

los pacientes que ingresan en UCI tras una intoxicación aguda en función de esta característica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017 obtenido mediante los datos del registro EMPIUCI del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada). Se recogieron datos epidemiológicos, antecedentes personales, características de la intoxicación, así como datos clínicos sobre la necesidad de distintos soportes durante su estancia en UCI.

Resultados: De la muestra total de 121 pacientes, 56 presentaban intencionalidad autolítica. Se encontraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas: Mayor prevalencia en el grupo de autolisis de “antecedentes psiquiátricos” (76,9% vs. 14,3% $p < 0,001$), “intentos autolíticos previos” (36,9% vs. 1,8% $p < 0,001$), “necesidad de intubación orotraqueal” (54,7% vs. 32,1% $p = 0,013$) y “consulta a psiquiatría durante el ingreso en UCI” (56% vs. 17,9% $p < 0,001$). Además se encontraron diferencias en “tipo de tóxico” $p < 0,003$ y en el “tipo de tratamiento específico” $p < 0,001$. Sin encontrar ningún caso de “intoxicación nosocomial” en el grupo autolítico (0% vs. 19,7%) $p < 0,001$.

Conclusiones: En nuestra muestra los pacientes con intencionalidad autolítica presentan diferencias en cuanto al tipo de tóxico implicado, con mayor uso de tratamiento específico y necesidad de intubación orotraqueal; sin embargo no encontramos diferencias en cuanto a la utilización de otro soporte orgánico, días de estancia en UCI, hospitalización o mortalidad.

Pósteres orales

Urgencias/Emergencias

587. CAPACIDAD DE ALERTA CLÍNICA HOSPITALARIA DE EVENTOS CRÍTICOS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO. ESTUDIO CAPACICRITIC

Sánchez Alés L^(a), Ruiz Izquierdo J^(b), Chiscano Camón L^(c), Algarte Dolset R^(a), Almorín González L^(d), Velasco Condado P^(e), Ruiz Rodríguez JC^(c) y Sánchez González B^(b). *Grupo de investigación:* SVIR-SOCMIC (Soporte Vital y Reanimación-SOCMIC)

^(a)Consorci Sanitari de Terrassa en Terrassa. ^(b)Hospital Universitario Mutua de Terrassa en Terrassa. ^(c)Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona. ^(d)Hospital Plató en Barcelona. ^(e)Hospital General de Granollers EN Granollers.

Objetivos: Analizar la capacidad de alerta clínica y describir las características de los pacientes que sufren un evento crítico en planta convencional.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico. Se analizaron los pacientes ingresados en planta convencional que sufrieron un

evento crítico de febrero a mayo de 2019. Se calculó el NEWS-2 (Early Warning Score del NHS) para estratificar el riesgo clínico del paciente previo al evento: bajo (< 5), medio (5-6) y alto (> 6) o algún parámetro del NEWS-2 = 3. Estadística: variables cualitativas se expresan como porcentajes y las cuantitativas se expresan como medias y desviaciones estándar (DE).

Resultados: Se incluyeron 231 pacientes procedentes de 5 hospitales en Cataluña (tabla). Evento crítico: ingreso imprevisto en UCI 27%, interconsulta UCI sin ingreso 22%, muerte en planta no reanimable 37% PCRIH 9%. Servicio procedencia: M. Interna (44,6%), Onco-hematología: 22,6%. Frecuencia toma de constantes: < 6 h (35,1%), 6h (21%), 8 h (34%), > 8 h (9,2%). Ratio enfermería:paciente: 1:8 (40%), 1:14 (23%), 1:10 (18%). Infección más frecuente preevento: respiratoria 56%. Causa del evento: Hipoxemia (39%). El 72% de los pacientes recibían O2 suplementario pre-evento. En el 42% de los casos faltó alguno de los parámetros del NEWS-2, 60% la f. respiratoria y 10% la Sat. O2. En la figura se describe el riesgo clínico calculado mediante el NEWS-2 en el momento del evento y 48h antes.

Características principales de la población	
Variable	n = 231
Edad, media (DE)	70,9 (15,6)
Varón (%)	56
Paciente médico (%)	83
Hospital con semicríticos (%)	48
Evento ocurre de noche o en festivo (%)	53
Causa del evento relacionada con motivo del ingreso (%)	72
Infección activa en el momento del evento (%)	46
Paciente monitorizado previamente al evento (%)	44,6
NEWS-2 en el momento del evento, media (DE)	8,2 (3,8)
NEWS-2 48 h previas al evento, media (DE)	7,1 (3,7)
Algún parámetro del NEWS-2 = 3 en el momento del evento (%)	69,7
Algún parámetro del NEWS-2 = 3, 48 h antes del evento (%)	53,7
Estancia hospitalaria, media (DE)	17,6(20,5)
Mortalidad hospitalaria (%)	60

Conclusiones: Un riesgo clínico medio y alto hasta 48h previo a un evento crítico en planta convencional es frecuente, La función respiratoria es la más afectada y su registro clínico el más incompleto.

