



LIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)

Palma de Mallorca, 9-12 de junio de 2019

LUNES, 10 DE JUNIO

Comunicaciones orales

8:30h a 10:00h
Cardiovascular 1
Auditorio Mallorca

Moderadores: Rocío Gómez López
y Jaime Mesquida Febrer

001. VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DEL ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL EN EL TIEMPO EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO. ESTUDIO PRELIMINAR EN 9 PACIENTES

Arcís Conesa A, Keituaqwa Yáñez I, Nicolás Franco S, Navarro Martínez J, Burruezo López A, Rodríguez González FJ y Mariblanca Nieves B

Hospital Rafael Méndez en Lorca.

Objetivos: El presente estudio analiza las variaciones en el tiempo del acoplamiento ventrículo-arterial (VAC) estimado por ecocardiografía en un solo latido, en paciente con shock séptico.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y observacional en pacientes diagnosticados de shock sépticos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rafael Méndez de Lorca. Se recogieron los datos demográficos y clínicos. Se tomaron muestras de sangre a las 24 horas del diagnóstico del cuadro de shock séptico, 48 horas y a la semana. Se recogieron en estos mismos tiempos los parámetros hemodinámicos, necesidad de ventilación mecánica, terapias de reemplazo renal y el uso de drogas vasoactivas así como sus dosis. A todos los individuos se les realizó un estudio ecocardiográfico transtorácico a las 24 horas del diagnóstico de shock séptico, a las 48 horas y la semana y se registraron los siguientes parámetros: volumen telesistólico y telediastólico de ventrículo izquierdo, volumen latido y fracción de eyección. Se midieron el tiempo preeyectivo y el tiempo sistólico. El índice cardíaco se calculó mediante el producto del volumen latido por la frecuencia cardíaca. El cálculo de la elastancia al final de la sístole (Ees) se realizó por el método descrito por Chen.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 9 pacientes. Fallecieron tres pacientes durante el periodo de estudio comprendido entre las mediciones a las 48 horas y la semana, siendo agrupados los datos hemodinámicos y ecocardiográficos de acuerdo a la supervivencia a la semana del diagnóstico del shock. En cuanto a los resultados del VAC, los supervivientes presentaron cifras estables en torno a 1,1; $1 \pm 0,23$ a las 24 horas, $1,15 \pm 0,25$ a las 48 horas, $1,23 \pm 0,64$ mientras que en los no supervivientes se evidenció una tendencia a la disminución de las

cifras de VAC por debajo de 1; $0,8 \pm 0,14$ a las 24 horas y $0,6 \pm 0,13$ a las 48 horas. Este desacoplamiento se produjo a expensas de un incremento de las cifras de Ees. Tanto a las 24 horas como a las 48 horas se no existieron diferencias significativamente estadísticas en las cifras de drogas vasoactivas empleadas en supervivientes y en no supervivientes.

Conclusiones: En el presente estudio, aunque limitado por una población pequeña, refrenda los hallazgos de los escasos estudios previos sobre el incremento de la morbi-mortalidad en pacientes con shock séptico y desacoplamiento VAC medido de forma no invasiva.

002. DETERMINANTES DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DE VENTRÍCULO IZQUIERDO Y CÓMO CONTAR CON ÉSTOS PARA MEJORAR LA VALORACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD MIOCÁRDICA

Monge García M^a, Jian Z^b, Settles JJ^b, Hunley C^c, Cecconi M^d, Hatib F^e y Pinsky MR^b

^aHospital SAS de Jerez en Jerez de la Frontera. ^bEdwards Lifesciences en Irvine, EEUU. ^cUniversity of Pittsburgh School of Medicine en Pittsburgh, EEUU. ^dOrlando Regional Medical Center en Orlando, EEUU. ^eHumanitas Research Hospital en Milan, Italia. ^fEdwards Lifesciences en Irvine, EEUU.

Introducción: El objetivo de este estudio fue cuantificar el impacto de diferentes factores cardiovasculares con la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI), así como valorar un nuevo cálculo de la FEVI considerado estos factores.

Métodos: 10 cerdos fueron estudiados. El protocolo experimental consistió en cambios secuenciales de la poscarga, la precarga y la contractilidad. Las curvas de presión-volumen (PV) de VI y de la presión arterial periférica fueron obtenidas antes y después de cada intervención. La FEVI se calculó como el cociente entre el volumen sistólico y el volumen telediastólico del VI. Se evaluaron variables de función cardíaca global: elastancia ventricular (Ees), elastancia arterial efectiva (Ea), volumen telediastólico y la frecuencia cardíaca. La función diastólica se estudió mediante el tiempo de relajación isovolumétrica (τ) y la constante de rigidez ventricular (β) obtenidas de la relación presión-volumen telediastólica. El acoplamiento ventrículo-arterial (VAC), un índice de rendimiento cardiovascular se calculó como Ea/Ees . La eficiencia mecánica del VI (LVEff) se obtuvo del cociente entre el trabajo sistólico (SW) y el área dentro de la curva de presión-volumen de VI (PVA). Se usó un modelo lineal mixto para determinar el impacto de los factores cardíacos (Ees, Ea, EDV y frecuencia cardíaca), función diastólica, VAC y LVEff durante todas las condiciones experimentales.

Resultados: La FEVI estuvo fundamentalmente relacionada con la contractilidad (Ees) y la poscarga (Ea). Se observó una fuerte correlación entre la FEVI tanto con el VAC y la LVEff ($r^2 = 0,69$ y $r^2 = 0,94$, respectivamente). La relación entre la FEVI y la Ees fue buena ($r^2 = 0,43$). Ajustando la FEVI a la poscarga ($LVEF_{Ea} = EF \times \sqrt{Ea}$), mejoró significativamente esta relación ($r^2 = 0,75$) y la capacidad de detectar los cambios de contractilidad, incluso si se empleó un sustituto periférico de la Ea ($Ea =$ presión arterial media radial/volumen sistólico; $r^2 = 0,73$) (figs.).

Figura 1 Comunicación 002

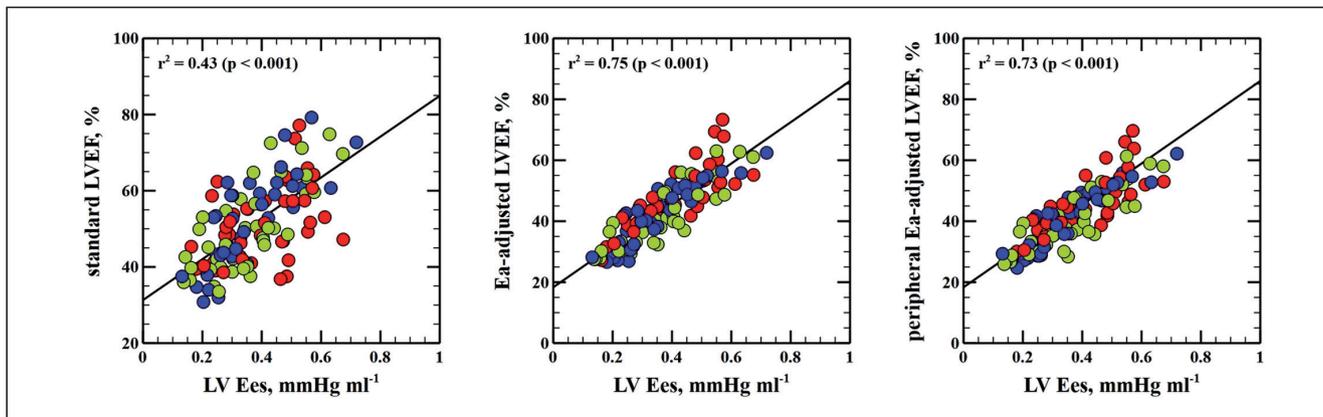
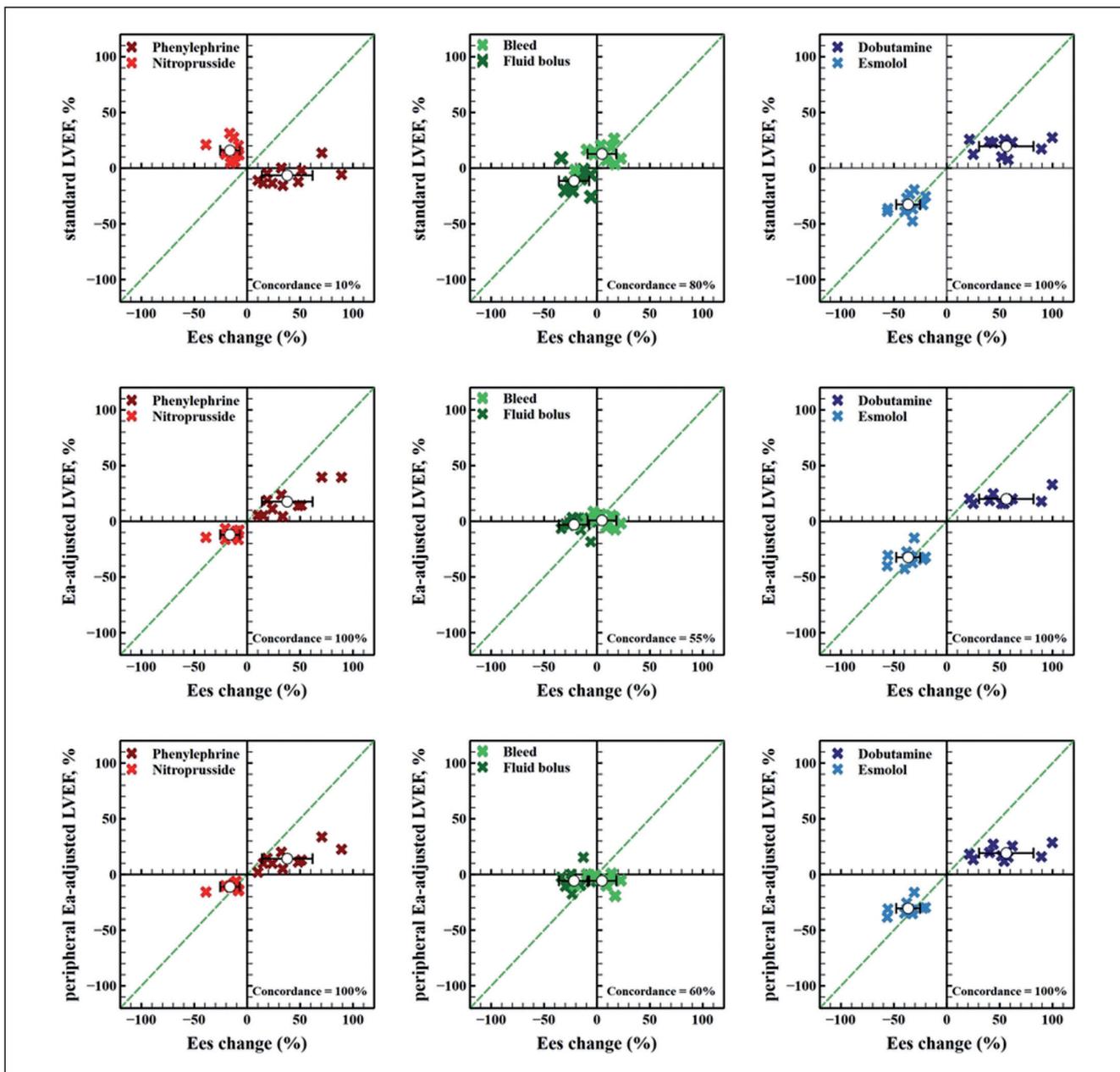


Figura 2 Comunicación 002



Conclusiones: La FEVI está fundamentalmente determinando por la contractilidad y la poscarga de VI, está estrechamente relacionada con el acoplamiento ventricular-arterial y la eficiencia mecánica del VI. Un ajuste de la FEVI que considera el impacto de la poscarga proporcionó una mejor valoración de la contractilidad de VI.

Financiada por: Edwards Lifesciences.

003. INFLUENCIA DEL SÍNDROME CARDIORRENAL EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Gordillo Brenes A, Álvarez-Ossorio Cisneros S, Gómez García B, Marcote Denis B, García Cruz MC, Sierra Camerino R, Sánchez Rodríguez A, Hernández Alonso B

Hospital Puerta del Mar en Cádiz.

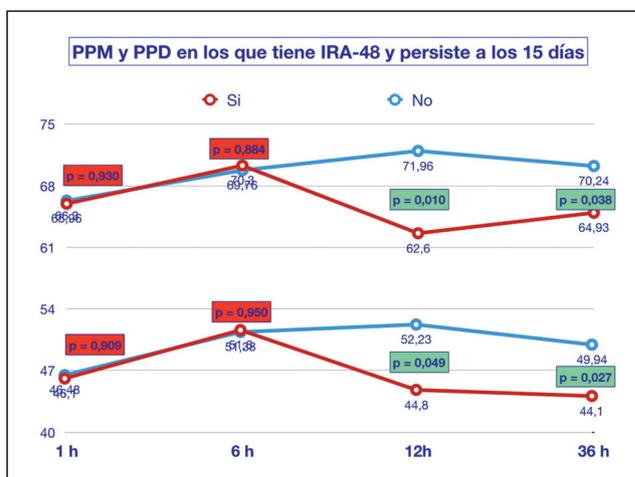
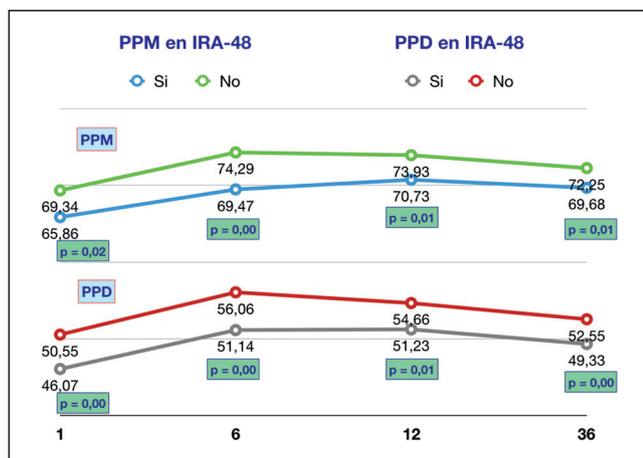
Introducción: El síndrome cardiorrenal comprende un espectro de trastornos que afectan tanto al corazón como a los riñones, en los que la disfunción aguda o crónica de un órgano puede inducir disfunción en el otro, y en su fisiopatología tiene una importancia capital la presión venosa central (PVC).

Objetivos: Analizar la relación de la PVC con la insuficiencia renal aguda en las primeras 48 horas (IRA-48) del postoperatorio de cirugía cardíaca.

Métodos: Pacientes en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca. Variables analizadas: antecedentes de diabetes mellitus (DM), HTA, ictus y arritmias previas (ARR). PVC, presión de perfusión media (PPM), presión de perfusión diastólica (PPD), índice cardiaco (IC), saturación venosa mixta (SvO2), en las primeras horas (h) postoperatorias (1, 3, 6, 12, 24 y 36). Presencia de IRA-48 según criterios AKIN y de IRA a los 15 días (IRA-15). Los resultados se muestran como medias e intervalo confianza 95% en el caso de variables cuantitativas y en forma de porcentaje en las cualitativas.

