), correspondiendo el resto (37,7%) a diferentes plantas de hospitalización y otras áreas no monitorizadas. Únicamente se detectó un ritmo inicial desfibrilable en el 22,5% de los casos. La supervivencia hospitalaria global del periodo medido fue del 22,2%. No se obtuvo significación estadística al buscar cambios en la evolución de la mortalidad cuando se compararon los resultados obtenidos con los existentes en el periodo previo a la instauración del nuevo Plan Hospitalario de RCP ($p = 0,94$). Así mismo, tampoco se encontraron diferencias al analizar la supervivencia en las plantas de hospitalización que se vieron beneficiadas por el nuevo Plan de Resucitación ($p = 0,78$).

Conclusiones: No han existido cambios en las cifras de supervivencia general de los pacientes afectados por una PCR en nuestro Hospital a lo largo de los últimos 3 años. Tampoco se detectan variaciones de dicha supervivencia en las áreas incluidas en el nuevo Plan de RCP Hospitalario.

538. CONOCIMIENTO SOBRE EL DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A. Ojados Muñoz, S. Moreno Aliaga, R. Jiménez Sánchez, A. Ortín Freire, M.D. Rodríguez Mulero, L. Herrera Para, L.M. Tárraga García, J.M. Castillo Sánchez, S. Rebollo Acebes y J.M. Allegue Gallego

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Objetivos: Evaluar el conocimiento sobre el delirium por parte de los profesionales (médicos y enfermeros) de una unidad de cuidados intensivos.

Métodos: Estudio descriptivo basado en una encuesta que se realizó a los médicos y enfermeros de una unidad de cuidados intensivos polivalentes de 18 camas. Se trata de diez preguntas realizadas en base a la bibliografía actual sobre la patología, contestadas de manera anónima, diferenciando si se trata de profesional médico o enfermero y los años trabajados en una unidad de cuidados intensivos.

Resultados: El total de las encuestas correctamente contestadas fue del 90% (39), con una media de años trabajados en UCI de los encuestados de 10,34 (IC95% 7,26-13,61). De todos los encuestados, sólo el 18% conocía con exactitud la definición de delirium y la mayoría (75%) piensa que es una patología frecuente entre los pacientes críticos. En cuanto al diagnóstico, el 45% conocen el método diagnóstico adecuado, ya que la mayoría emplea la evaluación clínica. El 60% opina que tras el diagnóstico de esta patología no queda registrado en la historia clínica, y en caso de registro, no como diagnóstico al alta. Sólo una minoría (15,8%) reconoce que esta patología es un predictor independiente de mortalidad y de reintubación. El 65% opina que es una patología difícil de prevenir, aunque un porcentaje similar piensa que aumenta la estancia en UCI. La mayoría conoce bien los factores de riesgos relacionados con la patología y el tratamiento adecuado.

Conclusiones: Tras evaluar los resultados de la encuesta realizada sobre el delirium, observamos que existe en general un desconocimiento sobre esta patología. En vista de estos resultados nos planteamos actividades educativas que mejoren los conocimientos para una mejor prevención, diagnóstico, tratamiento y en consecuencia disminución de la morbimortalidad.

539. EVALUACIÓN DE LA DISCREPANCIA ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN UCI

J. Luján Varas, C. Arenillas Juanas, Y.B. Ortiz de Zárate Ansótegui, M. Trascasa Muñoz de la Peña, E. López Ramos, R. Molina Montero y J.A. Cambrero Galache

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Objetivos: Identificar las discrepancias clínico-patológicas en las autopsias realizadas en una UCI polivalente de un hospital de nivel II.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas y los informes anatomopatológicos de todas las autopsias realizadas a pacientes fallecidos en UCI en un periodo de 5 años comprendidos entre 1/1/2008 y 12/12/2012. Durante dicho periodo la media de exitus en la Unidad fue de 102 pacientes/año. Los resultados obtenidos fueron clasificados según los criterios de Goldman. Se consideran discrepancias mayores aquellos diagnósticos que no fueron sospechados y que son causa directa de la muerte (Clase I: error con impacto directo en pronóstico y tratamiento y Clase II: error que no habría modificado ni la actitud ni el curso de la enfermedad). Se consideran discrepancias menores aquellos hallazgos anatomopatológicos que no se relacionan directamente con la causa de la muerte (Clase III: no directamente relacionado con la causa de la muerte pero con síntomas que debieron tratarse y Clase IV: diagnósticos menores ocultos con implicaciones epidemiológicas o genéticas).

Resultados: En los 5 años analizados se realizaron 18 autopsias clínicas (3.6 autopsias/año). El diagnóstico clínico coincide con el anatomopatológico en 13 casos (72,2%). Existe discrepancia mayor clase I en 3 casos (16,6%) con implicaciones relevantes en el pronóstico y tratamiento y discrepancia mayor clase II en 2 casos (11,1%). Se aprecian discrepancias menores en 7 casos (38,8%).

Conclusiones: A pesar de tratarse de una muestra reducida, existe un porcentaje no desdeñable de discrepancias mayores clase I. La realización sistemática de la autopsia clínica en pacientes fallecidos en UCI es una herramienta fundamental para revelar diagnósticos no sospechados además de evaluar la adecuada asistencia y ser un indicador de calidad.

540. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA REHABILITADORA EN UCI. VALORACIÓN INICIAL Y DE LOS OBJETIVOS FUNCIONALES CONSEGUIDOS

G. Ariza Carrió, G. Bello Rodríguez, J. Vilanova Corsellas, E. Vicario Izquierdo, J. Domingo Marco, P. Gormaz Torres, J. Trujillano Cabello y M. Badia Castelló

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Descripción del perfil de los pacientes incluidos en tratamiento rehabilitador (RHB) con la valoración de su funcionalidad inicial y al final del ingreso en UCI.

Métodos: Estudio prospectivo observacional (2010-2011). Criterios de inclusión: pacientes con estabilidad clínica que precisen RHB. Se recogen variables demográficas, diagnóstico, procedimientos, APACHE II, estancia y mortalidad. Se valora (condición inicial, seguimiento semanal y al final del ingreso) nivel de conciencia, reflejos, balance articular, tono muscular, rigidez, presencia de clonus o Babinski y edemas. Objetivos: funcionales, respiratorios (respiración diafragmática y correcta tos-expectoración) y musculares (equilibrio de cabeza, de tronco y bipedestación).

Resultados: De los 994 pacientes ingresados necesitaron RHB 144 (14,5%) siendo el 30% de los ingresos con más de 7 días de estancia. Los grupos diagnósticos con más RHB fueron los traumáticos (21%) y neurológicos (28%). Los pacientes RHB tuvieron una estancia más prolongada (35 vs 8 días, p < 0,001), mayor APACHE II (17 vs 14, p < 0,001), más procedimientos intra-UCI como uso de vasopresores (56 vs 31, p < 0,001), ventilación mecánica (81 vs 46, p < 0,001) o traqueotomía (44 vs 3, p < 0,001). Sin diferencias en edad, sexo o mortalidad. Seguimiento medio de 3 ± 3 semanas. En la valoración funcional inicial distinguiendo entre pacientes vivos (119) y fallecidos (25) observamos: hipotonía (62 vs 72, p = 353), edema (32 vs 68, p = 0,001), atención (71 vs 68, p = 0,732), colaboración (61 vs 68, p = 0,532), respiración diafragmática (19 vs 8, p = 0,201), tos-expectoración (8 vs 0, p = 0,133), equilibrio cabeza (20 vs 8, p = 0,150), de tronco (4 vs 0, p = 0,297), ningún paciente con posibilidad de bipedestación. Y en la valoración final: hipotonía (16 vs 48, p < 0,001), edema (9 vs 48, p < 0,001), atención (95 vs 56, p < 0,001), colaboración (92 vs 52, p < 0,001), respiración diafragmática (45 vs 8, p < 0,001), tos-expectoración (24 vs 4, p = 0,023), equilibrio cabeza (53 vs 12, p < 0,001), de tronco (30 vs 0, p = 0,001), y bipedestación (16 vs 0, p = 0,032). Se valora también las variaciones entre los años 2010 y 2011.

Conclusiones: El paciente con RHB tiene mayor gravedad a su ingreso lo que condicionará una larga estancia. Cerca del 20% de estos pacientes fallecerá. La valoración funcional inicial puede servir de indicador de mala evolución. Debe valorarse, para cada paciente una expectativa funcional y un programa específico. Los objetivos funcionales conseguidos deben servir de indicadores de calidad y plantean la necesidad de un programa de actuación para conseguir valores más altos.

541. ¿ES CONCORDANTE LA PERCEPCIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN ENTRE PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y SUS FAMILIARES?

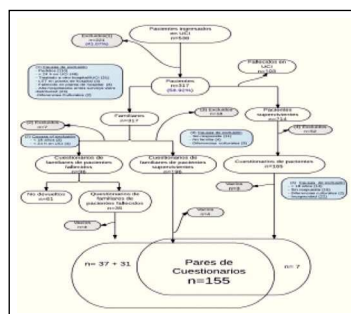
M.S. Holanda Peña^a, M.J. Domínguez Artiga^a, E. Ots Ruiz^a, A. García Miguélez^a, A. Castellanos Ortega^a, F. Ortiz Melón^a, M. Hernández Hernández^a, C. Muñoz Esteban^a y R. Wallmann^b

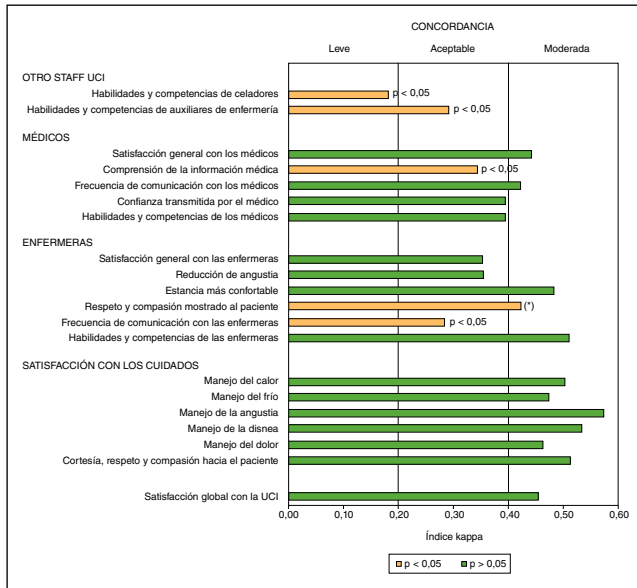
^aMedicina Intensiva; ^bMedicina Preventiva. Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: 1. Medir el grado de satisfacción de los familiares los pacientes ingresados en UCI. 2. Medir el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en ese período cuando sus condiciones físicas y clínicas lo permiten. 3. Comparar y establecer el grado de concordancia entre las respuestas de pacientes y familiares de un mismo núcleo familiar.

Métodos: Estudio prospectivo. El Instrumento empleado para la medición de la satisfacción familiar es el FS-ICU 34; el instrumento empleado para la medida de la satisfacción del paciente ha sido una adaptación del FS-ICU 34. La encuestas se entregan a las 24 horas del alta de la UCI. Análisis estadístico: para la medición del grado de satisfacción se ha empleado la escala Likkert de cada ítem convertida en escala 1-100 para el establecimiento de medias. Los resultados se expresan como medias ± desviación estándar (DE). Para la comparación de respuestas entre ambos grupos (pacientes y familiares) se ha aplicado el test de Wilcoxon para comparación de medias (p < 0,05) y el índice Kappa para medir la concordancia entre dos observadores.

Resultados: Durante un período de 5 meses, tras aplicar los correspondientes criterios de exclusión, hemos obtenido un total de 196 encuestas de familiares, 165 encuestas de pacientes y 155 "pares de encuestas" (mismo núcleo familiar) (fig. 1). La mayoría de los familiares en-





cuestados están altamente satisfechos con los cuidados generales proporcionados en UCI y con el proceso de toma de decisiones ($79,60 \pm 21,86$ y $76,39 \pm 23,42$, respectivamente). Asimismo, la mayoría de los pacientes encuestados están altamente satisfechos con el cuidado general proporcionado ($82,38 \pm 21,25$). Cuando comparamos las respuestas de los pacientes con las respuestas de sus familiares, encontramos cinco ítems en los cuales hay diferencias significativas entre ambas respuestas (comprensión de la información médica, habilidades y competencias de auxiliares y celadores, frecuencia de comunicación con el personal de enfermería y respeto y compasión mostrado por el personal de enfermería). Si aplicamos el índice kappa que los índices más bajos coinciden con los ítems en los cuales hemos encontrado diferencias significativas (fig. 2).

Conclusiones: 1) Hemos desarrollado una encuesta de satisfacción para pacientes ingresados en UCI basada en la encuesta familiar FS-ICU 34. 2) Los familiares de los pacientes ingresados en UCI pueden ser unos buenos "surrogates" para la mayor parte de los aspectos del cuidado general en UCI, cuando los propios pacientes no están en condiciones de comunicarse. 3) Existen algunos aspectos, particularmente aquellos relacionados con la percepción del cuidado suministrado por otros trabajadores de la UCI en los que no encontramos concordancia entre las respuestas de los pacientes y sus familiares.

542. COMPLICACIONES INMEDIATAS EN LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTERES HICKMAN Y RESERVORIOS SUBCUTÁNEOS

R. Cerda Gómez, J. Pino Rebollo, P. Ucio Mingo, R. Citores González, N. Hidalgo Andrés y F.J. Pérez González

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: Complicaciones inmediatas que se han presentado en el transcurso del procedimiento de implantación de catéteres de Hickman y reservorios subcutáneos, realizado por los médicos de nuestro Servicio desde junio de 200 a diciembre de 2012.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo basado en el análisis de protocolo de petición normalizado cumplimentado por el médico implantador. Se han incluido en el estudio 907 protocolos de solicitud de los distintos Servicios de nuestro hospital (Radioterapia-Oncología y Hematología). Los protocolos contienen además de los datos de filiación; el diagnóstico por el que los pacientes van a ser incluidos en tratamiento quimioterápico antineoplásico (razón por la cual se solicita el dispositivo). Las variables estudiadas son: fecha de colocación, tipo de catéter (Hickman o reservorio), marca comercial, médico implantador, Servicio y médico solicitante; acceso definitivo del dispositivo, nº de punciones, accesos desechados y nº de punciones en ellos y punciones arteriales. Fueron revisadas las radiografías de control para determinar la situación del dispositivo así como la existencia o no de neumotórax. Evaluación de complicaciones: se consideraron complicaciones aquellas situaciones reflejadas en los protocolos en que hubiese

ocurrido lo siguiente: 5 o más punciones en el acceso definitivo, más de 2 punciones arteriales en acceso definitivo o inicial, desecho del acceso inicial, procedimientos fallidos y existencia de neumotórax. Se ha considerado que no hubo complicaciones cuando el implante ha quedado definitivamente alojado en el acceso inicialmente elegido con un máximo de 4 punciones, o 3 punciones y una arterial. Todos los procedimientos se efectuaron en quirófano reglado y con apoyo de intensificador de imágenes.