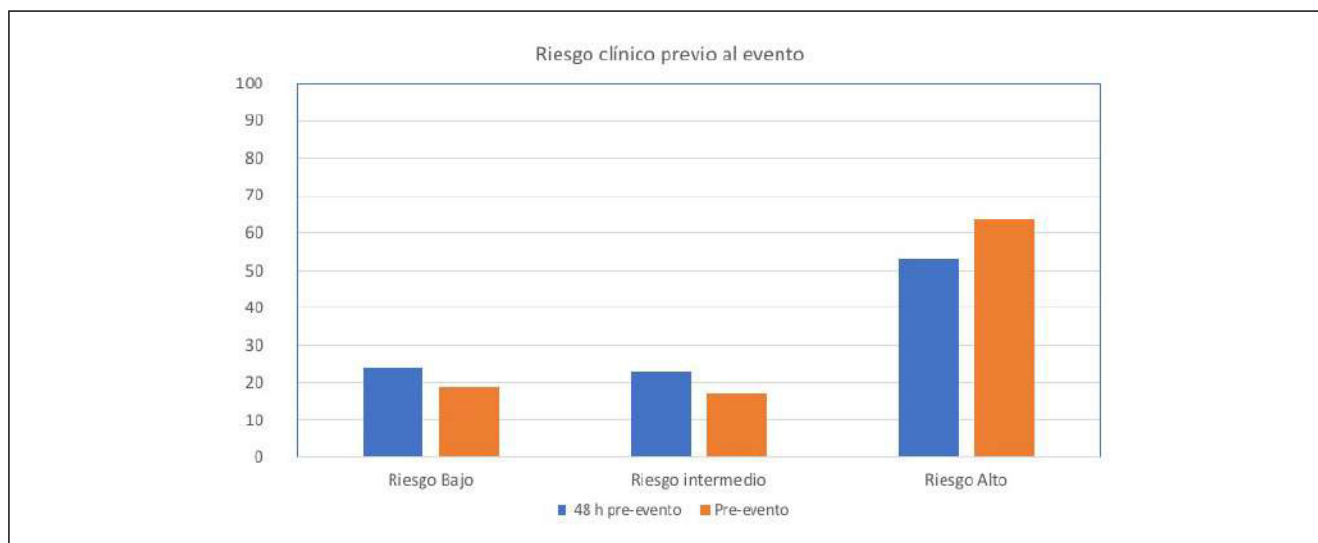
588. CUANDO LA PCR NO ES UNA PCR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

González-Castro A

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Determinar las principales características de los avisos a un equipo de respuesta rápida de PCR intrahospitalaria en un hospital de tercer nivel cuando realmente no es una PCR.

Figura Póster 587



Métodos: Realizar un análisis descriptivo de la muestra de pacientes que realmente no habían sufrido una PCR cuando fue activado el equipo de respuesta rápida de PCR y analizar su variación entre diferentes servicios del hospital y horario. Se consideró PCR la situación constatada a la llegada del equipo de respuesta rápida de fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, asistolia y/o disociación eléctrica sin pulso. Los resultados se presentan en forma de porcentaje para las variables categóricas, y como media y desviación estándar para las variables cuantitativas continuas.

Resultados: Durante el periodo de análisis, se recogieron un total de 313 avisos de PCR intrahospitalaria de los cuales 112 (36%) no fueron realmente PCR. La edad media de los enfermos en los que se activó el código de PCR de forma errónea fue de 65 (22), a diferencia de los casos en los que a PCR fue realmente una PCR (73 (12)). Los servicios de medicina interna (22%), cardiología (15%), cirugía cardiovascular (11%) y cirugía general (8%) fueron los servicios que activaron en mayor número el código de PCR intrahospitalaria con un error en el código de activación del 66%, 20%, 28% y 35% respectivamente. Los servicios (con un