Resultados: 956 pacientes. 66% hombres y 34% mujeres. Edad de 65,2 (64,5-65,9) y mortalidad del 6,8%. IRA-48: 33%. IRA-15: 3,9%. En un subgrupo de 356 pacientes se determinaron PPM, PPD, IC y SvO2. Hubo relación significativa de IRA-48 con HTA (38,7%; p: 0,00), DM (43,5%; p: 0,00), ARR (44,6%; p: 0,000) e ictus (43,6%; p: 0,01). La PVC fue significativamente mayor en cirugías valvulares y de aorta (p: 0,000). La PVC fue mayor en los pacientes que desarrollaron IRA-48, y más elevada cuanto mayor fue el grado de AKIN (p: 0,00) (tabla). Hubo diferencias significativas en la PPM y PPD de las 1, 6, 12 y 36 horas postoperatorias entre los pacientes con y sin IRA-48 (fig. 1). El IC y la SvO2 no se asociaron de manera mantenida con estadio AKIN en las 48 h, y tampoco se asociaron con IRA-15. Los casos con IRA-15 tuvieron una menor PPM y PPD entre las 12 y 36h de forma significativa (fig. 2). Las PVC de las primeras horas se asociaron con IRA-15, de forma que una PVC-12 > 10 mmHg tiene un riesgo de hasta 8 veces mayor para IRA-15 (OR: 8,79; 3,4- 22,7).

IRA-48	PVC					
	1 h	3h	6h	12h	24h	36h
Estadio AKIN						
0	6,21	5,81	5,14	5,09	6,68	7,66
1	6,89	6,78	6,29	6,29	7,68	8,34
2	8,32	7,81	7,37	6,99	8,36	9,04
3	8,75	7,06	8	6,63	7,38	9,67
Valor p	0,038	0,000	0,000	0,000	0,000	0,071



Conclusiones: La elevación de la PVC y el descenso de la PPM y PPD en las primeras horas del postoperatorio de cirugía cardíaca se asocian con IRA-48 en mayor medida que el IC y SvO2. La PVC, PPM y PPD de las 12 a las 36 horas postoperatorias podrían predecir la persistencia de insuficiencia renal a los 15 días.

004. DETECCIÓN PRECOZ DEL EDEMA DE REPERFUSIÓN EN LA TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR

Delgado Moya F, Pérez Vela JL, Corres Peiretti MA, Martín Badía I, Pagliarani Gil P, Renes Carreño E, López Gude MJ y Montejo González JC.

Grupo de investigación: UCI cardiológica Hospital Universitario 12 de Octubre

Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: El edema de reperfusión (ER) es una de las complicaciones más características de la tromboendarterectomía pulmonar (TP). Presenta importancia por su implicación pronóstica y frecuencia. El objetivo del estudio es valorar si la monitorización mediante termodilución transpulmonar es útil en el manejo precoz del ER.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo de pacientes sometidos a TP desde septiembre 2014 hasta septiembre 2018. Se definió ER como la aparición de nuevos infiltrados pulmonares en las zonas reperfundidas e hipoxemia (PaO2/FiO2 menor de 200) en el postoperatorio inmediato. Se registraron variables demográficas, hemodinámicas, complicaciones y mortalidad. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas mediante valores absolutos y porcentajes. Para la comparación se utilizó t de Student en las variables continuas y la prueba χ^2 o el test de Fisher en las variables categóricas con el paquete estadístico STATA 13.

Resultados: Se analizaron 131 pacientes postoperados de TP. El 50,8% fueron mujeres con edad de 57 ± 13. Tiempo de CEC 217 ± 32 minutos y tiempo de parada circulatoria 46 ± 14 minutos. Cumplieron criterios de ER 51 (38,2%) pacientes. Se objetivaron diferencias significativas entre los pacientes con ER frente a no ER en los valores de agua extravascular pulmonar (ELWI) a las 24h: 10,4 ± 3,1 frente a 8,4 ± 2,6 (p < 0,001) y a las 48h 11,6 ± 3,7 frente a 8,6 ± 2,5 (p < 0,001) y en los índices de permeabilidad pulmonar (PVPI) a las 24h: 2,7 ± 0,9 frente a 2 ± 0,6 (p < 0,001), 48h: 2,5 ± 0,8 frente a 2 ± 0,8 (p = 0,003). La presión pulmonar arterial media posquirúrgica fue 34 ± 10 mmHg frente a 26 ± 8 mmHg (p < 0,001). Los tiempos de parada fueron 49 ± 12 min frente a 45 ± 16 min (p = 0,17). Los tiempos de CEC 223 ± 29 min frente a 212 ± 33 min (p = 0,06). Los pacientes con ER precisaron ventilación mecánica más prolongada 258 ± 288h frente a 56 ± 123h (p < 0,001), mayor estancia en UCI 19 ± 16 días frente a 7 ± 8 días (p < 0,001) y mortalidad 9,8% (p = 0,007). No fallecieron pacientes sin ER. No se objetivó relación con el balance hídrico a las 8h, 24h o 48h ni con el índice de volumen global telediastólico (GEDi).

Conclusiones: ELWI y PVPI presentan asociación con la aparición de ER, pudiendo considerarse de elevada utilidad para su detección precoz y manejo. El ER es más frecuente en pacientes con mayor hipertensión pulmonar posquirúrgica. Los pacientes con ER presentan peor evolución con más horas de VM, mayor estancia y mortalidad.

005. LA ESTIMULACIÓN VENTRICULAR PODRÍA SER UN NUEVO PREDICTOR DE RESPUESTA AURICULARES RÁPIDAS EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS

Salazar Ramírez C, Nieto González M, Pérez Bailón A, Carballo Ruiz M y Esteche Fonca MA

Hospital Universitario San Cecilio en Granada. Hospital Universitario Virgen de la Victoria en Málaga.

Introducción y objetivos: Los episodios de frecuencia rápida auricular (EFRA) se detectan con frecuencia en paciente con marcapasos sin antecedentes de arritmias auriculares. Muchos de estos EFRA corresponden a fibrilación auricular (FA) subclínica, que se ha demostrado que se asocia a mayor riesgo de ictus cardioembólico. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si el porcentaje de estimulación ventricular (VP) en pacientes con marcapasos bicameral y sin antecedentes de FA está relacionado con el desarrollo de FA subclínica (expresada como EFRA) y FA clínica (ECG documentado).

Métodos: Los pacientes se incluyeron de forma prospectiva entre enero de 2015 y agosto de 2018 después de los controles de marcapasos rutinarios y seguimientos. Se excluyeron los pacientes con historia de FA. El seguimiento se realizó a los dos meses después del implante y luego cada año. EFRA (FA subclínica) se definió como un episodio de frecuencia auricular > 225 lpm con una duración mínima de 5 min. La FA clínica se definió como FA documentada por ECG. El porcentaje de VP se determinó como VP promedio durante las primeras 2 visitas. También se registraron la mortalidad y los eventos cardiovasculares (incluyendo fibrilación auricular y hospitalización por insuficiencia cardiaca).

Resultados: Se incluyeron 113 pacientes (edad media de 76 años, 54% varones). El tiempo promedio desde el implante de marcapasos fue de 10,3 meses. Después de un seguimiento medio de 18 meses, el 14,5% de los pacientes desarrollaron EFRA y el 13% de FA clínica. Los pacientes con VP > 50% tenían casi tres veces más de desarrollar EFRA (OR 2,7, IC95% 1,1-7,72, p = 0,01) y casi cinco veces más de desarrollar FA clínica (OR 5,2 IC95% 3,5-9,6, p = 0,56). Como era de esperar el bloqueo AV fue la razón principal para el implante de marcapasos en pacientes con VP > 50%. No se encontraron diferencias significativas en eventos cardiovasculares o mortalidad.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que la alta estimulación ventricular es un marcador de riesgo para el desarrollo de FA subclínica (EFRA) y FA clínica en pacientes con marcapasos bicamerales y sin antecedentes de taquiarritmias auriculares.

006. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO Y PRONÓSTICO DE OCTOGENARIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA INGRESADOS EN UCI

Guía C^a, Zapata L^b, Gómez R^c, Rodríguez E^d, Portugal Rodríguez E^e, Leache I^f, García M^g, Roche-Campo F^h, Lafuente Mⁱ y Palazón AC^j. Grupo de investigación: GT cuidados cardiológicos, ICAUCI

^aCorporació Sanitària Parc Taulí en Sabadell. ^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona. ^cQuirónsalud Miguel Domínguez en Pontevedra. ^dHospital General de Castellón en Castellón. ^eHospital Universitario Lucus Augusti en Lugo. ^fHospital Joan XXIII en Tarragona. ^gHospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona. ^hHospital Verge de la Cinta en Tortosa. ⁱHospital Nuestra Sra. de Gracia en Zaragoza. ^jHospital General Universitario de Murcia en Murcia.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, el manejo y el pronóstico de los pacientes ancianos (> 80 años) ingresados en UCI por ICA.

Métodos: Subanálisis del registro ICA-UCI, registro observacional multicéntrico nacional en el que participaron 33 hospitales. Se analizan todos los pacientes ingresados en UCI más de 24 horas con diagnóstico de ICA. Se compara la población de adultos < 80 años con la de > 80 años. Los datos se expresan en media [IC95%]. Se realizó el estudio estadístico con el programa SPSS V.25 utilizando para las comparaciones t de Student, RR o chi cuadrado según procediese. Se realizó un estudio de regresión logística ajustado por gravedad y factores de confusión para el análisis de la mortalidad

Resultados: De abril a junio de 2017 un total de 627 pacientes presentaron ICA como motivo de ingreso o durante la estancia en UCI. La edad media de la población fue de 68,5 años [67,4-69,5] donde 21,3% fueron ancianos y 78,7% fueron jóvenes. En el grupo anciano las mujeres representaron el 49,3%, en el grupo joven fueron el 34,6% (RR 1,83; IC95% 1,2-2,69). El enolismo y tabaco fueron más frecuentes en la po-

blación joven y el de hipertensión en la población anciana. El grupo de ancianos presentó mayor: índice de Charlson (5,31 [4,44-5,96] frente a 3,29 [2,56-3,48] p < 0,001), no hubo diferencia en APACHE II al ingreso (20 [16,7-23,4] frente a 18,7 [16,8-20,5]). La presentación en forma edema agudo de pulmón mayor en ancianos 87,1% frente a 79,6% (RR 1,73 [1,01-3,02]), mientras que el shock cardiogénico lo fue menos 35,6% frente a 46,7% (RR 0,63 [0,42-0,93]). La monitorización hemodinámica invasiva fue menor en ancianos (15,2%) que en jóvenes (26,1%) igual que el porcentaje de ecocardiografías (67,7% frente a 83,6%). Se utilizó menos noradrenalina (28% frente a 39%) y dobutamina (15,2% frente a 24%) en ancianos. Hubo una menor utilización de ventilación mecánica invasiva en el grupo de ancianos (23,5 frente a 37,9). En los ancianos hubo una mayor limitación del tratamiento de soporte vital (41,6% frente a 16%). Los ancianos presentaron estancias en UCI más cortas (6,5 días [4,4-9,7] frente a 10,3 días [7,7-12,9], p < 0,001). La mortalidad en UCI (16,8% frente a 16,1%) y a los 30 días (20,6% frente a 18,3%) fue similar en ambos grupos, si bien en el estudio multivariado la edad > 80, el APACHE II al ingreso y la hipoperfusión tisular estuvieron asociados de forma independiente con a la mortalidad a los 30 días.

Conclusiones: Los pacientes ancianos representan más de una quinta parte de los pacientes ingresados en UCI con ICA. En estos pacientes se tiene una aproximación diagnóstica y terapéutica menos agresiva que en los pacientes más jóvenes y se realiza una mayor limitación del tratamiento de soporte vital. Ajustado por gravedad y complejidad terapéutica los pacientes de más de edad tienen una mayor mortalidad.

007. IMPACTO DE LA AGUDIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA DURANTE EL INGRESO EN UCI

Zapata L^a, Gómez R^b, Guía C^c, Colinas L^d, Rodado I^e, Cabrera J^f, Torrejón I^g, Tarancón C^h, de la Torre Fernández MJⁱ y Martínez ML^j. Grupo de investigación: GT cuidados cardiológicos, ICAUCI

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona. ^bQuirónsalud Miguel Domínguez en Pontevedra. ^cCorporació Sanitària Parc Taulí en Sabadell. ^dHospital Universitario de Toledo en Toledo. ^eHospital Universitario de Torrejón en Torrejón. ^fHospital Universitario de Canarias en Santa Cruz Tenerife. ^gHospital del Henares en Coslada. ^hHospital Virgen de la Concha en Zamora. ⁱComplejo Hospitalario Universitario de Ourense en Ourense. ^jHospital General de Catalunya en Sant Cugat del Vallés.

Objetivos: Analizar la incidencia y los factores que influyen en la descompensación de la ICC en los pacientes que ingresan en UCI sin insuficiencia cardiaca agua (ICA) así como su efecto sobre la morbilidad y la mortalidad a los 30 días.

Métodos: Subanálisis del registro ICA-UCI, registro observacional multicéntrico nacional en el que participaron 33 hospitales. Se analizan los pacientes > 18 años con antecedente de ICC que ingresaron en UCI más de 24 horas y cuyo motivo de ingreso inicial no era una descompensación aguda de la ICC. Los datos se expresan en media [IC95%]. Se realizó el estudio estadístico con el programa SPSS V.25 utilizando para las comparaciones t de Student, RR o chi cuadrado según procediese. Valores de p < 0,05 se consideraron significativos. Se realizó una regresión logística ajustada por gravedad y factores de confusión para el análisis de la mortalidad.

Resultados: Durante abril a junio de 2017 ingresaron 325 pacientes con antecedente de ICC sin ICA. La edad fue de 71,4 años [70-72,7], el 38% fueron mujeres, APACHE II 16,1 [14,6-17,6]. El 30,4% de los pacientes presentó ICA como complicación durante el ingreso en UCI. Los pacientes que complicaron con ICA fueron pacientes más graves al ingreso (APACHE II 20,4 [17,3-23,4] frente a 16,6 [14,8-18,4]; p = 0,026). En el estudio univariado los factores de riesgo para presentar una descompensación fueron: antecedente de cardiopatía isquémica (RR 1,85 [1,14-3,02]), ingreso por patología infecciosa (RR 2,97 [1,55-5,67]). No hubo diferencias significativas en cuanto a edad ni otros antecedentes. Los principales factores desencadenantes de ICA fueron la presencia de una infección (34,4%) y una hiperhidratación (26%). Los pacientes que se complicaron con ICA tuvieron estancias en UCI (10,7 [7,7-13,8] frente a 6,6 [5,2-8]; p 0,007) y hospital (30,9 [23,5-38,3] frente a 22,9 [19,4-26,5]; p 0,026) más prolongadas. Los pacientes que presentaron ICA durante el ingreso en UCI tuvieron una mayor mortalidad a 30 días (26,1% frente a 12,9%; RR 2,38 [1,28-4,44]). En el estudio multivariado tan sólo el APACHE II al ingreso (OR 1,06 [1,02-1,1]) y el hecho de presentar una descompensación de la ICC durante el ingreso en UCI (OR 2,31 [1,04-5,11]) se correlacionaron con la mortalidad a los 30 días.

Conclusiones: Un elevado número de pacientes con antecedente de ICC se reagudizan durante la estancia en UCI. La gravedad al ingreso, el antecedente de cardiopatía isquémica y el ingreso por una infección se relacionan con la descompensación. La descompensación de la ICC durante el ingreso está correlacionada con estancias más prolongadas y una mayor mortalidad.

008. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ENFERMEDAD CORONARIA NO OBSTRUCTIVA (IMECNO) DEL REGISTRO ARIAM-SEMICYUC

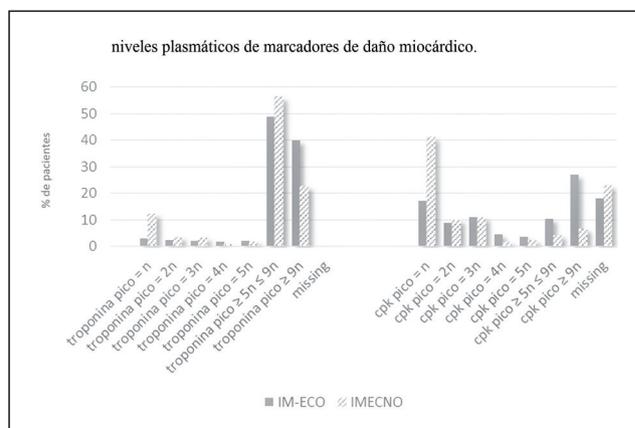
Ballesteros Ortega D^a, Martínez González O^b, Blancas Gómez-Casero R^b, Quintana Díaz M^c y de Miguel Balsa E^d

^aHospital Universitario Puerta de Hierro en Majadahonda. ^bHospital Universitario del Tajo en Aranjuez. ^cHospital Universitario La Paz en Madrid. ^dHospital General Universitario de Elche en Elche.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con infarto de miocardio con enfermedad coronaria no obstructiva (IMECNO), así como su evolución durante el ingreso y a corto plazo, del registro español ARIAM-SEMICYUC.

Métodos: Diseño: estudio multicéntrico, de cohortes, observacional. Ámbito: UCIs participantes en el registro ARIAM-SEMICYUC. Participantes: todos los pacientes, mayores de edad, del registro ARIAM-SEMICYUC diagnosticados de IAM de menos de 48 horas de evolución, ingresados en las unidades asistenciales de los hospitales. Se utilizan los criterios de IAM de la Sociedad Europea de Cardiología. Intervenciones: se realizan dos grupos, IMECNO, formado por pacientes sin lesiones significativas en la angiografía y el grupo IM-ECO, con lesiones en el árbol arterial coronario. Se describen las características de ambos grupos y se estudia la existencia de diferencias entre ambos. Variables de interés: variables demográficas, antecedentes previos, evolución y pronóstico.

Resultados: se incluyeron 12.899 pacientes con diagnóstico de IAM. 9.241 pacientes (93,7%) IM-ECO y 622 pacientes IMECNO (6,3%). Los pacientes IMECNO son más jóvenes (63 frente a 65 años; $p < 0,001$), y en mayor proporción mujeres (49,0% frente a 21,9%, $p < 0,001$) que IM-ECO. Tienen un menor número de factores de riesgo cardiovascular, tratamiento asociado y menor gravedad al ingreso, así como, menor necrosis miocárdica. La mortalidad intrahospitalaria es mayor entre los pacientes con IM-ECO, no existiendo diferencias a los 30 días del alta de UCI.



Conclusiones: los pacientes diagnosticados de IMECNO suponen un porcentaje no desdeñable del total de IAM, siendo ésta una población diferente de los pacientes con IAM de origen oclusivo coronario, que se produce por una serie de diferentes patologías. La población española con IMECNO presenta unas características similares a la de los estudios previos realizados en otros países.

009. ELABORACIÓN DE UN SCORE PREDICTIVO DE IMECNO A PARTIR DEL REGISTRO ARIAM-SEMICYUC

Ballesteros Ortega D^a, Martínez González O^b, Blancas Gómez-casero R^b, Quintana Díaz M^c y de Miguel Balsa E^d

^aHospital Universitario Puerta de Hierro en Majadahonda. ^bHospital Universitario del Tajo en Aranjuez. ^cHospital Universitario del Tajo en Aranjuez. ^dHospital Universitario La Paz en Madrid. ^eHospital General Universitario de Elche en Elche.

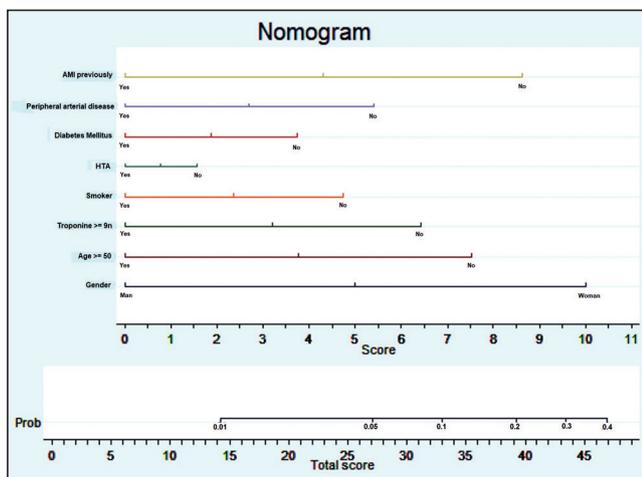
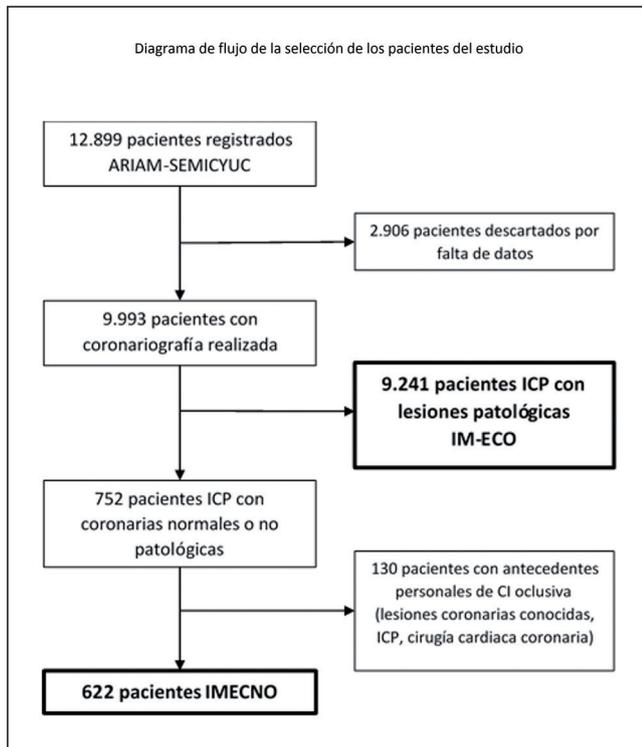
Objetivos: desarrollar un score que nos permita identificar a los pacientes con infarto de miocardio con enfermedad coronaria no obstructiva (IMECNO) del resto de pacientes con IAM de origen oclusivo (IM-ECO) para establecer los procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados.

Figura 2 Comunicación 008

			IM-ECO (n=9241)	IMECNO (n=622)	P
Variables demográficas					
	Género: mujer	n (%)	2019 (21,9)	305 (49,0)	<0,001
	edad (años)	Mediana (IQR 1-3)	65 [55-75]	63 [50-74]	
	peso (kg)	Mediana (IQR 1-3)	78 [70-85]	75 [66-85]	<0,001
	talla (cm)	Mediana (IQR 1-3)	170 [163-173]	165 [160-170]	<0,001
	IMC	Mediana (IQR 1-3)	27,3 [25,0-29,9]	27,0 [24,5-29,4]	0,315
Antecedentes personales y factores de riesgo coronario					
Tabaquismo					
	Exfumador (< 1 año)	n (%)	325 (3,5)	10 (1,6)	0,014
	Exfumador (> 1 año)	n (%)	1882 (20,4)	77 (12,4)	<0,001
	Fumador actual (último mes)	n (%)	3360 (36,4)	169 (27,1)	<0,001
	No fumador	n (%)	2839 (30,7)	294 (47,3)	<0,001
	valores perdidos	n (%)	835 (9,0)	72 (11,6)	
	Hipertensión arterial	n (%)	5443 (58,9)	326 (52,4)	0,001
	Lesiones coronarias conocidas	n (%)	1396 (15,1)	0 (0,0)	<0,001
	Historia familiar de CI	n (%)	1088 (11,7)	71 (11,4)	0,594
	Dislipemia	n (%)	4722 (51,1)	275 (44,2)	<0,001
	Diabetes	n (%)	2590 (28,0)	116 (18,7)	<0,001
	Consumo de cocaína	n (%)	96 (1,0)	11 (1,8)	0,069
	Episodios previos de angina	n (%)	1695 (18,3)	89 (14,3)	0,012
	IAM previo	n (%)	1554 (16,8)	29 (4,7)	<0,001
	ACVA	n (%)	514 (5,5)	25 (4,0)	0,1
	Arteriopatía periférica	n (%)	593 (6,4)	14 (2,2)	<0,001
	Insuficiencia cardíaca	n (%)	280 (3,0)	19 (3,1)	0,965
	EPOC	n (%)	701 (7,6)	39 (6,3)	0,227
	Insuficiencia renal crónica	n (%)	445 (4,8)	19 (3,1)	0,046

Métodos: Estudio multicéntrico, de cohortes, observacional. Realizado con los datos del registro ARIAM-SEMICYUC. Participantes: todos los pacientes, mayores de edad, del registro ARIAM-SEMICYUC diagnosticados de IAM de menos de 48h de evolución. Se utilizan los criterios de IAM de la Sociedad Europea de Cardiología. Se realizan dos grupos, IMECNO, formado por pacientes sin lesiones significativas en la angiografía y el grupo IM-ECO, con lesiones en el árbol arterial coronario. Se describen las características de ambos grupos y se estudia la existencia de diferencias entre ambos.

Resultados: Para la realización del nomograma, se utilizó un modelo de regresión donde con los coeficientes calculados se construyó el modelo predictivo en forma de nomograma, definido como la representación gráfica del impacto relativo de cada factor pronóstico dentro del modelo global. La capacidad predictiva del modelo final se evaluó mediante su calibración y su capacidad de discriminación que permiten realizar la validación interna del modelo final. La figura 2 muestra la probabilidad de presentar IMECNO al ingreso en los pacientes con IAM. El valor del score se obtiene al sumar las distintas puntuaciones dadas a las variables que forman el nomograma. El rango de valores se sitúa entre 0 y 48. Al valor máximo le corresponde una probabilidad de presentar IMECNO del 40%, obteniéndose este valor realizando una sencilla operación con datos que se obtienen de rutina al ingreso de todos los pacientes con IAM.



Conclusiones: los pacientes IMECNO constituyen una población distinta al resto de pacientes con IAM, con unas características diferenciales que precisan de un esfuerzo diagnóstico para adecuar la terapia a la patología causante del evento isquémico. El presente score puede orientar a estos pacientes para realizar el esfuerzo diagnóstico para llegar al diagnóstico.

Financiada por: Universidad Alfonso X El Sabio.

010. MONITORIZACIÓN DE LA REANIMACIÓN EN PACIENTES CON SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO. RESULTADOS DEL ESTUDIO MORESS

Gruartmoner de Vera G^a, Mesquida Febrer J^a, Espinal Sacristán C^a, Gomà Fernández G^a, García Nogales X^a, Artigas Raventós A^a y Baigorri González F^a. *Grupo de investigación:* Área de Críticos Parc Taulí Hospital Universitari

^aHospital Universitari Parc Taulí en Sabadell. ^bHospital Moisès Broggi en Esplugues.

Objetivos: Evaluar el impacto sobre la mortalidad de una estrategia de administración de volumen guiada mediante parámetros dinámicos de dependencia de precarga frente a parámetros estáticos en pacientes con sepsis grave y shock séptico.

Métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado, multicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos con sepsis grave y shock séptico, con evidencia de hipoperfusión, y con necesidad de ventilación mecánica. A su ingreso en UCI, se aleatorizaron a una de las estrategias de tratamiento: Grupo Control, en el que se administraba volumen guiado por los valores de presión venosa central (PVC), según las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign 2012, y el Grupo Intervención, en el que la guía de administración de volumen se hacía en base a los valores de variación de presión de pulso (VPP), variación de volumen sistólico (VVS), o el test de elevación pasiva de las piernas. La estrategia se mantuvo durante las primeras 72 horas de ingreso en UCI. La variable principal fue la mortalidad a los 28 días. Se recogieron características a la inclusión, así como variables hemodinámicas, metabólicas, balance hídrico (BH), evolución de fracasos de órganos, estancia en UCI y hospitalaria.

Resultados: El estudio se interrumpió a los dos años por falta de reclutamiento. Se incluyeron un total de 60 pacientes, en 12 centros. El 66,6% de pacientes se aleatorizaron al grupo control (n = 40), y el 33,3% al grupo intervención (n = 20). No hubo diferencias en las características basales de los dos grupos. La edad media fue de 62 ± 15 años, 65% varones, 82% en shock séptico, con un SOFA inicial de 12 ± 4 puntos. Los valores iniciales de lactato fueron 4,7 ± 3,6 mmol/L. La mortalidad global fue del 30%, 47% en el grupo control y 21% en el grupo intervención (p = 0,1). No hubo diferencias en la evolución del lactato a las 6 y 24 horas. El BH acumulado durante el periodo de estudio (72 horas) fue significativamente superior en el grupo control (5.812 ± 4.818 mL frente a 3.035 ± 3.031 mL, p 0,02).

Conclusiones: La utilización de variables dinámicas de predicción de dependencia de precarga se asocian a menor balance hídrico en las 72 horas iniciales de reanimación del paciente séptico. La incorporación de estas variables en el proceso de reanimación podría evitar la administración deletérea de fluidos, con potencial impacto sobre el pronóstico de estos pacientes.

Pósteres orales

8:30h a 10:00h
Sepsis/Fracaso Multiorgánico 1
Sala Eivissa 1

Moderadoras: Paula Ramírez Galleymore y María Asunción Colomar Ferrá

011. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD PRECOZ EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN COMUNITARIO

Valles J, Nogales S, Rozza T, Cerdà M, Caballer A, Villanueva J, Sánchez EJ, Fontanals D, Oliva JC y Diaz E

Hospital Universitari Parc Taulí en Sabadell.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo en los pacientes con shock séptico (SS) que se asocian a una mortalidad precoz en la UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con SS de origen comunitario ingresados de forma consecutiva durante un periodo de 14 años (2003-2016). Los pacientes se identificaron a partir de una base de datos prospectiva de pacientes con infección ingresados en UCI y cumplían las definiciones de SS de acuerdo a las recomendaciones Sepsis-3. La mortalidad precoz se definió como aquella que ocurría dentro de las primeras 72h de ingreso en UCI. Las características de los pacientes que morían precozmente o que sobrevivían más de 72h se compararon con el test de chi-cuadrado o el test de Fisher para las variables categóricas y el test t de Student para las variables continuas. Las variables significativas asociadas con una mortalidad precoz fueron incluidas en el análisis logístico multivariado. Una $p < 0,05$ fue considerada estadísticamente significativa.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 625 pacientes con una edad media de $65,6 \pm 14$ años cumplieron con los criterios de SS (Sepsis-3). La infección fue documentada por un cultivo positivo en el 92,2% y el 52,5% presentaron bacteriemia. La fuente de infección más común fue el pulmón (27%), mientras que 322 pacientes (51,5%) requirieron control del foco infeccioso. La mortalidad media en la UCI fue del 25,8% y la mortalidad media hospitalaria del 29,6%. Un total de 90 pacientes (14,4%) fallecieron en las primeras 72 horas. Del total de los 161 pacientes fallecidos en la UCI, 90 (55,9%) fallecieron en las primeras 72 horas debido a insuficiencia orgánica múltiple relacionada con la infección primaria. La mortalidad global en la UCI mostró un descenso significativo durante el periodo de estudio. Sin embargo, la incidencia de mortalidad precoz no mostró variaciones significativas. En el análisis multivariado, un Apache II > 22 (OR: 10,8), ARDS (OR: 4,51) y bacteriemia (OR: 3,95) fueron variables asociadas independientemente con una mortalidad precoz. Un control del foco adecuado se asoció de forma independiente con una mejor supervivencia dentro de las primeras 72h (OR: 0,03).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que la incidencia de pacientes que mueren dentro de las primeras 72 horas directamente atribuibles al SS no ha variado significativamente durante el periodo de estudio, y describe las características clínicas que identifican a estos pacientes de alto riesgo de morir precozmente. Por otro lado, nuestros resultados muestran que un control del foco adecuado es un factor que mejora la supervivencia de estos pacientes.

