

Pósteres pantalla

Bioética

418. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL COMO MOTIVO DE NO INGRESO EN UCI: UN ANÁLISIS BIOÉTICO

Martínez-Lozano Arana F, Cremades Navalón I, Martín Ruiz JF, Triviño Hidalgo J, Martínez Bernhard A, Courgeon García C y Guerrero Lozano IM

Hospital General Universitario Reina Sofía en Murcia.

Introducción: La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) cobra en medicina intensiva un valor fundamental por la importancia de no someter a los pacientes a tratamientos fútiles o desproporcionados. Una de las formas de AET menos estudiadas es la limitación del ingreso en UCI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que analiza pacientes desestimados para ingreso en UCI como forma de AET durante un periodo de 6 meses. Se registraron las variables edad, sexo, situación basal, motivo, acuerdo en la decisión, recomendaciones de tratamiento, y mortalidad hospitalaria. El análisis estadístico determinó la media y mediana para parámetros cuantitativos, y el porcentaje para variables cualitativas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se valoraron 506 pacientes, rechazándose 212 por distintos motivos, y entre ellos 67 como forma de AET. 20 pacientes no pudieron identificarse, por lo que finalmente se incluyeron para estudio 47 pacientes. El 63,8% fueron varones, con una edad media de 76,4 años (DE 12,7). El 100% presentaba alguna patología crónica. El motivo de consulta más frecuente fue la reagudización de su enfermedad de base (57%). La decisión se tomó en el 45% con el médico responsable junto con la familia o paciente, y en un 40% solo con el médico. El paciente solo participó en la decisión en 5 casos (11%). El motivo más frecuente fue la mala situación basal previa (62%) aunque en ningún caso se objetivó con escalas u otro método. En un 74% de los casos se escribió alguna recomendación siendo la más habitual "no adoptar medidas agresivas". La mortalidad hospitalaria fue 51%, muy superior a la de los pacientes ingresados en UCI en ese mismo periodo de tiempo.

Conclusiones: La negación de ingreso en UCI como forma de AET es una práctica frecuente en nuestro entorno y plenamente aceptada bajo el punto de vista ético pero carece de estandarización y está sometida a gran variabilidad individual. Las características del paciente crítico hacen que los familiares, y sobre todo los pacientes, participen poco en la toma de decisiones de AET reflejando todavía una actitud paternalista.

419. ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL COMO MOTIVO DE NO INGRESO EN UCI: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Cremades Navalón I, Martínez-Lozano Arana F, Serrano Navarro JM, Rico Lledó MJ, Martín Ruiz JF, Triviño Hidalgo J y Guerrero Lozano I

Hospital General Universitario Reina Sofía en Murcia.

Introducción: La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) constituye de las causas menos estudiadas de limitación del ingreso en UCI, aunque su práctica es frecuente en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que analiza pacientes desestimados para ingreso en UCI como forma de AET durante un periodo de 6 meses. Se registraron entre otras las variables demográficas, situación basal, motivo de consulta y mortalidad hospitalaria. El análisis estadístico determinó la media y mediana para parámetros cuantitativos, y el porcentaje para variables cualitativas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se valoraron 506 pacientes, rechazándose 212 por distintos motivos, y entre ellos 67 como forma de AET. 20 pacientes no pudieron identificarse, por lo que finalmente se incluyeron para estudio 47 pacientes. La distribución por sexos (el 63,8% fueron varones) coincidió con la de los pacientes ingresados en UCI en el mismo periodo de tiempo. La edad sin embargo (media de 76,4 años, DE 12,7) superó en casi 15 años la de los pacientes ingresados en UCI (media 62,53, DE 16,47). El 100% de los pacientes presentaba alguna patología crónica, siendo pluripatológicos en el 64% de los casos. La patología aislada que más frecuentemente causó la limitación fue la hepática (15%). El motivo de consulta más frecuente fue la reagudización de su enfermedad de base (57%). Estos datos coinciden con lo recogido en las escasas publicaciones sobre la materia. La mortalidad hospitalaria fue 51%, muy

superior a la de los pacientes ingresados en UCI en ese mismo periodo de tiempo (11,2%), pero inferior sin embargo a la de estudios similares.

Conclusiones: Los pacientes no ingresados en UCI como forma de AET tienen una edad media muy superior a los que se deciden ingresar, son mayoritariamente pluripatológicos, en más de la mitad de los casos sufren una reagudización de su patología de base, y su mortalidad es muy superior a la de los pacientes ingresados en UCI.

420. PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL Y SU USO EN UNIDAD DE CRÍTICOS

Delgado Palacios C, Labrador Romero L, Baron Barrera IP, García Góngora B, Peña Naranjo JA, Casares Vivas M y Gallego Curto E

Hospital San Pedro de Alcántara en Cáceres.

Objetivos: Valorar la influencia de la aplicación de un protocolo de LTSV (limitación del tratamiento de soporte vital) en un programa de donación en asistolia tipo III.

Métodos: En una UCI polivalente con 12 camas se realizó un registro de las LTSV realizadas en un periodo de 19 meses (noviembre del 2017 a mayo del 2019), de acuerdo con el protocolo de LTSV vigente en la Unidad. En dicho registro se valoró el tipo de patología que presentaba el paciente (cardiológica, médica, neurocrítica, y politraumatizados), el tipo de limitación (fisiológica, probabilística o cualitativa), y en aquellos que no tienen contraindicación para el trasplante, se realizó (según protocolo de donación en asistolia del HSPA) entrevista para donación tras aceptar LTSV.

Resultados: Durante el periodo de noviembre del 2017 y mayo 2019, ingresaron en la UCI un total de 1.004 pacientes, de los cuales se realizó 49 LTSV. El 95,5% de los mismos fallecieron, mientras el 4,9% no falleció. Del total de limitaciones, un 55,1% fueron pacientes con patología médica y un 42,85% fueron neurocríticos. De todas las limitaciones, 28 pacientes (57,14%) fueron no donantes y a 21 pacientes (42,86%) se le planteó la posibilidad de donación. Entre los posibles donantes, finalmente donaron 14 (66,66% del total de posibles donantes). En la tabla se representa el total de donaciones eficaces y aquellas que finalmente no fueron donantes:

Limitación en posibles donantes	Nº de pacientes y % del total de posibles donantes
Contraindicación donación	5 (23,8%)
Negativa familiar	3 (14,28%)
Problemas técnicos	1 (4,76%)
Donación efectiva	14 (66,66%)
Limitación no exitus	1 (4,76%)

Conclusiones: Tras el inicio de las técnicas de LTSV en nuestra UCI, se vio incrementado el número de donantes totales, al incluir los donantes en asistolia tipo III. Durante el año 2018, las donaciones en asistolia tipo III, supusieron el 31% del total de los donantes. Por otra parte, más del 50% de las LTSV se aplicó a pacientes cuya situación clínica no permitía plantear la donación, mientras que el 42,86% fueron posibles donantes. Aunque el protocolo de LTSV se inició por ser un requisito fundamental para la donación en asistolia tipo III, también ha sido de utilidad para mejorar los cuidados al final de la vida en pacientes no donantes.

Pósteres pantalla

Cardiovascular/Marcapasos/Arritmias/Síndrome coronario agudo

098. ANÁLISIS DE LA ESTIMULACIÓN HISIANA

Gómez Carranza A, Ortiz Díaz-miguel R, Santos Peral A, Espinosa González MC, Rubio Prieto E, Segovia García de Marina L, Muñoz Moreno JF, Gómez Grande ML, Pérez Torija MA y Girela Pérez B

Hospital General Universitario de Ciudad Real en Ciudad Real.

Objetivos: Análisis de pacientes a los cuales se realizó estimulación permanente del haz de His (EPHH) en una Unidad de Arritmias dirigida por intensivistas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en el que se recogen 5 pacientes a los que se les realiza EPHH en 2019. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, indicación, FRCV, umbrales, diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (DTDVI), fracción de eyección (FEVI), anchura de QRS, tiempo de escopia y complicaciones (episodios de insuficiencia cardíaca que requieran consulta en urgencias, infección herida quirúrgica, dislocación del electrodo y perforación).

Resultados: La edad media fue 74 ± 13 años. Varones 60%. HTA 60%, DM 20%, MCH 40%. Indicación: BAVc 60%, BAV avanzado 20%, disfunción sinusal 20%, todos ellos con QRS estrecho. Umbral ventricular posimplante $2,2 \pm 0,9$ V y al año de $2,4 \pm 0,7$. DTDVI preimplante $51 \pm 4,1$ mm y al año de $49,8 \pm 3,9$ mm. FEVI media preimplante 66,8% y al año del 66,3%. QRS preimplante de $108,1 \pm 11$ ms y posimplante de $107,8 \pm 10$ ms. Tiempo medio de escopia 20 ± 7 minutos. No se registró ninguna complicación.

Conclusiones: La EPHH se plantea como una alternativa segura a largo plazo, con unos beneficios hemodinámicos fruto de una estimulación más fisiológica en comparación con la estimulación clásica en ápex de ventrículo derecho. El tiempo de escopia para el implante es superior al de la estimulación convencional, pero pensamos que tras adquirir una mayor experiencia se verán reducidos dichos tiempos. Confiamos que con los futuros avances tecnológicos se consigan disminuir los umbrales de estimulación y con ello nos permita mejorar la autonomía de los dispositivos.

099. INFLUENCIA DE LA REESTENOSIS DE STENT EN LA MORBIMORTALIDAD DEL PACIENTE CORONARIO

Giménez Beltrán B, Villegas del Ojo J, Pérez Madueño VP, Díez del Corral Fernández BD, Bohollo de Austria R y Moreno Cano S

Hospital Universitario Jerez en Jerez de la Frontera.

Objetivos: Analizar la incidencia de reestenosis de stent (RIS) en los pacientes que ingresan en la Unidad Coronaria del Hospital de Jerez de la Frontera y estudiar su asociación con la morbimortalidad en UCI.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, en el que se incluyeron los pacientes que ingresaban con diagnóstico de SCACEST/SCASEST y/o PCR de enero a diciembre de 2019. Se analizaron descriptivamente variables demográficas (género, edad), FRCV, la historia de intervencionismo coronario previo, la presencia de FA, y su asociación con el desarrollo de complicaciones y mortalidad.