Figura 1 Póster 588

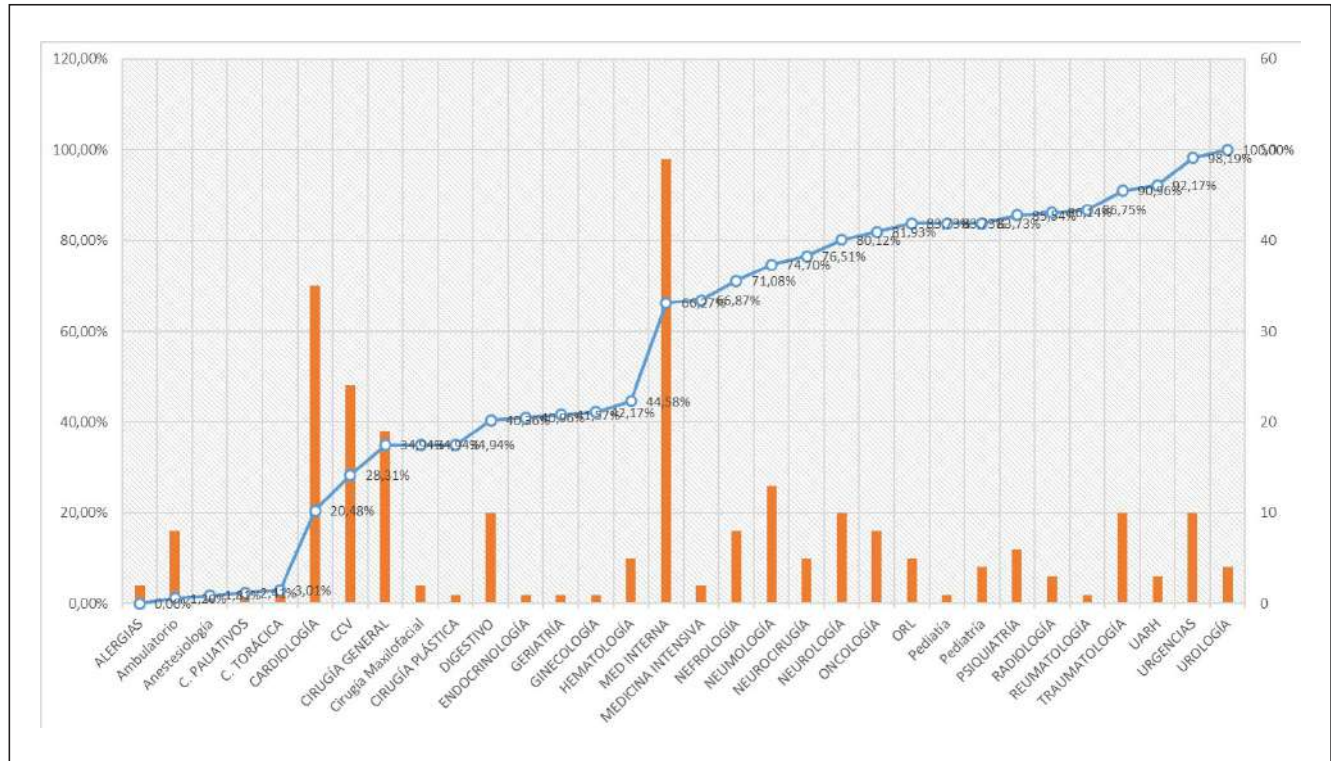
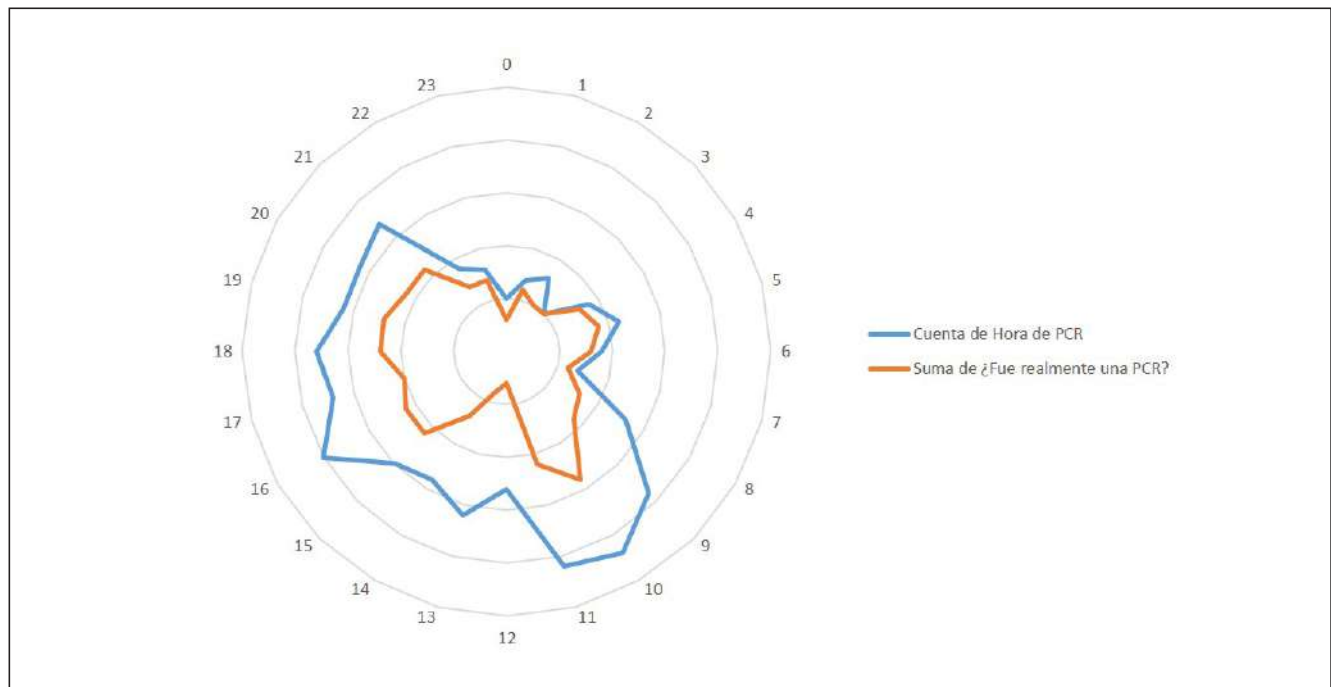