012. ACTIVIDAD DE ANTIBIÓTICOS BETA-LACTÁMICOS EN BACILOS GRAM-NEGATIVOS DE PACIENTES UCI CON INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR-SMART USA 2015-2017

López Mendoza D^a, Lob S^b, Hoban D^b, Hackel M^b, Young K^c, Motyl M^c y Sahn D^c

^aMSD España en España. ^bIHMA, Inc., Schaumburg, IL en EEUU. ^cMerck & Co, Inc, Kenilworth, NJ en EEUU.

Objetivos: Relebactam (REL), anteriormente conocido como MK-7655, es un inhibidor de las β -lactamasas de clase A y clase C que se encuentra actualmente en desarrollo en combinación con imipenem (IMI). En este estudio, se evaluó la actividad de IMI/REL en bacilos Gram-negativos y en organismos con fenotipos de resistencia recogidos en Estados Unidos como parte del programa de vigilancia SMART. Los organismos se obtuvieron de pacientes ingresados en UCI con infecciones en el tracto respiratorio inferior (ITR), en donde la resistencia a antimicrobianos suele ser más alta que la observada en otras salas hospitalarias.

Métodos: Entre 2015-2017, 26 UCI de hospitales de USA recogieron individualmente hasta 100 patógenos Gram-negativos consecutivos de ITR cada año. Se determinó la sensibilidad a antibióticos de 1.298 Enterobacteriaceae no pertenecientes a la especie *Proteae* (NPE, por sus siglas en inglés) y de 638 aislados de *P. aeruginosa* utilizando microdilución en caldo y puntos de corte del CLSI. Se utilizó el punto de corte de susceptibilidad de IMI como referencia para IMI/REL.

Resultados: Las NPE presentaron la sensibilidad más baja a ceftazidima (81%) y a cefepime (87%) en la región del Medio Oeste y la más alta en la región del Noreste (88 y 94%, respectivamente). La sensibilidad a imipenem (89-93%) y a piperacilina-tazobactam (86-90%) tuvo menos variabilidad entre regiones. *P. aeruginosa* presentó la sensibilidad más baja a cuatro antibióticos en la región Oeste (57-65%) y la más alta en la región del Noreste (68-76%). Las sensibilidades de las NPE y de *P. aeruginosa* a IMI/REL, así como los fenotipos de no susceptibilidad (NS) a los β -lactámicos, se muestran en la tabla.

Conclusiones: Los β -lactámicos analizados presentaron cierta variabilidad en su actividad sobre patógenos de pacientes con ITR ingresados en la UCI a lo largo de las regiones geográficas estudiadas. Mientras tanto, IMI/REL mantuvo su actividad sobre las NPE ($> 96\%$) y *P. aeruginosa* (90-95%) en todas las regiones. IMI/REL se mantuvo activo sobre $\geq 98\%$ de las NPE con fenotipo resistente, con la excepción del sub-grupo NS a

Figura Póster 012

Organismo/fenotipo	% sensibilidad a IMI/REL (n total)				
	Medio Oeste	Noreste	Sur	Oeste	USA
NPE	96,2 (475)	98,3 (119)	96,4 (279)	97,9 (425)	97,0 (1298)
Cefepime-NS	98,4 (61)	7 de 7 ^a	97,1 (35)	98,0 (50)	98,0 (153)
Ceftazidima-NS	98,9 (88)	100 (14)	97,8 (46)	98,6 (70)	98,6 (218)
Imipenem-NS ^b	48,6 (35)	83,3 (12)	71,0 (31)	76,9 (39)	67,5 (117)
Piperacilina-tazobactam- NS	98,5 (67)	100 (12)	96,4 (28)	98,0 (51)	98,1 (158)
<i>P. aeruginosa</i>	94,6 (224)	93,7 (63)	90,7 (161)	90,0 (190)	92,2 (638)
Cefepime-NS	82,8 (58)	81,3 (16)	73,3 (45)	75,8 (66)	77,8 (185)
Ceftazidima-NS	87,7 (57)	86,7 (15)	79,6 (49)	79,1 (67)	82,4 (188)
Imipenem-NS	82,6 (69)	79,0 (19)	74,1 (58)	74,0 (73)	77,2 (219)
Piperacilina-tazobactam-NS	83,6 (73)	85,0 (20)	77,4 (53)	78,1 (82)	80,3 (228)

^a % de sensibilidad no reflejado si $n < 10$

^b Incluye *Serratia* spp. (72%, 84/117), *Klebsiella* spp. (12%, 14/117), *Enterobacter* spp. (9%, 11/117), otras especies (7%, 8/117)

imipenem (67,5% de sensibilidad), compuesto principalmente por *Serratia spp.*, y mantuvo su actividad sobre un 77-82% de las *P. aeruginosa* con un fenotipo de resistencia, incluidos 77,2% de los aislados NS a imipenem. IMI/REL puede aportar una opción terapéutica de gran valor para tratar a pacientes en la UCI con infecciones del tracto respiratorio causadas por organismos resistentes a β -lactámicos.

Financiada por: MSD.

013. MORBILIDAD Y MORTALIDAD POSTOPERATORIA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA PANCREÁTICA INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Esteban Molina A, Peiro Chamorro M, Monge Sola L, Fuster Cabré M, Tejada Artigas A, Araujo Aguilar P, Martínez Arroyo I, Fuentes Gorgas F y Zárate Chug P

Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Objetivos: Analizar la morbimortalidad de los pacientes ingresados en UCI tras una resección pancreática.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Los datos fueron obtenidos a partir de las historias clínicas de 60 pacientes correspondientes al postoperatorio inmediato tras resección pancreática entre los años 2010 y 2016 e ingresados en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Se analizaron variables tales como la edad, sexo, IMC, ASA, tratamiento prequirúrgico de la vía biliar, bilirrubina, albúmina preoperatoria, fluidoterapia y transfusión intraoperatoria, tiempo quirúrgico. Así como la incidencia de complicaciones, la estancia media y la mortalidad postquirúrgica. Se realizó un análisis descriptivo y bivariable tomando como margen de error un 5% ($p < 0,05$).

Resultados: La edad media de los pacientes fue 64 años (DE 13), el 31% de ellos pertenecía a una clasificación ASA II. Se realizó duodenopancreatectomía cefálica en el 77% ($n = 46$). El 53% presentaba hiperbilirrubinemia y el 10% hipoalbuminemia preoperatoria. La fluidoterapia intraoperatoria media fue de 4,6 l (rango 2l-10l). El tiempo quirúrgico medio fue de 395 minutos (DE 114). Las complicaciones posquirúrgicas sucedieron en el 70% ($n = 42$) de los pacientes, siendo las más frecuentes: absceso intraabdominal (25%), fístula pancreática (20%) y retraso en el vaciamiento gástrico (15%). Una reintervención quirúrgica fue requerida en el 23% de los pacientes. La mortalidad en los primeros 60 días tras la resección pancreática fue del 13% ($n = 8$). La estancia postoperatoria media fue 22 días (DE 16). El 12% ($n = 7$) de los pacientes requirió un drenaje externo de la vía biliar y el 23% ($n = 14$) una endoprótesis. La tasa de complicaciones fue 85% en ambos grupos, sin encontrarse diferencias significativas ($p 0,66$, $p 0,19$, respectivamente). Tampoco se hallaron diferencias significativas con el resto de variables estudiadas en relación con la mortalidad observada.

Conclusiones: La duodenopancreatectomía cefálica es el procedimiento quirúrgico de elección de los tumores periampulares pero presenta una considerable mortalidad. Los resultados de nuestro estudio fueron similares a los descritos por otros autores, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los factores estudiados en relación a morbimortalidad.

014. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN Y AUDITORÍAS EN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

del Río Carbajo L, Vidal Cortés P, Fernández Ugidos P, Priego Sanz J, Freire Cid MP, Nieto Montesinos MJ y López Ciudad VJ. Grupo de investigación: GREMIO CHU Ourense en Ourense.

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de formación en la prevención de la infección nosocomial.

Métodos: Estudio antes y después en una UCI polivalente. Intervención: programa de actualización en BZ y NZ, y presentación de ITU Z, dirigido a DUEs y TCAEs de nuestra UCI. Auditorías: se analizan diferentes medidas de mantenimiento de la vía aérea artificial propuestas por el proyecto NZ, de los catéteres según BZ y de la sonda vesical según ITU Z, antes y después de la intervención. Las variables se expresan como porcentaje y se comparan con χ^2 .

Resultados: Se realizaron 3 sesiones formativas. Asistieron 62 DUEs y 28 TCAEs. 570 observaciones de 4 medidas de NZ (314 antes y 251 después de la intervención). Cabecero 30-45°: 78,7% (antes) frente a 80,5% (después) ($p = 0,50$). Sistema limpio: 97% frente a 97,3% ($p = 0,87$). Posición TOT

correcta: 72% frente a 84,9% ($p < 0,01$). No fuga: 99% frente a 98% ($p = 0,33$). Cumplimiento de todos los ítems: 64% frente a 69,5% ($p < 0,01$). 1253 observaciones de 7 medidas de BZ (648 antes y 604 después). Apósito limpio: 86% frente a 93,7% ($p < 0,01$). Apósito transparente: 73% frente a 84% ($p < 0,01$). Conexiones protegidas: 52,2% frente a 78,8% ($p < 0,01$). No válvulas en perfusiones: 2,2% frente a 59,7% ($p < 0,01$). No llaves de 3 vías innecesarias: 92,1% frente a 97,8% ($p < 0,01$). Perfusión lipídica en luz única: 75% frente a 71,1% ($p = 0,72$). Vía femoral sin pañal: 41,2% frente a 90,6% ($p < 0,01$). Cumplimiento de todos los ítems: 21,5% frente a 47,4% ($p < 0,01$). 981 observaciones de 5 medidas de ITU Z (475 antes y 506 después). Sistema cerrado: 99,8% frente a 100% ($p = 0,30$). Sistema permeable: 99,8% frente a 99,8% ($p = 0,96$), colector normoposicionado 92,4% frente a 96,4% ($p < 0,01$). Fijación adecuada: 0% frente a 79,4% ($p < 0,01$). No uso de pañal: 37,9% frente a 89,9% ($p < 0,01$). Cumplimiento de todos los ítems: 0% frente a 70,2% ($p < 0,01$).

Conclusiones: 1. La formación en la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria mejora la adherencia a las medidas propuestas por los proyectos Zero. 2. Posibles puntos de mejora: asegurar la correcta posición del TOT, el cabecero a 30-45°, protección de las conexiones de los catéteres, no usar válvulas en perfusiones en los catéteres y una fijación adecuada de la sonda vesical. 3. El bajo porcentaje de la adherencia a los protocolos en la auditoría previa indica que los programas de formación deben ser mantenidos en el tiempo.

015. ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) DE LOS CASOS REPORTADOS EN LA UCI DEL H.U. CRUCES

Serna Grande P, Rojas Viguera L, Pérez González R, Bejar Alonso MI, Panera Martínez E, González Redondo A, Canales Bilbao A, Mourelle Vázquez L y Corera Cia M

Hospital Universitario Cruces en Barakaldo.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo sobre los casos de EI atendidos en un período de 8 años, en una UCI de 24 camas, para analizar la comorbilidad así como las características microbiológicas y finalmente mortalidad asociada a la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo revisando 114 historias clínicas de pacientes con diagnóstico definitivo de EI en el periodo comprendido entre 2010 y 2018 en la UCI del H.U. de Cruces. Se determina la comorbilidad asociada, la frecuencia de EI sobre válvula nativa frente a protésica junto a método diagnóstico, características microbiológicas y mortalidad asociada.

Resultados: La incidencia de EI anual varía entre 6 y 16 casos sufriendo un repunte de casos en el año el 2017 (25). La válvula nativa es la más afectada (61%). El 75% de los casos son hombres y la edad media es 65,95 años. APACHE medio calculado es 20,1. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas son diabetes mellitus (23,7%) e insuficiencia renal (15,8%) seguido de neoplasia (11,4%). Los factores de riesgo para infección nosocomial más frecuentes son cirugía urgente (32,5%) y terapias de depuración extrarrenal (14%). El método diagnóstico más frecuente es por hemocultivos positivos (97%), siendo el germen causal aislado más frecuente el *S. epidermidis* (20,2%) lo cual se explica ya que este germen es responsable de casi el 50% de las EI sobre válvula protésica, seguido de *S. aureus* meticilín-sensible y *S. mitis* en igualdad proporción (14,9%). La tasa de mortalidad es de 18%.

Conclusiones: En nuestra serie de casos, la mayoría de los resultados obtenidos son compatibles con lo descrito en la bibliografía. Reseñar que es la válvula nativa la principalmente afectada, siendo el *S. epidermidis* el agente etiológico más frecuente, seguido de *S. aureus* y *S. mitis* debido a que, actualmente, en países industrializados, los pacientes con EI son de edad avanzada, con algún tipo de cardiopatía degenerativa y en hasta un 30% de los casos se relacionan con la atención sanitaria. Como se demuestra, la EI sigue teniendo una tasa de mortalidad asociada elevada (18%).

016. CÓDIGO SEPSIS EN UN HOSPITAL: EXPERIENCIA DE 13 AÑOS

Ortega Alaminos M, Borges Sa M, Aranda Pérez M, Socias A, del Castillo A, González V, Salaverria I, Cruz MV, Paz M y Mena J. Grupo de investigación: Grupo de Sepsis del HSLL

Hospital Son Llàtzer en Palma de Mallorca.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos a partir de un protocolo informatizado multidisciplinar (PIMIS) de sepsis para el manejo de sepsis (S) y shock séptico (SS) desarrollado en todas las áreas entre 2006-18.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en un hospital de 400 camas (18 UCI). Desarrollamos el PIMIS en el contexto del Código Sepsis para identificación de pacientes adultos con S/SS (según SEPSIS 2). Este consta de 5 partes: identificación de criterios, monitorización analítica (0-6-12h), comentario de evolución, acceso a soporte terapéutico y *warning* en las primeras 72h de la inclusión. Todos los médicos pueden incluir. Las variables analizadas: número detecciones (ND), datos demográficos, foco, lugar de adquisición, clínica, gravedad, estancia media hospitalaria (EMH), mortalidad global (MG). Se utilizó chi-cuadrado y ANOVA.

Resultados: Incluimos 11.042 pacientes en 13 años. Fueron 63% varones, edad media 63,3% (DE 6,6) años. El PIMIS fue activado desde urgencias (63%), plantas (22%) y UCI (7%). El número de activaciones incrementó de 0,8 episodios/día en 2006 hasta 2,7 en 2018 ($p < 0,001$). El origen: 66,5% comunitaria, 24,4% nosocomial y 7,1% intra-UCI (0,001). El 61% médicos, 39% quirúrgicos, 28% con tumor sólido, 5% hematológicos y el 37% tenían alguna inmunosupresión. Los periodos de activación 8-15 h (45%), 15:01-22 h (31%), 22:1-07:59 (24%), (0,01). En la activación los criterios de SIRS fueron: 52,5% fiebre, 13% hipotermia, 84% taquicardia, 71% taquipnea, 30% $\text{paCO}_2 < 32$ mmHg, 55,3% leucocitosis, 11,5% leucopenia. Las DO fueron 49% hipotensión, 26% aumento creatinina, 28% coagulopatía, 19,8% hiperlactacidemia, 52% hipoxemia, 28,9% oliguria, 20% alteración de consciencia, hiperbilirrubinemia 6,8%. Un 70% fueron S y 30% SS. Scores de gravedad: APACHE 13,8% (DE 9,5), SOFA 3,7 (3,1), SAPS III 65 (18). El número de disfunciones orgánicas (DO) a la activación: una DO 20%, 2DO 28%, 3DO 28% y > 4 DO 24%. Los focos más frecuentes: pulmonar 51%, abdominal 27%, urinario 22%. Hemocultivos positivos (28%). La EMH fue de 12,3 (DE6) días. La MG fue de 13,5% (DE 9,2), siendo de SS del 25%. Limitación esfuerzo terapéutico en un 21%.