Resultados: Las complicaciones definidas anteriormente se han dado en 110 procedimientos, siendo 807 los catalogados como sin complicaciones. En los 110 con complicaciones; en 22 ocasiones (2,4% del total) el procedimiento no fue completado considerándose fallido. Se detectaron en la revisión radiológica tras el procedimiento 8 neumotórax (0,87% del total) correspondiendo dos de ellos a procedimientos fallidos. Los 82 casos restantes corresponden a procedimientos en los que fue preciso cambiar el campo de acceso, rechazando el inicial y realizándose por un segundo acceso. En 807 procedimientos (88% del total) el alojamiento definitivo fue el inicialmente elegido, 581 con la 1ª punción, 148 con la 2ª, 57 con la 3ª y en 20 tras 3 punciones y 1 arterial.

Conclusiones: El procedimiento utilizado, aunque con tres diferentes técnicas, y con los medios que aporta la mesa de quirófano (radiotransparente, trendelemburg y apoyo radiológico) y la colaboración de los pacientes en el momento de la punción, facilitaron extraordinariamente el acceso a las venas centrales minimizando en gran medida el riesgo potencial de la técnica hasta los límites señalados.

543. ¿QUÉ ESPERAR DESPUÉS DE 100 DÍAS DE INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

A. Alsasua, A. González-Castro, C. Fernández, J. Burón Mediavilla, Y. Peñasco, M. Cordero y V. Gómez Marcos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Analizar las principales características epidemiológicas de aquellos enfermos que presentan un ingreso en una unidad de cuidados intensivos muy prolongada, así como estudiar el pronóstico de los mismos.

Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo. Se analizan variables epidemiológicas (edad, sexo, APACHE II), clínicas (patologías crónicas, disfunciones al ingreso, estado funcional basal) y evolutivas (estancia, LET, fallecimiento) de enfermos que ingresan en UCI, durante un periodo de 10 años (2002-2012) que presentaron como característica una estancia en cuidados intensivos mayor de 100 días. Se realiza una estadística descriptiva de la muestras, mostrando las variables continuas como la media \pm desviación estándar (DE), cuando presentaban una distribución normal y mediante la mediana y el percentil 25-75 para distribución no normal, y las variables categóricas porcentajes con intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: Durante el periodo de análisis, 16 enfermos han ingresado en la UCI y han requerido una estancia superior a 100 días. La mediana de la estancia fue de 125 (p 25-75: 110-270). La edad media fue de 65 (57-74) años, siendo el 75% (48-93) de los enfermos varones, con un APACHE II de 21 (18-24), predicción de muerte del 39%. El 25% (7-52) de los enfermos era considerado sano en el momento previo a su ingreso en UCI, y un 44% (20-70r) presentaban alguna incapacidad calificada como severa a su ingreso. En un 69% (41-89) de los pacientes existía alguna patología calificada como crónica. La patología responsable del ingreso fue de origen respiratorio en el 56% (30-80), seguida de patología del sistema nervioso en el 19% (4-46). En un 62% (35-85) de las ocasiones el enfermo presentaba un proceso infeccioso (nosocomial o comunitario), siendo el origen bacteriano en el 57% (29-82). La mortalidad intra-UCI fue del 50% (25-75). Se realizó LET en el 31% (11-59). La mortalidad intra-hospitalaria de la muestra fue del 81% (54-96), la mediana de supervivencia para los enfermos que fueron dados de alta de UCI fue de 40 días (p25-75: 17-403), valor medio de 224 (77-525) días. Tras ser dado de alta de UCI, después de 100 días de ingreso, el 12% (0-52) de los enfermos falleció la primera semana de estancia en planta de hospitalización, el 37% (8-75) durante el primer mes y el 25% (3-65) sobrevivieron más de un año y fueron dados de alta a domicilio.

Conclusiones: Los enfermos con un ingreso muy prolongado en UCI (> 100 días) presentan una mortalidad-intraUCI más elevada que la pronosticada por los scores de gravedad (APACHE II). El primer mes de estancia en una planta de hospitalización convencional, después del alta de estos enfermos, es crucial en el pronóstico a largo plazo de los pacientes.

544. PACIENTES ANCIANOS EN LA UCI: ¿HA CAMBIADO SU ATENCIÓN?

I. Dot Jordana, M.P. Gracia Arnillas, S. Vallés Angulo, F. Vasco Castaño, R. Muñoz Bermúdez, M. Basas Satorras, M. Samper Sánchez, A. Villasboa Vargas, Y. Díaz Buendía y A. Vázquez Sánchez

Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: El aumento de la esperanza de vida de la población y las mejores condiciones de vida hacen que sea cada vez más frecuente el ingreso de personas de edad avanzada en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Objetivos: Describir a los pacientes de 75 o más años ingresados en nuestra unidad durante un periodo de 7 años. Evaluar si hay variación en la atención prestada a este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes de 75 o más años ingresados en una UCI polivalente de 18 camas entre enero de 2006 y diciembre de 2012. Se han recogido datos demográficos, APACHE II, motivo de ingreso, diagnóstico principal, tratamiento recibido y técnicas utilizadas, así como mortalidad. Se ha realizado análisis mediante chi cuadrado. Se considera significativo $p < 0,05$.

Resultados: Durante este periodo han ingresado un total de 3.562 pacientes, de los cuales 754 han sido de 75 o más años, 54% varones; la media de edad fue $79,18 \pm 3,4$ años, estancia media en UCI de $10,1 \pm 7$ días y de ingreso hospitalario de $26,45 \pm 24$ días. El motivo de ingreso más frecuente fue la agudización de patología crónica (insuficiencia cardíaca, EPOC) y en segundo lugar infecciones adquiridas en la comunidad. APACHE II al ingreso $21,6 \pm 8,7$. El 61% de los pacientes recibió ventilación mecánica, con una media de $8,9 \pm 7$ días. Se realizó traqueostomía a un 6%, 67% llevó catéter venoso central, un 8% recibió técnicas de depuración extrarrenal y un 10% monitorización hemodinámica. La mortalidad global en UCI durante este periodo ha sido de 19,87%, 16,7% para los < 75 años y de 31,69% para los de 75 o más años ($p < 0,0001$). Mortalidad esperada/Mortalidad observada 0,81. La mortalidad de los pacientes de 75 o más años que requirieron ventilación mecánica fue más elevada que en los no ventilados, 39% vs 21% ($p < 0,05$). Durante los 7 años estudiados la proporción de pacientes de este grupo de edad se ha mantenido constante respecto al total de ingresos. Tampoco hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a tratamiento recibido y procedimientos invasivos realizados.

Conclusiones: La mortalidad en UCI de los pacientes de 75 o más años es muy superior a la de los pacientes de menos edad. Durante el periodo estudiado la atención al paciente anciano en nuestra unidad no ha experimentado cambios significativos.

545. ACTIVIDAD EXTRAUCI: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CANALIZACIÓN DE VÍAS CENTRALES EN RESPUESTA A INTERCONSULTAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.A. Santiago Triviño, M.J. Rivera Pinna, M. Recio Anaya, M.V. Trasmonte Martínez, V.K. Farje Malqui, P. Martínez García, P.A. Nieto Sánchez, J.A. Rubio Mateo-Sidrón, B. Bermejo Caballero y B. Amores Alfonso

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: Analizar los datos derivados de la carga de trabajo extraUCI generada de las interconsultas realizadas a nuestro servicio de Medicina Intensiva, en un hospital de tercer nivel para la canalización de vías centrales en pacientes hospitalizados a cargo de otros Servicios.

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo durante 18 meses de las interconsultas para canalización de vías centrales realizadas al Servicio de Medicina Intensiva. Las variables principales expresadas en número y porcentaje fueron; servicio responsable de la petición, indicación de la petición, localización de la vía, complicaciones derivadas de la técnica, coagulación funcional en las 72 horas previas a la actuación y tiempo estimado de la intervención.

Resultados: Se registraron 218 canalizaciones de vías centrales en 18 meses. La indicación más frecuente fue la necesidad de medicación intravenosa en pacientes con imposibilidad para canalización de vía periférica con 121 casos (55,5%) seguido, de la necesidad de nutrición parenteral con 45 casos (21%). La mitad de las interconsultas fueron generadas por los Servicios de Medicina Interna con 60 casos (27,5%) y Traumatología con 50 (23%) seguidos en menor frecuencia por otros servicios como Digestivo o Urología. En cuanto a la técnica la localización más elegida fue la femoral derecha con 75 casos (34,4%) y la yugular derecha con 54 (25%). La mayoría de los pacientes gozaban de una coa-

gulación funcional o tenían alteraciones mínimas; 196 casos (90%). Se produjeron un 2,3% de complicaciones derivadas del procedimiento (5 casos) que se resolvieron por nuestro Servicio. El tiempo medio utilizado por caso para la realización del procedimiento incluyendo firma del consentimiento informado, comprobación de contraindicaciones, ejecución de la técnica y resolución de complicaciones fue de 53 minutos durante el ejercicio de la guardia. El tiempo estimado global utilizado para este tipo de trabajo extraUCI fue de 192,5 horas en 18 meses.

Conclusiones: En nuestro ámbito, la canalización de vías centrales en respuesta a interconsultas generadas por otros servicios hospitalarios es una de las actividades extraUCI más frecuentes. Esta actividad no venía siendo recogida ni analizada en nuestro hospital. Tras este análisis, se deriva que es una necesidad frecuente, generada en su mayoría por servicios centrales como Medicina Interna o Traumatología, con indicaciones, que tras valoración por Intensivistas, resultaron adecuadas en un 92%. La canalización más frecuente fue la femoral derecha, produciéndose complicaciones en un 2,3% del total de casos y generando 192 horas de trabajo extraUCI en 18 meses.

546. INTOXICACIONES AGUDAS POR METANOL EN UCI

M. Hernández Bernal, J.J. Manzanares Gómez, C. Soriano Cuesta, J.C. Figueira Iglesias, P. Millán Estañ y M. Jiménez Lendínez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, mortalidad y evolución de pacientes con intoxicación por metanol.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional del tipo de serie de casos en el servicio de Medicina Intensiva de un hospital terciario. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes ingresados entre el año 1994-2010 se recogieron datos demográficos, estancia media, datos analíticos y clínicos, APACHE II y evolución tras el alta y mortalidad. Se realizó análisis estadístico de los datos.

Resultados: Se registraron 15.293 pacientes entre 1994-2010. Intoxicaciones agudas: 672 (4,4%), intoxicaciones por metanol 13 (1,93% de las intoxicaciones). Edad media: 37,9 (rango: 24-56). Sexos H: 5 (38,4%), M: 8 (61,6%). Glasgow medio: 11; DE: 5. Estancia media: 2 días (rango 1-5). pH medio: 7,04 DE: 0,18. Bicarbonato sérico medio: 8,02 DE: 3,2. Gap osmolar medio: 31,15 DE: 10,97. Gap aniónico medio: 28,58 DE: 3,68. APACHE II medio: 12. La causa de la intoxicación fue 7 casos sustitutivo alcohólico, 4 casos accidental, 1 autolítico y 1 caso desconocido. Todos los pacientes presentaron acidosis metabólica, y en 6 casos clínica de visión borrosa. Se realizó hemodiálisis de alto flujo en todos los casos salvo uno, con un intervalo de tiempo menor a los 30 minutos desde su ingreso en la unidad. La mortalidad fue del 30% y el resto presentaron recuperación funcional completa. Los 4 pacientes fallecidos presentaban acidosis metabólicas más severas con pH por debajo de 6,9 ($p < 0,01$).

Conclusiones: La intoxicación por metanol generalmente se produce como sustitutivo alcohólico o de forma accidental, los síntomas más frecuentes son la acidosis metabólica severa, bajo nivel de consciencia y visión borrosa con gap osmolar y aniónico elevado que conllevan una mortalidad elevada muy por encima de la esperada por el APACHE II. En nuestra serie el riesgo de muerte estuvo asociada a la severidad de la acidosis al ingreso en UCI, con una mortalidad del 100% con PH menor de 7 ($p < 0,01$) y el resto de los pacientes presentaron recuperación funcional completa.

**09:00 a 10:30 h - SEMICYUC 7
Hematología/Sedación/Cardiovascular**

547. PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS QUE INGRESAN EN UCI: ESPERANZA SOBRE REALIDAD 2010-2011 CHN-B

M.C. Ledesma Basualdo, L. Fisac Cuadrado, J. Echevarría Guibo y V. Mínguez Expósito

Complejo Hospitalario de Navarra B, Pamplona.

Objetivos: Analizar los casos con patología oncohematológica activa que ingresan en UCI, su curso clínico y mortalidad.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional, en el cual se incluyeron todos los pacientes oncohematológicos ingresados en

UVI-B del Complejo Hospitalario de Navarra en el periodo 2010-2011, siendo excluidos aquellos que en el momento de ser admitidos se encontraban en periodo de remisión o habían sido dados de alta del seguimiento por el 5º de Hematología. Se recogieron un total de 14 pacientes, se analizaron las siguientes variables: edad; sexo; patología oncohematológica; motivo de ingreso; soporte orgánico administrado; días de estancia en UVI; mortalidad (en UVI, al mes y al año); se estimaron las escalas de gravedad SOFA y APACHE II en las primeras 24h y se recogió la toma de decisión de Limitación del Esfuerzo Terapéutico.

Resultados: La mayor parte de casos fueron varones (75%) con una media de edad de 67,1 años (rango: 43-79). En cuanto a las patologías oncohematológicas, se destacan la leucemia aguda mieloblástica, el mieloma múltiple y el linfoma B como las más frecuentes. En un 57% la insuficiencia respiratoria aguda motivó su admisión en UVI. El 78,6% de los casos precisaron de soporte vasoactivo, el 64,3% de VMI y el 50% de TCRR. Se calculó el APACHE II en las primeras 24h siendo éste igual o mayor de 20 pts, con una media de 33 pts en el 64,3% de los pacientes, se obtuvo menos de 20 pts (media de 17,2) en el 35,7% de los casos. Todos los casos sumaban una media de 3,3 fallos orgánicos las primeras 24hs de ingreso, siendo más frecuentes las alteraciones de la coagulación (85,7%), el fallo respiratorio (78,5%) y el hemodinámico (78,5%). La mortalidad en UVI fue del 57%, el 14,3% al mes y 14,3% al año, con una supervivencia del 14,3% al año. En cuanto a la decisión de LET esta tuvo lugar en 3 de los casos (21,4%), siendo tomada por el intensivista responsable en acuerdo con el 5º de Hematología en 2 oportunidades.

Conclusiones: Aunque el número de casos analizados es pequeño, lo que limita el alcance de estas conclusiones, no es más que el reflejo de nuestra experiencia actual con este tipo de pacientes. Podemos concluir que los pacientes con patología oncohematológica que ingresan en UVI tienen una alta mortalidad, en su mayoría varones, mayores de 60 años, con diagnósticos de leucemia aguda mieloblástica, mieloma múltiple y linfoma B, en principio admitidos por insuficiencia respiratoria aguda, con un APACHE II mayor a 30 pts y con 3,3 fallos orgánicos las primeras 24h y requieren durante su ingreso en UVI del seguimiento por parte del hematólogo responsable para aunar criterios a la hora de decidir LET.

548. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD DE PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS INGRESADOS EN UCI

L. Nogales Martín, R. Cicuéndez Ávila, N.F. Villanueva Gómez, R. Citores González, D. Andaluz Ojeda, F. Díez Gutiérrez, F. Bobillo de Lamo y F. Gandía Martínez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Estudios previos demuestran elevada mortalidad de los pacientes oncohematológicos que ingresan en UCI. Hemos descrito y analizado las características clínicas, evolución y factores relacionados con la mortalidad en este tipo de enfermos.