Resultados: Ingresaron un total de 348 pacientes, con una mortalidad del 9,5%. De los paciente estudiados el 18,10% presentaba CIC revascularizada entre sus AP. De estos pacientes fueron diagnosticados de RIS el 7,93% (5), siendo más frecuente este evento en el sexo masculino 80% (4). La edad media fue de $70,50 \pm 10,34$ [61-84] y la mortalidad alcanzó el 20% vs. 9,5%. De los FRCV, el 100% presentan DM 2, le seguían según prevalencia la dislipemia e HTA en el 75% (3). El IMC medio fue de $29,39 \pm 9,53$ [23,88-40,40]. El 100% realizaban tratamiento antiagregante domiciliario con AAS 100 mg y el 40% doble antiagregación con clopidogrel 75 mg como segundo antiagregante. Con respecto al desarrollo de complicaciones, el 100% presentó algún tipo de complicación. Como complicación de mayor gravedad, 1 paciente (20%) desarrolló un shock cardiogénico seguido de 1 (20%) arritmia ventricular y 1 paciente falleció por un derrame pericárdico y taponamiento poscateterismo (20%).

Incidencia de complicaciones en paciente con reestenosis del stent

Arritmia auricular	1 (25%)
Arritmia ventricular	1 (25%)
Shock cardiogénico	1 (25%)
Infección nosocomial	1 (25%)
Síncope	1 (25%)

Conclusiones: La incidencia de RIS de nuestro centro fue del 7,93%, similar a los porcentajes descritos, que oscilan del 15 al 5% en la era del

stent farmacoactivo. - Los pacientes que desarrollaron una RIS presentaban un alto porcentaje de FRCV, siendo el más frecuente la DM, seguido de HTA y dislipemia. La RIS en nuestro grupo fue un evento clínico asociado a una alta mortalidad y morbilidad.

100. EXPERIENCIA Y BENEFICIOS DEL IMPLANTE DE MARCAPASOS PERMANENTES EN UN HOSPITAL COMARCAL

Álvarez-Ossorio Cisneros S, Rico Armenteros T, Castro Medina C y Noguero Iriarte P

Hospital General Minas de Riotinto en Minas de Riotinto.

Introducción: La implantación de marcapasos permanentes (MP) es una técnica cada vez más extendida. La mayor demanda y complejidad de la casuística atendida en los hospitales de nivel superior, provoca problemas de gestión de recursos así como retrasos asistenciales en dicho procedimiento. La posibilidad de ofrecer a nuestros pacientes la implantación y seguimiento de dichos dispositivos sin necesidad de trasladarlos a otros centros, evita costes, riesgos derivados del transporte interhospitalario, retrasos y molestias para acompañantes.

Objetivos: Analizar los primoimplantes MP realizados en nuestro centro. Analizar posibles beneficios derivados de realizar dicha técnica en nuestro hospital de primer nivel respecto otros hospitales de mayor nivel: indicadores de gestión (estancia media, preoperatoria y total hospitalaria), clínicos (complicaciones) y demográficos (edad y género).

Métodos: Pacientes consecutivos con implantación MP entre 1 de enero 2018 y 31 diciembre 2019. Variables: epidemiológicas, antecedentes personales, anticoagulantes o antiagregantes previos, tiempo de espera, estancia UCI, tiempo procedimiento, patología causal y complicaciones. Los resultados se expresan en medias e intervalos de confianza 95% en variables cuantitativas y en porcentaje en las cualitativas.

Resultados: 62,1% varones, edad media 78,95 años (76,54-81,36). HTA 89,7%, DLP 56,9%, cardiopatía previa 52% (FEVI media 55,5% (52,32-58,68)). Clínica: 34,5% síncope, 24% insuficiencia cardíaca, 22,4% mareos. Motivo: 50% BAV completo, 21% BAV segundo grado tipo 2. Complicaciones: 17,9%, siendo la más frecuente el hematoma (39%), el 75% anticoagulados.

Conclusiones: Los hospitales comarcales, con formación y materiales ajustados a los estándares de calidad recomendados, deben ofrecer a sus pacientes programas de implantación de MP evitando así los retrasos en el proceso asistencial, los riesgos de asumir un traslado interhospitalario y las molestias derivadas para sus familiares.

101. COMPLICACIONES INTRA Y EXTRAOPERATORIAS EN EL IMPLANTE DE MARCAPASOS

Márquez Doblás M, Morán Gallego FJ, Paredes Borrachero I, Pedrosa Guerrero A, Buj Vicente M, Vecino Montoya M, Calle Flores A, Piza Pinilla RH, Alonso Ciria E y País Sánchez-Malingre MV

Hospital Virgen de la Salud en Toledo.

Objetivos: Analizar las distintas complicaciones intra y postoperatorias relacionadas con el implante de marcapasos.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre una población de 87 pacientes que precisaron implante de marcapasos definitivo, desde enero de 2018 hasta mayo de 2019 con un seguimiento posimplante de 6 meses.

Resultados: Se analizaron un total de 87 pacientes, 48 hombres y 39 mujeres con una edad de $83,22 \pm 8,52$. La causa más frecuente de colocación del dispositivo fue el BAV completo. La tasa de cardiopatía estructural fue del 39%. La frecuencia de complicaciones generales intra y posoperatorias fue del 12,6% (11 pacientes), siendo complicaciones mayores, que requirieron reintervención quirúrgica el 6,89% (6 pacientes). No hubo muertes relacionadas con el implante del marcapasos. Estas complicaciones mayores, fueron complicaciones postoperatorias, siendo de estas las más frecuentes el hematoma en la bolsa del genera-

Tabla Póster 100

	Programado	Urgente	Emergente
Carácter	29,3%	56,9%	13,8% (transitorio 50%)
Tiempo de espera (días)	10,53 (5,23-15,85)	4,67 (3,49-5,86)	1,6 (0,91-2,29)
Estancia UCI (días)	1,33 (0,88-1,79)	1,35 (0,93-1,78)	1,9 (0,86-2,94)

dor (2,3%) y la movilización de los electrodos (2,3%). Otras fueron la infección de la herida quirúrgica (1,1%) y la endocarditis sobre cable de marcapasos (1,1%), que motivó la extracción del dispositivo. La tasa de profilaxis antibiótica fue del 100%. Las complicaciones intraoperatorias fueron el neumotórax al canalizar el acceso venoso (2,3%) y la perforación miocárdica con derrame pericárdico (2,3%), no precisando reintervención.

Conclusiones: La tasa de complicaciones analizadas es más alta que en otras series descritas. Sin embargo, se trata de una subpoblación de más riesgo donde los pacientes son más añosos y la causa más frecuente de colocación es el BAV Completo, colocando los marcapasos de forma urgente y sin tener ingresos de forma programada.

102. ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS DISPOSITIVOS DE MONITORIZACIÓN CARDÍACA INSERTABLES (DMCI)

Patallo Diéguez D, Abad González R, Prieto de la Rosa JL, Cañizares Castellanos F, Otero Alvarín E, Álvarez Martínez B, Vara Marín ML, de Celis Álvarez A, Merayo Macías E y Martínez Jiménez C
Hospital El Bierzo en Ponferrada.

Objetivos: Análisis epidemiológico de la población de nuestra área con colocación de DMCI para estudio de síncope. Comparación de los diagnósticos etiológicos obtenidos y tiempos de estudio con los resultados de los últimos estudios y guías al respecto.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizan los datos de 81 casos sometidos a estudio diagnóstico con dispositivo Holter implantable entre el año 2010 y el año 2018 ambos incluidos. De los 81 dispositivos implantados se excluyen 24 casos que continúan en estudio durante la recogida de datos. Se analizan 10 variables obtenidas del registro de nuestra sección de marcapasos y de la historia clínica del grupo de casos en los que se completa el estudio en dicho periodo.

Resultados: N° dispositivos implantados: 81. N° dispositivos estudio finalizado: 57. Motivo de solicitud: síncope 94,7%; presíncope 5,3%. Edad: media 73,58; mediana 81; mínima 28; máxima 92. Sexo: hombres 38,6%; mujeres 61,4%. Servicio solicitante: Cardiología 45,6%; Geriátrica 45,6%; M. Interna 7%; UCI 1,8%. Diagnóstico 82,5%: disfunción sinusal 50,9%; otras taquiarritmias 12,5%; bloqueo AV 8,8%; FA bloqueada/lenta

5,3%; FA paroxística 5,3%; no hallazgos 3,5%; exitus 10,5%; casos perdidos 3,5%. Activación remoto: 8,8%. Marcapasos: 59,6%. Otros tratamientos: 3,5% ACO; 1,8% DAI; 1,8%. Antiarrítmicos. Tiempo seguimiento (meses): mínimo 0,25; máximo 72; medio 17,90; DT 18,60. Tiempo diagnóstico (meses): mínimo 0,25; máximo 38; medio 9,51; DT 9,32.

Conclusiones: El uso de monitores insertables en nuestra unidad ha ido en crecimiento en los últimos años para el estudio de síncope acorde con las progresivas actualizaciones en la evidencia científica. En nuestro conjunto de casos comparativamente con estudios previos el rendimiento diagnóstico ha sido alto, del 80%, con un tiempo de seguimiento medio bajo (17 meses). El porcentaje de casos con Holter sin diagnóstico tras fin de vida del dispositivo es muy bajo, esto nos sugiere que los criterios de indicación de implante son adecuados. Más del 50% de los casos con diagnóstico precisaron estimulación cardíaca permanente, lo que podría reforzar el uso de estos dispositivos en pacientes candidatos en aquellas unidades encargadas de realizar implante de marcapasos definitivo. Todos estos datos apoyan el empleo de Holter insertable para el estudio de síncope en nuestra población.

133. IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA (TAVI) CON ANESTESIA VS. SEDACIÓN

Vega Ocaña P, Blanco López J, Rodríguez Serrano A, Pérez Nogales E, González Bautista L, Lorenzo Martín V, Jiménez Cabrera P y Martín González JC

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Valorar si es necesario realizar el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) bajo anestesia general.

Métodos: Pacientes con implante de TAVI en nuestro Hospital. Ámbito del estudio: Hospital Universitario de 3^{er} nivel con Hemodinámica y Unidad de Medicina Intensiva. Tipo de estudio: observacional prospectivo desde el inicio del programa de implante de TAVI hasta el momento actual. Se realizaron dos grupos de estudio: Grupo 1: Sedación. El procedimiento se realizó bajo sedación y analgesia con respaldo activo del Servicio de Medicina Intensiva. Grupo 2: Anestesia. El procedimiento se realizó bajo anestesia general con la presencia de Anestesta durante todo el procedimiento en la sala de hemodinámica.