Conclusiones: El PIMIS describe el perfil de pacientes adultos S/SS de nuestro Hospital: la mayoría activados en urgencias, de origen comunitario, pulmonar, médicos, gravedad significativa. Algunas variables clásicas como la fiebre, leucocitosis o hipotensión en alrededor del 50%. Es muy importante conocer esta realidad para conocer su impacto en la real-life.

017. EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD GRAVE, QUE INGRESA EN UNA UCI POLIVALENTE

Recena Pérez P, Fernández Ruíz D, Antuña Braña MT, Pinto Izquierdo V, Martínez González C y Sánchez Prieto A

Hospital Universitario de Cabueñes en Gijón.

Objetivos: Conocer epidemiología y resultado de los pacientes que ingresan en nuestra UCI con neumonía comunitaria grave.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, que incluye todos los paciente ingresados con NACG desde enero de 2015 a noviembre de 2018, en la UCI del CABHU, Unidad polivalente de 14 camas. Se excluyeron las NACG en pacientes con SIDA. Se recogieron variables relativas a epidemiología y a resultado final así como variables pronósticas. Las variables cuantitativas se describen como media \pm desviación típica y mediana con rango mínimo y máximo. Las variables cualitativas se describen como porcentajes.

Resultados: Ingresaron 99 pacientes (7,2% ingresos), 62,6% procedían de planta. Edad media 64,97 años \pm 13,09, 68,7% varones. APACHE II medio 19,85 \pm 8,33, CURB65 medio 2,71 \pm 1,20, un 28% pacientes CURB 65 mayor de 3, SMARTCOP medio 6,43 \pm 1,98, el 43,3% SMARTCOP fue mayor de 6. El 85,9% de pacientes presentaba comorbilidades; 61,6% hábito tabáquico, 31,3% obesidad, 30,3% hábito enólico, 28,3% EPOC, 22,2% diabetes, 15,2% inmunodepresión y 7,1% neoplasia activa. 40,4% de pacientes habían realizado vacunación antigripal y 27,3%, antineumocócica. Motivo de ingreso fue IRA en 64,6%, hipotensión 3%, IRA con hipotensión 32,3%. En el 50,5% se realizó resucitación en Urgencias, 66,7% inicio de antibiótico y 62,6% extracción de hemocultivos. Ingresaron 51,5% con neumonía bilateral. PCT ingreso, media 19,30 \pm 37,42, mediana 3,62 (0,20-250). Media lactato ingreso 2,91 \pm 2,00. Diagnóstico etiológico en 63,6%; un 25,3% antígeno positivo, 16,2% con bacteriemia y 22% serología y diagnóstico microbiológico de muestra respiratoria. Aislamiento más frecuente neumococo (23,2%), H1N1 (13,1%), *Clamydophila pneumoniae* (5%) y *Legionella* (4%). En el 55,6% la antibioterapia se consideró adecuada. Un 61,6% precisó ventilación mecánica invasiva y un 39,4% no invasiva, en estos el 38,5% fracasó. El 48,5% presentó shock séptico y 18,2% SDRA. Estancia media en UCI 11,18 \pm 11,62, mediana 7 (1-79), EM hospitalaria 23,22 \pm 17,38. Mortalidad UCI 18,2% y mortalidad hospitalaria 24,2%.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan con NACG son pacientes que con frecuencia necesitan soporte intensivo, respiratorio y hemodinámico. El hábito tabáquico, la obesidad, el enolismo y la EPOC son patología frecuente en pacientes con NACG tal como se recoge en la bibliografía: mortalidad en el rango bajo de la recogida en la literatura y esperable por scores de gravedad como APACHE II, CURB 65 y SMARTCOP.

018. ASOCIACIÓN DE SMARTCOP Y CURB 65 CON NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y SOPORTE VASOACTIVO EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD GRAVE

Fernández Ruíz D, Recena Pérez P, Antuña Braña MT, Fernández García E, González Vega L y Sánchez Prieto A

Hospital Universitario de Cabueñes en Gijón.

Objetivos: Analizar relación entre dos herramientas clínicas, CURB 65 y SMART-COP con necesidad de VMI y noradrenalina, y con mortalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NACG).

Métodos: Estudio retrospectivo, incluye todos los pacientes con NACG ingresados, desde enero 2015 a noviembre 2018, en UCI del CABHU, Unidad polivalente de 14 camas. Cálculo CURB 65 y SMARTCOP se realizó retrospectivamente, pues son herramientas no utilizadas habitualmente en nuestra UCI. Variables cuantitativas se expresan como media \pm DE, cualitativas como porcentaje. Para valorar la asociación entre variables categóricas se utilizó chi-cuadrado. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Ingresaron 99 pacientes, edad media 64,97 años \pm 13,09, 68,7% varones. APACHE II medio 19,85 \pm 8,33, CURB65 medio 2,71 \pm 1,20 y SMARTCOP medio 6,43 \pm 1,98. Un 60,6% requirió noradrenalina, 61,6% precisó VMI. El 15,1% tenían un SMARTCOP < 5, 41,4% SMARTCOP 5-6, 43,4% SMARTCOP \geq 7. En rango SMARTCOP 0-2 ningún paciente precisó noradrenalina, rango 3-4 38,38% precisó noradrenalina, 51,22% con rango 5-6 precisaron noradrenalina, el 79,10% con rango \geq precisó noradrenalina, $p < 0,004$. Rango de SMARTCOP 0-2 ninguno precisó VMI, con rango 3-4, 15,38% precisó VMI, con rango 5-6, 60,97% precisó VMI, con rango \geq 7, 79,10% precisó VMI, $p < 0,000$. 28 pacientes tenían un CURB de 4 o 5, 24 precisaron VMI (85,71%), 70 con CURB < 4, 36 precisaron VMI (51,42%), $p < 0,005$. Rango CURB 65 4 o 5, 23 precisaron noradrenalina (82,14%), con CURB 65 < 4, 37 precisaron noradrenalina (52,86%), $p < 0,013$. 51 pacientes con CURB 65 < 4 precisaron VMI, 85,7% pacientes con CURB65 4-5, $p < 0,005$. Pacientes con SMARTCOP < 7 mortalidad de 7,14%, con SMARTCOP \geq 7 mortalidad 32,55%, $p < 0,010$. En pacientes con valor CURB 65 4 o 5, mortalidad 35,7%, con CURB 65 < 4, mortalidad 11,4%, $p < 0,017$.

Conclusiones: El SMARTCOP es útil para predecir necesidad de VMI y noradrenalina, compatible con lo establecido en la literatura. Un SMARTCOP muy alto puede predecir mayor probabilidad de exitus. El CURB 65, como establece la literatura, útil para establecer el riesgo de mortalidad de los pacientes con NACG, también puede ayudar a establecer necesidad de VMI y noradrenalina.

019. PRONÓSTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE PRECISAN INGRESO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD. COHORTE INSTITUTO DE ONCOLOGÍA VALL D'HEBRON/SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA VALL D'HEBRON

Romera I, Assaf J, Encina B, Ros J, Pacheco A, García A, Díaz Lagares C, Élez E, García Roche A y Ferrer Roca R. Grupo de investigación: SODIR

Hospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona.

Objetivos: Describir la cohorte de pacientes con neoplasia de órgano sólido que precisan ingreso en la UCI de un hospital terciario y analizar factores relacionados con la mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo, incluyendo pacientes adultos con tumores de órgano sólido que requirieron ingreso en UCI entre 2010 y 2016. Se emplearon χ^2 , test de Fisher, t de Student, U Mann-Whitney y regresión logística, según lo indicado. Las variables cuantitativas se expresan como mediana (IQR) y las categóricas como frecuencia (%).

Resultados: Se incluyeron 135 pacientes, 73 (53%) mujeres, con una edad de 60 (48-69) años. Las neoplasias más frecuentes fueron la pulmonar; 30 (22%) y la de colon 17 (13%). El estado funcional fue ECOG 0-1

en 82 (63%). Las patologías que motivaron el ingreso con mayor frecuencia fueron sepsis; 43 (32%) y neumonía; 32 (24%). El SOFA score al ingreso fue de 6 (3-9) y al 5º día de 3 (2-6). La neutropenia estaba presente en 18 (13%). Respecto al tratamiento de soporte, 56 (41%) recibieron ventilación mecánica (VM), 49 (36%) cánulas nasales de alto flujo, 82 (62%) drogas vasoactivas y 12 (9%) terapia de soporte renal (TSR). La mortalidad en la UCI afectó a 32 (25%), la mortalidad hospitalaria a 59 (44%), y a los 12 meses habían fallecido un total 91 (68%) pacientes. En el análisis univariado identificamos los siguientes factores relacionados con la mortalidad hospitalaria: SOFA al ingreso (OR 1,2 IC95%: 1,1-1,3 p < 0,002) y al 5º día (OR 1,5 IC95%: 1,2-1,9 p = 0,001), VM (OR = 5 IC95%: 2,4-10,4 p < 0,0001) y TSR (OR 4,3 IC95%: 1,1-16,9 p = 0,034). No encontramos diferencias en la mortalidad según el tipo de tumor, ECOG, presencia de metástasis o neutropenia. En el análisis multivariado, la ventilación mecánica (OR 4,38 IC95%: 1-19 p = 0,048) y el SOFA al 5º día (OR 1,5 IC95%: 1,1-2,1 p = 0,014) mantuvieron la significación estadística. Entre los pacientes que sobrevivieron el ingreso hospitalario, la mortalidad al año se relacionó únicamente con la presencia de neoplasia de pulmón (OR 7,7 IC95%: 1,5-36,7 p = 0,013).

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria de los pacientes oncológicos ingresados en UCI está relacionada con las características del evento agudo y no con la patología de base. Sin embargo, entre los supervivientes, la mortalidad al año sí depende de la enfermedad tumoral; y no con el grado de disfunción orgánica aguda previa. El SOFA score al 5º día podría aportar un valor añadido en la toma de decisiones durante la evolución en UCI del paciente oncológico crítico.

020. FACTORES CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS QUE SE ASOCIAN A UN ACLARAMIENTO DE LACTATO A LAS 6 HORAS > 10% EN PACIENTES EN SHOCK SÉPTICO

León Moya C^a, Barrero García I^b, Pinilla de Torre MM^b, Vélez Venegas Á^b, Gallego Lara SL^a, Cossío Rodríguez A^b, García Garmendia JL^a y Garnacho Montero J^b

^aHospital San Juan de Dios del Aljarafe en Bormujos. ^bHospital Virgen Macarena en Sevilla.

Objetivos: Identificar factores clínicos y terapéuticos que se asocian a un aclaramiento de lactato > 10% (pacientes aclaradores) en las primeras 6 horas dado que se ha demostrado como un factor independiente de mortalidad en pacientes en shock séptico.

Métodos: Estudio prospectivo desde junio de 2016 hasta diciembre 2018, incluyendo pacientes en shock séptico (según las definiciones de Sepsis-3). El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica y se obtuvo el consentimiento informado. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades (diabetes mellitus, cirrosis, neoplasia, insuficiencia cardíaca, inmunodepresión e insuficiencia renal crónica), escalas de gravedad (APACHE II y SOFA), foco de sepsis, antibioterapia empírica adecuada, presencia de bacteriemia, volumen de cristaloides y de

albúmina administrados, lactato basal, lactato a las 6 horas, valor de hemoglobina, uso de dobutamina, Índice de inotrópicos [(dosis dopamina × 1) + (dosis de dobutamina × 1) + (dosis de adrenalina × 100) + (dosis de noradrenalina × 100) + (felinefrina × 100)] e Índice de dependencia de vasopresores (índice de inotrópicos/PAM) a las 6h. Las variables discretas se expresan como número y porcentaje y las continuas como mediana y rangos intercuartílicos con intervalos de confianza al 95%. Las diferencias se calcularon con chi-cuadrado o U de Mann-Whitney, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes, mortalidad hospitalaria del 45,8% (47 casos). La mortalidad fue de 36,7% en los pacientes aclaradores y de 58,1% en los no aclaradores [con una OR de 2,39; IC95% 1,07-5,34; p < 0,05]. No hubo diferencias en la edad o enfermedades subyacentes en los pacientes aclaradores frente a no aclaradores. El Índice de inotrópicos y el Índice de dependencia de vasopresores a las 6 horas fueron significativamente superiores en los pacientes no aclaradores sin diferencias en el volumen de cristaloides o albúmina administradas en este periodo. En los pacientes no aclaradores se administró un volumen de cristaloides en las primeras 24h significativamente superior que en los aclaradores, 4.350 ml (3.280-5.000) frente a 3.500 ml (2.801-4.220).

Conclusiones: La cantidad de volumen administrado en la reanimación inicial (6 horas) no diferencia a los pacientes en shock séptico que aclaran lactato en este periodo. Los pacientes no aclaradores reciben un mayor apoyo de inotropos y una mayor cantidad de volumen en las primeras 24 h de reanimación, probablemente para intentar revertir la situación de hipoperfusión mantenida.

021. CÓDIGO SEPSIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN UN ESTUDIO ANTES-DESPUÉS EN UN PERIODO DE 14 AÑOS

Ortega Alaminos M, Borges Sa M, Aranda Pérez M, Socias A, de Dios I, del Castillo A, Franco S, Nieto Y, Mena J y Lladó B. Grupo de investigación: Unidad multidisciplinar de sepsis del HSSL

Hospital son Llàtzer en Palma de Mallorca.

Objetivos: Analizar el impacto de la detección y atención precoz de los pacientes con sospecha de sepsis (S) o shock séptico (SS), a través de indicadores de calidad (IC) clínicos y de gestión y su evolución.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en un hospital de 400 camas (18 de UCI) con análisis de pacientes incluidos desde el 1/1/2005 al 31/12/2018. Evaluamos todos los pacientes incluidos en el Protocolo Informatizado Multidisciplinar de Manejo Integral de S/SS desde todas las áreas. El paciente recibe un seguimiento diario y atención por parte de la Unidad. Comparamos los datos entre 2005, con cada año (2006-18) y además analizamos la evolución anual de los ICs. Evaluamos datos demográficos, tipos de pacientes y los ICs utilizados: número de casos incluidos (N), Necesidad de Ingreso en UCI (NIU); estancia hospitalaria (EH) y en UCI (EUCI) en días; costes de EH (CEH) y en UCI (CEU) en euros; mortalidad hospitalaria (MH). Utilizamos chi-cuadrado y Anova.

Figura Póster 021

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	P#
N	200	300	536	561	622	751	844	959	1056	1152	1276	1164	972	980	11333	0,01
NIU %	76	73	60	53,3	45,4	43,3	39,2	34	31,2	29,6	30	29,4	30	30	43	0,001
EH (días)	31,1	26,2	24,1	20	16,6	15,4	15,4	13,9	13,2	14,4	14,2	13,6	14,5	14	16,8	0,001
EUCI(días)	27,5	22,3	19	16,4	10,3	9,0	11	8,3	11,3	15,7	14,8	12,4	13,2	13	8	0,001
Coste EH	25.712	20.986	19.304	16.020	13.296	12.335	12.415	9.612	10.573	11.534	10.573	9.772	12.522	12.600	14.089	0,001
Coste EUCI	41.960	34.275	29.203	25.206	15.831	13.833	16.907	12.757	17.368	24.130	22.747	19.058	20.228	22.000	22.550	0,001
MH%	37	29	26	21,2	17,2	15,8	15,2	12,7	12	12,9	12	12,1	14,4	13,3	18,68	0,001

Número de casos incluidos (N), Necesidad de Ingreso en UCI (NIU); estancia hospitalaria (EH) y en UCI (EUCI) en días; costes de EH (CEH) y en UCI (CEU) en euros; mortalidad hospitalaria (MH).