Figura 2 Póster 588



número de activaciones anuales superiores a 10 códigos) con mayor índice de PCR no reales fueron traumatología (90%), neurología (80%) y neumología (75%). El porcentaje de activaciones de PCR que no se consideraron como tal por el equipo de respuesta rápida, fue mayor en horario diurno que en la franja horaria comprendida entre las 22 horas y las 7 horas. El porcentaje de enfermos en los que se activó el código de PCR sin ser realmente una PCR, que acabó finalmente ingresando en un área de críticos del hospital fue del 17%. En un 8% el aviso sirvió para constatar un exitus. Los síncope vasovagales fueron el principal motivo de activación en caso de no RCP (15%), seguido del shock anafiláctico (4,5%) y la obstrucción de cánula de traqueotomía (3,6%) y las crisis tónico-clónicas (3,6%)

Conclusiones: Existen importantes diferencias en el porcentaje de avisos falsos de PCR intrahospitalaria entre diferentes servicios y horario. Sin embargo, atendiendo al porcentaje de ellos que acaban ingresados posteriormente en una unidad de críticos es importante considerar su importancia y análisis.

589. CAPACIDAD DE ALERTA CLÍNICA HOSPITALARIA DE EVENTOS CRÍTICOS. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD. ESTUDIO CAPACICRITIC

Ruiz Izquierdo J^(a), Chiscano Camón L^(b), Algarte Dolset R^(a), Sánchez Ales L^(c), Almorin González L^(d), Velasco Condado P^(e), Ruiz Rodríguez JC^(b) y Sánchez González B^(a). *Grupo de investigación:* SVIR-SOCMIC (Soporte Vital y Reanimación-SOCMIC)

^(a)Hospital Universitario Mutua de Terrassa en Terrassa. ^(b)Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona. ^(c)Consorci Sanitari de Terrassa en Terrassa. ^(d)Hospital Plató en Barcelona. ^(e)Hospital General de Granollers en Granollers.

Objetivos: Analizar la capacidad de alerta clínica y los factores relacionados con la mortalidad de los pacientes que sufren un evento crítico en planta convencional.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico. Se analizaron los pacientes ingresados en planta convencional que sufrieron un evento crítico de febrero a mayo de 2019. Se recogieron datos demográficos y clínicos. Se calculó el NEWS-2 (Early Warning Score del NHS) para estratificar el riesgo clínico del paciente previo al evento: bajo (< 5), medio (5- 6) y alto (> 6) o algún parámetro del NEWS-2 = 3. Estadística: variables cualitativas se expresan como porcentajes y se compararon usando el χ^2 -test, las cuantitativas se expresan como medias y desviaciones estándar (DE) y se compararon utilizando la prueba t de Student. Se realizó regresión logística multivariada para mortalidad hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 231 pacientes procedentes de 5 hospitales con UCI en Cataluña. Previo al evento enfermería realizó entre 1 y 4 alertas médicas por paciente en el 75% de los eventos y se realizaron entre 1 y 2 interconsultas médicas por paciente en el 58% de los eventos. La mortalidad hospitalaria fue del 60%. En la tabla se muestran los factores relacionados con la mortalidad. En la figura 1 se muestra la relación entre la mortalidad hospitalaria y el riesgo preevento y 48 antes del evento. En la figura 2 se muestra el análisis multivariado de los factores relacionados con la mortalidad.

n = 231	Vivo	Muerto	p
Edad. media (DE)	62,56 (17,1)	76,8 (12,2)	0,001
Alta hospitalaria < 30 días (%)	24,6	75,4	0,001
Evento ocurre de noche o festivo (%)	37,6	62,4	0,001
Procede de centro crónico (%)	13,2	86,8	0,001
Paciente médico (%)	62,7	37,3	0,001
Causa del evento relacionada con evento (%)	34,3	65,7	0,001
Algún parámetro del NEWS-2 preevento = 3 (%)	26,7	73,3	0,001
Algún parámetro del NEWS-2 48 h antes del evento = 3 (%)	26,9	73,1	0,001

	Ods Ratio	P
Edad	0,91-0,97	0,014
Alta hospitalaria < 30 días	0,25-2,01	0,001
NEWS-2 Pre-Evento	0,78-0,99	0,04

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes ingresados en planta convencional que presentan un evento crítico es muy elevada y se relaciona con el nivel de riesgo clínico del paciente previo al evento.

Figura 1 Póster 589



590. FACTORES RELACIONADOS CON MORTALIDAD EN INGRESADOS EN UCI POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA REANIMADA

Martínez González C, Fernández Ruíz D, Antuña Braña MT, Sánchez Prieto A, Tuya de Manuel P y Recena Pérez P

Hospital Universitario de Cabueñes en Gijón.

Objetivos: Analizar las variables relacionadas con mortalidad de una serie de pacientes ingresados en UCI durante 4 años.