Figura 1 Póster 133

Tabla 1: EPIDEMIOLOGÍA Y F. RIESGO	Sedación N: 17 (27%)	Anestesia N: 46 (73%)	p
Edad*	81 ± 5,7	79 ± 8,5	0,035
Sexo	22 (47%)	11 (64%)	ns
NYHA 2	35 (76%)	9 (52%)	ns
FEVI (%)	59 ± 15	55 ± 16	ns
HTA	40 (87%)	17 (100%)	ns
DM	18 (39%)	8 (47%)	ns
Colesterol	29 (63%)	9 (52%)	ns
Cardiopatía previa	20 (43%)	9 (52%)	ns
Cirugía previa	3 (6,5%)	2 (11,8%)	ns
ICP previo	19 (41%)	5 (29%)	ns
FA	13 (28%)	4 (23%)	ns
MCP/DAI	22 (47%)	6 (35%)	ns
IAM previo	6 (13%)	1 (5,9%)	ns
IR previa**	6 (13%)	8 (47%)	0,004
EVP***	22 (47%)	13 (76%)	0,042
*p 0,035; 1,45 (-2,2 - 5,19)			
**p < 0,004; 5,9 (1,6 - 21,3)			
*** 0,042; 3,5 (1 - 12,5)			

Tabla 2: SCORES ÍNDICES DE GRAVEDAD	Sedación N: 17 (27%)	Anestesia N: 46 (73%)	p
EUROSCORE > 4	24 (52%)	11 (64%)	ns
EROSCORE II	5,46 ± 3,5	6,35 ± 3,95	ns
STS > 4	16 (34%)	8 (47%)	ns
STS*	3,5 + 1,6	5,25 + 4,5	0,00
APACHE II	12 ± 4,45	12 ± 3,5	ns
Paciente frágil. Vulnerable	30 (65%)	14 (82%)	ns
Índice de Charlson	4,61 ± 2,77	4,24 ± 2,19	ns
Procedimiento	Sedación	Anestesia	p
Acceso quirúrgico	0	3 (17%)	ns
Cierre con prostar**	44 (95%)	13 (76%)	0,0021
Dilación preimplante	13 (28%)	6 (35%)	ns
Dilación postimplante	6 (13%)	4 (23%)	ns
Tiempo escopia	21 ± 9,9	23 ± 6,7	ns
Tiempo procedimiento	133 ± 27	167 ± 72	ns
Volumen contraste	142 ± 21	186 ± 50	ns
*p 0,001; 1,95(0,77-3,51)			
**p 0,0021; 0,14 (0,02 - 0,90)			

Figura 2 Póster 133

Tabla 3: COMPLICACIONES	Sedación N: 17 (27%)	Anestesia N: 46 (73%)
ACV	2 (4,3%)	1 (5,9%)
Sangrado	12 (26%)	6 (35,3%)
IR aguda	4 (8,7%)	4 (23%)
C. vasculares	9 (19,6%)	4 (23,5%)
Alteraciones ritmo	20 (43,5%)	10 (58,8%)
BAV	5 (11%)	7 (41%)
MCP	6 (13%)	4 (23%)
FA	2 (4,3%)	3 (17,6%)
Taponamiento	2 (4,3%)	0
Endocarditis	1 (2,2%)	0

Tabla 4: RESULTADOS	Sedación N: 17 (27%)	Anestesia N: 46 (73%)
IAo residual	16 (34%)	8 (50%)
Gradiente Ao > 20 mmHg	1 (2,2%)	0
Estancia UMI*	1,7 ± 2,5	3,4 ± 9,4
Estancia Hospital	16,8 ± 14,2	19 ± 15,38
Alta domicilio	42 (9,3%)	16 (94,1%)
Mortalidad Hospitalaria	3 (6,5%)	1 (5,9%)
Mortalidad C. cardiovascular	2 (4,3%)	1 (5,9%)
Mortalidad UMI	2 (4,4%)	0
Mortalidad 30 días	3 (6,5%)	2 (11,8%)
Infección nosocomial	9 (19,6%)	7 (41,6%)
* p 0,032; 1,68(-1,32-4,70)		

ca. Se analizaron características de los pacientes, periodo preoperatorio, procedimiento de implante y posoperatorio. Los datos se recogieron de la h^a clínica electrónica hospitalaria (DragoAE), de la UMI (CCM) y de una base de datos diseñada expresamente para este procedimiento. Las variables cuantitativas se describen como media ± DE, mientras que las categóricas, como número (%). Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de chi-cuadrado y/o las prueba t de Student y la U de Mann-Whitney.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 63 pacientes. La edad media fue de 80,65 ± 6,56 a. (62 -95). El 54% fueron varones. El implante percutáneo de la prótesis aórtica se realizó en 17 (27%) pacientes bajo anestesia y en 46 (73%) bajo sedación. La edad de los pacientes del grupo 1 (sedación) fue menor que la del grupo 2 (anestesia) 87 ± 5,7 vs. 79 ± 8,5 (p < 0,035). La insuficiencia renal (13% vs. 47%) y la enfermedad vascular (47% vs. 6%) fue mayor en el grupo 2 (anestesia). También fue mayor en este grupo la media del score STS, aunque el porcentaje de pacientes con Score STS > 4% fue similar en ambos grupos. El tiempo necesario para el procedimiento fue de 133 ± 27 en el grupo de sedación y de 167 ± 72 en el grupo de anestesia. Los resultados y las complicaciones fueron similares en ambos grupos. Todos los parámetros analizados se presentan en las tablas.

Conclusiones: En nuestro hospital, los resultados del implante de TAVI son similares en ambos grupos. La realización de este procedimiento con sedación disminuye las necesidades de recursos y facilita la programación del mismo.

134. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LE HA IMPLANTADO ASISTENCIA VENTRICULAR CENTRIMAG-LEVITRONIX CON OXIGENADOR DE MEMBRANA/IMPELLA) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Nuevo Ortega P, Domínguez Moreno F, Reina Artacho C, Moratalla Cecilia G y Estecha Foncea MA

Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga.

Introducción: El manejo conservador del shock cardiogénico con inotrópicos y vasopresores está asociado a serias limitaciones, con alta tasa de mortalidad. La mejora de la supervivencia depende en gran medida de conseguir un soporte hemodinámico para mantener una perfusión sistemática adecuada, compensando el mecanismo de bombeo del corazón disfuncionante, de ahí que la asistencia mecánica circulatoria sea una opción terapéutica cada vez más extendida.

Objetivos: Analizar a los pacientes a los que se le han implantado asistencia ventricular con oxigenador de membrana (Centrimag-Levitronix) o impella en nuestro centro.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes a los que se les ha implantado terapia con asistencia ventricular Cetrimg-levitronix con oxigenador de membrana o impella. Analizamos características como sexo y edad; diagnóstico inicial, escala INTERMACS, tipo de asistencia, necesidad de derivación al centro trasplantador y mortalidad.

Resultados: Del 16 mayo 2018 al 31 diciembre 2019 hemos tenido un total de 12 pacientes (83,3% varones) a los que se le ha implantado alguna de las terapias (25% Impella). Todos los pacientes con Centrimag-Levitronix han tenido oxigenador de membrana, el 88,9% soporte AV, mientras que 11,1% VV. Soporte AV en 8 pacientes (75% varones) con una edad media 49 ± 1 año, se implanta en situación de INTERMACS I (87,5%). El 100% con BCIA. Diagnóstico inicial de SCA 50%, síndrome poscardiotomía 25%, miocarditis fulminante 25%. Se derivaron al centro trasplantador el 37,5%, trasplantándose el 66,6% de ellos. La mortalidad global fue del 50% y de los supervivientes, el 25% presenta secuelas neurológicas graves.

Conclusiones: En todos ellos el implante se realiza en quirófano de cirugía cardíaca sin tener al cirujano de presencia física las 24h. Aunque no se ha registrado de forma expresa el tiempo de respuesta entre la situación de shock cardiogénico con INTERMACS I-II y el implante de soporte cardiorrespiratorio; en la mayoría de los casos la repuesta fue de > 180 minutos, precipitando en PCR previo al implante de la terapia, lo que lleva a un aumento de la mortalidad, así como consecuencias neurológicas importantes. Por ello, tenemos un margen de mejora en cuanto a los tiempos de toma de decisiones a nivel de mejora de coordinación creación del grupo ECMO en nuestro centro. Quizás en los pacientes en los que debemos tener una respuesta más rápida sean aquellos en una situación de miocarditis fulminante.

135. CIRUGÍA CARDIACA EN PACIENTES QUE RECHAZAN TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

Bueno Bueno M, Torres Delgado E, Jiménez Sánchez M, Alonso Muñoz G, de Alba Aparicio M, Carmona Flores R, Vilches Mira J y de la Fuente Martos C

Hospital Reina Sofía en Córdoba.

Objetivos: Análisis descriptivo de los pacientes intervenidos en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba de cirugía cardíaca programada, que rechazaron transfusión de hemoderivados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en la Unidad de Medicina Intensiva. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos de Cirugía Cardíaca desde enero de 2018 a diciembre de 2019. Recogimos características demográficas, tipo de cirugía tratamiento, estudios previos, estancia y mortalidad en la UCI.

Resultados: Un total de 9 pacientes se sometieron a cirugía cardiaca, 5 hombres y 4 mujeres. La edad media fue de 66,56 años. Se intervinieron pacientes de diferentes ciudades de Andalucía (4 de Málaga, 2 Cádiz, 2 Jaén y 1 de Córdoba). Respecto a los factores de riesgo que presentaban: IMC (1 paciente bajo peso, 3 sobrepeso y 5 obesidad). El 33% eran exfumadores, ninguno era fumador activo en el momento de la cirugía. El 22,2% padecía diabetes mellitus, el 55,5% dislipemia e HTA. La clase funcional previa a la cirugía fue: NYHA I 22%, NYHA II 33%, NYHA III 44%. 7 de los pacientes padecían insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular. El tratamiento previo más habitual fueron los IECA y diuréticos (88,9%), seguidas de anticoagulante oral en 7 de ellos. Ningún paciente tenía FEVI deprimida, ni cirugía cardiaca previa. La hemoglobina media previa a la cirugía fue de 14,3 g/dL, (12,68-15,62 g/dL). La cirugía fue de recambio v. mitral en 4 pacientes, v. aórtica en 3 y ambas en 2 pacientes. Siendo 6 biológicas y 3 mecánicas. En su evolución en UCI 2 pacientes desarrollaron plaquetopenia, todos requirieron aminas vasoactivas en el posoperatorio inmediato. La complicación más frecuente fue el fracaso renal agudo, sin necesidad de técnicas de reemplazo renal, seguida de FA. En ningún paciente se produjo episodio de sangrado grave. La estancia en UCI fue de 24h tras cirugía. La mortalidad esperada fue del 7,55% según el Euroscore, en nuestro caso no se produjo ningún exitus.