Resultados: Los principales ICs asistenciales y de gestión han sido significativamente mejores, se objetiva un descenso de los pacientes que requieren ingreso en UCI, de los costes y del número de ingresos, con un ligero empeoramiento en los últimos años de algunos de los ICs como la mortalidad.

Conclusiones: La implantación del protocolo, además de la intervención y seguimiento precoz por parte de todo el equipo de sepsis ha logrado una mejora en los diferentes indicadores de calidad, tanto asistenciales como de gestión, aun así en el momento actual se requiere de una mejora y fomento de este sistema con el objetivo de intentar mejorar el discreto empeoramiento de algunos ICs como la mortalidad.

022. EVOLUCIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA Y SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

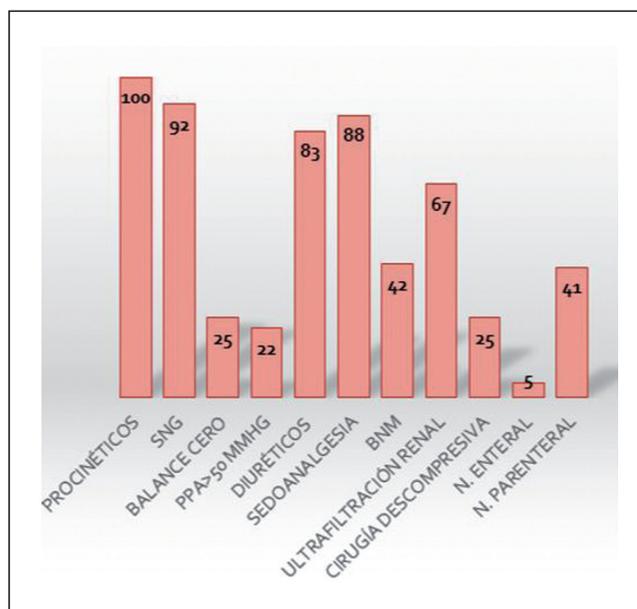
Álvarez García L, Astola Hidalgo I, López Amor L, Díaz Gómez C, Balboa Palomino S, Leoz Gordillo B, Viña Soria L, Martín Iglesias L, Leizaola Irigoyen O y Escudero Augusto D

Hospital Universitario Central de Asturias en Oviedo.

Objetivos: La hipertensión intraabdominal (HIA) y el síndrome compartimental abdominal (SCA) son dos entidades graves y frecuentes en los pacientes con pancreatitis aguda que ingresan en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por lo que consideramos necesario estudiar los factores que influyen en su desarrollo y evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo de pancreatitis en UCI de hospital de tercer nivel entre 2015 y 2018. Análisis comparativo mediante pruebas de Student-Welch, Mann-Whitney y chi-cuadrado.

Resultados: Se obtuvieron 68 casos de pancreatitis aguda. La edad media fue 65,15 años (71,4% varones, 28,6% mujeres). La etiología fue: 47,6% biliar, 31,7% idiopática, 9,5% enólica, 3,2% tras CPRE y 11% otras causas. Un 12,7% de pancreatitis fueron de grado leve, un 34,8% moderado y 52,4% severo según los criterios de Atlanta (2013). La estancia media en UCI fue de 21,6 días y hospitalaria de 56,5. La media de APACHE fue de 18,5 [IC95% (16,7-20,4)] y el SOFA fue de 5,5 puntos [IC95% (4,7-6,3)]. Un 47% de los pacientes desarrollaron HIA y un 66,7% de éstos SCA donde un 77,8% desarrollaron fracaso hemodinámico, 36,5% renal y 49,5% respiratorio, con relación significativa entre la necesidad de ventilación mecánica y el desarrollo de HIA (67% $p < 0,001$). La mortalidad en UCI fue 28,8% y hospitalaria 32,1%. No existe relación significativa entre el desarrollo de HIA y mortalidad. No hay relación significativa de ningún tratamiento con la mortalidad. No se encuentran diferencias significativas en el balance hídrico de los pacientes que desarrollaron HIA y los que no ($p 0,4$). Los factores asociados a mayor mortalidad en la pancreatitis fueron el shock ($p 0,01$), fallo respiratorio ($p 0,012$) la necesidad de ventilación mecánica ($p 0,0001$) y la de ultrafiltración renal ($p 0,008$). La mortalidad de los



pacientes con SCA fue significativamente mayor ($p = 0,032$). La estancia en UCI y la estancia global fueron significativamente mayores en los pacientes con HIA ($p 0,001$, $p 0,005$). En el análisis multivariable los factores asociados al desarrollo de HIA fueron: tabaco ($p 0,003$, OR 15,8), pancreatitis grave ($p 0,031$, OR 4,9), ventilación mecánica ($p 0,002$, OR 49,5), SOFA $p 0,009$ (por cada punto aumenta el riesgo 1,7).

Conclusiones: Ningún tratamiento específico se relaciona con evolución favorable. La mortalidad de los pacientes con HIA se relaciona con el shock, la necesidad de ventilación mecánica y de ultrafiltración renal. Existe mayor riesgo de desarrollar HIA en pacientes fumadores. El desarrollo de HIA aumenta la estancia global.

023. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE INFECCIÓN POR STREPTOCOCCUS PYOGENES DE LOS CASOS REPORTADOS EN LA UCI DEL H.U. CRUCES

Béjar Alonso MI, Rojas Viguera L, Panera Martínez E, González Redondo A, Serna Grande P, Pérez González R, Canales Bilbao A, Mourelle Vázquez L y Corera Cía M

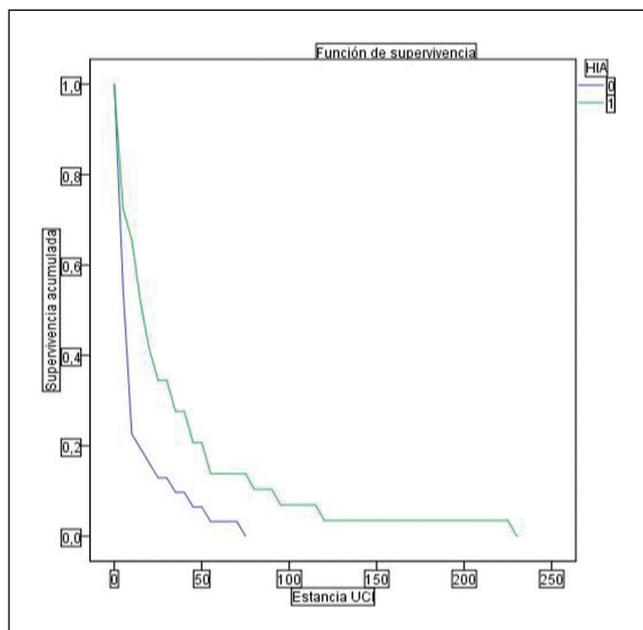
Hospital de Cruces en Barakaldo.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo de todos los casos reportados de infección por Streptococcus pyogenes en la UCI del H.U. Cruces, con 24 camas, en los últimos años.

Métodos: Estudio descriptivo de 17 pacientes ingresados en la UCI del H.U. Cruces en el periodo comprendido entre 2010 y 2018 con infección por Streptococcus pyogenes. Los casos fueron clasificados según el origen de la infección, el sexo del paciente, la necesidad de VM, la necesidad de TCRR, la escala APACHE al ingreso, asociación de DM, cirrosis o neoplasia, y exitus.

Resultados: En nuestra muestra, el 53% de los casos fueron mujeres. La edad media fue de 56,8 años, dándose el 70,6% de los casos entre los 35 y los 65 años. La puntuación media de la escala APACHE fue de 24. El factor de riesgo asociado mayoritariamente fue la diabetes mellitus (11,2%). La presentación clínica más frecuente fue la infección de partes blandas (47,1%), seguida del subgrupo calificado como "otras infecciones" (29,5%), entre las que se incluyen endocarditis o infecciones de origen otorrinolaringológico, e infecciones respiratorias (23,5%). El diagnóstico fue descrito por crecimiento microbiológico en hemocultivo en un 70,5%. Requiritieron VM el 64,7% y TCRR el 41,2%. La tasa de mortalidad asociada fue de 23,5%.

Conclusiones: La infección por Streptococcus pyogenes es una patología prevalente y con alta morbimortalidad asociada. En nuestra muestra se observa que en la evolución se asocian fracasos orgánicos mayoritariamente ventilatorios y renales, que requieren con frecuencia terapias de soporte intensivas. En nuestra muestra no hallamos diferencias epidemiológicas en los diferentes grupos, como edad y sexo, pero sí confirma la alta tasa de mortalidad asociada.



024. ESTUDIO DE LA UTILIDAD DE LAS ESCALAS SOFA Y QUICK SOFA EN EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS AL INGRESO EN UMI

Ruiz de la Cuesta López M, Monzón Alonso M, Díaz de Antoñana Sáenz V, Moreno Ortigosa JA, Martínez Camarero L, Pavia Pesquera MC, Santapau Travería A, Serván Alcántara FJ, Camino Ferró H y Vilella Llop LA

Hospital San Pedro en Logroño.

Objetivos: conocer la capacidad para predecir sepsis de la escala QUICK SOFA (Q-SOFA) y SOFA al ingreso en la Unidad de Medicina intensiva (UMI) en pacientes con diagnóstico de infección.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional de los pacientes ingresados en UMI del Hospital San Pedro de Logroño durante el periodo de un año. (1/01/2018 hasta el 31/12/2018). Se considerará un SOFA positivo y Q-SOFA positivo un valor de escala pronóstica mayor o igual a 2. Unidad polivalente de 17 camas. Recogida de datos a través de la historia clínica digitalizada (SELENE) y la gráfica de datos evolutivos del programa informático "INNOVIAN". Análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados: Tras registrar la escala SOFA, se observa que de los 151 pacientes que ingresaron ese año en UMI con diagnóstico de infección, 107 pacientes desarrollaron una sepsis y por tanto, su evolución fue grave. De ellos, 104 (97,19%) presentaron una puntuación SOFA \geq 2. (S: 100%, E: 9,1%). Al valorar el Q-SOFA al ingreso, se observa que de los 107 pacientes que presentaron sepsis, 89 tuvieron una puntuación Q-SOFA \geq 2. (S: 85,4%, E: 44,5%). Al analizar el valor predictivo positivo (VPP) de la sepsis, en el caso del Q-SOFA sería del 92,7% frente a un 73,8% en el caso de la escala SOFA.

Conclusiones: Para predecir sepsis, el VPP del Q-SOFA es mayor que el del SOFA en el momento del ingreso en UMI. La escala pronóstica Q-SOFA es más específica que la escala SOFA para pacientes fuera de la UMI.

025. ASOCIACIÓN DE COLISTINA INHALADA A COLISTINA ENDOVENOSA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Janer Maeso MT, Soliva Martínez L, Ferrerueta Serlavós M, Novo Novo M, March Cladera C, Madrid Vergara E, Ocho López M, Figueras Castilla A, Colomar Ferrá MA y Aystarán Rota JI

Hospital Universitari Son Espases en Palma.

Objetivos: Comparar si la asociación de colistina inhalada (col-INH) más endovenosa (col-EV) respecto a la endovenosa, mejora el pronóstico en el tratamiento de la infección respiratoria por microorganismos multiresistentes (MR) en pacientes críticos.

Métodos: Se han analizado retrospectivamente, en el periodo entre Enero 2014-Junio 2018, los pacientes que recibieron en UCI col-EV, col-INH o ambas, como tratamiento de infección respiratoria por patógenos MR. Se analizaron comorbilidad, variables demográficas y asociadas a la administración del fármaco (vía, dosificación, tiempo), tipo de infección (neumonía frente a traqueobronquitis), efectos secundarios (renales y neurológicos) y resultado clínico y microbiológico del tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizaron: chi-cuadrado, t-Student, test Mann-Whitney y test Kaplan Meier.

Resultados: Durante el período estudiado, 104 p recibieron tratamiento con colistina, 89 de los cuales por infección respiratoria (39 neumonías, 50 traqueobronquitis). 53 pacientes recibieron Col-EV y en 24 pacientes se asociaron Col-EV y Col-INH. El 92% de las infecciones respiratorias fueron causadas por Pseudomonas aeruginosa. No se apreciaron diferencias entre los grupos en edad, sexo, índice Charlson, gravedad según APACHE/SAPS, neutropenia, fracaso renal previo, ingreso o colonización previa, ni en cuanto a desarrollo de shock o tipo de infección. En 21 pacientes se documentaron efectos secundarios. Los resultados clínicos se muestran en la tabla.

	Col-EV n = 53	Col-EV+INH n = 24	P
Días ventilación mecánica (media \pm DE)	23 \pm 14	33 \pm 24	0,08
Estancia UCI (media \pm DE)	33 \pm 23	44 \pm 27	0,07
Estancia hospital (media \pm DE)	59 \pm 41	97 \pm 84	0,01
Curación clínica (n, %)	31 (58,5)	17 (70,8)	0,03
Curación microbiológica (n, %)	12 (22,6)	7 (29,2)	0,58
Toxicidad (n, %)	14 (26)	6 (25)	1
Exitus 30 días (n, %)	18 (34)	4 (16,7)	0,17

Conclusiones: En este grupo de pacientes la utilización de colistina inhalada asociada a colistina endovenosa, en el tratamiento de la infección respiratoria por microorganismos MR en pacientes críticos, no demostró efectos beneficiosos.

Pósteres orales

8:30h a 10:00h

Organización/Gestión/Calidad 1

Sala Eivissa 2

Moderadores: Javier Homar Ramírez
y Francisco Fernández Dorado

026. PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN: UN ANTES Y UN DESPUÉS

Martínez Tébar MJ, de Miguel Balsa E, Baeza Román A, Martínez López D y Alcalá López A

Hospital General Universitario de Elche en Elche.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción del paciente y sus familias ante la ampliación del horario de visitas y las medidas instauradas con el programa de humanización 2017-2018.

Métodos: Estudio descriptivo transversal durante cortes trimestrales en 2017 y 2018 en la UCI del Hospital General Universitario de Elche. Se incluyeron a los pacientes dados de alta y sus familiares. Se utilizó la encuesta "Family Satisfaction in the Intensive Care Unit" (versión FS-ICU 34) y su adaptación para pacientes. Dentro del Plan de Humanización y la acreditación ISO, se realizaron modificaciones tanto en la dinámica (ampliación del horario de visitas, mayor colaboración de las familias en los cuidados) y en las infraestructuras de la Unidad (medidores de ruido, bandas translúcidas para mejorar la intimidad, reforma de la sala de espera, etc.). Las variables analizadas se consideraron cualitativamente (categóricas ordinales mediante cálculo de proporciones y contraste de hipótesis mediante p exacta de Pearson) y cuantitativamente (recodificadas a una escala de 0 a 100, cálculo de medias y contraste de hipótesis mediante el test de Mann-Whitney).

Resultados: Se analizaron 105 encuestas, 72 de pacientes y 33 de familiares. Entre 2017 y 2018 se apreció una mejora casi significativa en la valoración global de la UCI por los pacientes (82,9 \pm 17,37 frente a 90,2 \pm 14,57; p = 0,06). En 2018, las valoraciones positivas aumentaron un 20%. Respecto a las visitas, en 2017, un 32% de los pacientes las consideraron escasas, la mayoría (65,96%) valoraron los horarios como "suficientes" y sólo un 2,13% consideraron que eran "excesivas". Tras la implantación de la visita ampliada, aumentó significativamente (p = 0,04) el porcentaje de pacientes que consideraron estas visitas "muchas" o "excesivas" (17,4%). Sólo el 13,04% consideraron escasas las visitas. Respecto a la sala de espera, aunque no se obtuvieron diferencias significativas (64,28 \pm 16,66 frente a 75 \pm 21,65; p = 0,23), en 2018 disminuyeron las valoraciones negativas de los familiares del 28% al 20% y mejoraron un 28% las positivas.