Métodos: Análisis retrospectivo y observacional de los enfermos hematológicos ingresados en nuestra UCI durante el periodo 2004-12. Las variables recogidas: datos demográficos, escalas APACHE II y SOFA, datos clínicos, estancia y mortalidad. Análisis de la estadística descriptiva de la muestra. Comparación de variables cuantitativas mediante prueba U de Mann Whitney. Prueba chi-cuadrado para las variables categóricas. Área bajo la curva ROC para valoración de precisión diagnóstica. Los datos se expresan como media \pm desviación estándar. Significación estadística $p < 0,005$.

Resultados: En el periodo estudiado ingresaron en UCI 66 enfermos oncohematológicos, de los cuales finalmente se estudian 50. A su ingreso, el 74% de los pacientes presentaban shock séptico, sepsis grave el 8% y SDRA el 56%. El 88% tenían fracaso de 2 o más órganos, siendo los más frecuentemente afectados el respiratorio y hemodinámico. Se utilizó VMNI en el 18%, y VMI en el 88%. Se administraron vasoactivos en el 90%, hemoderivados en el 63%, y precisaron hemodiálisis el 26%. La estancia media en UCI fue de $9,9 \pm 10,8$, y la estancia hospitalaria de $35,9 \pm 36,1$. La mortalidad en UCI fue del 72%, la mortalidad hospitalaria del 78%, la mortalidad a los 28 días del 68%. La mortalidad en las primeras 48 horas fue del 26% y la mortalidad en los primeros 4 días del 40%. El FMO fue el principal motivo de exitus (68% de pacientes) seguido de hipoxia refractaria (20%). Al ingreso sólo la presencia de SDRA se relaciona con mayor mortalidad (Área bajo la curva ROC: 0,825). La puntuación SOFA al 4º día (Área ROC: 0,802) y la necesidad de VMI (Área ROC: 0,615) también son predictores de mortalidad. En el modelo de regresión logística la presencia de SDRA al ingreso se asoció con mayor mortalidad con una OR = 27 (IC95%: 2,809-259,565; $p = 0,004$).

Conclusiones: La gravedad y la elevada mortalidad encontradas son similares a otras series. Al ingreso sólo la presencia de SDRA se relaciona con mayor mortalidad. La necesidad de VMI y la puntuación SOFA al 4º día también se asocian con la mortalidad. La elevada mortalidad en las primeras horas/días junto con la alta incidencia de fracaso de órganos al ingreso sugieren la necesidad de una mayor coordinación y colaboración multidisciplinar que posibilite la identificación temprana y un ingreso en UCI más precoz para este tipo de pacientes.

549. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

S. Iraheta, J.M. Raya, L. Lorente, L. Hernández Nieto y M.L. Mora

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: Conocer la situación al alta de los pacientes hematológicos ingresados en una UCI de tercer nivel e investigar posibles factores de riesgo asociados a mortalidad (entre otros, su relación con el uso de ventilación mecánica invasiva, VMI).

Métodos: Población: total de pacientes ingresados en UCI por complicaciones relacionadas con diagnóstico hematológico entre enero/09 y abril/12. Variables analizadas: sexo, edad, diagnóstico hematológico, características al ingreso en UCI (situación de la enfermedad, parámetros analíticos, diagnóstico previo de sepsis) y durante el ingreso (necesidad de VMI, diagnóstico de sepsis, tiempo de estancia, uso de vasopresores y puntuaciones según escalas pronósticas de riesgo APACHE II y SAPS II obtenidas en las primeras 24 horas de estancia). Análisis estadístico: Excel 2011, Microsoft Office para MAC (Microsoft Corporation, Redmond, WA) y SPSS versión 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Significación estadística cuando $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 21 pacientes (edad media 55,3 años, extremos 15-80 y 66,6% varones). El 95,2% presentaban enfermedad oncohematológica y en el 47,6% el diagnóstico era reciente; sólo 2 casos (9,5%) ingresaron en progresión. El 71% había recibido quimioterapia en las 2 semanas previas a la admisión y el 38% presentaba neutropenia grave ($\leq 500/\text{mm}^3$), falleciendo el 50% de estos últimos. Las principales causas de ingreso fueron neumonía asociada a síndrome de distrés respiratorio agudo y sepsis de cualquier origen (28,6% cada uno). La estancia media en UCI fue de 12,4 días (extremos 1-60). El 66,6% del total de pacientes requirió VMI y de ellos falleció el 50%; por el contrario, sólo el 14,3% de los pacientes que no requirieron VMI fueron exitos. Con todo, no se encontró relación estadísticamente significativa entre VMI y mortalidad ($p = 0,133$). De los catorce pacientes (66,6%) que precisaron vasopresores, falleció el 57,1% (8 pacientes), mientras que sobrevivieron todos los que no necesitaron aminas (33,3%) ($p = 0,018$). Las medias de las escalas pronósticas APACHE II y SAPS II fueron 18,7 y 46,1 respectivamente, no encontrándose relación entre éstas y mortalidad ($p = 0,804$). La tasa de mortalidad global durante el ingreso en UCI fue del 38%. De los 13 pacientes vivos al alta de UCI (61,9% del total), dos casos (15,4%) fallecieron la semana posterior por SDRA, ambos con enfermedad hematológica en progresión. La mortalidad global intrahospitalaria fue del 47,6%, y la supervivencia global a los 6 meses del alta, del 47,6%.

Conclusiones: La tasa de mortalidad global en nuestra población es ligeramente inferior a la media reflejada en la literatura. En cuanto a factores pronósticos asociados a mortalidad, sólo observamos asociación estadísticamente significativa entre ésta y la necesidad de administrar aminas. Finalmente, si bien el tamaño de la muestra es pequeño, en nuestro estudio no encontramos asociación significativa entre VMI y mortalidad.

550. INGRESO Y EVOLUCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PACIENTES CON LEUCEMIA

G. Quintanilla, L. Casado, J. Cánovas, N. Llamas, L. Capilla, R. García, M.C. Lorente, D.O. Torres, A. Burruezo y A. Carrillo

Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Analizar los motivos de ingreso, características principales y la evolución de los pacientes con diagnóstico de Leucemia ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, de todos los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico principal o secundario de leucemia. Los pacientes se dividen en 3 grupos: Leucemia aguda de debut

(LAD): ingreso en UCI en el momento de diagnóstico o en el tratamiento de inducción; leucemia aguda en evolución (LAe); y leucemia crónica (LC), durante un periodo de 17 años. Las variables se expresan como media ± desviación estándar y frecuencias absolutas y relativas). La comparación entre variables mediante ANOVA o Kruskal Wallis, o chi² de Pearson.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 202 ingresos, de un total de 18.283, presentaron diagnóstico de leucemia (correspondiendo a 192 pacientes, 10 de los cuales presentaron 1 reingreso). La edad media era de 52 ± 22 años y el 58,9% eran hombres. De los ingresos en UCI, 61 presentaba LAD (30,2%), 78 (38,6%) LAe y 63 (31,2%) LC. El motivo de ingreso principal, difiere en las 3 patologías (p = 0,022), en la LAD fue insuficiencia respiratoria no cardíaca (44,3%) y shock séptico (31,1%), en la LAe 32,1% y 41% y en LC 27% y 20,6% respectivamente. La edad de los 3 grupos fue 49 ± 19, 38 ± 17 y 73 ± 11, respectivamente (p < 0,001), y el SAPS II de 55 ± 22, 52 ± 19 y 52 ± 16 (p = 0,568). La presencia de orden de no intubación no mostró diferencias (p = 0,299), 14,8%, 12,8% y 22,2% respectivamente. La neutropenia al ingreso la presenta 61 pacientes. En los 3 grupos analizados, la ventilación no invasiva fue utilizada en el 57,4%, 44,9% y 31,7% (p = 0,016), la invasiva en 45,9%, 52,6% y 30,2% (p = 0,026), y la técnicas continuas de depuración extrarrenal en 9,8%, 7,7% y 1,6% (p = 0,147). El SOFA máximo fue 10 ± 5, 10 ± 5 y 8 ± 5 (p = 0,014). La estancia en hospital fue de 34 ± 36, 29 ± 25 y 22 ± 22 (p = 0,048). La mortalidad en UCI fue 45,9%, 47,4% y 31,7% (p = 0,132) y la hospitalaria 61,7%, 57,1% y 41,9% (p = 0,070). La mortalidad hospitalaria se relacionó con la presencia de neutropenia (28,1% en vivos y 42,7% en muertos; p = 0,035).

Conclusiones: La leucemia es una patología poco frecuente en nuestra UCI, pero presenta una elevada mortalidad tanto cuando se ingresa como complicación en el momento de su debut, como durante la evolución del proceso. La leucemia crónica aun con mayor frecuencia de orden de no intubación presenta menor mortalidad.

551. NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

M. Cuartero Sala^a, P. López Garzón^a, J.C. Suárez Montero^a, A. Garrido Díaz^b, J. Sierra Gil^b, J. Mancebo Cortés^a e I Morán Chorro.^a

^aMedicina Intensiva; ^bHematología. Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Describir la mortalidad de los pacientes hematológicos admitidos en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI), durante su hospitalización y a los 6, 12 y 18 meses del alta del SMI.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y prospectivo en un SMI polivalente y terciario. De forma consecutiva se incluyeron todos los pacientes hematológicos ingresados entre 2009 y 2011. Se registraron las variables clínicas y demográficas al ingreso en el SMI, las necesidades de ventilación mecánica y se realizó seguimiento de la mortalidad durante 18 meses tras el alta del SMI.

Resultados: El estudio incluyó 53 pacientes, 34 hombres (64%) y 19 mujeres (35%); con una edad media de 54 ± 15 años. El SAPS II (Simplified Acute physiology Score) fue 58,2 ± 24,5. El diagnóstico hematológico de base y su estado evolutivo fue muy heterogéneo entre los pacientes. Las causas de ingreso en el SMI se agruparon en: insuficiencia respiratoria aguda 38 (72%), shock séptico 6 (11%) y otras causas 9 (18%). Los pacientes que en algún momento de su evolución habían recibido autotrasplante de precursores hematopoyéticos (AutoTPH) fueron 47/53 (88%) y alotrasplante (AloTPH) 42/53 (80%). 25/53 (47%) tenían neutropenia (< 1,0 × 10⁹/L) al ingreso en el SMI. En el SMI, 22/53 pacientes (41,5%) se intubaron y ventilaron invasivamente (VMI) y 13/53 (24,5%) recibieron ventilación mecánica no invasiva (VMNI). De estos últimos, 8/13 (61,5%) fueron intubados y recibieron VMI y 5/13 (38,5%) requirieron exclusivamente VMNI. La duración de la VMI fue 8,3 ± 13 días. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con VMI respecto a los de VMNI en la edad (55 ± 75 vs 52 ± 15 p = 0,429), índice de masa corporal (25,2 ± 4 vs 24,4 ± 4,3 Kg/m²; p = 0,491), frecuencia respiratoria (24 ± 7 vs 28,4 ± 10 r.p.m. p = 0,100), frecuencia cardíaca (118 ± 24 vs 110 ± 26 l.p.m. p = 0,259), presión arterial media (74 ± 20 vs 86 ± 23 mmHg; p = 0,054), FiO₂ (69 ± 28 vs 67 ± 23; p = 0,856), PaO₂ (93 ± 43 vs 81 ± 34; p = 0,412) ni PaCO₂ (40 ± 10 vs 35 ± 6; p = 0,180) al ingreso en SMI. Las principales variables de los pacientes con VMI en el SMI respecto al resto se describen en la tabla. 15/22 (68%) de los pacientes que recibieron VMI directamente y 6/8 (75%) de los que recibieron VMI tras la VMNI fallecieron (p = 0,053). Los 5 pacientes que

recibieron solo VMNI estaban vivos a los 18 meses. La mortalidad global acumulada en el SMI fue 24/53 (45%), en el hospital 35/53 (65%), a los 6 meses 38/53 (70%) y a los 12 y 18 meses 45/53 (83%).

	Necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI)		
	Sí	No	p
Pacientes, n (%)	30 (57%)	23 (43%)	< 0,001
Ingreso Hematología (días)	19,9 ± 23,1	19,4 ± 26,1	0,951
Ingreso SMI (días)	14,4 ± 16,5	5,1 ± 7	0,007
SAPS II	70 ± 22	42 ± 17	< 0,001
PaO ₂ /FiO ₂	139 ± 86	238 ± 118	0,002
Neutropenia (< 1 × 10 ⁹ /L)	15 (50%)	10 (43%)	0,782
Inmunosupresores	26 (86%)	19 (83%)	0,715
Diuresis al ing. SMI (ml/h)	66 ± 59	119 ± 100	0,030
Sustitución renal	9 (39%)	3 (13%)	0,193
Antecedente AutoTPH	26 (87%)	21 (91%)	0,859
Antecedente AloTPH	22 (73%)	20 (87%)	0,326
Exitus SMI	21 (70%)	3 (13%)	< 0,001

Resultados expresados como media ± desviación estándar y porcentajes.

Conclusiones: Los pacientes hematológicos ingresados en un SMI que requieren VMI tienen mayor mortalidad que los que se tratan con VMNI o los que no requieren ningún tipo soporte ventilatorio. No hemos encontrado diferencias en la mortalidad en función del antecedente de autoTPH, aloTPH o neutropenia al ingreso en el SMI. La elevada heterogeneidad y complejidad de estos pacientes requiere individualizar y seleccionar precozmente el tipo de soporte ventilatorio a emplear.

552. ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED: PERSPECTIVA DESDE LA UCI

I. Astola Hidalgo, L. Pita García, J. Herranz Larrañeta, A. Díaz Lamas, R. Arrojo Fuentes y T. Tabuyo Bello

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) es la primera causa de morbimortalidad en los receptores de células hematopoyéticas. El aumento de estos procedimientos hace que sea una entidad con creciente presencia en nuestros servicios. Sin embargo existen pocos datos acerca de los pacientes con EICH que ingresan en las UCIs.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes con el diagnóstico de EICH ingresados en nuestro Servicio desde enero del 2011 hasta diciembre del 2012.

Resultados: Ingresaron 9 pacientes (3 mujeres y 6 hombres) con edad media de 42 años (14-54). La enfermedad primaria era: leucemia (77% de los casos) y linfoma (22%). El trasplante fue: alogénico no emparentado en el 66% de los casos, emparentado en el resto. En todos, el trasplante fue de sangre periférica. La EICH era aguda en el 44% de los pacientes y crónica en el 66% restante. Todos recibían tratamiento inmunosupresor: prednisona el 77% de los casos, ciclosporina A el 55%, timoglobulina el 22% y micofenolato el 11%. El 66% de los pacientes presentaba afectación cutánea, el 55% intestinal y el 66% hepática. El motivo de ingreso en UCI fue: bajo nivel de conciencia en 2 pacientes, shock séptico en 5 e insuficiencia respiratoria en 2. El 88% de los enfermos tenían un proceso infeccioso. Todos presentaban alteraciones digestivas, siendo las más frecuentes: rectorragias, diarrea con intolerancia a la nutrición enteral y disfunción hepática. La media de APACHE II fue de 26 (14-43) y el SOFA de 11 (2-16). Presentaban fracaso renal agudo 4 pacientes (44%), realizándose terapia de sustitución renal en 2. El 77% de los enfermos precisaron de intubación y ventilación mecánica. Se inició ventilación mecánica no invasiva en dos casos, fracasando en uno de ellos. Durante su ingreso en UCI el 55% desarrollaron complicaciones infecciosas (3 bacteriemias por catéter, una infección por CMV). El 44% presentó problemas digestivos. Solo un paciente pudo nutrirse por la vía enteral, el resto precisó nutrición parenteral total. Cuatro pacientes (44%) desarrollaron un síndrome de distrés respiratorio agudo. La media de la estancia en UCI fue de 14 días (3-46) y la hospitalaria de 65 días (25-116). Fallecieron 8 pacientes (88%), 6 durante su estancia en la UCI y otros dos en planta.