Conclusiones: La cirugía cardiovascular en pacientes que rechazan la transfusión de hemoderivados es un procedimiento seguro, siempre y cuando se optimice al paciente en los meses previos a la cirugía. La complicación más frecuente poscirugía en nuestro centro fue el fallo renal agudo, aunque ningún paciente requirió el uso de técnicas de reemplazo renal. 2 pacientes desarrollaron plaquetopenia, sin producirse ningún episodio de sangrado grave.

136. CIRUGÍA DE REPARACIÓN DE LA CONTINUIDAD MITROAÓRTICA: UN RETO QUIRÚRGICO Y DE MANEJO PERIOPERATORIO

Martín Sastre S, Rezaei K, Cid Cumplido M, Hinojosa Pérez R, Herruzo Avilés A, Luque Márquez R, Martín Villén L y Sánchez Domínguez E
Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla.

Objetivos: Analizar los pacientes ingresados en la UCI del HUVR en el perioperatorio de cirugía de reconstrucción de la unión mitroaórtica, soporte requerido, mortalidad y complicaciones asociadas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron los ingresados en el posoperatorio tras cirugía de reconstrucción de unión mitroaórtica de julio 2017 a diciembre 2019. Se recogieron datos sociodemográficos, tipo de intervención (Commando: recambio valvular mitroaórtico y reparación de unión mitroaórtica o hemicomando: recambio valvular aórtico y reparación mitral), reoperaciones, cirugía raíz aórtica asociada, indicación de la cirugía (etiología infecciosa o no infecciosa), y tiempo de circulación extracorpórea y clampaje aórtico. Se revisó soporte requerido; hemodinámico, renal, respiratorio. Como scores pronósticos Euroscore II, APACHE II y SOFA, además de mortalidad a los 30 días, 6 meses y al año.

Resultados: Se intervinieron 5 pacientes, el 80% hombres, mediana de edad de 65 años con APACHE II entre 18 y 40 puntos mediana de 24, SOFA 3 a 16 mediana de 9. Presentaron un Euroscore II entre 9 y 23% con mediana de 14%. La mediana de estancia en UCI fue de 4 días y 32 de ingreso hospitalario. La indicación quirúrgica en 4 de ellos fue por endocarditis infecciosa. Se realizó técnica de hemicomando en 2 pacientes y Commando en 3. Se realizó cirugía de raíz aórtica en 2 pacientes, mediante técnica Bentall-Bono. Todas precisaron tiempos prolongados de circulación extracorpórea con mediana de 272 minutos y 215 de clampaje. Reintervención en un paciente con implante de ECMO VA. Cuatro necesitaron marcapasos, 1 temporal y 3 definitivo. Todos recibieron transfusión de hemoderivados, 4 precisaron soporte hemodinámico con aminas a dosis altas, 3 presentaron fracaso renal agudo, uno necesitó TCRR. Todos precisaron soporte respiratorios, con extubación precoz en 2 de ellos. Uno falleció antes de los 30 días por shock séptico, y 2 más antes del año, tras alta hospitalaria, debido a complicaciones no asociadas a la cirugía, con una mortalidad global del 60%

Conclusiones: La endocarditis infecciosa aguda es de las indicaciones más frecuentes de la cirugía de reconstrucción de la unión mitroaórtica. La cirugía de Commando es un reto quirúrgico y de manejo perioperatorio, con alta mortalidad y tiempos de circulación extracorpórea prolongados realizada en pacientes críticos siendo de las pocas opciones terapéuticas en aquellos con afectación infecciosa de la unión mitroaórtica.

151. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO TRATADO MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA: FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD

Romeu Prieto JM, Ciampi Dopazo JJ, Vecino Montoya M, Sánchez Casado M, Morán Gallego FJ, Rodríguez Blanco ML, Lanciego C, Sánchez Carretero MJ, Márquez Doblas M y Buj Vicente M

Hospital Virgen de la Salud en Toledo.

Objetivos: Analizar factores relacionados con mortalidad en los pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEPa) de riesgo intermedio-alto y alto sometidos a trombectomía mecánica en las primeras 24 horas de ingreso.

Métodos: Pacientes recogidos entre enero 2016 y agosto 2019 con diagnóstico de TEPa de riesgo intermedio-alto (European Society of Cardiology: positividad de marcadores de daño miocárdico, disfunción de ventrículo derecho medido por ecocardiograma y estables hemodinámicamente); y de riesgo alto, inestables hemodinámicamente; a los que se sometió a trombectomía mecánica en las primeras 24 horas de ingreso con aspiración de entre el 70 y el 80% del trombo total. Se recogieron 42 trombectomías, y se recogieron las determinaciones de TAPSE, diámetro de ventrículo derecho, Onda S, hipertensión pulmonar, PaFi y evaluación clínica al ingreso y a las 24 horas. Se analizaron los parámetros buscando relación significativa ($p < 0,05$) con la mortalidad.

Resultados: De entre los 42 pacientes, 8 de ellos sufrieron exitus (19%) y de los cuales 3 fueron intraprocedimiento (37,5%). Ecocardiográficamente la hipertensión pulmonar grave ($64,33 \pm 16,37$ mmHg, $p < 0,05$) fue el parámetro significativamente asociado a mortalidad en el TEPa. Clínicamente la persistencia de inestabilidad hemodinámica y el compromiso respiratorio posprocedimiento, que se mantuvo en el 62,5% de los fallecidos, fueron las manifestaciones significativamente asociadas a mortalidad ($p < 0,05$). La parada cardiorrespiratoria intraprocedimiento fue el factor con mayor significación asociado a mortalidad ($p = 0,005$).

Conclusiones: La mortalidad en el TEPa sigue teniendo índices nada despreciables pese a los avances terapéuticos. La hipertensión pulmonar al ingreso y la persistencia de compromiso hemodinámico y respiratorio posprocedimiento, así como la parada cardiorrespiratoria durante el procedimiento fueron los principales factores asociados con mortalidad.

152. EL PAPEL DE LA UCI EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS CENTRALES

Mora Aznar M^(a), Sevil Puras F^(a), Romero García P^(a), Llorente Milla R^(a), Galán Aznar J^(a), Márquez Romera C^(a), Hernández de Diego C^(a), Moreno Torres D^(a), Sagarra Mur D^(b) y Fernández Calavia MJ^(a)

^(a)Complejo Asistencial de Soria en Soria. ^(b)Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Objetivos: Determinar la importancia y características de las canalizaciones de vías venosas centrales como parte de la actividad extra-UCI de nuestro Servicio.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo para analizar los accesos venosos centrales canalizados por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Asistencial de Soria, entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2019. Este Servicio es el competente para canalizar estos catéteres en pacientes hospitalarios no ingresados en UCI. Se confeccionó un registro de variables agrupadas en distintas categorías: demográficas, indicación, acceso venoso utilizado, tipo de catéter vascular, empleo de ecografía, medidas de asepsia, complicaciones, tiempo permanencia. Se incluyeron catéteres venosos centrales de acceso central y los de acceso periférico.

Resultados: Se atendieron 1.311 interconsultas, en el 27,84% de ellas se solicitaba valoración para canalización de vía venosa central. Edad media 69 ± 19 años y mujeres principalmente. De los 365 procedimientos, siguiendo una distribución por Servicios: 192 eran pacientes procedentes de Medicina Interna (52,60%), 82 pacientes de Cirugía General (22,46%), 58 pacientes de Urgencias (15,89%). El resto eran pacientes de Geriátrica y Psiquiatría, Traumatología, Otorrinolaringología y Paliativos. Más del 95% de catéteres venosos centrales fueron de implantación central, con predominio de vena yugular (39,22%). El 41,71% de las canalizaciones fueron ecoguiadas-ecodirigidas. El 49,72% se indicaron por imposibilidad de canalización periférica y el 47,52% restante para administración de sustancias hiperosmolares, aporte de volumen... En el 66,57% de los procedimientos se realizó comprobación radiológica posterior. Casi el 90% no presentaron ninguna complicación durante la implantación ($p < 0,05$). Las

principales complicaciones registradas fueron punción de arteria adyacente, malposición de catéteres, bacteriemias relacionadas con catéter vascular, neumotórax... Se desconocen los días de cateterización por falta de registro. Todos los catéteres fueron implantados por técnica Seldinger en las máximas condiciones de asepsia (proyecto Bacteriemia Zero).

Conclusiones: Un gran número de pacientes precisa implantación de un catéter vascular central, empleando la mayoría de ocasiones accesos centrales vs. periféricos. Prevalenciando el acceso yugular, con baja tasa de complicaciones. Aunque todavía falta registro de datos de interés.

365. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CONTROL DEL DOLOR DIFERIDO EN PACIENTES SOMETIDOS A CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Gómez de Oña J, Navarro Guillamón L, Alonso Marín A, Cárdenas Cruz A y Robles-Musso Castillo E

Hospital de Poniente en El Ejido.

Objetivos: Análisis descriptivo del control del dolor diferido en pacientes sometidos a cardioversión eléctrica (CVE) electiva en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Poniente con un programa de analgesedación con fentanilo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a CVE programada mediante analgesedación con fentanilo y propofol desde el 17/enero/2019 al 17/diciembre/2019 (n = 26). Se incluyó pacientes mayores de 18 años con fibrilación o flutter auricular refractario a tratamiento farmacológico. Analizamos el dolor residual a las 24 horas, choques necesarios y energía aplicada. Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana (IQR) y las variables categóricas mediante tabla de frecuencias y porcentajes. Para determinar si se encontraron diferencias se aplicó el test no paramétrico U de Mann-Whitney. Para determinar correlación entre intensidad y dolor se aplicó la correlación de Spearman. El nivel de significación considerado fue de 0,05.