Conclusiones: Casi un 20% de los pacientes consideran "muchas" o "excesivas" las visitas ampliadas. Esto sugiere un enfoque individual, centrado en el paciente y no en las necesidades de las familias. Como era esperable, la valoración global de la UCI ha mejorado tras las medidas adoptadas en el plan de humanización.

027. NUEVO REGISTRO INFORMATIZADO DE PCR EN CUALQUIER ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE NAVARRA

Erice Azparren E, García Parra M, Gómez Lesmes SP, Sanz Granado E, Orera Pérez A, Arregui Remón S, Rodrigo Pérez H, Caldito Ascargorta T, Presa Orúe A y Anguiano Baquero MP

Complejo Hospitalario Navarra en Pamplona.

Objetivos: Basado en los últimos indicadores de calidad en el enfermo crítico, se diseña un nuevo registro de parada cardio-respiratoria (PCR) que incluye todas las PCR en las que se hayan realizado maniobras de reanimación, independientemente del lugar en el que acontezcan. Los objetivos principales son crear fuentes y recursos para la obtención de estadísticas sobre morbilidad intrahospitalaria tras una PCR y

las situaciones de discapacidad, generadas por el evento agudo, así como generar vías de optimización del abordaje asistencial.

Métodos: El registro engloba todas las PCR ocurridas en la comunidad autónoma de Navarra; el mismo diseño incluye apartados correspondientes a las paradas ocurridas en el ámbito extrahospitalario, seguido de aquellas que ocurren de forma intrahospitalaria y la evolución al alta de ambas. Tras el diseño del registro se están realizando distintas actividades de difusión dentro del hospital (envío de correo electrónicos, sesiones, etc.). Dentro del sistema informático hospitalario se ha introducido una nueva plantilla accesible para todos los Servicios del Hospital en el cual pueden completarse todos los apartados del registro, quedando adscrito a la ficha del ingreso activo en el momento del suceso. Dicho registro incluye los siguientes apartados fundamentalmente: datos demográficos y situación de neurológica previa al evento, datos con respecto al lugar y hora del evento, apartados a completar en caso de parada extrahospitalaria seguida del registro intrahospitalario en el que deben cumplimentarse todos los detalles de la misma (ritmo, desfibrilación, etc.). El registro finaliza con datos de seguimiento precoces y al alta incluyendo la situación neurológica además de la terapéutica empleada (revascularización, hipotermia, etc.). El registro permite conocer además tiempos de respuesta del equipo de parada ante el paro hospitalario en un hospital terciario de planta horizontal y amplia extensión.

```

Fecha del evento: 29/06/2018
Paciente
Edad: 64
Sexo: masculino
Independencia: CPC 1-2
Comorbilidades: HTA, DEM, dislipemia, CI: Si
Evento
MOTIVO: PCR
LUGAR INTRAHOSPITALARIO: Servicios especiales
Parada intrahospitalaria
Activación SVA intrahospitalaria: Si
Hora de activación intrahospitalaria: 00:45
Hora de salida de recurso intrahospitalario: 00:45
Llegada al lugar intrahospitalario: 00:45
Hora de inicio RCP intrahospitalario: 00:45
Hora de encendido monitor intrahospitalario: 00:49
Unidad SVA intrahospitalario: UCI
REANIMACIÓN (SVA) INTRAHOSPITALARIO: Si
RITMO INICIAL INTRAHOSPITALARIO: FVTV sin pulso
DESFIBRILACIÓN EE INTRAHOSPITALARIO: Si
Hora de primer choque intrahospitalario: 00:50
Número de choques intrahospitalario: 1
AISLAMIENTO INTRAHOSPITALARIO: No realizada
TIPO AISLAMIENTO INTRAHOSPITALARIO: No procede
ECG de 12 derivaciones intrahospitalario: Si
Adrenalina intrahospitalario: No
Atropina intrahospitalario: No
Amioradona intrahospitalario: No
Líquidos (más de 500 ml) intrahospitalario: No
Inotropos intrahospitalario: No
Trombolítico intrahospitalario: No
Bicarbonato intrahospitalario: No
Marpasos intrahospitalario: Si
Capnógrafo intrahospitalario: No
Cardiocompresores intrahospitalario: No
Hipotermia intrahospitalario: No
Tª inicial intrahospitalario: 36 °C
ETIOLOGÍA (SVA) INTRAHOSPITALARIO: Médica
ROSC (SVA) INTRAHOSPITALARIO: Si
Hora de finalización RCP (SVA) intrahospitalario: 00:51
Seguimiento al Alta
ICP (intervencionismo coronario): No
Trombolisis: No
Hipotermia hospital: No
Implantación CAI: No
DX: Otros: disfunción marcapasos
Situación al alta: CPC1 Buen estado (vida normal)
Fecha de alta: 30/06/2018
SEGUIMIENTO
Fecha de seguimiento: 02/07/2018
Estado: CPC1 Buen estado (vida normal)

```

```

Fecha del evento: 01/07/2018
Paciente
Edad: 64
Sexo: masculino
Comorbilidades: HTA, DEM, dislipemia, CI: Si
Evento
MOTIVO: PCR
LUGAR EXTRAHOSPITALARIO: Calle
¿Operador telefónico reconoce PCR?: Desconocido
¿Se hace asistencia telefónica a la PCR?: Desconocido
PARADA_PRESENCIADA: No
Primer interviniente
SVP: Si
REALIZADA: Personal de otros servicios públicos
REANIMACION (PI): SVB: sólo masaje
DESFIBRILACION(PI): Uso DEA sin choque
DEA_PUBLICO: Si
Equipo de Emergencias
Activación SVA SEM SVA: Si
AISLAMIENTO: Realizada por equipo de emergencias
TIPO AISLAMIENTO: Tubo oro-traqueal
ECG de 12 derivaciones SEM SVA: Si
Adrenalina: Si
Atropina: No
Amioradona: No
Líquidos (más de 500ml): No
Inotropos: No
Trombolítico: No
Bicarbonato: No
Marpasos: No
Capnógrafo: No
Cardiocompresores: No
Hipotermia: No
ETIOLOGÍA (SVA): Médica
ROSC (SVA): Si: Llegada al hospital

```

Resultados: Durante el primer año no se obtienen resultados significativos debido a la baja casuística. El registro se puso en marcha hace 5 meses y todavía se están llevando a cabo actividades de difusión.

Conclusiones: El registro de PCR, independiente al lugar en el que ocurra, es fundamental, no solo como indicador de calidad, si no como herramienta para conocer incidencia, supervivencia y situación funcional de los pacientes al alta. Así como para implementar medidas que permitan mejorar la morbimortalidad de dicho proceso.

028. UTILIDAD PRONÓSTICA DEL PALIAR Y SOFA SCORE EN PACIENTES MAYORES DE 90 AÑOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Hernández Garcés H, Garrido Sepúlveda L, López Chicote C, Torres Robledillo K, Lizama López L, Ribes García S, Sotos Díaz I, Ochagavía Barbarín J, Salazar Molina A y Zaragoza Crespo R

Hospital Universitario Doctor Peset en Valencia.

Objetivos: El objetivo principal es demostrar que el PALIAR Score es útil para predecir el fallecimiento de pacientes mayores de 90 años ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Como objetivos secundarios se plantea demostrar que los pacientes fallecidos en UCI, a los 28 días y a los 6 meses presentan SOFA y PALIAR superiores y que los pacientes con PALIAR > 4 se les realiza más limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo no intervencionista. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 90 años ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de di-

ciembre de 2018. Las variables cualitativas se presentan como porcentajes y se comparan mediante chi-cuadrado. La valoración de la capacidad predictiva de mortalidad de los scores SOFA y PALIAR se realizará mediante el cálculo del área bajo la curva. Se valoró un total de 106 pacientes mayores de 90 años, de los cuales ingresaron 45 (42%) en nuestra unidad durante el periodo a estudio. Estos pacientes presentaron un SOFA score de 3 (3) y un PALIAR score 4 (7). La mortalidad en UCI, a los 28 y los 180 días fue del 22,2, 35,6 y 51,1% respectivamente. En estos periodos los pacientes fallecidos tuvieron una puntuación SOFA significativamente superior, 6,5 frente a 3 (p 0,02), 5,5 frente a 3 (p 0,001), 5 frente a 2 (p 0,001) respectivamente. El PALIAR score únicamente fue significativamente superior en los fallecidos a los 180 días 7 frente a 3,5 (p 0,02). Los pacientes en los que se decidió LTSV presentaban al ingreso un SOFA > 7 frente a 3 (p 0,001). Se decidió más LTSV, sin llegar a la significación estadística, en los pacientes que presentaban un PALIAR score superior a 4, 9 frente a 2 (p 0,220). En el análisis de las curvas ROC se objetivó un poder discriminatorio superior de mortalidad en todos los periodos para el SOFA. El área bajo la curva para predecir mortalidad en UCI fue de 0,82 para SOFA (IC95% 0,673 A 0,967) y 0,497 para PALIAR (IC95% 0,299 a 0,695). Para predecir mortalidad a los 28 días fue de 0,798 para SOFA (IC95% 0,662 a 0,935) y 0,669 para PALIAR (IC95% 0,503 A 0,836). Para predecir mortalidad a los seis 180 días fue de 0,79 para SOFA (IC95% 0,658 a 0,921) y de 0,741 para PALIAR (IC95% 0,593 a 0,889).

Conclusiones: SOFA tiene mayor poder predictor de mortalidad en los pacientes mayores de 90 años que el PALIAR SCORE. Se podría plantear PALIAR SCORE como herramienta alternativa para predecir la mortalidad a los 180 días.

029. MOTIVO DE INGRESO URGENTE EN UCI: EVENTO ADVERSO

Fuster Cabré M, Monge Sola L, Peiró Chamorro M, Esteban Molina A, Sánchez Chueca P, Ruiz Aguilar AL y Tejada Artigas A

Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Objetivos: Conocer la incidencia de ingresos en UCI debido a un evento adverso acontecido fuera de sus paredes. Analizar diferencias entre el grupo que ingresa por evento adverso y el grupo que ingresa por otro motivo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron consecutivamente en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet de forma urgente durante un periodo de seis meses (1 de enero a 30 junio de 2017, ambos incluidos). Se excluyó todo paciente ya ingresado al iniciarse el estudio, y esos que ingresaron de forma programada. Principales variables analizadas: edad. Escala de gravedad: APACHE II. Procedencia: localización donde se encontraba el paciente antes del ingreso en UCI (planta médica, planta quirúrgica, urgencias, quirófano, hemodinámica, radiología, atención extrahospitalaria, otro hospital). Días de estancia en UCI: para el cálculo se cuenta el día de ingreso y el de egreso. Mortalidad: acontecida durante el ingreso en UCI. Análisis estadístico: análisis descriptivo: frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; media con desviación estándar o mediana con rango intercuartilico para variables cuantitativas según normalidad. Análisis bivariante: test chi-cuadrado y U de Mann Whitney. Análisis de correlación bivariada: coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: De los 597 pacientes ingresados de forma urgente en UCI, 103 (17,3%) ingresan como consecuencia de un evento adverso ocurrido durante la asistencia previa. La mediana de edad y días de estancia no varían significativamente entre los dos grupos, pero sí el APACHE II, presentando mayor gravedad el grupo de evento adverso (U = 9,553, p = 0,001). La mortalidad es más elevada en el grupo de evento adverso que en los ingresos por otro motivo (23,3 frente a 13,3%, $\chi^2(1) = 6,256$; p = 0,012), con un riesgo relativo de 1,718 (IC95% 1,13-2,6). En los pacientes procedentes de radiología (46,7%) y quirófano (33,7%) existe una proporción significativamente más elevada de ingreso por evento adverso que por otros motivos ($\chi^2(7) = 55,913$; p = 0,000).

Conclusiones: La incidencia de ingresos urgentes en UCI motivados por un evento adverso es muy elevada y preocupa la alta mortalidad detectada en este tipo de pacientes. Estos hallazgos remarcen la importancia de la seguridad en la asistencia sanitaria como uno de los pilares fundamentales de la calidad y la gestión de recursos asistenciales, y muestran hacia dónde dirigir los esfuerzos para mejorar la gestión del riesgo asistencial.

030. UTILIDAD DE UNA ESCALA DE PACIENTE EN RIESGO PARA VALORAR EL RETRASO EN EL INGRESO EN SMI Y RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO

Castaño Ávila S, Medrano Fernández M, Aced Urbano A, Okáriz Montoya G, Munozguren Puertas A, San Sebastián Hurtado A, Balziskueta Flórez G, Villagrà García A, Barrasa González H e Iribarren Diarasarri S

Hospital Universitario Araba en Vitoria.

Objetivos: Describir las características clínicas de los ingresos desde planta en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) y las consecuencias pronósticas del ingreso tardío medida con la escala VIEWS.

Métodos: Hospital de nivel 3 de 800 camas (35 de críticos, SMI) con población de referencia de 400.000 habitantes. Protocolo de detección del agravamiento clínico mediante alertas clínicas (FC, FR, PAS, t^a, SpO₂ y estado neurológico). Corte retrospectivo (mayo y junio 2018) de una base de registro prospectivo de las alertas al equipo de atención rápida. Registro de variables clínicas, demográficas, criterio de alerta, puntuación en la escala VIEWS y en los que ingresan en SMI, APACHE II, estancia y mortalidad en SMI, desarrollo de disfunción multiorgánica (SDMO), y si cumple criterios de alerta tardía (AT), definida como VIEWS > 7 en alguno de los tres turnos previos al ingreso en SMI, o ingreso en SMI tras atención > a 5 horas en urgencias. Expresión datos con frecuencia, %, media (m), desviación estándar (DS), mediana (md) y rango intercuartilico (RI) según distribución. Comparación del grupo de pacientes con AT y el resto con medias/medianas y proporciones con test de χ^2 , Fisher, t Student o U Mann Whitney y riesgo relativo (RR) según requisitos estadísticos con alfa < 0,05.

Resultados: 343 alertas, 247 ingresan en SMI (76 mujeres). Edad md de 65 (RI 52-75), md de APACHE 14,09 (RI 9,52-20,15). Pluripatología el 53,4% y SDMO 38 (15,4%), con m de SOFA máximo 9 (DE 2,71) y md de VIEWS 5 (RI 2,56-7,91). Procedencia: urgencias (67,6%), servicios quirúrgicos (17,4%) y médicos (14,97%). Criterios de alerta: neurológico (64), circulatorio (54), cardiológico (52), respiratorio (40), opinión subjetiva médica (28), parada cardiaca (6) y criterio subjetivo de enfermería (3). Ingresan por la tarde (107) y la noche (81). Fallecieron el 7,3%, más frecuente los pluripatológicos. Del total de alertas, fueron AT 24 (6,99%). Del total de ingresos son AT el 9,7%, con un RR frente al resto de fallecimiento 2,51 (IC95% 1,03-6,12) y de evolución con SDMO 5,92 (IC95% 2,42-14,50).

Conclusiones: La demora en la valoración de un paciente que requiere ingreso urgente en SMI se asocia mayor incidencia de SDMO y fallecimiento. Se necesitan estudios que evalúen la sensibilidad de las escalas en la decisión de ingreso y control evolutivo del paciente en riesgo.