Métodos: Estudio retrospectivo de enero de 2016 a diciembre de 2019, de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Cabueñes. Se describen datos epidemiológicos, evolutivos y de morbi-mortalidad. Se realizó un análisis univariante para establecer asociaciones o diferencias entre la mortalidad (variable independiente) y los distintos factores evaluados. Se emplearon diversos test estadísticos considerando estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Estudiados 112 pacientes, edad media 64 años (DE 11,56), 68,8% varones, APACHE II medio $30,4 \pm 7,7$. Mediana de 4 (1-29) días de estancia en UCI y 9 (1-193) hospitalaria. Media de APACHE II en exitus fue 33,8 vs. 28 en supervivientes ($p < 0,0001$). Media del tiempo total de PCR en exitus fue 23' vs. 18,2' en supervivientes ($p < 0,004$). Media de tiempo total de PCR 23,1' con uso de adrenalina vs. 12' sin adrenalina ($p < 0,003$). Media del tiempo sin RCP en exitus fue 3,3' vs. 2,1' en supervivientes ($p < 0,03$). El 25,6% de los exitus presentaban primer ritmo desfibrilable vs. 80% de los supervivientes ($p < 0,0001$). Entre las comorbilidades recogidas solo se encontró asociación significativa con DM ($p < 0,005$). Cateterismo urgente en 24,6% de los exitus frente a 75,4% en supervivientes ($p < 0,0001$). GCS medio 3,3 en exitus vs. 5,8 en supervivientes ($p < 0,0001$). Exitus el 14,7% de los pacientes con 1^{er} GCS > 5 vs. 51,4% con GCS < 5 ($p < 0,0001$). T^a media en exitus 36 °C vs. 36,3 °C en supervivientes ($p < 0,002$). De los pacientes con T^a > 36 °C fueron exitus 26,9% vs. 57,1% con T^a < 36 °C. El RR de T^a > 36 °C en exitus fue 0,46 (0,28-0,74). Media de TAM en las 1.^{as} 24 horas 79,2 en exitus vs. 85,9 en supervivientes ($p < 0,004$). El 68,6% de exitus presentaban TAM < 80 vs. 31,4% de los supervivientes ($p < 0,0001$). Media del 1^{er} pH 7,13 en exitus vs. 7,24 en supervivientes ($p < 0,0001$). El 71,1% de exitus precisaron vasoactivos vs. 41,7% de supervivientes ($p < 0,002$). Desarrollaron insuficiencia renal aguda 53,3% de los exitus vs. 19,4% de los supervivientes ($p < 0,0001$). Presentaron FMO 28,8% de los exitus vs. 4,4% de los supervivientes ($p < 0,0001$). El 31,8% de PCR prolongada (> 20') presentaron CPC favorable (1-2) al alta hospitalaria ($p < 0,004$).

Conclusiones: Fuerte asociación estadística entre múltiples variables clínicas, analíticas y de evolución, relacionadas con mayor mortalidad. Un GCS inicial > 5 se asocia con menor mortalidad. La T^a > 36 °C en las 1as 24 h es un factor protector para la supervivencia. Resultados compatibles con la literatura.

591. NECESIDAD DE ACTUALIZACIÓN EN TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ESPAÑA ¿CUÁL ES LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES?

Ruiz-Santaquiteria Torres V, Arriero Fernández N, Tirado Fernández MA, Eguileor Marin Z, Torres Sánchez del Arco R, Estrella Alonso A, Romo Gonzales JE, Silva Obregón JA, Viejo Moreno R y Marian Crespo C

Hospital Universitario de Guadalajara en Guadalajara.

Objetivos: Descripción de la formación en RCP recibida por el personal sanitario y de su percepción sobre la importancia de recibir formación y actualización en RCP.

Métodos: Estudio transversal y observacional, multicéntrico. Criterios de inclusión: sanitarios españoles en activo, entre noviembre/2018-septiembre/2019. Se realizó una consulta mediante un cuestionario de 20 ítems online, contestado de forma voluntaria y anónima. Se agrupó a los encuestados según categoría sanitaria. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencias y porcentajes; las variables numéricas como media y desviación estándar. Los datos fueron recogidos mediante un formulario y agrupados en formato Excel.

Resultados: 301 encuestas recogidas; 256 analizadas (45 descartadas por estudiantas). 66,4% mujeres, media de edad $35,78 \pm 11,39$ años. Médicos 82,4%, enfermeros 12,5%, otros -auxiliares, fisioterapeutas, técnicos- 5,1%. El 56,4% de los encuestados recibió formación en los 2 años previos, en un porcentaje mayor los enfermeros; el 6,2% nunca se formaron. El 93,3% consideró conveniente actualizarse en RCP; el 82,4% consideró que la formación debería recibirse con una periodicidad < 2 años.

Conclusiones: La mayoría del personal sanitario afirma haber recibido formación en RCP; sin embargo, se atisba la necesidad de una actualización periódica en cuanto a protocolos de actuación y conocimientos. En nuestra muestra, el personal sanitario identifica necesidades formativas y demanda recursos para mejorar la actuación sobre la PCR. Existe un posible sesgo de selección en cuanto al personal encuestado. La respuesta de las administraciones y organizaciones sanitarias debe ser equiparable a dicha demanda.