Resultados: De los 26 pacientes que ingresaron (96,15% hombres y 3,85% mujeres) el 80,77% presentaban fibrilación auricular y el 19,23% flutter auricular. La mediana de descargas para conversión a ritmo sinusal fue de 1,53 (IQR: 1), administrándose 254,64 julios (IQR: 156). El 26,92% de los pacientes experimentaron dolor residual (n = 7) de los cuales el 14,29% lo describieron como continuo y el 85,71% esporádico. La mediana de intensidad de dolor según escala EVA fue de 1,34 puntos (IQR: 2). La mediana de dosis para el grupo no dolor es de 75 µg (IQR:0) vs. la del grupo que sí tiene dolor 75 µg (IQR:75), estas diferencias no son estadísticamente significativas (p = 0,2847). La mediana de intensidad de la descarga aplicada para el grupo no dolor es de 200 J (IQR: 150) vs. la del grupo que sí tiene dolor que es 200 J (IQR: 400), estas diferencias no son estadísticamente significativas (p = 0,5448).

Conclusiones: El dolor residual es una complicación frecuente tras una CVE programada utilizando analgesedación con propofol y remifentanilo. La dosis administrada de fentanilo y la intensidad de la descarga no tienen relación con la aparición del dolor.

366. VALORACIÓN DE PRONÓSTICO Y VARIABLES ASOCIADAS EN UN PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) INTRAHOSPITALARIA

Mucientes Peinador E, Renedo Sánchez-girón G, Vásquez Suero A, Mamolar Herrera N, Artola Blanco M, Pérez González FJ, Hidalgo Andrés N, Citores González R, Portugal Rodríguez E y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario en Valladolid.

Objetivos: Analizar la atención de paradas cardiorrespiratorias (PCR) intrahospitalarias y su atención. Describir las circunstancias y factores así como la forma de proceder. Reconocer las áreas de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo (2018-2019) incluyendo indicación de RCP, actuación previa, recuperación de circulación espontánea, resultado, etiología, tiempo de duración de RCP, ritmo inicial, desfibrilación, tratamiento, aislamiento de la vía aérea y material. En un hospital terciario de 800 camas, el equipo de Medicina Intensiva es responsable de la atención de cualquier PCR a excepción de Cardiología. No se recogen los eventos de UCI.

Resultados: 38 registros, 28 presenciados. 83% en planta, 14% en Urgencias y 3% en bronoscopias. El 76,32% el ritmo fue asistolia, dos con recuperación transitoria de circulación espontánea, 7,89% fibrilación ven-

tricular y lo mismo con actividad eléctrica sin pulso (AESP). Uno fue desconocido. Analizando los casos con ritmo inicial de asistolia, la media de tiempo de actuación fue de 31 minutos, sin diferencias en el resultado en los extremos. 71% derivó en exitus, 14% resultado satisfactorio y se consideró la RCP fútil en el 21% de los pacientes con dicho ritmo. Datos no analizados de PCR recuperada en UCI. El origen de la PCR por frecuencia fue desconocida, causa respiratoria en 8 casos y cardiaca en 7.

Conclusiones: El registro de PCR y posterior análisis es fundamental en la atención. El inicio de la reanimación por personal de planta y el aviso inmediato contribuyen en resultados más satisfactorios. En el tiempo empleado, en asistolia, no se hallan diferencias significativas entre actuaciones más o menos prolongadas. La valoración de los cursos impartidos por intensivistas para adjuntos y residentes de primer año en la actualización de conocimientos e implantación de protocolos en nuestro hospital es fundamental para la mejora de medidas para conseguir mejores resultados.

400. VALORACIÓN DE FUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA EN EL PACIENTE CRÍTICO. INFLUENCIA PRONÓSTICA

Ferrigno Bonilla G, Losada Martínez V, Tejero Pedregosa A, Rodrigo Castroviejo N, Beltrán Bernaldez R, Sanmartino González C, Monge Donaie D, Beltrán Martínez L, Cortés Díaz S y Ochoa Sangrador C

Hospital Virgen de la Concha en Zamora.

Objetivos: Evaluar la función sistólica biventricular y la función diastólica en paciente ingresados en UCI. Estimar el retraso en realizar el ecocardiograma, así como su influencia pronóstica en pacientes con diferentes patologías.

Métodos: Se revisaron los estudios ecocardiográficos realizados durante el periodo 2018-2019 y se recogieron los parámetros de función sistólica (FEVI por método Simpson y Teicholz, TAPSE) y diastólica (relación E/A y E/e') así como parámetros de precarga (volumen diastólico de VI, diámetro de vena cava inferior). Se analizó el retraso en realizar el estudio desde la hora de ingreso y la distribución por turnos (mañana, tarde, noche) de los mismos. Se evalúa la influencia de la disfunción sistólica y diastólica sobre la mortalidad y la estancia en UCI. Las variables se expresan como media (IC95%).

Resultados: Se incluyeron 197 pacientes con las siguientes características basales. Edad 68,8 (66,9-70,7), sexo 64,6% hombres, peso 75,4 (72,6-78,2) kg, talla 165,3 (163,9-166,7) cm, APACHE 17,8 (16,5-19,1), SAPSII 41,8 (39,2-44,3), SOFA 4,8 (4,2-5,4). El motivo de ingreso fue: sepsis/shock séptico 14,8%, insuficiencia cardiaca 12,3%, síndrome coronario 12,3%, tromboembolismo pulmonar 10,3%, insuficiencia respiratoria aguda 8,7%, parada cardiorrespiratoria 7,2%, neurocrítico 5,6%, EPOC agudizado 5,1%, trauma 2,6%, miopericarditis 2,6%, otros 17,9%. La estancia media fue de 7,8 (6,1-9,5) días, la mortalidad del 20%. La función sistólica fue de FEVI Simpson 41,7% (39,6-43,9)%, FEVI Teicholz 48,8% (39,7-57,8)%, TAPSE 20,3 (19-21,6) mm. La función diastólica fue: E/A 1,8 (1,2-2,4), E/e' 12,5 (11-13,9). El VTDVI fue 106,4 (99,9-112,9) ml y la VCI de 17,8 (16,5-19) mm. Se archivaron 4,1 (3,6-4,6) imágenes y 2,9 (2,4-3,3) clips de video por estudio. El estudio se realizó a los 45,1 (31,9-58,3) horas del ingreso, la distribución por turnos fue: mañana 63,1%, tarde 25,6% y noche 11,3%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas (test ANOVA) en la FEVI Simpson (p = 0,006) y la relación E/A (p = 0,007) entre los distintos grupos diagnósticos siendo los grupos de insuficiencia cardiaca y PCR los que presentan mayor grado de disfunción. La presencia de disfunción sistólica o diastólica no influyó sobre la estancia en UCI o la mortalidad.

Conclusiones: La evaluación ecocardiográfica rutinaria de los pacientes críticos permite conocer la función sistólica y diastólica. Puede guiar el tratamiento y orientar sobre el pronóstico.

401. SEDACIÓN CON DEXMETETOMIDINA EN IMPLANTES DE MARCAPASOS DEFINITIVOS

Pola Gallego de Guzmán MD, Castillo Rivera AM, Guerrero Marín M, Martínez Arcos MA, Molina de la Torre MC y Ruiz Bailén M. *Grupo de investigación: CTS-606*

Complejo Hospitalario de Jaén en Jaén.

Introducción: La dexmedetomidina se acerca al perfil ideal del fármaco sedante para medicina intensiva, con inicio de acción rápido, curso predecible, y recuperación de las funciones cognitivas rápida tas la

Tabla Póster 401					
Paciente	Edad	Diagnóstico	FC mínima	Complicaciones hemodinámicas	Otras complicaciones
1	87	Disfunción sinusal	60	No	Trombosis venosa
2	79	BAV de 3º	40	No	No
3	77	Síndrome bradi-taqui	65	Flutter auricular	No
4	79	BAV de 3º	35	No	Retención urinaria
5	85	Síndrome bradi-taqui	65	No	No
6	69	BAV de 3º	40	Hipotensión	No

retirada de este. Presenta efecto sedante por estimulación presináptica de los receptores $\alpha 2$ -adrenérgicos a nivel del *locus ceruleus* y también tiene un efecto analgésico, así como efectos neuroprotectores. Los efectos secundarios descritos incluyen hipotensión y bradicardia, pero ofrece una calidad de sedación similar al sueño natural y con escasa depresión respiratoria.

Objetivos: Evaluar la sedación con dexmedetomidina en pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre el empleo de sedación con dexmedetomidina en pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivos como procedimiento no urgente, asociado a otros sedantes. Los pacientes no son consecutivos, sino que se han elegido entre los que portaban marcapasos provisional, o los que presentaban frecuencia ventricular superior a 50, para minimizar los posibles riesgos atribuibles a dexmedetomidina.

Resultados: Hemos incluido 6 pacientes con necesidad de implante de marcapasos definitivo a los que se sedó con dexmedetomidina a dosis entre 0,5-0,9 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$, asociada a midazolam o cloruro mórfico en bolo inicial. La edad media fue de 79,33 años. El nivel máximo de sedación fue un RASS -2.

Conclusiones: La sedación con dexmedetomidina para procedimientos invasivos como el implante de marcapasos es segura en pacientes seleccionados, y debidamente monitorizados, a pesar de asociarse a FC bajas.

402. IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO. DESCRIPCIÓN DE UNA POBLACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Paredes Borrachero I, Morán Gallego FJ, Márquez Doblas M, Raigal Caño AI, Vecino Montoya M, Buj Vicente M, Calle Flores A y Piza Pinilla RH

Hospital Virgen de la Salud en Toledo.

Objetivos: Analizar las características y factores relacionados con el primoimplante de marcapasos definitivo en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes con ingreso en la UCI para implante de marcapasos definitivo, desde enero de 2018 hasta mayo de 2019.

Resultados: Se analizaron un total de 87 pacientes, 48 varones (55,2%) y 39 mujeres (44,8%) con una edad media 83 años (54-99). El 81,6% tenían HTA, 27,6% DM, cardiopatía previa 25,3% y arritmias previas el 20,7%. Tomaban antiagregación 28,7% y anticoagulación 14,9%. Estaban institucionalizados el 8,2% y presentaban deterioro cognitivo (Escala Barthel ?65) 9,2%. La clínica debut más frecuente fue mareo (27,1%), síncope 24,1% y disnea (16,5%). La estancia media en UCI fue de 5,2 días ($\pm 3,8$). La indicación más frecuente de implante fue bloqueo aurículoventricular (BAV) de 3º grado (75,9%) y la causa más habitual fibrosis del sistema de conducción (71,2%). Requirieron isoprenalina el 66,6% y marcapasos provisional el 9,2%. El dispositivo más frecuentemente implantado fue DDDR (59,8%) seguido de VVI (35,6%), con una tasa de complicaciones mayores 6,9%.