Conclusiones: La enfermedad de injerto contra huésped es una entidad compleja y de creciente presencia en nuestras unidades. Las causas más frecuentes de ingreso en UCI fueron debidas a complicaciones infecciosas. Un gran porcentaje de pacientes presentan alteraciones di-

gestivas de difícil manejo. Son pacientes de alto nivel de gravedad, con importantes requerimientos de terapias de soporte y con estancias en UCI elevadas. La mortalidad es notablemente alta. Por ello es importante valorar cuidadosamente y de manera individualizada a cada paciente antes de su ingreso en UCI.

553. ADQUISICIÓN DE INFECCIONES POR MICROORGANISMOS RESISTENTES EN PACIENTES CON CÁNCER INGRESADOS EN UCI Y SU IMPACTO SOBRE EL PRONÓSTICO: UNA COMPARACIÓN CON PACIENTES SIN CÁNCER

M. Rinaudo Videla, N. Cobos Trigueros, P. Castro Rebollo, J.M. Nicolás Arfelis y J.A. Martínez Martínez

Hospital Clinic de Barcelona.

Objetivos: Comparar los pacientes críticos sin cáncer (NC) con aquellos con neoplasias hematológicas (NH) y tumores sólidos (TS) en términos de adquisición de infecciones por microorganismos resistentes o potencialmente resistentes (MRPRs) y su pronóstico.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos médica (UCI) durante 35 meses. Se le realizó frotis de fosas nasales, faringe y recto, y cultivos de las secreciones respiratorias a su ingreso y luego tres veces por semana. Las muestras fueron procesadas por técnicas microbiológicas destinadas a la detección de MRPRs. Se utilizó un análisis de regresión logística para evaluar los predictores de mortalidad en la UCI.

Resultados: De los 969 pacientes incluidos 127 (13,1%) tenían NH y 93 (9,6%) tenían TS. Los pacientes con cáncer tenían una mayor puntuación APACHE II ($21,61 \pm 5,9$ para NH y $22,22 \pm 6,3$ para TS) que los NC ($18,94 \pm 6,3$) y estuvieron más expuestos a cateterización venosa central, a metilprednisolona, a antibióticos antipseudomónicos y fluconazol, pero menos expuestos a intubación y ventilación mecánica. En comparación con los NC y los TS, los pacientes con NH eran significativamente más jóvenes, tenían neutropenia y trasplante de progenitores hematopoyéticos con más frecuencia, e ingresaban por una infección más a menudo. No hubo diferencias entre los grupos en términos de prevalencia MRPRs en la admisión o durante su estancia en UCI. El análisis multivariado mostró que tener un NH era un predictor independiente de mortalidad, con independencia de la puntuación del APACHE II.

Conclusiones: Los pacientes críticos con cáncer no mostraron una mayor tasa de adquisición de infecciones por MRPRs. La mortalidad fue mayor en el grupo NH.

554. VALIDACIÓN INTERNA DE LA ESCALA SAS DE SEDACIÓN Y AGITACIÓN

E. Palencia Herrejón, A. Martínez de la Gándara, P. Rico Cepeda, D. Díaz Díaz, B. Bueno García, M. Villanova Martínez, M. Rodríguez Aguirregabiria, G. Andrade Vivero y G. Heras La Calle

Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Objetivos: Validar la escala SAS de sedación-agitación traducida al idioma español en una UCI polivalente.

Métodos: Un grupo nominal de médicos y enfermeras elaboró una versión traducida y adaptada de la escala SAS, y se estudió la concordancia en la puntuación de la escala entre médicos y enfermeras de la UCI entre abril y junio de 2012. Las observaciones fueron llevadas a cabo en los tres turnos de enfermería, y en ellas participaron dos médicos y dos enfermeras, que valoraron al paciente por separado. La concordancia se evaluó mediante el índice kappa, y el intervalo de confianza se estimó mediante la técnica de bootstrap. Se realizaron pruebas de simetría (Bowker) y homogeneidad marginal (Stuart-Maxwell) para evaluar si había diferencias sistemáticas en algún tramo o punto específico de la escala. Todas las pruebas se hicieron para el total de observadores y para los pares enfermera-enfermera, enfermera-médico y médico-médico. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se llevaron a cabo 188 observaciones sobre 43 pacientes; en el 31,3% estaban recibiendo ventilación mecánica, el 2,1% recibía bloqueantes neuromusculares, el 23,7% opiáceos, el 12,2% propofol, y el 12,8% midazolam. Tomando como referencia la puntuación asignada por la enfermera a cargo del paciente, entre los no ventilados el 87% tenían SAS de 4; entre los ventilados el 72% tenían SAS de 1 o 2. Globalmente, el porcentaje de pacientes en cada puntuación SAS de 1 a 7, fue: 14,2%; 10,2%; 6,3%; 63,1%; 4,0%; 1,1%; 1,1%. La concordancia entre

observadores fue excelente (Kappa no ponderado para los cuatro observadores simultáneamente 0,805 [IC95% 0,725-0,866]), y no difirió entre pacientes con y sin ventilación mecánica ni entre los turnos de mañana y tarde. La concordancia fue algo menor entre médico y enfermera (0,792) que entre médico y médico (0,866) o entre enfermera y enfermera (0,876). No se encontró asimetría entre las observaciones de las parejas médico-médico y enfermera-enfermera, pero casi se alcanzó asimetría ($p = 0,12$) y heterogeneidad marginal ($p = 0,06$) cuando se compararon las observaciones médico-enfermera, siendo entre ellos el principal motivo de discrepancia las puntuaciones 1 y 2. Se encontró una tendencia lineal hacia una mayor discrepancia entre médico y enfermera en las puntuaciones más bajas de la escala ($p = 0,0015$).

Conclusiones: La concordancia entre observadores para la versión española de la escala SAS es excelente, tanto para sujetos en ventilación mecánica como no ventilados, entre los distintos turnos de enfermería y entre médicos y enfermeras a cargo o no a cargo del paciente. Se ha encontrado un posible sesgo sistemático en la asignación de las puntuaciones en el tramo más bajo de la escala, si bien de poca magnitud y escasa relevancia práctica. La limitación principal del estudio es que, dado el escaso número de pacientes agitados incluidos, no podemos asegurar la concordancia y simetría de la escala en este tramo de la misma.

555. DELIRIO EN PACIENTES CRÍTICOS

E. Ranea Ortega^a, J.F. Machado Casas^a, M.D. Pola Gallego^a, R. Quirós Barrera^a, M.C. Rosa Garrido^b y L. Rucabado Aguilar^a

^aComplejo Hospitalario de Jaén. ^bFIBAO, Jaén.

Objetivos: Realizar un estudio prospectivo y descriptivo en el que tratamos de conocer la incidencia de delirio en nuestra unidad de cuidados intensivos, así como definir el tipo de delirio más frecuente.

Métodos: En un periodo de tiempo de 8 meses, comprendido entre octubre de 2011 y mayo de 2012, procedimos a la inclusión en el estudio de toda la población que ingresó (con y sin ventilación mecánica) en nuestra unidad polivalente de cuidados intensivos de 15 camas, durante más de 24h, realizándose diariamente el CAM-ICU para el diagnóstico de delirio. Previo al inicio del estudio, se procede a un mes de entrenamiento teórico-práctico para el aprendizaje de la aplicación del test, por un equipo multidisciplinar formado por médicos y enfermeros. En un primer paso se procede a la valoración del grado de sedación para lo que se utiliza la escala RASS por estar validada en pacientes críticos ventilados y no ventilados, porque es la que más información nos ofrece tanto en la fase de agitación como en la de sedación debido a los 10 niveles que describe. Además, es de fácil aprendizaje. Si RASS > (-3), se procede a la evaluación del delirio. Para la valoración del delirio hemos utilizado el CAM-ICU como herramienta validada para pacientes críticos. En el test se establecen 4 criterios, dos mayores y dos menores (Criterios mayores: inicio agudo de cambios del estado mental o de curso fluctuante e inatención; Criterios menores: pensamiento desorganizado y nivel alterado de conciencia), siendo necesario cumplir con los dos criterios mayores y al menos uno de los menores, para que el diagnóstico de delirio quede establecido, y dependiendo del nivel de conciencia como delirio hiper o hipoactivo.

Resultados: Del total de pacientes incluidos, se estima que en el 29,68% de los casos no se detectó ningún tipo de delirio, mientras que en un 5,04% de los casos se diagnostica algún tipo de delirio, siendo más frecuente el hipoactivo que el hiperactivo. (2,03% vs 3,01%), teniendo en cuenta que el porcentaje de evaluaciones del test aplicadas es de un 62,73%. Del total de pacientes evaluados, el porcentaje de delirios asciende al 14,52%. El 20% de los casos no procedía la evaluación del delirio por criterios clínicos (RASS < -3). Por tanto, de nuestros datos podemos concluir que la densidad de incidencia de delirio estimada en nuestra UCI es 6,13 nuevos casos de delirio por cada 100 personas-día de seguimiento (2,47% de hiperactivo vs 3,66% de hipoactivo). Paralelamente, cabe destacar que en un 32,52% de los casos los pacientes no han sido evaluados, y que sólo el 42,35% de los pacientes han sido evaluados en la totalidad de su estancia.

Conclusiones: 1. La necesidad de establecer una rutina de valoración diaria y continua del delirio; 2. El CAM-ICU es una herramienta de fácil manejo por lo que puede ser aplicada tanto por médicos como por enfermeros, pero que requiere de un entrenamiento específico; 3. El diagnóstico de delirio no es una determinación puntual. Es necesario realizar el test tanto para despistaje como de herramienta diagnóstica en caso de sospecha clínica de delirio.

556. SUPERVIVENCIA DE PACIENTES HEMATOLÓGICOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

V. Gómez Casal, S. Vara Adrio, E. Menor Fernández, L. Lage Cendón y G. Lago Preciado

Hospital Xeral-Cies, Vigo.

Objetivos: Describir las características y la evolución de los pacientes con enfermedades hematológicas admitidos en una UCI polivalente.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedades hematológicas admitidos en UCI en un periodo comprendido entre enero 2010 a septiembre 2012. Se analizan diversas variables como sexo, edad, tipo de enfermedad hematológica, motivo de ingreso, APACHE, SOFA, días de estancia en UCI, neutropenia, ventilación mecánica, necesidad de terapias de reemplazo renal (TRR), fracaso hepático, tratamiento recibido y supervivencia. Análisis estadístico con SPSS v18.0: pruebas no paramétricas y tablas de contingencia.

Resultados: Recogemos 30 casos (27 pacientes y 3 reingresos). 46,7% hombres y 53,3 mujeres con una edad media de 53,60 ± 14,084; APACHE II medio de 22,30 ± 6,439 y SOFA de 8,4 ± 3,390. Las enfermedades hematológicas de base eran en un 43% linfomas, 40% leucemias y 16,7% otros (3 mielomas múltiples y 2 síndromes mielodisplásicos). 96,7% recibieron quimioterapia y/o trasplante de médula ósea. La estancia media en UCI fue de 7 IRC (4-21,25) días. La causa más frecuente de ingreso fue shock séptico (50%) seguido de insuficiencia respiratoria (33,3%) y complicaciones derivadas del tratamiento hematológico (16,7%). El 43,3% presentaban neutropenia. Un 60% precisaron ventilación mecánica invasiva y el 80% necesitaron aminas. Un 20% desarrollaron fracaso hepático y 66,7% fracaso renal (TRR en el 70% de ellos). Obtuvimos un 46,7% de mortalidad en UCI y un 31,3% en planta de los que superaron el ingreso en UCI. Supervivencia total a los 4 meses 33,3%. Los pacientes fallecieron en un 75% por fracaso multiorgánico y en un 25% por recidiva de enfermedad hematológica. Los supervivientes a 4 meses presentan una edad media menor (49,50 ± 14,5) que los fallecidos (61,8 ± 8,7) estadísticamente significativa (p 0,034 IC95% 3,5-21,06). Se observa una mortalidad estadísticamente significativa en relación con el motivo de ingreso (p 0,05): fallecen el 100% de los ingresados por complicaciones del tratamiento hematológico frente al 80% en la insuficiencia respiratoria (IC95% 0,27-0,80) y el 46,7% en el shock séptico (IC95% 0,58-1,09). Se alcanza la significación estadística en la mortalidad en UCI de los pacientes sometidos a VMI (77,8%, p 0,00) y TRR (78,6%, p 0,001 IC95% 1,45-12,04).

Conclusiones: En nuestra muestra existe mayor mortalidad estadísticamente significativa en los pacientes más jóvenes, ingresados por complicaciones derivadas del tratamiento de la enfermedad hematológica y en aquellos que precisan terapias invasivas.

557. DOLOR Y DELIRIO. ¿SE ASOCIAN EN PACIENTES CRÍTICOS?

E. Ranea Ortega^a, J.F. Machado Casas^a, M.D. Pola Gallego^a, R. Quirós Barrera^a, M.C. Rosa Garrido^a y L. Rucabado Aguilar^a

^aComplejo Hospitalario de Jaén. ^bFIBAO, Jaén.

Objetivos: Estudiar si existe relación entre la existencia de dolor en pacientes críticos y la aparición de delirio.

Métodos: Estudio observacional prospectivo durante el periodo comprendido entre octubre de 2011 y mayo de 2012. Se analizan a los pacientes ingresados durante más de 24 horas en nuestra UCI de tipo polivalente de 15 camas, con y sin ventilación mecánica, a los que se les ha valorado el grado de analgesia mediante escalas de dolor diariamente, con un total obtenido de 1.447 pacientes. Tras establecer el grado de sedación mediante la escala RASS, se procede a la valoración de delirio, si procede, mediante la aplicación del CAM- ICU y posteriormente, para valorar la presencia de dolor se utilizan dos escalas: Escala Verbal Numérica y escala Campbell, según la posibilidad de comunicación con el paciente.

Resultados: Se incluyen en total 1447 pacientes. El total de pacientes críticos a los que se le evalúa el dolor a través de la Escala Verbal Numérica (EVN) es de 1.181 pacientes. De todos ellos, 70 pacientes son diagnosticados de delirio. Utilizamos el test t-Student para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios de EVN en los pacientes con y sin delirio. Los resultados obtenidos indican que existen diferencias significativas (p = 0,001), de manera que, la media de dolor en la escala EVN en pacientes con delirio es de 2,829 (IC95%: 3,499-2,158) mientras que en los pacientes sin delirio la media de dolor a través de la EVA es de 1,672 (IC95%: 1,832-1,513). De igual forma, se aplica la escala Campbell a 266 pacientes, y a través de ella se evalúa la

presencia de dolor. Del total, son diagnosticados de delirio 140 pacientes y tras realizar el test t-Student para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios de Campbell en los pacientes con Delirio y sin Delirio y observamos que NO existen diferencias significativas, (p = 0,890), siendo la media de Campbell en pacientes con Delirio de 1,579 (IC95%: 1,246-1,912) mientras que en los pacientes sin delirio la media de Campbell es de 1,254 (IC95%: 0,987-1,521).