Figura Póster 591

	MÉDICOS	ENFERMEROS	OTROS	nTOTAL
n	211	32	13	256
MUJERES	136	26	9	171/256
HOMBRES	75	6	4	85/256
NECESITAN FORMACIÓN	197	31	9	237/256
RECLAMAN RECIBIRLA EN <2 AÑOS	169	31	11	211/256
NO RECIBEN FORMACIÓN DESDE >2 AÑOS	102	6	5	113/256
HAN RECIBIDO FORMACIÓN HACE <2 AÑOS	109	26	7	142/256
NUNCA HAN RECIBIDO FORMACIÓN	14	1	1	16/256
MEDIA EDAD ± DESVIACIÓN ESTANDAR	-	-	-	35.72 ± 11.39

Tabla 1. Datos recogidos.

592. EMBOLIZACIÓN DE ANEURISMAS CEREBRALES EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Lozano Gómez H, Edroso Jarne P, Ocabo Buil P, Matute Guerrero A, Arche Banzo MJ, Andrés Moreno P, Herrero García S, Mayordomo García C y Zalba Etayo B

Hospital Clínico Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: Analizar la demora de la embolización de los aneurismas cerebrales en los pacientes con hemorragia subaracnoidea espontánea de nuestra unidad de cuidados intensivos así como las complicaciones derivadas de esta.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo, desde enero de 2016 hasta noviembre de 2018, de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Se realiza contraste de hipótesis y comparaciones de medias utilizando el programa estadístico SPSS 24.0.

Resultados: 60 pacientes con edad media de 59,39 años. El 60% eran mujeres y un 43,3% eran hipertensos conocidos. Al ingreso, un 90% de los pacientes presentaban un Fisher III o IV y más de la mitad, 58,4%, una clasificación 4 o 5 en la escala Hunt&Hess. El verano fue la estación con mayor incidencia de HSA, un 33,3% y en la distribución semanal, son más frecuentes el martes (10%) y el sábado (8,3%). En las pruebas complementarias, se visualizó aneurisma cerebral en el 61,7% de los casos con la siguiente distribución: circulación anterior 28,3%, circulación media 18,3% y circulación posterior 15%. Se embolizaron (48%) y se cliparon quirúrgicamente (2%), todos ellos en las primeras 72h (un 82,1% en las primeras 24h). Entre las complicaciones, las más frecuentes fueron hidrocefalia 46,7%, vasoespasmos 31,7%, ictus 26,7%, resangrado 10% y ventriculitis 3,3%. Al alta un 58,3% presentaban algún grado de déficit neurológico. Fallecieron un 45,9% en nuestro servicio, un 43,3% de ellos consecuencia de las complicaciones anteriormente descritas. Al comparar la mortalidad en los grupos de embolización ultraprecoz (< 24h) y precoz (< 72h), no se observan diferencias significativas (p 1,00), al igual que al analizar las diferentes complicaciones: hidrocefalia (p 0,12), vasoespasmos (p 1,00), ictus (p 1,00), resangrado (p 1,00), ventriculitis (p 0,34) y déficit neurológico (p 0,64). La pacientes diagnosticados de HSA durante el fin de semana tardan más en embolizarse (p 0,04) respecto a los diagnosticados durante el resto de la semana, pero no fallecen más (p 0,70).

Conclusiones: 1. Todos pacientes con HSA espontánea aneurismática se embolizan en las primeras 72h. 2. Priorizar la embolización a las primeras 24h no ha mejorado los resultados finales. 3. Los pacientes ingresados durante el fin de semana tardan más en embolizarse pero no fallecen más.

593. SISTEMA DE ALERTA CON NIVELES DE ÁCIDO LÁCTICO

Cruces Moreno MT, Moreno Romero O, Fernández Morales P y Moreno López J

Hospital Universitario Clínico San Cecilio en Granada.

Objetivos: Valorar si la alerta precoz al servicio de Cuidados Intensivos ante niveles de ácido láctico (AL) > 4 mmol/L, modificaría la evolución posterior de los pacientes por cualquier patología.

Métodos: Estudio descriptivo incluyéndose todos los pacientes con AL > 4 mmol/L desde el 10 de agosto del 2018, hasta el 2 de febrero de 2019. Tras el aviso, revisamos cada caso sin realizar intervención alguna hasta la solicitud de valoración por parte del médico responsable.

Resultados: 37 pacientes fueron incluidos. La media de edad fue 68,42 años (18-95), siendo un 39% mujeres y 61% hombres. En un 22,8% el diagnóstico establecido fue de sepsis, 14,6% patología neurológica, 13,8% respiratoria, 15,4% digestiva, 4,1% sangrado, 9,8% cardiológico y 13,8% otros. En un 93,5% de los casos, los pacientes se encontraban en el área de urgencias (46,3% observación, 14,6% sala de críticos, 10,6% cuidados y 22 consultas) y 6,5% en planta de hospitalización. El 91,9% de los niveles de AL fueron obtenidos por venopunción siendo las cifras medias de 6,49 mmol/L (4-17). En el momento de la llamada de laboratorio, los pacientes presentaban una puntuación de qSOFA de 1 (42,3%), 2 (17,1%), 0 (18,9%) y 3 (11,4%). Solicitaron valoración de 40 pacientes (32,5%), 16 de ellos en la primera hora tras el aviso de laboratorio. De todos ellos, 34 (85%) fueron ingresados en nuestra unidad. Los diagnósticos fueron de sepsis 32,4%, patología neurológica 14,7%, cardiológica 14,7%, digestivo 11,8, sangrado 8,8, renal 14,7% y respiratorio 2,9%. En un 81,8% de los casos se aportaron las medidas requeridas para cada

patología de forma adecuada previamente al ingreso. De los pacientes ingresados, el 62,9% pudieron ser dados de alta a planta de hospitalización falleciendo un 37,1% (13 pacientes). No se solicitó la valoración de 83 pacientes (67,5%) de los cuales 75 (61%) cumplían, en caso de requerirlo, criterios para medidas invasivas. En un 91,3% el tratamiento indicado al paciente según patología fue apropiado.