Conclusiones: En nuestra cohorte el antecedente más importante fue la HTA y la toma de antiagregación. La indicación de marcapasos definitivo fue en su mayoría por BAV completo y el tipo de dispositivo de elección el DDDR. La estancia media en UCI fue elevada; esto podría estar justificado por la situación de los pacientes con patología aguda respecto al bloqueo que precisa estabilización y las restricciones del quirófano propias del servicio.

403. RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE RCP

Ocabo P, Lozano H, Edroso P, Arche MJ, Abanses P, Herrero S, Mayordomo C, Isern I, Montes M y Matute A

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en Zaragoza.

Introducción: La rapidez de instauración de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) de calidad ha demostrado ser un factor predictor fundamental de la supervivencia así como de la morbilidad a corto-medio plazo. Por este motivo se diseñó en nuestro hospital un protocolo de RCP basado en una cadena asistencial en el que desde la primera llamada, hasta la llegada del médico intensivista, el paciente está recibiendo maniobras de resucitación.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar los resultados tras la aplicación del protocolo de RCP en nuestro hospital, en cuanto a términos de mortalidad y estado neurológico posterior.

Métodos: Se han recogido de forma retrospectiva todas las paradas cardiorrespiratorias (PCR) intrahospitalarias desde mayo de 2017 hasta mayo de 2019 en el HCU Lozano Blesa. Se ha realizado un análisis descriptivo y analítico, atendiendo a las características clínicas de los pacientes, así como de las variables más estrechamente ligadas a la RCP (tipo de parada, ritmo, tiempo de inicio y duración de la RCP...). Las variables resultado se han definido como mortalidad y estado neurológico posterior según la escala pronóstica de Glasgow.

Resultados: Se han recogido 61 casos, la edad media era de 71,7 años (DE 12,7), el 59% eran varones hipertensos (37%) y diabéticos (27%). La mayoría de las llamadas procedían de Medicina Interna (18%). La duración de las maniobras fue en el 55,7% mayor de 10 minutos y la demora en el inicio de las mismas fue de $0,6 \pm 1,5$ minutos para la RCP básica y de $3,4 \pm 3,1$ minutos para la RCP avanzada. El ritmo inicial más frecuente fue desfibrilable (36,1%). El 32,8% de los pacientes reanimados sobrevivieron. El factor que se asoció con mayor mortalidad fue la parada no presenciada (R 0,58 (IC 0,450-0,752) $p = 0,003$) y un ritmo inicial en asistolia ($p = 0,066$). Los pacientes que sobrevivieron más de 24 horas, con parada presenciada y duración de RCP menor de 10 minutos, presentaron el mejor pronóstico neurológico.

Conclusiones: El perfil del paciente con PCR es un varón de 72 años ingresado en Medicina Interna. El ritmo más frecuente detectado fue desfibrilable. Han sobrevivido el 32,8% de los pacientes en parada. Hay más éxitos en las paradas no presenciadas y en las asistolias. El pronóstico neurológico es mejor en los pacientes que han sufrido una parada presenciada y cuando la duración de la misma ha sido menor de 10 minutos.

405. ANÁLISIS PARADAS CARDÍACAS INTRAHOSPITALARIAS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA 2019

Puerto Morlán A, García Gómez I G, Zamboschi NA, Nieto González M, Ruiz del Fresno LC y Moratalla Cecilia G

Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga.

Introducción: y objetivos: Con motivo del 5º aniversario de la implementación del plan del hospitalario de reanimación nos planteamos realizar un análisis de la realidad de la PCR en nuestro centro.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo prospectivo, se analizaron las características de las paradas cardíacas intrahospitalarias (PCIH) ocurridas de marzo a diciembre de 2019 en áreas médicas del centro (excluidas áreas quirúrgicas). Las variables a estudiar fueron seleccionadas según el registro Ulstein.

Resultados: Durante los 10 meses que duró la recogida de datos, 54 pacientes sufrieron PCIH. La edad media era de 70 (± 12 años), con un predominio de eventos en el género masculino (59%, n: 32). Respecto a la ubicación dentro del hospital, un 35,2% de los casos se daban en áreas de hospitalización médica, seguido de urgencias (29,6%). Siendo la patología predominante causante del ingreso hospitalario la cardíaca (31,5%) y respiratoria 18,5%, lo cual explicaría que las 2 principales causas de PCIH sean la insuficiencia respiratoria aguda (26%) y el síndrome coronario agudo 19%. Llama la atención tanto que solo en el 55,6% de los casos estaban previamente monitorizados, como el alto porcentaje (87%) en el que el primer ritmo objetivable era no desfibrilable. Otro

dato a tener en cuenta es la media de edad elevada anteriormente descrita y el alto número de comorbilidades asociadas de los pacientes afectos, todo ello en consonancia con el elevado porcentaje (31,5%) en los que la limitación del esfuerzo terapéutico supone el fin de la resucitación. Por ende, la supervivencia al mes es nefasta con una mortalidad del 94,4%.

Conclusiones: La pésima supervivencia al mes del evento (5,6% comparado con el aproximadamente el 20% de supervivencia al alta registrada en la literatura) pueda deberse a 2 factores. El alto porcentaje de pacientes en los que no se debería haber activado el aviso de RCP por las comorbilidades asociadas y se concluyó la reanimación por este motivo (31,5%) y a que en un alto porcentaje de eventos en los que se registraron ritmos no desfibrilables como primer ritmo, ello hace pensar que muchas de estas paradas cardíacas se detectaron tarde. A la luz de esto, tendríamos que trabajar en programas de detección precoz de datos de mal pronóstico en las plantas médicas (área no monitorizada donde más frecuentemente suceden las PCIH) para evitar iniciar y/o detectar el evento precozmente.

406. RELEVANCIA DE UN PROGRAMA ECMO (MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA) EN UN HOSPITAL CON CIRUGÍA CARDIACA SIN TRASPLANTE

Mor Marco E, Sánchez Satorra M, Martínez Vega S, Anglada Olivan M, Boronat García P, Chávez Dianderas F, Cabaña Benjumea A, Berastegui García E, Juliá Almill I y Ricart Martí P. *Grupo de investigación: ECMO Team Can Ruti*

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol en Badalona.

Objetivos: Analizar la implementación de un programa ECMO en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) sin trasplante cardiopulmonar.

Métodos: Estudio observacional descriptivo durante el año 2019. Se analiza el uso de ECMO en todas sus modalidades: ECMO vena-vena (ECMO VV) en insuficiencia respiratoria refractaria, ECMO vena-arteria (ECMO VA) en shock cardiogénico poscirugía cardíaca o secundario a tromboembolismo pulmonar (TEP) y ECMO en reanimación cardiopulmonar (E-RCP) intra y extrahospitalaria (IHCA/OHCA). La implantación de terapia ECMO VV y ECMO VA se ha realizado siguiendo las recomendaciones de la Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). En ECMO VV se instauró en pacientes con insuficiencia respiratoria grave refractaria ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100 \text{ mmHg}$ con $\text{FiO}_2 > 90\%$), a pesar de optimización de la ventilación mecánica, relajación muscular y decúbito prono. En ECMO VA en pacientes en INTERMACS 1.

Resultados: 26 pacientes en ECMO durante 2019. ECMO VV $n = 11$; ECMO VA $n = 10$; ECMO E-RCP $n = 5$. La etiología en ECMO VV fue: 5 neumonías víricas H1N1, 2 traumatismos torácicos, 2 neumonías bacterianas, 1 enfermedad pulmonar intersticial como puente a trasplante y 1 terapia facilitadora en cirugía neoplásica de cabeza y cuello con vía aérea imposible. En la ECMO VA ha sido: 4 shock poscardiotomía, 3 shock cardiogénico en cardiopatía isquémica aguda con 1 caso de comunicación interventricular posinfarto agudo de miocardio, 1 TEP. Se han realizado 5 E-RCP: 4 IHCA y 1 OHCA. La mortalidad directa derivada de la terapia fue de 1 caso (hemorragia cerebral). La supervivencia al alta de UCI es: ECMO VV 82%, ECMO VA 60% y E-RCP 60%.

Conclusiones: La ECMO en nuestro centro se ha consolidado como una terapia eficaz y segura en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria grave y shock cardiogénico refractarios, así como, en el paro cardiorrespiratorio. El manejo multidisciplinar en coliderazgo con el Servicio de Cirugía Cardíaca, la formación constante y un número de casos anuales considerable ha convertido este tipo de terapias en un tratamiento seguro y de calidad. Además, se ha abierto un nuevo campo facilitador a cirugías y procedimientos antes imposibles en nuestro centro.

407. PARADA CARDIACA EN UCI

Villegas del Ojo J, Díez del Corral Fernández B, Pérez Madueño V, Pérez Ruiz M y Giménez Beltrán B

Hospital Universitario Jerez de la Frontera en Jerez de la Frontera.

Objetivos: Analizar la incidencia de PCR, y su asociación con el desarrollo de complicaciones y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaban en la Unidad con el diagnóstico de PCR, de enero-diciembre 2019. Se analizaron variables demográficas, FRCV, lugar de presentación, etiología, complicaciones y mortalidad.

Resultados: Se analizaron 356 pacientes que ingresaron en la Unidad por SCACEST/SCASEST y/o PCR (mortalidad global 9,5%). De ellos, 10,9% (38) ingresaron por PCR, con una edad media de $65,79 \pm 17,19$ años, siendo el 60,5% varones, alcanzando una mortalidad del 42,1% estos pacientes vs. 5,5% los que no desarrollaban una PCR ($p < 0,000$). La mayor parte presentaba algún FRCV: 51,4% DM, 62,2% HTA, tabaquismo 43,2%, DLP 27%, cardiopatía isquémica previa 13,5%. Presentaron ritmo desfibrilable el 55,6%. El 54,1% fueron extrahospitalarias. Se diagnosticaron como SCA 54,3% (SCACEST 57,89%, SCASEST 31,58%); realizándose el cateterismo en el 85% de los casos (60% ACTP primaria); TEP 2,7%, coronarias normales 5,4%, disección coronaria iatrogénica 5,4%, otro motivo 29,7% (neumotórax a tensión, hiperkaliemia, acidosis metabólica, alteraciones del ritmo...). Se sometieron a estrategia de control de temperatura el 42,1%. Entre las terapias de soporte vital requirieron de VM el 83,8% de los pacientes, soporte con vasoactivos (NA 77,8%, adrenalina 25% y DB 33,3%), TRR 5,3%. Se sometieron a estrategia de control de temperatura el 42,1%. Previo al alta, fue preciso el implante de marcapasos en 1 paciente y 2 DAI. La mortalidad global fue del 51,4%, elevándose hasta el 73,68% en el caso de PCR intrahospitalarias. El 94,6% de los pacientes presentó alguna complicación (arritmias ventriculares 16,7%, shock cardiogénico 30,6%, trombosis del stent 5,6%, bradicardia 11,1%, infección 16,7%, otros 13,5% (encefalopatía anóxica...)).