Conclusiones: 1. El dolor es un problema muy frecuente en los pacientes críticos. Se requiere de una correcta valoración para facilitar su manejo, mejorar el confort del paciente y reducir problemas asociados de morbimortalidad; 2. Su determinación debe ser un objetivo rutinario en una UCI, y no debe limitarse a determinaciones puntuales; 3. En pacientes conscientes, es importante mantener escalas analgésicas con valores inferiores a 3 puntos para asegurar una correcta analgesia y disminuir así, la probabilidad de aparición de delirio; 4. Es necesario nuevos estudios con mayor número de casos evaluados con escala de Campbell, que permitan establecer si existe o no relación entre la aparición de dolor y delirio.

558. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS AFECTOS DE HEMOPATÍA MALIGNA TRAS ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRA UCI

F. Arméstar, S. Vives, E. Mesalles, Ch. Ferrá, P. Marcos, A. Cabaña, Y. León, M. Batlle, J. Klamburg y J.M. Ribera

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción y objetivos: La decisión de iniciar quimioterapia en pacientes con hemopatías malignas que se encuentran en un estado crítico, es compleja y en ocasiones existe reticencia ante la situación de gravedad de los pacientes y el riesgo de empeorar su situación vital por los efectos secundarios de la quimioterapia. Se analizó de forma retrospectiva la evolución de los pacientes con hemopatía maligna ingresados en una UCI que recibieron quimioterapia.

Métodos: Entre enero de 2000 y diciembre de 2012, 232 pacientes con hemopatías malignas se atendieron en UCI. En 18 (8%) se administró quimioterapia durante el ingreso en UCI (edad mediana 53 [23-75] años, 13 varones [72%]). La hemopatía de base fue leucemia aguda mieloide en 11 pacientes, síndrome linfoproliferativo y leucemia aguda linfocítica en 2 casos; todos ellos de diagnóstico reciente.

Resultados: De los 18 pacientes, 15 requirieron ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria y 3 por situación quirúrgica (colectomía, drenaje de hematoma subdural y peritonitis fecaloidea posterior a hemicolectomía con omentectomía, histerectomía y doble aneectomía, respectivamente). La media de índice APACHE al ingreso fue 25. Por grupos: < 14 en 1 paciente, 15-19 en 4, 20-29 en 9 y ≥ 30 en 4. En el ingreso, 13 pacientes presentaban inestabilidad hemodinámica con requerimiento de aminas vasoactivas, 7 insuficiencia renal (4 requirieron hemodiálisis) y 15 afección hepática (bilirrubina > 2,0 mg/dl y/o transaminasas > 100 U/L). Diecisiete pacientes requirieron intubación orotraqueal y ventilación mecánica, el paciente restante requirió VMNI (ventilación mecánica no invasiva). Trece pacientes presentaron infección documentada durante la fase de pancitopenia posquimioterapia (7 exclusivamente por gramnegativos-GN, 2 por grampositivos-GP, 3 por GN y GP y uno, por hongos), 7 fallecieron durante el ingreso en UCI (2 por hemorragia cerebral, 2 por insuficiencia respiratoria y 3 por shock séptico por GP, GN y C. albicans, respectivamente). De los 11 pacientes (61%) dados de alta de UCI, dos fallecieron durante el mismo ingreso en Hematología (uno por shock séptico y otro por recaída). Con una mediana de seguimiento 42,13 meses y extremos [1,80;140,93] meses, 6 pacientes están vivos y en RC.

Conclusiones: En algunos pacientes críticamente enfermos y con hemopatía maligna puede ser de beneficio la administración de quimioterapia durante su ingreso en UCI.

Financiada por: FISS PI070444, RD06/0020/1056 de RTICC y PEF.

559. EVOLUCIÓN CRÍTICA DE PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA UCI

J.M. Martín Cano, R. Sierra Camerino, J.A. Noria Serrano, J. Flores González, I. Blanco Sáez, S. Pedraza López y R. Díaz Sesé

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Caracterizar una casuística de pacientes hematológicos ingresados en una UCI e identificar variables pronósticas.

Métodos: Diseño: estudio de observación retrospectiva de una cohorte. Ámbito: UCI polivalente de un hospital universitario. Sujetos: pacientes

hospitalizados con diagnósticos (Dx) de enfermedad hematológica grave. Periodo: 9 años (2004-2012). Variables: demográficas; Dx principales y de admisión en la UCI; escalas APACHE II 0-24h., SOFA -en los días 1º (d1) y 3º (d3) en la UCI- y RIFLE; tiempos; Dx de infección y del espectro sepsis; patógenos; desenlace clínico (mortalidad en la UCI y en el hospital). Estadística: medias o medianas con intervalos de confianza (IC95) y proporciones. Análisis univariado y multivariado (discriminativo).

Resultados: n = 52 pacientes (24 con comorbilidades; 27 mujeres); 26 leucemias, 16 linfomas, 5 mielomas, 5 otros Dx hematológicos. El 48% ingresaron por un shock. Edad: 49,3 (44,9-57,7) años. APACHE II: 28,6 (26,1-31,1). SOFA d1 y d3: 12 (10-12,6) y 15 (12,4-15,7). Días de estancia en la UCI: 7 (4,5-9,4). Ventilación mecánica (VM): 39 pacientes (75%) con 5,6 (3,4-7,8) días. Un 67% de los pacientes tuvieron Dx de shock séptico, 38% afectación renal y 40% un Dx documentado de infección (10 neumonías, 7 bacteriemias; 17 aislamientos de Gram negativos, 8 de Gram positivos y 3 de hongos; 38% patógenos multirresistentes). Fallecieron en la UCI 34 (65%) y 5 más (75%) en planta. La mortalidad predicha era del 63%. Los fallecidos necesitaron más VM (97% vs 33%) y tuvieron valores significativamente más elevados de APACHE II (31,8 vs 22,4), SOFAd1 (13 vs 10) y SOFAd3 (15 vs 12) que los supervivientes. Sólo la cifra de SOFA d3 discriminó entre muertos y supervivientes (valor umbral 13,5 puntos, 79% sensibilidad, 75% especificidad; área bajo la curva ROC 0,875 (0,74-1)).

Conclusiones: Las complicaciones críticas de pacientes hematológicos atendidas en este ámbito son muy graves con una mortalidad elevada y predecible. En el tercer día en la UCI podrían identificarse a los pacientes que tendrán una peor evolución.

560. EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL SHOCK HEMORRÁGICO EN GESTANTES. SERIE DE CASOS

D.F. López Hormiga, F. Vázquez Fuentes, I. Peña Luna, A. Pineda González, M.O. Cerezo Arias, G. Borges Rodríguez, M. Benítez Morillo, J. Tejada Ruiz y M.L. Moro Sánchez

Hospital de Mérida.

Objetivos: Describir la experiencia de los últimos 10 años en el manejo de shock hemorrágico en gestantes, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Mérida. Realizando una descripción por edad, número de gestaciones, edad gestacional, causa del sangrado, complicaciones, estancia media y supervivencia.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos y archivos de los servicios de Urgencias, Quirófano, Partorio, Gineco-obstetricia y U.C.I. en el período comprendido entre 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2012, de pacientes ingresadas con criterios diagnósticos clínicos y paraclínicos de shock hemorrágico.

Resultados: Total de casos: 25. 1. Distribución por edad: menores 18 años: 0 (0%), 19-34 años: 13 (65%), mayores 35 años: 7 (35%), edad media: 32 años, desviación estándar: ± 10 , mediana: 33,5, moda: 36, rango: 9. 2. Factores de riesgo obstétrico 2.1. Número de gestaciones: nulíparas: 6 (30%), multipara: 14 (70%), gran multipara > 4: 0 (0%). 2.2. Edad gestacional: aborto < 20 semanas (Sem): 3 (15%), prematuro extremo entre 21 y 27 sem: 1 (5%), pretérmino entre 27 y 36 sem: 4 (20%), término > 37 sem: 12 (60%), posttérmino > 42 sem: 0%. 3. Etiología: desprendimiento de placenta: 2 (10%), placenta previa: 2 (10%), atonía o rotura uterina: 8 (40%), hemoperitoneo por otras causas: 8 (40%). 4. Medidas quirúrgicas y tratamiento médico: histerectomía: 12 (60%), fármacos vasoactivos: 5 (25%), transfusión hemoderivados: (100%). 5. Complicaciones: coagulopatía de consumo, ventilación mecánica, apoyo fármacos vasoactivos por inestabilidad hemodinámica, disfunción multiorgánica, Insuficiencia respiratoria. 6. Estancia media: es de 4,8 días. IC95%. 7. Supervivencia: La supervivencia materna a los 12 meses, fue del 100%.

Conclusiones: En los casos revisados fue más frecuente el shock hemorrágico en mujeres en rango de edad entre los 19 y 34 años, esto podría ser debido a que el número de pacientes en este rango de edad es mayor con respecto a las edades extremas. Dado el alto número de pacientes histerectomizadas en nuestro estudio, recomendaríamos un manejo más agresivo desde su ingreso, una valoración de indicaciones y técnica quirúrgica. En comparación con otros estudios el shock hemorrágico es una de las tres principales causas de muerte materna, en nuestro estudio observamos una supervivencia del 100% de las maternas a los 12 meses de seguimiento. Aunque no es clara la asociación de factores de riesgo, ni de edad materna, con el shock hemorrágico, sería aconsejable realizar un estudio con mayor población para establecer dicha relación. Sería aconsejable realizar un estudio con mayor población para poder vislumbrar posibles factores de riesgo asociados con el shock hemorrágico.

561. IMPLICACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA VASCULAR ABDOMINAL

M. Robles Marcos, M.V. Trasmonte Martínez, P. Nieto Sánchez, J.A. Rubio Mateo-Sidón, B. Amores Alfonso, B. Bermejo Caballero, G. Collado, V. Jerez Gómez-Coronado, M.A. Santiago Triviño y P. Martínez

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: Valorar la utilidad de la medición de la presión intraabdominal (PIA) según la WSACS para identificar a los pacientes postoperados de cirugía vascular abdominal con riesgo de desarrollar hipertensión intraabdominal (HIA) y/o síndrome compartimental abdominal (SCA) y relacionarlo con el pronóstico.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de pacientes intervenidos de cirugía vascular desde 2008 hasta la actualidad e ingresados en nuestro. Estudiamos las siguientes variables: edad, sexo, score APACHE, tipo de cirugía vascular, cirugía programa o urgente, valores de CPK y LDH, PIA al ingreso y cada 8h durante 24 horas a través de una sonda vesical con el sistema de medición hidráulica comercial, desarrollo de complicaciones y mortalidad. Comparamos estas variables y estudiamos la asociación entre el desarrollo de HIA y mortalidad mediante χ^2 ; utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson para valorar la asociación entre variables cuantitativas.

Resultados: 121 pacientes, con edad media $69,7 \pm 10,8$ años, 116 hombres (95,9%), 5 mujeres (4,1%), APACHE al ingreso 13 ± 6 puntos. Diferentes tipos de cirugías se recogen en gráfico 1. Cirugía programada 83,5%, cirugía urgente 16,5%. Se monitorizó la presión intraabdominal (PIA) en 39 pacientes (32,2%); la tabla resume resultados de monitorización de PIA en primeras 24 horas de ingreso. Objetivamos SCA en 9,1%. Presentaron complicaciones un 44%, siendo sistémicas (18,2%) y asociaciones vasculares y sistémicas (12,4%). Precisarón conversión a cirugía abierta 2 pacientes (1,7%). Fallecieron 14 pacientes, que supone el 11,6%. Estudiamos dos grupos de pacientes con monitorización de PIA frente a no monitorización, observando diferencias estadísticamente significativas en: 1. Más complicaciones a mayor grado HIA (HIA I 10%, HIA II 10%, HIA III 35%, HIA 45% p 0,006) y con más probabilidad de desarrollar SCA (52,6% vs 47% p < 0,0002) y mas mortalidad (83,3% vs 16,7% p 0,003). 2. Correlación positiva y significativa entre PIA a las 16 horas y los niveles de LDH (r de Pearson = 0,53, p 0,005) y de CPK (r de Pearson = 0,43 p 0,026) y a las 24 horas (r 0,7 p < 0,0001 y r 0,62 p 0,001 respectivamente), no siendo significativa con creatinina. 3. La mortalidad se asoció al desarrollo de HIA grado III y IV (42,9% y 57,1% respectivamente, p 0,038).

	PIA ingreso	PIA 8 horas	PIA 16 horas	PIA 24 horas
HIA I	12,9%	25,8%	29%	22,6%
HIA II	45,2%	32,25%	45,2%	45,2%
HIA III	25,8%	25,8%	9,7%	16%
HIA IV	12,9%	12,9%	12,9%	12,9%

Conclusiones: 1. La monitorización de la PIA debe ser una técnica habitual en el postoperado de cualquier C. vascular abdominal. 2- La presencia de grado de HIA III y IV implica una mayor posibilidad de desarrollar complicaciones sistémicas y/o SCA. 3. Actuar en las primeras 24 h de postoperatorio sobre la HIA permitirá reducir la mortalidad de manera muy significativa.

09:00 a 10:30 h - SEMICYUC 8 Transfusiones/Trasplantes/Respiratorio

562. ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL CAMBIO DE TUBOS DE ANALÍTICA EN LA CANTIDAD DE SANGRE EXTRAÍDA Y SUS NECESIDADES DE TRANSFUSIÓN

M. Sánchez Palacios, R. Llorca Cuevas, L. Hernández Pereira, C. Rodríguez Guedes, J. Ocampo Pérez y E. Zborovszky

Hospital Universitario Insular, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar el impacto que ha tenido los cambios de tubos de screening de analítica estándar a pediátricos, en la cantidad total de sangre extraída al paciente crítico adulto y en las necesidades de transfusión.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes adultos ingresados consecutivamente, que no tuvieron sangrado activo y que permanecieron durante más de 10 días en la UCI, desde el 1 de enero al 1 de junio de 2011. Se recogieron datos epidemiológicos además de la cantidad de sangre extraída para analítica, así como las necesidades de transfusión de estos pacientes durante su ingreso, utilizando para ello el programa Critical Care Manager de PICIS. Se hicieron dos grupos, Grupo 1 a los que se les extrajo la sangre con tubos estándar y al Grupo 2 a los pacientes con los que se utilizó los tubos pediátricos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio a 99 pacientes. A 59 (59,6%) se les extrajo las analíticas de screening durante su estancia en tubos estándar y a 40 (41,4%) con los tubos pediátricos, observándose como es obvio diferencias significativas en la cantidad de sangre extraída entre ambos grupos (434,7 ml vs 274 ml, $p = 0,00039$). De los pacientes que tuvieron que ser transfundidos, 22 (37,3%) en el primer grupo y 17 (42,5%) en el Grupo 2, aunque se extrajo una cantidad significativamente mayor en el Grupo 1 (556 vs 290 ml, $p = 0,00018$), no encontramos diferencias significativas en la cantidad transfundida entre ambos ($p = 0,25$), pero sí que se precisó de un 21% menos de sangre.