Conclusiones: En un tercio de los casos, con las cifras de AL establecidas, se solicitó valoración a Cuidados Intensivos. Estos enfermos resultaron a posteriori pacientes con peor pronóstico. Hemos podido observar un posible margen de mejora en un 10% de los casos en las medidas a adoptar en la primera hora en los pacientes finalmente ingresados. Sin embargo, en los que no se solicitó valoración el manejo fue correcto en la mayoría de ellos.

594. LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO REALIZADO EN NUESTRA UNIDAD EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. RELACIÓN CON EL ESTADO FUNCIONAL DE LOS SUPERVIVIENTES

Guerrero Altamirano AJ, García Cruz MC, Marcote Denis B, Salas Martín JM y Revuelto Rey J

Hospital Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Describir la limitación del esfuerzo terapéutico en las paradas cardiopulmonares (PCR) que atendemos y su evolución a lo largo de los últimos 10 años en nuestra unidad, así como el estado funcional de los supervivientes.

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo. Base de datos: ARIAM y nuestro registro interno SPSS. Período: marzo 2010-diciembre 2019. Dentro de la mortalidad hospitalaria post-reanimación (pacientes que recuperan la circulación y llegan a ingresar en UCI), describimos la limitación del esfuerzo terapéutico realizada en nuestra unidad (LET UCI). Variables estudiadas: mortalidad hospitalaria post-RCP, LET UCI, edad, sexo (H/M), ritmo inicial, supervivencia y estado funcional de los supervivientes valorado por CPC (Cerebral Performance Category).

Resultados: Hemos recibido un total de 378 avisos por PCR. Ingresan en UCI tras maniobras de RCP exitosas un 33,1% (125). Su edad media fue de 67,9 (mediana 69). La mortalidad hospitalaria post-RCP fue del 20,1% (76) y nuestra limitación (LET UCI) fue del 7,9% (30): LET 2010 (2) 3,4%, LET 2011 7,8% (4), LET 2012 0%, LET 2013 15,4% (4), LET 2014 12,8% (5), LET 2015 2,5% (1), LET 2016 10,7% (3), LET 2017 8,3% (3), LET 2018 8,7% (4) y LET 2019 11,4% (4). La edad media fue de 71,73 años (mediana 71). H/M 76,7 (23)/23,3 (7). El ritmo inicial fue: asistolia 46,7% (14), AESP 26,7% (8), FV-TV 13,3% (4), otros 10% (3) y desconocido 3,3% (1). La supervivencia fue del 13% (49). En cuanto al estado funcional de los supervivientes (CPC): CPC1 79,6% (39), CPC2 12,3% (6), CPC3 6,1% (3), CPC4 2% (1).

Conclusiones: Del total de avisos que recibimos por PCR, solo una tercera parte recupera la circulación espontánea tras las maniobras de reanimación e ingresa en UCI. Llama la atención que la limitación del esfuerzo terapéutico que realizamos supone más de una tercera parte de los pacientes que fallecen en esta etapa. Estos pacientes presentan una edad media superior en relación con aquéllos en los que no decidimos LET. La distribución a lo largo de los años es muy variable debido a la heterogeneidad de los pacientes y al escaso tamaño muestral (elevada mortalidad previa). Los ritmos más frecuentes en los pacientes que limitamos fueron los no desfibrilables (asistolia y AESP). A pesar de la elevada mortalidad global, la recuperación neurológica fue buena en la mayoría de los supervivientes, presentando un buen estado funcional o discapacidad moderada al alta más del 90% de ellos, a lo que podría contribuir nuestra adecuada limitación.

595. PERFIL DE LOS MAYORES DE 75 AÑOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Gómez García B, García Cruz M, Marcote Denis B, Salas Martín J y León Montañés L

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Descripción de las principales características de los pacientes ingresados en una UCI de tercer nivel mayores de 75 años.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo que recoge las principales características de 187 pacientes mayores de 75 años, ingresados en nuestra UCI en el año 2019. Se ha utilizado un registro interno para la recogida de datos y el programa estadístico SPSS para el análisis de va-