Conclusiones: En nuestra serie la forma de presentación clínica más habitual fue la PCR por FV en el contexto de SCA, que requirió de angioplastia primaria. La PCR se asoció de forma significativa a una elevada mortalidad, siendo más elevada en la PCR intrahospitalaria.

597. ANTICOAGULACIÓN, FIBRINOLISIS Y TRATAMIENTO DE SOPORTE EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: ¿SE RELACIONA CON LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS O CON LA MORTALIDAD?

Díaz Rodríguez C, Pérez Torres D, Fraile Gutiérrez V, de Ayala Fernández JA, Posadas Pita GJ, Canas Pérez I, Prol Silva E, Blanco Schweizer P, Sanz Hernán JJ y Enríquez Giraudo PM

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Describir la asociación entre la estrategia de anticoagulación, las complicaciones hemorrágicas, las medidas de soporte orgánico y la mortalidad en los pacientes con TEP que ingresan en UCI.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados por TEP en UCI de 2011 a 2019, excluyéndose los TEP como diagnóstico secundario. Se registran datos demográficos, analíticos y tratamientos administrados. Se aplica test exacto de Fisher, χ^2 o t de Student, según corresponda.

Resultados: Se incluyen 107 pacientes, 55% mujeres, edad 63 (45-77), APACHE-II 12 (8-17), mortalidad hospitalaria 16%. Riesgo: alto 80%, bajo 20%. Anticoagulación: heparina bajo peso molecular (HBPM) 72%, heparina sódica (HepNa) 21%, no anticoagulado (NA) 7%. Hemorragia grave (HG) ($> 3 \text{ g/dl}$): 21%, 22% y 14%, respectivamente ($p = 0,91$). Mortalidad: HBPM 6%, HepNa 22%, NA 100% ($p < 0,01$). Fibrinólisis 36%, motivado por: 47% fallo ventrículo derecho, 21% shock cardiogénico, 18% parada cardiorrespiratoria, 11% insuficiencia respiratoria, 4% imagen de alto riesgo. HG posfibrinólisis (primeras 48h) 24%. HG durante el ingreso en pacientes fibrinolisados 34% vs. 13% en no fibrinolisados, $p = 0,01$. Anticoagulación posfibrinólisis: HBPM 64% y HepNa 36%, con frecuencia de HG a 48h de 24% y 25% ($p = 0,93$); y durante el ingreso de 38% y 33%, respectivamente ($p = 0,78$). Mortalidad: fibrinólisis + HBPM 5%, fibrinólisis + HepNa 25% ($p = 0,13$). Tratamiento de soporte: noradrenalina (OR 24, $p < 0,01$), dobutamina (OR 24, $p < 0,01$) y ventilación mecánica (VM) invasiva (OR 19, $p < 0,01$) se asociaron a mayor mortalidad. No se asociaron ($p > 0,05$) VM no invasiva, técnicas de remplazo renal y trasfusión de hemoderivados.

Conclusiones: La modalidad de anticoagulación no modificó la incidencia de HG. La fibrinólisis no aumentó el riesgo de HG en las primeras 48h, pero sí durante el ingreso, lo que podría relacionarse con otros factores. El fármaco anticoagulante administrado posfibrinólisis no modificó la incidencia de sangrado ni la mortalidad. Los pacientes que fallecieron necesitaron soporte con fármacos vasoactivos y ventilación mecánica con mayor frecuencia.

598. IMPACTO DEL TRATAMIENTO EN FASE AGUDA EN LA FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA A LOS 6 MESES TRAS TEP

De la Torre Vélez P, Iglesias Posadilla D, Granado Saez de Tejada PB, Montero Baladía M, Larrosa Arranz A, Nariño Molano C, Perea Rodríguez ME, Pérez Cabo EM, Vara Arlanzón R y Martínez Barrio E

Hospital Universitario de Burgos en Burgos.

Objetivos: Evaluar el impacto por ecocardiografía de la disfunción ventricular derecha a los 6 meses del ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos por TEP en función del tratamiento.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Burgos en el periodo 2015 a 2019 con el diagnóstico de TEP agudo. Se registran datos demográficos, índices de gravedad, mediciones de ETT y biomarcadores cardiacos. Se usó la prueba t-Student o prueba U de Mann-Whitney para la comparación de variables cuantitativas. Las variables categóricas fueron evaluadas con la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher según conviniese.

Resultados: Se incluyen en el estudio 85 pacientes, de los cuales el 55,29% eran varones, con una edad mediana de 68 años (IQR 56-79), APACHE II mediano 14 (10-19). Se realizó fibrinolisis en el 43,53% de los casos y una mortalidad hospitalaria del 17,65%. El PESI medio fue de 123,34 (DE 45,36). El seguimiento a los 6 meses se realizó en 19 de los 85 pacientes (22,35%), de los cuales 9 fueron fibrinolizados (47,37%). Se produjo el exitus en un paciente (5,26%).

No fibrinolizados			
	ETT ingreso	ETT 6 meses	p
Dilatación VD	90%	11,11%	0,0001
TAPSE	17,2 mm	22 mm	-
IT	80%	60%	0,356
PSAP	49 mmHg	44 mmHg	0,5015

Fibrinolizados			
	ETT ingreso	ETT 6 meses	p
Dilatación VD	88,9%	0%	< 0,0001
TAPSE	14,1 mm	24	-
IT	88,9%	44,4%	0,0483
PSAP	65,125	57,6	0,643

Conclusiones: Se demuestra mejoría de la relación VD/VI, del TAPSE y de la presencia de IT, a los 6 meses, independientemente del tratamiento. No se demuestra una disminución estadísticamente significativa en los parámetros de la PSAP en ambos grupos.

599. ENERGÍA ÓPTIMA DE CHOQUE EN LA CARDIOVERSIÓN

Ortiz Díaz-Miguel R, Gómez Carranza A, Santos Peral A, Espinosa González MC, Rubio Prieto E, Segovia García de Marina L, Muñoz Moreno JF, Ambrós Checa A, Pérez Torija MA y Girela Pérez B

Hospital General Universitario de Ciudad Real en Ciudad Real.

Objetivos: Analizar el perfil de eficacia y seguridad de dos estrategias de cardioversión eléctrica (CVE): una a máxima energía y otra con aumento progresivo de sus niveles.

Métodos: Se recogen 20 pacientes con arritmia auricular, FA (fibrilación auricular) y flutter, a los que se le va a aplicar una CVE en una Unidad de Arritmias de gestión privada dirigida por Intensivistas. Se analizan dos grupos: uno con CVE a energía máxima (360 J) y otro con aumento progresivo de la energía (100-150 y 200 J), máximo 3 choques en ambos grupos. Las variables analizadas se describen en los resultados.

Resultados: Grupo energía máxima: edad media 69 \pm 7 años, varón 70%, IMC 31 \pm 1, flutter 30%, FA 70%, duración de la arritmia: < 1 mes 20%, > 1 mes 80%, HTA 80%, DM 30%, enfermedad valvular 20%, cardiopatía isquémica 10%, uso de amiodarona coadyuvante 0%, Anticoagulación: antivitamina K 40%, no antivitamina K 40%, colocación electrodos: anterolateral 0%, anteroposterior 100%, número de choques (media) 1, arritmias: asistolia 0%, bradicardia transitoria 30%, bloqueo auriculoventricular (BAV) 0%, arritmias ventriculares 0%, extrasistolia ventricular 30%, ICTUS periprocedimiento 0%, quemadura 10%. Grupo energía ascendente: Edad media 66 \pm 3 años, varón 60%, IMC 30 \pm 4, flutter 20%,

FA 80%, duración de la arritmia: < 1 mes 20%, > 1 mes 80%, HTA 80%, DM 20%, enfermedad valvular 30%, cardiopatía isquémica 20%, uso de amiodarona coadyuvante 50%, Anticoagulación: antivitamina K 50%, no antivitamina K 20%, colocación electrodos: anterolateral 0%, anteroposterior 100%, número de choques (media) 2,5, Arritmias: asistolia 0%, bradicardia transitoria 20%, bloqueo auriculoventricular (BAV) 0%, arritmias ventriculares 0%, extrasistolia ventricular 40%, ICTUS periprocedimiento 0%, quemadura 40%.

Conclusiones: Las CVE a máxima energía parecen ser eficaces, con necesidad de un menor número de choques y menor necesidad de tratamiento antiarrítmico coadyuvante. La utilización de un menor número de choques con la estrategia de energía máxima disminuye la incidencia de quemaduras. La ausencia de arritmias graves periprocedimiento confirma la seguridad de la estrategia de CVE a máxima energía.

600. NECESIDAD DE IMPLANTAR UN CÓDIGO SHOCK A NIVEL INTRA Y EXTRAHOSPITALARIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Nuevo Ortega P, Rueda Molina C, Nieto González M, de la Torre Muñoz AM y Esteche Fonca MA. Grupo de investigación: Grupo ARIAM

Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga.

Introducción: El shock cardiogénico es el resultado más frecuente de infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca descompensada, shock poscardiotomía o miocarditis aguda.

Objetivos: Describir las características de los pacientes fallecidos en situación de shock cardiogénico tras un SCA desde 1 enero 2019 al 27 noviembre 2019.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, según datos del registro ARIAM de los pacientes que fallecen en nuestra unidad tras ser ingresados con el diagnóstico de SCA desde 1 enero 2019 al 27 noviembre 2019.

Resultados: Se han registrado 263 pacientes ingresados por SCA, edad media de 64 años. El 5% fallecieron (13 pacientes), con una edad media 74 años; 79% por SCACEST y 21% SCASEST. De los fallecidos, las causas más frecuentes: PCR o shock cardiogénico con el 92%. El 64% presentaron Killip inicial III- IV. Al 100% de los casos de exitus se les hizo coronariografía urgente pero al 43% no se les hizo angioplastia por complejidad de lesiones, ICP fallida o cirugía abdominal muy reciente, entre otras.