Conclusiones: La introducción de tubos de analítica pediátricos para screening en los pacientes críticos adultos aunque tiene un impacto importante en la cantidad de sangre extraída, no influye en las necesidades de transfusión, aunque sí que el porcentaje de sangre transfundida es mucho menor.

563. EFECTO DE TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADO DE HEMATÍES SOBRE LA OXIGENACIÓN CEREBRAL, VALORADA MEDIANTE LA ESPECTROSCOPIA POR INFRARROJOS DE ONDA CERCANA (NIRS), EN PACIENTES CRÍTICOS SÉPTICOS

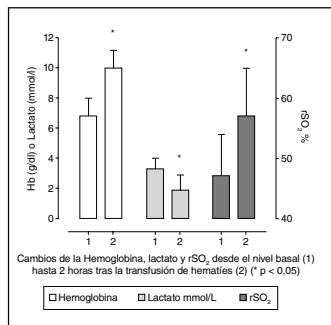
A.M. Puppo Moreno, S.R. Leal Noval, E. Fernández Hinojosa, E. Fernández Delgado, A. Bohórquez López y V. Arellano Orden

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Los pacientes críticos reciben transfusión de concentrado de hematíes (TCH) con el objetivo de mejorar la oxigenación tisular. Los indicadores clínicos y de laboratorio son poco eficaces para guiar la TCH y establecer su beneficio y se ha sugerido que la TCH debería guiarse por parámetros de oxigenación tisular. Investigar el efecto sobre la oxigenación cerebral (rSO2) (valorada por NIRS) de la TCH en pacientes críticos sépticos.

Métodos: Estudio prospectivo, preliminar. Se incluyeron 6 pacientes sépticos. Basalmente, antes de la TCH: APACHE II > 15, ácido láctico mayor de 2,5 mg, PAS < 85 mmHg y Hb < 8,5 g/dl. La valoración de la rSO2 bifrontal se realizó de forma continua mediante (NIRS) (Somasonics INVOS 5100 C). Se midieron las variaciones de la rSO2 y de otras variables (ver tabla y figura) desde el nivel basal (antes TCH) hasta 2 horas después de la TCH.

Resultados: Se muestran en las tablas. Dos horas después de la TCH se observaron incrementos significativos de la Hb y rSO2, y disminución de los niveles séricos de lactato, sin cambios en la PAM.



Características de los pacientes N = 6		
Edad		58,3 ± 18,1
Género H/M		2/4
Causa de la sepsis	Urológica	1
	Abdominal	5
Hb basal		6,1 ± 1,2
APACHE II		17,8 ± 3,3
SOFA		8,1 ± 3,7
Nº CH		2,6 ± 0,8

Variaciones de las variables a las 2 horas de TCH			
	basal	2 horas	valor de p
Hb	6,8 ± 1,2	10 ± 1,2	p = 0,03
TAM	79,3 ± 16,9	85,6 ± 7,7	p = 0,37
SvCO2	60 ± 10,9	77 ± 5,4	p = 0,1
rSO2	47 ± 6,8	54,8 ± 8	p = 0,02
Lactato	3,3 ± 0,7	2,1 ± 1	p = 0,02

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la TCH incrementa significativamente la oxigenación cerebral valorada no-invasivamente con rSO2, en pacientes sépticos con anemia grave. Este incremento es independiente de los cambios de la PAM.

564. TRANSFUSIÓN MASIVA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO: ESTUDIO DE UNA COHORTE

A. Fernández Ferreira, J. Duerto Álvarez, C. Muñoz Estébez, J.I. Román Alonso, V. Gómez Marcos, A. Alsasua Zurbano, P. Burgueño Lagúa y M.A. Ballesteros Sanz

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, tratamiento y evolución de pacientes politraumatizados que precisaron transfusión masiva en la fase de resucitación.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes politraumatizados ingresados en la Unidad de Politraumatizados de un hospital terciario, que precisaron transfusión masiva (10 [Hm] en 24 horas). Período de estudio: enero 2008 a diciembre 2012. Se recogieron variables demográficas, clínicas en las primeras 24 horas y de evolución clínica. Para el análisis estadístico se emplearon prueba de U-Mann Whitney y prueba chi cuadrado. Se muestran los datos como media y desviación estándar (DE) o valor absoluto y proporción.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes con un predominio masculino (75%). La edad media fue de 47,7 años (DE 18,9). El valor medio de la escala ISS fue 54,4 (DE 15,2). El mecanismo causal predominante fueron los accidente tráfico 50%. 17 casos (85%) fueron atendidos y trasladados directamente a UCI por 061, siendo la distancia media lugar percance-hospital de 26,2 km (DE 18,8). El traumatismo abdominal fue la etiología responsable de la hemorragia en el 42,1%. El Trauma Associated Severe Haemorrhage medio fue 17 (DE 4,9). Para el diagnóstico se efectuó ECO FAST en 7 pacientes, tomografía axial en 14 y arteriografía en 2. Se administró fibrinógeno sintético a 3 pacientes (15%), ac. tranexámico a 5 (25%), complejo protrombínico en 2 (10%) y Factor VII en 5 (25%). Asimismo se transfundieron 9,3 (DE 5,5) unidades de plasma fresco, 8,2 (DE 7) unidades de crioprecipitados y 2,3 (DE 1,5). El 75% (15 pacientes) precisaron cirugía urgente (en 5 pacientes se efectuó empaquetamiento y en 4 fue precisa fijación). Describir entre las complicaciones coagulopatía (19 pacientes), alteraciones iónicas (10 pacientes) e insuficiencia renal (5 pacientes). No se detectó ningún caso de TRALI. La mortalidad de la serie fue de 50%, destacando que aquellos que fallecieron presentaron puntuación ISS mayor (U-Mann Whitney 13,5; p: 0,004), precisaron mayor número de hemoderivados (plaquetas y plasma) (U-Mann Whitney 31; p: 0,165), mayor volumen de soluciones cristaloides (U-Mann Whitney 44,5; p: 0,968) y coloides (U-Mann Whitney 33; p: 0,573) y presentaron menor puntuación en la ECG (U-Mann Whitney 26,5; p: 0,237). El tipo de traumatismo no se asoció con la mortalidad ($\chi^2 0,540$; p: 0,395).

Conclusiones: La mortalidad asociada a la trasfusión masiva es elevada, siendo similar a la publicada en otras series. La escala ISS al ingreso en este tipo de pacientes, puede resultar de utilidad respecto al pronóstico. Las trasfusiones son la pieza angular en el manejo precoz del paciente traumatizado, destacando el papel que las Unidades de Medicina Intensiva efectúan al respecto.

565. TRANSFUSIÓN MASIVA DURANTE 5 AÑOS EN NUESTRA UCI

M. Gero Escapa, S. Ossa Echeverri, S. Puerto Corrales, E. Portugal Rodríguez, A. Berrazueta Sánchez de Vega, M. Montero Baladía, M. del Valle Ortiz, E. Martínez Barrio, M. Goñi Imizcoz y D. Armesto Formoso

Hospital Universitario de Burgos.

Objetivos: Conocer la evolución del manejo de la transfusión masiva (TM) en nuestra UCI en los últimos 5 años, analizando las primeras 24 horas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra 72 pacientes desde el año 2008 al 2012, sometidos a transfusión masiva (10 o más concentrados de hematíes en 24 horas). Describimos la edad media, la gravedad mediante APACHE II, origen: quirúrgico (Cirugía General, Cirugía Vasculat y otros postoperados), traumatismo (politraumatismo y TCE) o médico; procedencia (Urgencias, quirófano o planta de hospitalización). Recogemos número de unidades de hemoderivados transfundidos: concentrados de hematíes (CH), unidades de plasma fresco congelado (PFC) y pool de plaquetas. Administración de complejo

protrombínico (CP) y fibrinógeno. Analizamos la presencia de patologías: anemia si Hb < 8 g/l y/o Hto < 24%, plaquetopenia < 50.000/mm³, coagulopatía si INR > 1,5, y/o Tp < 50% y/o fibrinógeno < 100 mg/dl; insuficiencia renal aguda, Cr > 2 mg/dl, hipocalcemia, calcio iónico < 3 mg/dl; acidosis metabólica, pH < 7,2. EB < -5 mmol/l, HCO₃ < 20 mmol/l, hipoperfusión tisular, ácido láctico > 4 mmol/l. Cuantificamos minutos transcurridos desde la hora de ingreso hasta el envío del primer CH y control del foco hemorrágico en las primeras 6 horas. Describiremos estancia en UCI y mortalidad.

Resultados: Estos pacientes representan el 1% de los ingresos anuales, con edad media de 60 años y APACHE II medio de 21. El origen del foco hemorrágico es del 56,9% por patología quirúrgica (el 48,8% derivan de Cirugía Vasculosa siendo el 65% aneurismas de aorta rotos), 27,8% traumáticos y 15,3% médicos. Proceden de quirófano en el 55,6%, Urgencias en 34,7% y de planta 9,7%. La transfusión del número de CH y de PFC se ha incrementado, de una media de 12 en 2008 a una media de 14 a partir del 2010, y de 8 unidades de PFC en 2008 a 10 posteriormente. Observamos un aumento de la administración de CP y de fibrinógeno. En 2008 el uso CP era de un 6,3% aumentando a un 38,1% en 2012. El fibrinógeno de no ser utilizado en 2008 a administrarse en el 61,9% en 2012. La complicación mayoritaria en estos pacientes es la coagulopatía (48,6%) ésta disminuye desde el 2008 (68,8%) hasta el 2012 (42,9%), al igual que la anemia de un 50% vs 28,6%. La mortalidad global es de 44,4% observándose un descenso desde el 2008 (53,3%) al 2012 (47,6%). Mayor mortalidad en pacientes con coagulopatía (62,5%, p 0,035), acidosis (56,3%, p 0,001) e hipoperfusión tisular (60%, p 0,001) según estadístico chi-cuadrado. Mayor mortalidad los quirúrgicos (62,5%). La precocidad terapéutica no ha variado a lo largo de los años. El control hemorrágico en las primeras 6 horas presente en 59,7%, sin asociarse a disminución de la mortalidad. La estancia media en UCI de estos pacientes es de 15 días.

Conclusiones: La transfusión de CH y PFC se ha visto incrementada de manera importante en estos años, así como el uso de complejo protrombínico y fibrinógeno, pudiendo estar en relación con las guías publicadas sobre TM. Además de observar una disminución de la incidencia de coagulopatía y anemia, con disminución de la mortalidad.

566. MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UCI POR PATOLOGÍA MÉDICA. IMPORTANCIA DE LA INTUBACIÓN

D. Gamero Donis, J.A. Silva Obregón, J.E. Romo Gonzales, J.M. Borralló Pérez, C. Martín Dal Gesso y E. Quirós Oyagüez

Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Analizar la mortalidad de pacientes mayores de 80 años ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) según el tipo de patología médica que motivó el ingreso, así como evaluar la influencia de la intubación orotraqueal (IOT) en su pronóstico.

Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo de los pacientes médicos mayores de 80 años ingresados en UCI entre enero de 2003 y mayo de 2011. Se dividieron en 10 grupos: Respiratorio (RE), Sepsis (SE), Parada cardiorrespiratoria (PC), Trauma (TR), Cardíaca (excluidos Isquémicos y marcapasos) (CA), Neurología (NE), Hemorragia (HE), Pancreatitis (PA), embolismo pulmonar (TEP) e Intoxicaciones (IN). Se analizó la mortalidad en UCI, hospitalaria (HOS) y a los 12 meses (12M) de manera global, por sexo y por tipo de ingreso. Además, se evaluó el impacto de la IOT en la mortalidad, considerándose como paciente intubado a aquel que falleció intubado o cuyo tiempo de ventilación mecánica fue superior a 24 horas.

Resultados: De los 648 pacientes mayores de 80 años ingresados, el 16,2% (105) ingresaron por patología médica. Edad media 82,48 ± 2,22 [p25 (81), p75 (83,1)]. Hombres un 58,1% (61). Por tipo de patología: RE 26,7% (28), SE 23,8% (25), PC 13,3% (14), TR 10,5% (11), CA 6,7% (7), NE 5,7% (6), HE 4,8% (5), PA 3,8% (4), TEP 2,9% (3), IN 1,9% (2). Precisaron IOT el 64,8% (68). Más frecuente en PCR ([RR 1,6; IC95% (1,2-2,1), p = 0,006 frente a RE]; [RR 1,5; IC95% (1,1-1,9) frente a SE]). No diferencias en sexo (hombre 60,7%, mujer 70,5%). 1) Mortalidad global: UCI 42 [40% (IC95% 30,1-49,8)], HOS 59 [56,2% (IC95% 46,2-66,1)] y 12M 62 [59% (IC95% 49,1-68,9)]. 2) Mortalidad por sexo: no diferencias significativas hombre vs mujer: UCI (37,7% vs 43,2%), HOS (55,7% vs 56,8%), y 12M (57,4% vs 61,4%). 3) Mortalidad por tipo de patología: a) UCI: RE 35,7%, SE 40%, PC 71,4% [RR 2, (IC95% 1,1-3,6), p = 0,03 frente a RE], TR 45,5%, CA 0%, NE 50%, HE 20%, PA 50%, TEP 0%, IN 50%. b) HOS: RE 53,6%, SE 64%, PC 92,9% [RR 1,7 (IC95% 1,2-2,5), p = 0,01 frente a RE; y RR 1,4 (IC95% 1,04-2,3), p = 0,048 frente a SE], TR 63,6%, CA 0%, NE 50%, HE 20%, PA 50%, TEP 33%, IN 50%. c) 12M: RE 57,1%, SE 64%, PC 92,9% [RR 1,6, (IC95% 1,1-2,3), p = 0,02 frente a RE; y RR 1,4 (IC95% 1,04-2,3), p = 0,048 frente a SE], TR

63,6%, CA 0%, NE 66,7%, HE 40%, PA 50%, TEP 33%, IN 50%. 4) Mortalidad en IOT vs no IOT: significativamente mayor en IOT. No hubo diferencias por sexo ni por tipo de patología. a) UCI: (60,3% vs 2,7%); [RR 22,3; IC95% 3,2-155,7, p < 0,001]. b) HOS: (79,4% vs 13,5%); [RR 5,8; IC95% 2,6-13,4, p < 0,001]. c) 12M: (81% vs 19%); [RR 4,2; IC95% 2,2-8,4, p < 0,001].

Conclusiones: Los pacientes ingresados tuvieron una alta mortalidad (UCI-12M; 40%-59%). Las patologías más frecuentes fueron RE y SE, incluyendo entre ambas al 50% de los pacientes. La patología con mayor mortalidad fue la PC (93%), encontrándose diferencias significativas sólo entre ésta y la RE o SE. El 70% de los pacientes precisaron IOT, siendo ésta un marcador determinante de mortalidad, 60% en UCI y 81% al año, sin diferencias por patología.

567. ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UCI POR MOTIVO QUIRÚRGICO

J.E. Romo Gonzales, J.A. Silva Obregón, D. Gamero Donis, J.M. Borralló Pérez, C. Martín Dal Gesso y E. Yáñez Parareda

Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: Analizar la mortalidad de pacientes mayores de 80 años ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) tras ser intervenidos quirúrgicamente. Evaluar diferencias en mortalidad según indicación urgente o programada, tipo de cirugía e influencia de la intubación orotraqueal (IOT).