Figura 1 Póster 594

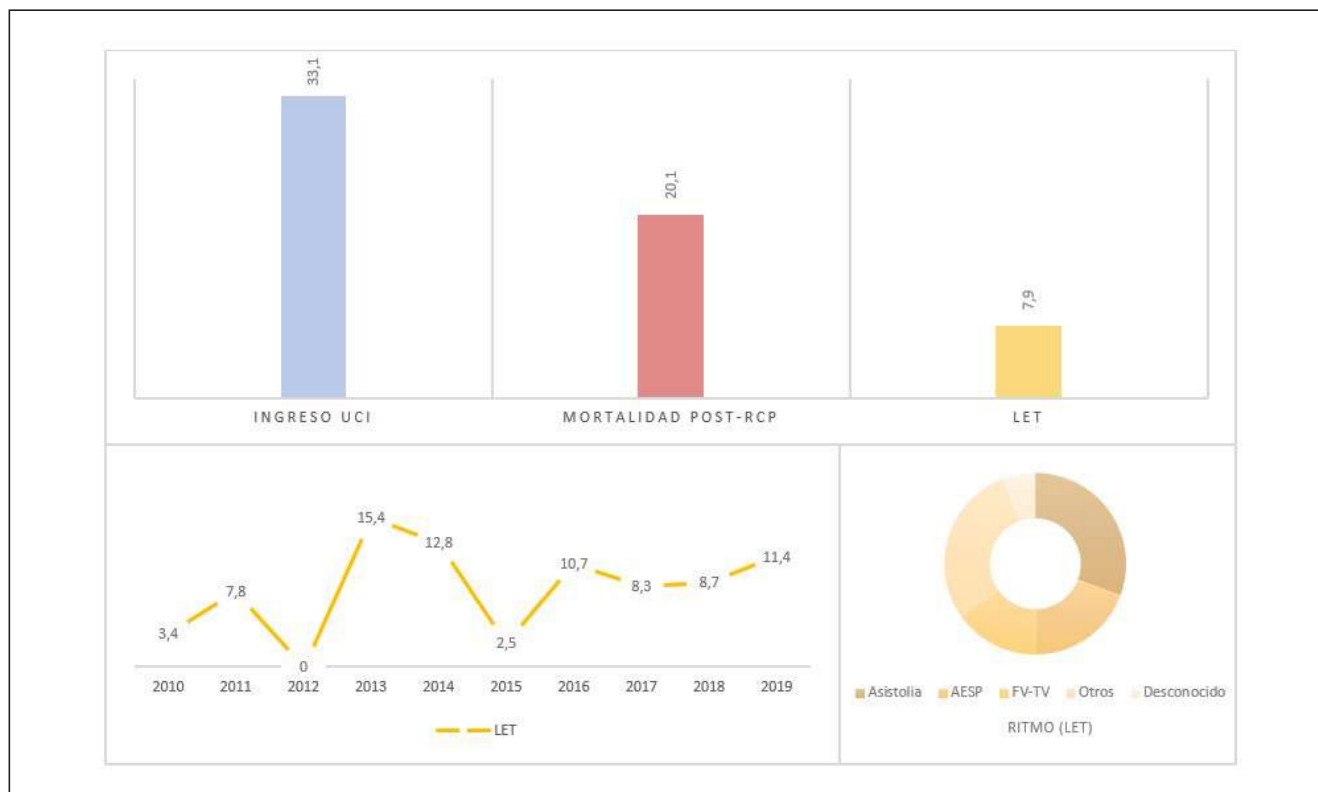


Figura 2 Póster 594



riables, que fueron: edad, sexo (H/M), factores de riesgo cardiovascular (FRCV: HTA, DM y DLP), motivo y tipo de ingreso (posoperatorio o médico), soporte durante el ingreso (sedación, ventilación mecánica (VM) invasiva o no invasiva, terapia de reemplazo renal continua (TRRC), noradrenalina), limitación del esfuerzo terapéutico (LET), exitus y valoración funcional previa al ingreso mediante la escala de Barthel.

Resultados: N 187. H/M 56%/44%. FRCV: 80% HTA 46%, 52% DM y 52% DLP. La valoración funcional previa (escala de Barthel) fue de 100 puntos en el 52% (≥ 80 puntos en el 87,2% de los casos). Tipo de ingreso: 45% posoperatorio frente 55% médico. Los ingresos programados corresponden al 43% frente al 57% que fueron urgentes. El motivo de ingreso más frecuente fue posoperatorio de cirugía cardiaca (36,4%), seguido del coronario (14,4%) y los bloqueos auriculoventriculares (9,1%). Han pre-

cisado sedación un 55% de los casos, VM un 55%, VMNI un 15%, noradrenalina 43% y TRRC un 1,6%. En el 15% de los casos se realizó LET en alguno de sus grados, de los cuales el 90% son pacientes que ingresan por patologías médicas. La mortalidad hospitalaria global fue del 25%.

Conclusiones: En los pacientes ancianos ingresados en una UCI de tercer nivel un porcentaje elevado son ingresos programados de posoperatorios (cuya indicación quirúrgica la realiza el cirujano), muy próximo al porcentaje de los ingresos por patologías médicas y de urgencia. Son pocas las limitaciones que realizamos en estos pacientes, pero en su mayoría corresponden a aquellos que ingresan por patologías médicas. Se observa además una mortalidad no muy elevada en estos pacientes, si bien puede estar en relación con el carácter programado de su ingreso.