Conclusiones: Consideramos que es necesario la implantación de un "código shock" intra y extrahospitalario en el que, según la situación del paciente y las alteraciones electrocardiográficas, estimemos un riesgo y adoptemos una actitud más invasiva desde el primer momento, con intención de evitar o mejorar la situación de shock cardiogénico y con ello su mortalidad.

601. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CAMBIO DE ACTITUDES, TRATAMIENTOS Y RESULTADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL TRAS IMPLANTE DE ICP 1ª EN LA COMUNIDAD

De la Hoz García C, Gómez de Oña J, Navarro Guillamón L, Vasserot Vargas FJ y Robles-Musso Castillo E

Hospital de Poniente en El Ejido.

Objetivos: Estudio descriptivo de los tratamientos y resultados obtenidos durante los seis meses previos y posteriores al implante de un programa de ICP 1ª.

Métodos: Se comparan dos periodos de tiempo, siendo el hospital de origen de los datos de segundo nivel, con implantación del programa de reperfusión primaria en el hospital de primer nivel. Se analizan los SCACEST, durante el año 2018. El implante del programa se realizó en julio. Se han recogido un total de 40 pacientes. Se definen dos periodos similares, ambos de 6 meses, el primero entre enero y junio, y el segundo entre julio y diciembre.

Resultados: 1º periodo n = 17 pacientes, 2º periodo n = 23 pacientes. Por sexos: 29 varones y 11 mujeres, con una distribución similar: 1er periodo (13 hombres, 4 mujeres), 2º periodo (17 hombres, 6 mujeres). La edad media del primer periodo es de 60 años (mediana de 58), y la del segundo es de 56,8 años (mediana de 57). Se calcula un valor de la escala GRACE medio para el primer periodo de 165,35 (RR: 5,4-7,3), frente a un valor para el segundo periodo de 136,82 (RR: 2,1-2,9). Dada dicha diferencia, se analizó la mortalidad al mes y al año, con un fallecido en cada periodo, siendo ambas muertes precoces. Mortalidad cal-

culada para el 1^{er} periodo del 5,8%, y para el segundo del 4,3%. 1^{er} periodo: 5 ICP 1^a. Nueve pacientes reciben fibrinolisis, con fracaso del tratamiento en 2, requiriendo cateterismo urgente. Dos pacientes no recibieron fibrinolisis por SCACEST evolucionado. Analizada la FEVI, se obtuvo una media de 50,35%, que resultaba en una clase funcional media de 1,62 (mediana de 2). 2^o periodo: 19 ICP 1^a. En los 4 pacientes restantes se realizó fibrinolisis requiriendo un cateterismo urgente por fracaso de la misma. Analizada la FEVI de los pacientes, se obtuvo una media de 54,65%, que resultaba en una clase funcional media de 1,3 (mediana de 1).

Conclusiones: Los periodos temporales y grupos son comparables. No hemos encontrado diferencias en la mortalidad entre una estrategia terapéutica y otra. Si se encontraron diferencias en la FEVI tras el tratamiento precoz, con una mejoría en la clase funcional a favor del periodo con ICP primaria.

627. NUESTROS RESULTADOS EN POSTOPERATORIO DE WHIPPEL

Abansés Moreno P, Arche Banzo MJ, Edroso Jarne P, Ocabo Buil P, Lozano Gómez H, Matute Guerrero A, Herrero García S, Mayordomo García C, Zalba Etayo B e Isern de Val I

Hospital clínico Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: Analizar los factores relacionados con complicaciones médico-quirúrgicas tras intervención de Whipple durante su estancia en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI tras Whipple, de enero 2015 a noviembre 2019. N = 93. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante el programa SPSS 21.

Resultados: Edad media: 67,34 ± 9,1 años, 57 eran varones (61,3%). El 72,6% tenían un IMC ≥ 25. Sin embargo, se observó desnutrición en un 79,3% de los casos. El 51,6% eran hipertensos, 23,7% diabéticos, 46,2% dislipémicos. 36 pacientes habían sido intervenidos quirúrgicamente y a 47 se les implantó previamente prótesis biliar. Se observaron 28 casos de sepsis; desarrollando en un 21,5% fallo multiorgánico. El aparato respiratorio fue el principal afectado (41,9%), junto con un alto porcentaje de insuficiencia renal (29,6%). De las complicaciones quirúrgicas, 35 de los pacientes (37,6%) desarrolló infección intraabdominal. Otras fueron la fístula pancreática 30%, infección de la herida quirúrgica 25,8%, absceso intrabdominal 22,6%. Un tiempo quirúrgico superior a 6 horas se relacionó con un aumento de complicaciones médicas (p 0,036). Se encontraron diferencias significativas entre de los casos reintervenidos (29%) con ambos tipos de complicaciones (p 0,000). En los pacientes con balance hídrico positivo las primeras 12h, se dieron mayor número complicaciones quirúrgicas (p 0,058). El análisis estadístico no halla diferencias respecto al estado prequirúrgico del paciente, a excepción de un mayor riesgo de infección intrabdominal en los pacientes diabéticos (p 0,031), en los desnutridos (p 0,057) y en aquellos con manipulación previa tanto quirúrgica como endoscópica (p 0,046 y p 0,065). Así mismo, se encontró relación entre los pacientes diabéticos y los casos de sepsis (p 0,054). Según la estirpe tumoral las complicaciones quirúrgicas fueron más frecuentes (p 0,018).

Conclusiones: Las intervenciones quirúrgicas previas, reintervenciones y la colocación de prótesis biliar son factores que influyen en el desarrollo de infección intraabdominal en el posoperatorio inmediato. El balance hídrico positivo condiciona un mayor número de complicaciones quirúrgicas. Los pacientes diabéticos y/o desnutridos presentan mayor riesgo de infección intrabdominal. El ampuloma y el tumor intraductal mucinoso son los que más se complican.

628. SUPERVIVENCIA A CORTO PLAZO DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

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

Hospital Clínico Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: Analizar la mortalidad a corto plazo de todos los pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica en nuestro centro.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de 93 pacientes ingresados en nuestra

unidad tras duodenopancreatectomía cefálica. Se realizó contraste de hipótesis según sean variables cuantitativas o categóricas y según el patrón de normalidad, mediante los test χ^2 de Pearson, t de Student y U de Mann Whitney utilizando el programa SPSS-21.

Resultados: El 61,3% de los pacientes fueron hombres y el 38,7% mujeres, siendo mayores de 65 años el 61,3% de ellos. La estancia media fue de 14,24 ± 33,59 días. 11 pacientes (11,8%) fallecieron en UCI, el resto de los pacientes fueron dados de alta de nuestro servicio y todos ellos a domicilio. Del total de la muestra, el 65,6% de los pacientes presentaron complicaciones de tipo quirúrgico, siendo la más frecuente la infección intraabdominal hallada en 34 pacientes (36,6%) cuya mortalidad fue superior de forma significativa (p 0,047). La fístula pancreática fue la segunda complicación más frecuente, 28 casos (30,3%) sin afectar a la supervivencia. Sin embargo, aunque la fístula biliar e intestinal fueron menos frecuentes sí que aumentaron el riesgo de mortalidad por 3,6 y 6,1 respectivamente (p 0,052 y p 0,007). Un 30,1% de los pacientes desarrolló sepsis con un riesgo de exitus 5 veces mayor que aquellos que no lo desarrollaron (p 0,001). El 21,6% presentó fallo multiorgánico (p 0,000). También se encontraron diferencias significativas con la descompensación cardiaca (p 0,045) y la insuficiencia renal (p 0,000). No hallamos relación entre la mortalidad y la técnica quirúrgica, el tiempo quirúrgico, el sangrado intraoperatorio. Tampoco con la etiología tumoral, el estado nutricional previo ni otras comorbilidades asociadas.

Conclusiones: La complicación más frecuente en nuestro medio es la infección intraabdominal. Ante la aparición de fístulas biliar y/o intestinal peores se observaron peores resultados de supervivencia en comparación con otras complicaciones quirúrgicas. El estado nutricional previo no aumentó el riesgo de fallecimiento en la DPC.

Pósteres pantalla

Donación/Trasplantes

122. INTOXICACIÓN POR METANOL Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

Estébanez Montiel MB^(a), López M^(b), de la Calle Reviriego B^(c), Martín Villén L^(d), Ballesteros MA^(e), Galán Torres JB^(f), Ruiz Esteban P^(g), Adalia Bartolomé R^(h), Daga Ruiz D⁽ⁱ⁾ y Mahillo Durán B^(j). *Grupo de investigación:* Proyecto DRNE Organización Nacional de Trasplantes

^(a)Hospital Universitario La Paz en Madrid. ^(b)Hospital Universitario Cruces en Barakaldo. ^(c)Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid. ^(d)Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. ^(e)Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^(f)Hospital Universitario La Fe en Valencia. ^(g)Hospital Regional Universitario en Málaga. ^(h)Hospital Clínico en Barcelona. ⁽ⁱ⁾Hospital Virgen de la Victoria en Málaga. ^(j)Organización Nacional de Trasplantes en Madrid.

Objetivos: Investigar el perfil epidemiológico de los donantes fallecidos por intoxicación por metanol, la validez de los órganos para trasplante y conocer los resultados de los trasplantes realizados a partir de ellos.

Métodos: Estudio prospectivo descriptivo que analiza los datos de todos los donantes fallecidos intoxicados por metanol, recogidos prospectivamente en el Registro Integrado de Donación y Trasplante de la Organización Nacional de Trasplantes (CORE), durante el periodo 2013-2016, con datos de seguimiento de los receptores proporcionados por la aplicación específica para el seguimiento de los receptores de donantes de riesgo no estándar (DRNE).

Resultados: Durante el periodo de estudio hubo un total de 24 donantes intoxicados por metanol. Todos fueron donantes utilizados. Hubo 12 donantes varones (50%) y doce mujeres. La mediana de edad fue de 46,5 años (P25: 39-P75: 52 años). La mayoría (23 donantes, 95,83%) fueron donantes en muerte encefálica y solo un paciente (pac.) fue donante en asistolia tipo IIa. En total fueron donados los siguientes órganos: 46 riñones, 16 hígados, 14 corazones, 18 pulmones, 1 páncreas, de los que se realizaron 77 trasplantes: 41 renales, 11 hepáticos, 13 cardíacos, 11 pulmonares y 1 páncreas-riñón. Se dispone del seguimiento del 90% de ellos (69 pacientes) a los tres meses del trasplante. El 88% de los pacientes (61 pacientes) continuaba vivo con injerto funcionante a los tres meses de seguimiento. De los 8 pacientes fallecidos durante el segui-