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo en pacientes mayores de 80 años intervenidos quirúrgicamente entre enero de 2003 y mayo de 2011 ingresados en UCI. Análisis por: A) Indicación quirúrgica (IQ): Programados (PRO) y Urgentes (URG); B) Tipo de Cirugía (TQ): Cirugía general (CGD), Vasculosa (VA), Maxilofacial (MF), Urología (UR), Ginecología (GI) y Traumatología (TR). Se analizó la mortalidad global, por IQ y TQ en UCI, Hospitalaria (HOS) y a los 12 meses (12M). Además se calculó el impacto de la IOT en dicha mortalidad. Se consideró como paciente intubado a aquel que falleció intubado o al que tuvo un tiempo de ventilación mecánica superior a 24 horas.

Resultados: De 648 pacientes mayores de 80 años analizados, el 28,2% (183) fueron pacientes quirúrgicos. Edad media 83,6 ± 2,9 [p25 (81), p75 (85)]. Hombres un 66,1% (121). Por grupos: A) IQ: URG 62,3% (114); PRO 37,7% (69); B) TQ: CGD 60,7% (111), VA 24,6% (45), MF 8,2% (15), UR 4,9% (9), GI 1,1% (2), TR 0,5% (1). Precisaron IOT el 43,7% (80). Más frecuente en URG 61,4% (70) que PRO 14,5% (10) [RR 4,2; IC95% (2,3-7,6), p < 0,001] y en CGD que en VA [RR 1,6; IC95% (1,3-2,0), p < 0,001] (resto no significativo). No hubo diferencias por sexo. 1) Mortalidad global: UCI 32 [17,5% (IC95% 11,7-23,2)], HOS 66 [36,1% (IC95% 28,8-43,3)] y a los 12M 79 [43,2% (IC95% 35,7-50,6)]. 2) Mortalidad por sexo: mayor en mujer a los 12M (54,8%-37,2%); [RR 1,47 (IC95% 1,1-2,0), p = 0,023]. 3) Mortalidad por IQ: mayor en URG que PRO: a) UCI (25,4% vs 4,3%); [RR 5,8, IC95% (1,8-18,5), p < 0,001]; b) HOS (47,4% vs 17,4%); [RR 2,7, IC95% (1,6-4,7), p < 0,001]; c) 12M (52% vs 29%); [RR 1,8, IC95% (1,2-2,7), p = 0,003]. 4) Mortalidad por TQ: Sólo CGD frente a VA fue mayor: a) UCI (23,4% vs 6,7%); [RR 3,5, IC95% (1,1-11), p = 0,015]; b) HOS (47,7% vs 13,3%); [RR 3,6, IC95% (1,6-7,7), p < 0,001]; c) 12M (52,3% vs 22,2%); [RR 2,3, IC95% (1,3-4,1), p = 0,001]. 5) Mortalidad en IOT: mayor en IOT vs No IOT. Sin diferencias por IQ o TQ ni por sexo: a) UCI (37,5% vs 1,9%); [RR 19,3; IC95% (4,7-78,4), p < 0,001]; b) HOS (66,2 vs 12,6%); [RR 5,2; IC95% (3,1-8,9), p < 0,001]; c) 12M (70% vs 22,3%); [RR 3,1; IC95% (2,1-4,6), p < 0,001].

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes quirúrgicos osciló entre 17,5-43,2% (UCI-12M respectivamente). Por sexo, observamos una mayor mortalidad en mujeres a 12M. La mortalidad en UCI, HOS y 12M, fue significativamente mayor en URG que en PRO, y en CGD que en VA. La IOT supuso un aumento significativo de mortalidad, independiente de la IQ o del TQ, donde no se encontraron diferencias.

568. DISFAGIA SECUNDARIA A VÍA AÉREA ARTIFICIAL. COMPARACIÓN DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: RADIOTRAZADOR FRENTE A AZUL DE METILENO

J.C. Frías Pareja^a, M.E. Yuste Ossorio^a, A. Fernández Carmona^b, L. Peñas Maldonado^a y R. Nieto Serrano^a

^aHospital Universitario San Cecilio, Granada. ^bHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Comparar métodos diagnósticos en el estudio de disfagia en paciente con vía aérea artificial.

Métodos: Estudio retrospectivo de la serie de casos constituida por los pacientes ingresados en la UCI del H.U. San Cecilio de Granada, que precisaron ventilación mecánica más de 48 horas y traqueotomía durante el período de tiempo transcurrido entre el 1 de septiembre de 2006 hasta 31 de diciembre de 2010, un total de 1.583 días. En pacientes traqueostomizados, que toleraron ventilación espontánea o CPAP sin presión de soporte, se realizaron estudio de deglución con radioisótopos y test de azul de metileno en el mismo acto. A los 2 ml de azul de metileno se añadió el radioisótopo (150-300 Ci de ^{99m}Tc Sulfuro Coloidal), dosis ínfima de radiación si se compara con estudios habituales como una radiografía de tórax.

Resultados: Durante el periodo de estudio fueron ingresados en la UCI 3.546 pacientes (2.535 en sala de polivalentes y 1.011 en sala de coronarios) de los cuales, se ventilaron 1.583 pacientes (44,64% de los pacientes ingresados) durante un total de 201.531 horas; la media de horas de tratamiento de VM por paciente fue de 127,31 horas. Del total de pacientes con necesidad de VM, fueron traqueotomizados 124 pacientes (7,83%), siendo éstos nuestra población de estudio (N); de estos a 59 (47,6%) se les practicó el test de azul, siendo positivo en 31 casos (52,5%) con estancia media 41,55 DE ± 17,5, infecciones 2,52 DE ± 1,15 y mortalidad 3,23%; el test fue negativo en 28 (47,5%) con estancia media de 36 DE ± 12,9, infecciones 2,38 DE ± 1,32 y mortalidad 6,9% sin que hubiera diferencias estadísticamente significativas entre ambos brazos del estudio; en los 65 casos restantes (52,4% del total de traqueotomizados), su médico responsable, no estimó la realización del test. En los 6 casos en los que se hizo estudio con isótopos hubo correlación de este con el azul de metileno.

Conclusiones: Ambos métodos sirven para diagnosticar la disfunción laringea en pacientes con vía aérea artificial; por su menor complejidad y coste el test del azul de metileno es más útil en nuestras UCI.

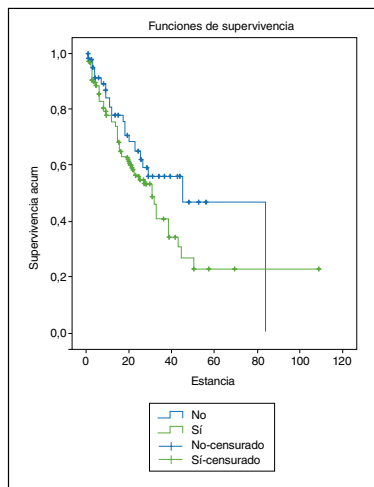
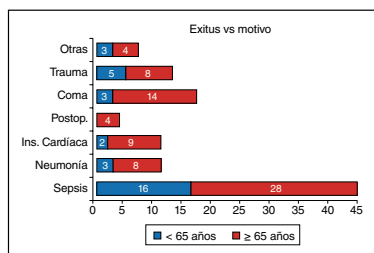
569. VENTILACIÓN MECÁNICA: EDAD Y SUPERVIVENCIA

A.M. Lubombo Kinsay, P. Carcelén Rodríguez, Z.E. Aray Delpino, C.F. Gómez Triana, T.L. Álvarez Pérez, A. Marcos Gutiérrez, C.F. Tarancón Maján, S.M. Cortés Díaz y A.C. Caballero Zirena

Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

Objetivos: Comparar la mortalidad intra-UCI del grupo de pacientes mayores de 65 años con los de menor edad en una cohorte de pacientes críticos ventilados mecánicamente.

Métodos: UCI polivalente de 11 camas. Hospital de segundo nivel. Estudio observacional retrospectivo de pacientes en ventilación mecánica (VM) invasiva en los años 2008-2011. Variables recogidas: edad, sexo, motivo de VM, estancia, comorbilidad y APACHE II en las primeras 24 horas. Análisis de regresión logística controlado por APACHE II, comorbilidad y motivo de VM. Análisis de supervivencia.



Resultados: Muestra: 395 pacientes en VM. Hombres 63%. Tenían 65 años o más: 243 pacientes (62% del total). Total exitus intra-UCI: 107 pacientes (27%), el 70% mayores de 65 años. El 41% de los fallecidos fue conectado a VM por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a sepsis. 63% de ellos mayores de 65 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por edad, motivo de VM ni por comorbilidad. La gravedad medida por APACHE II sí fue significativa (a cada punto más de valor de APACHE II le corresponde una OR de 1.06 con IC95%: 1,03-1,09).

Conclusiones: La edad en sí, no debería ser un impedimento para la ventilación mecánica. Se requieren criterios más homogéneos en el diseño de estudios referentes a este tema, para evaluar la supervivencia.

570. FACTORES PREDICTORES DE SANGRADO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

R. Gutiérrez Rodríguez, M. García Martínez y M.D. Arias Verdú
Hospital Carlos Haya, Málaga.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo analítico, de los pacientes ingresados en el último año de ambos sexos por trasplante hepático. Factores de exclusión: ninguno. Variables: edad, sexo, estancia, mortalidad, sangrado intra y postoperatorio inmediato, ascitis intraoperatoria importante, MELD, Child Pugh, APACHE II, indicación del trasplante, porcentaje de pacientes con valores pretrasplante de hemoglobina < 10, INR (international normalized ratio > 1,6), Tiempo protrombina > 40%, plaquetas < 70,000 UI/L, Factor V < 60%, fibrinógeno < 100 mg. Estadísticos usados: media, moda, comparación de medias: para las variables cualitativas se aplica chi cuadrado, y la y de Student para las cuantitativas, análisis de regresión múltiple para la evaluación multivariable.

Resultados: Se analizan un total de 45 pacientes, 40 hombres, 5 mujeres, edad media de 59 años, MELD medio de 15, Child pugh medio de 7, APACHE II medio de 18. En su mayor parte destaca 51% cirrosis enólica, 37% hepatocarcinoma, VHC Receptor +, 46%. No se encontraron diferencias entre grupos respecto el INR, el Factor V, y el fibrinógeno, si respecto a las plaquetas, < 70,000, mayor riesgo de sangrado inmediato 50% frente a un 13% nivel de significación p 0,001, de politransfusión (>3 concentrados de hematies) en las primeras 24h del postoperatorio 56% frente a un 20% diferencias también estadísticamente significativas, p < 0,05, de insuficiencia renal temprana 43% frente a un 13% (p < 0,05). Al igual que valores de hb < 10 g/L se asociaron a mayor transfusión en las primeras 24 h, 46%, sangrado 38%, complicaciones pulmonares (neumonía, distrés o derrame pleural) 46%, estancia en UCI prolongada (> 5 días) 42% con nivel de p < 0,05. En el análisis multivariable, solo la hemoglobina < 10 g/L pretrasplante se asoció de forma independiente al riesgo de politransfusión, OR 2,6 p 0,001 IC95% 2,8 a 68. No hubo diferencias entre grupos respecto de la mortalidad.

Conclusiones: Probablemente se precisen mayor número de enfermos para encontrar el marcador de coagulopatía que se asocie más a la mortalidad. De cualquier manera ante los resultados deberíamos reconsiderar la intervención en aquellos enfermos con hb < 10 g/L pretrasplante.

571. TRASPLANTE HEPÁTICO: USO DE BASILIXIMAB EN PACIENTES CON FRACASO RENAL Y ASCITIS

M.E. Banderas Bravo, V. Olea Jiménez, M. Lebrón Gallardo y J.M. Mora Ordóñez

Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Determinar el perfil de los pacientes en los que se utilizó basiliximab (inmunosupresor no nefrotóxico), así como analizar la presencia de disfunción renal (DR) en el postoperatorio inmediato del trasplante hepático, y en su seguimiento a los tres y seis meses, tanto en el grupo en el que se utilizó basiliximab como en el que no.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron los 170 pacientes sometidos a un trasplante hepático en el Hospital Carlos Haya y que ingresaron en nuestra UCI desde enero de 2008 hasta junio de 2012. Se utilizó basiliximab en los pacientes con disfunción renal previa (Cr basal > 1,3 mg/dl), en los que tenían antecedente de descompensaciones hidrópicas frecuentes, en los que se evidenció ascitis de más de 3 litros durante la cirugía y cuando la indicación del trasplante fue una insuficiencia hepática aguda. Hemos expresado los resultados en forma de porcentajes para variables cualitativas, y media o mediana ± desviación típica y rango intercuartílico para las cuantitativas. El análisis estadístico se ha realizado mediante t de Student para variables cuantitativas y chi-cuadrado para las categóricas con un nivel de significación del 95%. El análisis se ha realizado usando el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: En total analizamos 170 pacientes, con una edad media de 54,52 ± 9,76 años, de los cuales el 71,2% (121) eran varones. La indicación más frecuente del trasplante fue cirrosis por VHC (25,9%, 44 ca-

sos), seguido estrechamente por la cirrosis enólica (24,7%, 42 casos) y la combinación de ambos (VHC + enolismo en el 18,8%, 32 casos). De los 170 pacientes, el 46,5% (79) presentaron ascitis, DR basal (Cr basal > 1,3 mg/dl) un 18,2% (31), DR al alta de UCI, el 32,3% (54), precisando TCRR durante su ingreso el 15,3% (25). Presentaron DR a los 3 meses del alta el 27,1% (46); y a los 6 meses el 24,1% (41). La mediana de estancia en la UCI fue de 4 (2-7) días. En el 62,3% de los pacientes (106) se utilizó basiliximab como inmunosupresor de elección, siendo la ascitis intraoperatoria la indicación en el 64,2% de los casos (68). En este grupo, presentaron DR al alta de UCI el 35,8% de los pacientes (38), necesitando muchos de ellos incluso HFVVC (22,6%, 24 pacientes). Presentaban aún DR a los 3 meses el 32% (34) y a los 6 meses 31,1% (33). No encontrando diferencias significativas entre el grupo cuya indicación de basiliximab fue la ascitis y el de la indicación por DR previa. En 62 pacientes (36,4%) se utilizó ciclosporina o tacrólimus, y como cabía esperar, sólo presentaban DR basal 2 casos, y 11 ascitis. Presentaron DR al alta de UCI un 11,3% (7), uno sólo de ellos necesitó HFVVC, DR a los 3 meses un 19,4% (12) y sólo un 12,9% (8) a los 6 meses. No existieron diferencias significativas en la comparación entre pacientes con ascitis y sin ascitis excepto a los 6 meses, momento en el cual hay más DR en los ascíticos ($p < 0,05$). Un grupo reducido de pacientes con ascitis (6,5%, 11 casos), no recibieron basiliximab como inmunosupresor. Sin embargo, ninguno desarrolló DR al alta al UCI, y sólo 2 presentaron DR en el seguimiento a los 3 y a los 6 meses.

Conclusiones: La disfunción renal es un problema muy importante en el postoperatorio del trasplante hepático, especialmente en los pacientes que ya la presentan previamente y/o tienen ascitis (en los que se utilizó basiliximab), de hecho la HFVVC fue necesaria prácticamente sólo en este grupo 96% (24 pacientes de 25). El uso de basiliximab intenta reducir la aparición de disfunción renal a largo plazo en esta población ya que permite retrasar la introducción de anticalcineurínicos entre 5 y 7 días.

572. EVOLUCIÓN TEMPRANA Y TARDÍA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO DE FACTORES PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA DEL INJERTO

R. Gutiérrez Rodríguez, M.J. Furones Lorente y M.D. Arias Verdú

Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Determinar la existencia de marcadores preoperatorios de mala evolución del injerto en el trasplante hepático.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, de enfermos ingresados entre diciembre 2011 y diciembre 2012 que reciben un trasplante hepático. Se realiza un seguimiento durante su estancia en UCI, y otro posterior de la función del injerto al tercer mes. Variables: edad, sexo, estancia media, estancia prolongada, mortalidad, porcentaje de enfermos con supervivencia del injerto de al menos 3 meses, fracaso del injerto, retransplante, infección, sangrado en postoperatorio inicial, disfunción renal postoperatoria, porcentajes de pacientes con MELD > 15, APACHE II > 13, tiempo quirúrgico > 5 horas, tiempo de isquemia caliente > 90 min, isquemia fría > 18 horas, ascitis intraoperatoria, politransfundidos (diferenciando entre sangre, plasma y plaquetas), obesos, > de dos factores de riesgo cardiovascular, niveles de sodio en plasma, pretransplante < 140 mEq/L, albumina < 2,5 mg, fibrinógeno < 100, insuficiencia renal previa, lactato prequirúrgico > 2, mas de 60 años, niveles de glucemia > 150 mg/en postoperatorio inicial, esteatosis en el donante, porcentajes de enfermos con disfunción inicial a las 6 horas del trasplante, lenta evolución del injerto que persiste tras el tercer día del postoperatorio. Estadísticos usados: media, moda, comparación de medias: para las variables cualitativas se aplica chi cuadrado, y la t de Student para las cuantitativas, análisis de regresión múltiple para la evaluación multivariable.

Resultados: Se analizan un total de 45 enfermos, la estancia media fue de 3 días, supervivencia del injerto al tercer mes fue del 95% de los casos. No se encontraron diferencias entre grupos, respecto a mortalidad en función del MELD y el APACHE, si respecto a la politransfusión, tanto los que recibieron intraoperatoriamente, mas de 3 concentrados de hematies 70% frente a 30%, como los que recibieron > 900 cc de plasma 80% frente a 20%, diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$. En el análisis multivariable, solo la transfusión masiva de plasma se considero factor riesgo independiente de mortalidad OR 3, $p < 0,002$, IC95% 3,6 a 55. Respecto a los marcadores asociados a disfunción inicial del injerto (6 primeras horas), encontramos diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$, en los siguientes grupos: la politransfusión de

plasma intraoperatoria 40%, lactato pretransplante > 2 70%, insuficiencia renal previa 80%, fibrinógeno pretransplante < 100 mg 95%. En el análisis multivariable tanto la politransfusión de plasma intraoperatoria OR 2,3 $p < 0,02$ IC95% 2,2 a 67, como el lactato pretransplante > 2 OR 2,9 $p < 0,001$ IC95% 2,8 a 55, fueron factores independientes de disfunción inicial. En cuanto a la disfunción del injerto más allá del tercer día, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con niveles bajo de sodio sérico < 140, 36% frente a 10%, politransfundidos con más de tres concentrados de hematies intraoperatoriamente, 20% frente a 1%, ascitis intraoperatoria masiva, 50% frente a un 16%. En análisis multivariable, solo la politransfusión por hematies se asocio de forma independiente a la lenta recuperación del injerto hepático OR 1,8 $p < 0,01$ IC95% 1,3 A 33. Ninguna de las variables estudiadas se asocio de forma significativa con el fracaso del injerto al tercer mes.

Conclusiones: La politransfusión se asocia a mayor morbimortalidad en los enfermos postoperados de trasplante hepático, ni el MELD ni el APACHE II al ingreso son criterios de mala evolución, y por tanto no descartaran la indicación del trasplante.

573. MUERTE ENCEFÁLICA, HEMORRAGIA ENCEFÁLICA ESPONTÁNEA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

B. Virgos Señor^a, A. Nebra Puertas^a, J.I. Sánchez Miret^b, J. Paul Ramos^a y A. Ruiz Aguilar^a

^aHospital Miguel Servet, Zaragoza. ^bHospital Clínico de Zaragoza.

Objetivos: Una de las posibilidades evolutivas de los enfermos con patología hemorrágica vascular cerebral espontánea (HCE), es la muerte encefálica (ME). Analizamos datos de mal pronóstico y el periodo evolutivo, por su posible influencia en complicaciones que contraindiquen la donación de órganos.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, sobre 53 pacientes ingresados por con HCE, en un Hospital de III nivel, entre 2005 y 2012, que evolucionaron a ME, y sin contraindicación "a priori" para ser considerados como potenciales donantes. Analizamos datos epidemiológicos, clínicos, analíticos persistentes (creatinina, transaminasas, acidemia), su relación con la estancia media, y con complicaciones que contraindicaran la potencial donación. Aplicamos chi cuadrado, coeficiente de correlación y t de Student ($p < 0,05$).

Resultados: Fueron considerados potenciales donantes 45 pacientes-85% (Grupo-A), y se descartaron como potenciales donantes 8-15% (Grupo-B). Edad media Grupo A: 62,4 ± 35,1; Grupo B: 71,2 ± 32,5 (ns). Grupo-A: 33 varones- 73%; Grupo B: 6-75% (ns). Factores de riesgo cardiovascular Grupo A: 38-84%; Grupo B: 6-75% (ns). Alteraciones analíticas severas Grupo A: 11 casos -21%; Grupo B: 7 casos - 87% ($p < 0,05$). Inestabilidad hemodinámica Grupo A: 20 casos-37%; Grupo-B: 4 casos-50% (ns). Fiebre elevada Grupo A: 11 -24%; Grupo-B: 7 casos: 87% ($p < 0,05$): Estancia > 72 h en Grupo-A: 15 casos- 33%; Grupo-B- 7 casos-87% ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes que se contraindicaron como potenciales donantes, demostraron una mayor estancia media (mayor tiempo de evolución a ME), criterios de deterioro orgánico más evidentes y presencia de hipertermia. En caso de aparición de alguno de estos criterios, se debería de reconsiderar, a priori, la no realización del protocolo completo de estudio como potencial donante.

574. TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

S. Moreno Aliaga, A. Ojados Muñoz, S. Rebollo Acebes, R. Jiménez Sánchez, L. Herrera Para, L.M. Tarraga García, J.M. Castillo Sánchez, A. Ortín Freire, M. Galindo Martínez y J.M. Allegue Gallego

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Objetivos: Pretendemos evaluar las practicas transfusionales actuales en nuestra unidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de las prácticas transfusionales en una unidad de cuidados intensivos polivalentes de 18 camas. Se incluyeron a todos los pacientes ingresados desde enero de 2011 a noviembre de 2012 que recibieron transfusión de hemoderivados. Se excluyeron a los pacientes que ingresaron con transfusiones indicadas por otros especialistas previo al ingreso y a los pacientes menores de 18 años. Se recogieron datos demográficos, motivo de ingreso, nivel de gravedad, indicación de transfusión, hemoglobina pre y postransfusión

y número de concentrados, así como estancia y mortalidad en UCI y hospitalaria. Análisis estadísticos: Variables categóricas expresadas como porcentaje, variables cuantitativas como media e intervalo de confianza del 95% (IC95%) o mediana y rango intercuartílico (IQR).

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes, siendo el 56,7% varones, con una media de edad de 61,58 años IC95% (58,84-64,31). Motivo de ingreso más frecuente fue el médico (52,3%), seguido del quirúrgico (33,3%), coronario (7%) y politraumatizado (7%). APACHE medio 22,8 IC95% (20,69-23,47). Se realizaron 259 transfusiones, con una media de 1,98 concentrados por transfusión IC95% (1,88-2,07). El motivo más frecuente de transfusión fue la anemia de ferropatía (44%), seguida del sangrado (42,5%). Hemoglobina pretransfusional media fue 7,22 mg/dL IC95% (7,10-7,33) y hemoglobina postransfusional 8,96 mg/dL IC95% (8,82-9,10). Mediana de días de estancia en UCI 8 (IQR 4-17), y días de estancia hospitalaria 19 (IQR 9-32). De todos los pacientes transfundidos, 45 fueron exitus (31,9%) en la unidad y de los que fueron alta a planta, fueron exitus 9 (6,4%).

Conclusiones: Tras los resultados observados encontramos una sobretransfusión de concentrados de hemáties. Existen áreas de mejora precisándose protocolos cuyo objetivo sea disminuir las indicaciones incorrectas de transfusión de derivados sanguíneos.

575. LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA FRENTE A NIVELES DE LACTATO SÉRICO EN EL POSTOPERATORIO INICIAL DEL TRASPLANTE HEPÁTICO: COMPLICACIONES Y EVOLUCIÓN DEL INJERTO HEPÁTICO

R. Gutiérrez Rodríguez, M.E. Zambrano Medina y M.D. Arias Verdú

Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Determinar en el postoperatorio inmediato, si existe alguna asociación, entre la Presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, y niveles de lactato > 2 con la morbimortalidad a corto y largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional de enfermos ingresados en el último año en nuestra unidad de cuidados intensivos, que reciben un trasplante hepático, seguimiento durante su ingreso hospitalario y posterior supervivencia del injerto al año. Variables estudiadas: edad, estancia, sexo, mortalidad, MELD, CHILD PUGH, APACHE II, politransfusión quirúrgica y en las primeras 24 horas, disfunción renal postoperatoria, sangrado inmediato, reintervención, necesidad de técnicas de depuración renal, aminas durante más de 24h, ventilación mecánica prolongada, complicaciones respiratorias, infecciosas, mortalidad, disfunción del injerto a las 6 horas, tercer día, supervivencia del injerto al año. Se utilizan los siguientes estadísticos, media, t de Student para variables cuantitativas, y chi cuadrado para las cualitativas, regresión múltiple para el análisis multivariado. Se realizan varios grupos en función de la frecuencia cardíaca y tensión arterial sistólica, TAS, media durante la primera hora del postoperatorio inicial, % de pacientes con frecuencia cardíaca < 50, 51-70, 71-90, 91-100, > 100, con TAS < o igual a 90, 91-160, 161-180, 181-190, 191-200, > 200. Porcentaje de pacientes con lactato > 2 al ingreso.

Resultados: Se analizan un total de 45 enfermos, la disfunción del injerto a las 6h del trasplante se encontró en un 40%, al tercer día 11%, fracaso del injerto en un 4%. No se encontraron diferencias respecto a las variables estudiadas en función de la frecuencia cardíaca, tampoco cuando la TAS oscilaba entre 91 y más de 200 y si cuando era de 90 o menos (9%), el riesgo de sangrado era del 100% frente a 19% entre los que tenían TAS superior (91%), p 0,003 diferencia estadísticamente significativa, al igual el riesgo de politransfusión, 80% frente 20%, e infecciones 75% vs 10%, con un nivel muy significativo, p 0,001. No se encontraron diferencias significativas respecto al resto de variables. El lactato > 2 en el postoperatorio inicial, se dio en el 8% del total de pacientes, frente 92% < 2, en los > de 2, el sangrado se dio en el 100% de los casos, frente 19,5%, la necesidad de politransfusión en primeras 24 horas 100% vs 26,8, insuficiencia renal con necesidad de hemofiltración 75% vs 5%, complica-

ciones pulmonares 100% vs 22%, necesidad de reintervención 50% vs 5%, disfunción inicial a las 6 horas del trasplante 100% vs 32%, todas las diferencias halladas fueron estadísticamente significativas p < 0,05. No se encontraron diferencias entre grupos respecto la mortalidad y el fracaso del injerto. Respecto a la politransfusión en el análisis multivariable el lactato > a 2 se considero factor independiente de transfusión masiva, (OR 2,5, p 0,001 IC95%) y no la hipotensión inicial.

Conclusiones: La hipotensión en el postoperatorio inicial se ha venido asociando a peores resultados sobre la supervivencia y la función del injerto, probablemente sean necesario mayor número de casos para observarlo. A la vista de los resultados, en el postoperatorio inicial del trasplantado hepático los niveles de lactato sérico, nos dan mayor información para su manejo terapéutico que su situación hemodinámica.

576. INFLUENCIA PRONÓSTICA DE LA TRAQUEOSTOMÍA PRECOZ EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M.T. Nieto Muñoz, A.T. Imbiscuso Esqueda, M.J. López Gil, A.C. Prieto, S. Rey García y P. Jimeno Cubero

Hospital General de Segovia.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los pacientes traqueostomizados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, analizar su supervivencia a corto y medio plazo y observar la influencia pronóstica de la traqueostomía precoz.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo durante el periodo comprendido entre marzo 2008-noviembre 2012 incluyendo aquellos pacientes ingresados en la UCI a los que se les realiza traqueostomía. Se recogieron un total de 65 pacientes. Se analizaron diferentes variables: edad, sexo, APACHE, días de estancia, traqueostomía precoz (\leq 6 días), traqueostomía tardía (> 6 días) complicaciones, días de supervivencia y exitus. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS-PC Versión 15.0. Para la comparación de las variables nominales binarias, se utilizó el chi cuadrado considerando como estadísticamente significativo una p < 0,05 y el estadístico t de Student para las variables continuas.

Resultados: Obtuvimos un total de 65 pacientes traqueostomizados, cuya edad media fue 73,85 \pm 9,08 años; 64,6% varones y 35,4% mujeres, con un APACHE medio de 19,60 \pm 6,128, con una estancia media de ingreso en UCI de 28,09 \pm 19 días, 12,43 \pm 8 días de ventilación mecánica, y una media de intubaciones previas a la traqueostomía de 1,82 \pm 0,98. Se realizaron 40 traqueostomías percutáneas (61,54%) y 25 quirúrgicas (38,46%). El 44,61% se realizó con mascarilla laríngea (29). Se realizaron 15 traqueostomías precoces (23,1%) y 50 tardías (76,9%). Las complicaciones leves relacionadas con la traqueostomía fueron del 18,46%, siendo más frecuentes en las realizadas quirúrgicamente (10% frente a un 7,5%). La causa más frecuente de realización de la traqueostomía fue la insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía, seguido de cerca por el coma. La mortalidad total fue del 60%, siendo en la UCI del 36,9% y del 24,6% en la planta. La supervivencia a los 7 días fue del 84,61% (55 pacientes) disminuyendo a los 30 días a un 41,53% (27) sin obtenerse asociación estadísticamente significativa con la realización de la traqueostomía de manera precoz o tardía (10,77% vs 12,31%; p = 0,167 a los 7 días y 30,77 vs 46,15%; p = 0,646 a los 30 días respectivamente). Se objetivó mayor polineuropatía (3,07% vs 50,77%; p = 0,001), mayor tasa de reintubación por secreciones (4,61% vs 49,23%; p = 0,005), mayor estancia en UCI (9,40 \pm 1,49 vs 33,70 \pm 2,7 días; p < 0,001), más días de ventilación mecánica (3,67 \pm 0,7 vs 15 \pm 1,02 días; p < 0,001), más reintubaciones (1 \pm 0,24 vs 2,04 \pm 0,12) en pacientes a los que se les realizó traqueostomía tardía frente a precoz.

Conclusiones: La mortalidad fue del 60% en los pacientes portadores de traqueostomía, sin poder determinar como factor precipitante de ésta la realización de traqueostomía tardía. Sin embargo, si se asocia a la traqueostomía precoz con mayor estancia en UCI, días de VM y reintubaciones.