031. MORTALIDAD Y FACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA PROLONGADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Peiro Chamorro M, Esteban Molina A, Fuster Cabré M, Monge Sola L, Sánchez Chueca P y Tejada Artigas A

Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Objetivos: Conocer la mortalidad y factores más prevalentes de los pacientes de larga estancia en UCI y analizar su posible relación con una mayor mortalidad.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de pacientes ingresados durante 30 días o más en la UCI del Hospital Miguel Servet en 2017. Se recogieron antecedentes médicos, tipo de paciente (polivalente médico o quirúrgico, neurocrítico, cirugía cardiaca, cardiológico y politraumatizado), días de estancia y de ventilación mecánica invasiva (VMI), reintubaciones, uso de drogas vasoactivas (DVA) y terapia de sustitución renal (TRR), infecciones nosocomiales, cirugía durante la estancia, aplicación de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y mortalidad en UCI y a los 6 meses del alta de UCI. Se realizó mediante SPSS un análisis descriptivo y un análisis bivariante del grupo fallecidos y supervivientes.

Resultados: Se analizaron 77 pacientes, siendo el 70,1% hombres con una edad media de 64 años (desviación estándar DE 12,7) y una mediana de estancia de 45 días (rango intercuartilico RIC 25). El polivalente quirúrgico fue el más frecuente (33,8%), seguido del polivalente médico (27,3%) y del paciente de cirugía cardiaca (18,2%), el primero fue el que mayor mortalidad presentó en UCI (47,6%) y a los 6 meses (71,4%). La mortalidad en UCI fue del 36,4% y a los 6 meses del alta de UCI del 52,8%. El grupo de fallecidos (n = 38) presentó de manera estadísticamente significativa mayor edad (72 RIC 8-59,14 ± 13,58 DE), hipertensión arterial (73,7-33,3%), diabetes mellitus (31,6-8,3%), enfermedad

renal crónica (28,9-2,8%) y pluripatología (57,9-22,2%), precisó más días de VMI (44,65 ± 21,31 DE -31,37 ± 14,12 DE), menos intervenciones quirúrgicas (34,2-60%) y, a partir del día 30 de ingreso, más DVA (56,8-24,2%) y TRR (26,3- 2,9%).

Conclusiones: El porcentaje de este tipo de pacientes es bajo, sin embargo supone un importante consumo de recursos y una limitación en la disponibilidad de camas. Tienen mayor morbimortalidad y destacadas limitaciones físicas y funcionales al alta. La AET se aplicó en la mitad de los fallecidos en UCI. No obstante, podríamos destacar que la supervivencia a los 6 meses de los pacientes dados de alta de la unidad fue considerablemente buena (79%).

032. PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE ANCIANO QUE INGRESA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pérez Manrique RM, de Alba Aparicio M, Onieva Calero F, Vilches Mira J, Ben Abdellatif I, Carmona Flores R, Bueno Bueno M, Robles Arista JC y de la Fuente Martos C. *Grupo de investigación:* Hospital Universitario Reina Sofía

Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba.

Objetivos: Describir características epidemiológicas, motivo de ingreso y evolución clínica de los pacientes mayores de 75 años ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes mayores de 75 años ingresados en UCI del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba en el año 2017 y 2018. Se analizan las variables: edad, sexo, estancia media en UCI, puntuación en escala de SAPS, APACHE y SOFA, motivo de ingreso, tratamiento de soporte, complicaciones y mortalidad. El análisis estadístico fue realizado mediante software SPSS 15. Las variables cuantitativas se expresan en media ± desviación estándar y las cualitativas en porcentaje. Se realiza prueba de chi cuadrado y t de Student.

Resultados: Se ingresaron 523 pacientes mayores de 75 años, de los cuales, el 56% eran hombres (N = 293) y el 44% mujeres (N = 230). Presentaban edad media de 78,3 ± 5,38 años. El 71% (N = 371) eran derivados del servicio de Urgencias, siendo el 29% (N = 152) derivados de planta. El 83% (N = 434) de los pacientes eran hipertensos, el 52% (N = 272) dislipémicos, el 25% (N = 131) presentaban síndrome coronario, el 23% (N = 120) diabéticos, el 20% (N = 105) tenían enfermedad respiratoria y el 18% (N = 94) enfermedad renal. El diagnóstico de ingreso fue por enfermedad cardiovascular en el 31% (N = 162), gastrointestinal en el 8% (N = 42), infecciosa en el 20% (N = 105), metabólica en el 4% (N = 21), neurológica en el 13% (N = 68), quirúrgica en el 10% (N = 52), respiratoria en el 11% (N = 57) y traumatológica en el 3% (N = 16). Precisarons ventilación mecánica no invasiva el 40% (3,35 ± 3,84 días) e invasiva el 33% (5,09 ± 5,9 días) de los pacientes. El 67% precisaron aminas vasoactivas y el 11% terapias de sustitución renal. Las puntuaciones de APACHE son 15,05 ± 9,27, SOFA 3,1 ± 3,51, SAPS 47,7 ± 8,7 y Charlson 2,05 ± 1,85. La mortalidad en UCI es del 21% (N = 110). Se objetivan diferencias significativas en las medias de APACHE II y SAPS II en el grupo supervivientes y no supervivientes mediante t-Student. En análisis mediante chi-cuadrado, se objetiva mayor mortalidad en ancianos que requieren ventilación mecánica (p < 0,001) y en los que requieren aminas (p < 0,028).

Conclusiones: El perfil clínico del paciente anciano es de alta comorbilidad, con mortalidad no elevada respecto a otros grupos de edad, siendo ésta mayor si necesidad de tratamiento de soporte.

033. PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE JOVEN INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Pérez Manrique RM, Onieva Calero F, Vilches Mira J, de Alba Aparicio M, Ben Abdellatif I, Carmona Flores R, Bueno Bueno M, Robles Arista JC y de la Fuente Martos C. *Grupo de investigación:* Hospital Universitario Reina Sofía

Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba.

Objetivos: Describir características epidemiológicas, motivo de ingreso y evolución de pacientes jóvenes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Analizar pronóstico, mortalidad, complicaciones y tratamiento de soporte recibido.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes menores de 35 años ingresados en UCI de Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba en 2017 y

2018. Se analizan las variables: edad, sexo, estancia media, puntuación APACHE y SOFA, motivo de ingreso, tratamiento de soporte, complicaciones y mortalidad. El análisis estadístico fue realizado mediante software SPSS 15. Las variables cuantitativas se expresan en media ± desviación estándar y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: Se ingresaron 214 pacientes jóvenes menores de 35 años, el 56% eran hombres (N = 120) y el 44% eran mujeres (N = 94). Presentaban edad media de 25,42 ± 6 años. El 51,7% (N = 111) no presentaban comorbilidad previa, el 4% (N = 9) hipertensión arterial, el 5,2% (N = 11) eran diabéticos, el 16% (N = 34) fumadores, el 3,8% (N = 8) presentaban dislipemia, el 10,3% (N = 22) obesos, el 5% (N = 11) presentaban patología cardiológica, el 2% (N = 4) patología respiratoria y el 2% (N = 4) hemopatía previa. En cuanto al motivo de ingreso, el 22,8% (N = 49) ingresaron por traumatismo, el 19,3% (N = 41) por causa neurológica, el 36% (N = 77) por causa médica y el 22% (N = 47) en el postoperatorio de cirugía (trasplante, cirugía cardiovascular/digestiva, etc.). Precisarons ventilación mecánica no invasiva el 8,78% (N = 19) e invasiva el 53,5% (N = 114). El 36,84% (N = 79) precisaron aminas vasoactivas, el 9,65% (N = 21) sensor de presión intracraneal y el 4,3% (N = 9) terapias de reemplazo renal. Las complicaciones más frecuentes fueron neumonía asociada a ventilación mecánica en 5,26% (N = 11), bacteriemia por catéter en 4,39% (N = 9), hipertensión intracraneal en 3,5% (N = 7) y fallo renal en 7% (N = 15). Los microorganismos responsables de infecciones en estos pacientes son los gram negativos en un 56% y los cocos gram positivos en un 44%. Las puntuaciones de APACHE score son 15,46 ± 6 y SOFA 6 ± 3. La estancia mediana en UCI es de 16 (1-31) días. La mortalidad es del 13,15% (N = 15).

Conclusiones: El perfil clínico predominante es de paciente sin comorbilidad, gravedad moderada, con estancia media en UCI. La ventilación mecánica fue el tratamiento de soporte más requerido, con menor necesidad de medicación vasoactiva y terapias de sustitución renal. La mortalidad fue inferior a la documentada en otros grupos etarios.

034. UTILIZACIÓN NO APROPIADA DEL TÉRMINO FALLO HEPÁTICO AGUDO Y DAÑO HEPÁTICO AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Peñasco Martín Y, Campos Fernández S, Feo González M, Delgado Hernández S, González Castro A, Rodríguez Borregán JC, Ortiz Lasa M, Jiménez Alfonso AF, Escudero Acha P y Seabrook Maggio PA

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Conocer aquellos procesos asociados al uso inapropiado de los términos de “fallo o fracaso hepático agudo”, “insuficiencia hepática aguda” o “daño hepático agudo” tomando como referencia las recomendaciones para su uso por las Guías Europeas de Práctica Clínica de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Inclusión: pacientes ≥ 18 años con diagnóstico al alta de UCI de “fallo o fracaso hepático agudo”, “insuficiencia hepática aguda” o “daño hepático agudo”. Periodo: 1 de octubre de 2007 a 30 de septiembre de 2017. Tras revisión de la historia clínica, se consideraron los procesos que causaron la disfunción hepática. En los casos de disfunción primaria, se tomaron en consideración los criterios diagnósticos propuestos por las Guías Europeas, considerando la hepatitis aguda como la elevación de enzimas de citólisis, el daño hepático agudo en caso de aparición de coagulopatía y el fallo hepático agudo en caso de encefalopatía hepática.

Resultados: 285 pacientes. La edad media fue de 51,7 ± 12,25 años y el 47,0% fueron varones (102 pacientes).

	Pacientes	Porcentaje
Fallo hepático agudo	17	5,9%
Daño hepático agudo	25	8,7%
Hepatitis aguda	12	4,2%
Hepatopatía previa	35	12,3%
Sepsis/shock séptico	89	31,2%
Shock cardiogénico	60	21,1%
Parada cardiopulmonar	12	4,2%
Patología postrasplante hepático	8	2,8%
Postoperatorio de resección hepática	6	2,2%
Pancreatitis	5	1,8%
Shock hemorrágico	4	1,4%
Politraumatismo	2	0,7%
Otros	10	3,5%

Conclusiones: Según las recomendaciones de las Guías Europeas de práctica clínica, el diagnóstico de insuficiencia hepática/daño hepático no fue apropiado en nuestra serie en el 85,4% de los pacientes. En el 4,2% se trataba de una hepatitis aguda, en el 12,3% existía hepatopatía previa y en el 68,9% la disfunción hepática se debía a un proceso sistémico primario (31,2% a sepsis/shock séptico; 21,1% a shock cardiogénico; 4,2% a parada cardiorrespiratoria; 2,8% a patología postrasplante; 2,2% a cirugía de resección hepática; 1,8% a pancreatitis; 1,4% a shock hemorrágico; 0,7% a politraumatismo y 3,5% a otros procesos).

035. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL USO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC), HOSPITALIZACIÓN FRENTE A DOMICILIO, IMPLANTADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

López Carranza M, Loza Vázquez A, Palleja Gutiérrez E, González López S, Vaquero Andreu S, Campanario García A, Macías Guerrero D, Herrera Rojas D, Lesmes Serrano A y Jiménez Vilches PL

Hospital Virgen de Valme en Sevilla.

Objetivos: Analizar las diferencias del uso de los PICC y sus complicaciones entre pacientes hospitalizados y en domicilio, conociendo el grado de satisfacción de los mismos.

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo en el que se incluyen PICC implantados 2013-2016 en un Hospital de 500 camas (SMI de 14 camas) y una unidad de implantación de catéteres. Variables demográficas, complicaciones y seguimiento a largo plazo (3 y 6 meses) mediante encuesta telefónica. Análisis descriptivo y bivalente, según la procedencia, con chi-cuadrado (cualitativas) y t-Student (cuantitativas) con SPSS. Nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: 1.300 catéteres. 737 hospitalizados y 563 domicilio. Edad media 64 ± 16 años frente a 58 ± 13 , mujeres 51%. Se implantaron catéteres de una luz en los pacientes de domicilio (94%) y de dos luces (94%) en hospitalizados, en la vena basilica del brazo izquierdo. Los catéteres se solicitaron desde Medicina (17%), Cirugía (18,5%) y Digestivo (13,3%), entre otras especialidades, en los hospitalizados y desde Oncología (86,1%) para los de domicilio. El uso fue para NPT (37%), fármacos (28,4%) u otras indicaciones en hospitalizados y para QT (93,4%) en los ambulatorios ($p < 0,01$). Los pacientes estaban afectados de tumor sólido (85%) en domicilio y presentaban mal acceso periférico (17%) u otras patologías en los hospitalizados. Más del 95% no presentaron ninguna complicación durante la implantación ($p < 0,05$). Se completaron un total de 174.864 días de cateterización durante el seguimiento con una mediana de $27 \pm 110,2$ días en los hospitalizados y 164 ± 177 días en domicilio. En cuanto a las complicaciones, se comprobó la existencia de 50 bacteriemias relacionada con catéter vascular (BRCV) en pacientes hospitalizados 39 (0,72% días de catéter) y 11 (0,09% días de catéter) en domicilio ($p < 0,05$). Se diagnosticaron 25 trombosis venosa profunda (TVP), 18 en domicilio ($p < 0,05$). El motivo de retirada más frecuente en ambos grupos fue el fin del tratamiento y exitus, siendo más frecuente la retirada por sospecha de BRCV en los hospitalizados. Más del 90% de los pacientes calificó su experiencia con el catéter como excelente.

Conclusiones: Los PICC de domicilio fueron implantados para tratamiento con QT, durante más tiempo, presentando mayor tasa de TVP. Sin embargo, los de uso hospitalario eran la mayoría de dos luces presentando mayor tasa de BRC. En ambos grupos la valoración fue de excelente.

036. RESULTADOS DEL REGISTRO ARIAM (ANÁLISIS DEL RETRASO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO) EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (UMI) DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO (HSP) Y COMPARACIÓN CON EL RESTO DE LOS HOSPITALES DE ESPAÑA Y CON RESULTADOS EN 2017

Monfort Lázaro E, Pavia Pesquera MC, Díaz de Antoñana Sáez V, Macías Pascual M, Calvo Martínez A, Martínez Camarero L, Calleja Muñoz V, Monzón Alonso M, Santapau Travería A y Serván Alcántara F

Hospital San Pedro en Logroño.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos con el registro ARIAM en la UMI del HSP de Logroño y compararlo con el resto de hospitales de España y con resultados obtenidos en 2017.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo y longitudinal de todos los pacientes que ingresaron en la UMI de HSP con infarto agudo de miocardio con y sin elevación de ST (IAMcEST/IAMsEST) desde el 01/03/2018 hasta el 31/05/2018 mediante el registro ARIAM-SEMICYUC.

Resultados: En los IAMcEST, se realizó reperfusión primaria al 85,4%, frente al 87,9% del resto de hospitales, sin diferencias estadísticamente significativas. No se realizó fibrinólisis a ningún paciente del HSP. El tiempo urgencias-ECG fue de 8,5 min, frente a 9 min del resto de hospitales, sin diferencias estadísticamente significativas. El tiempo puertabalon fue de 92,5 min, frente a 110 min del resto de hospitales. El tiempo urgencias-balón fue de 117 min, frente a 98 min del resto de hospitales, ambos sin diferencias estadísticamente significativas. Se realizó coronariografía al 78,9% de los IAMsEST, y al 83,1% en el resto de hospitales, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la administración de ácido acetilsalicílico, tienopiridinas, IECAS y/o ARA II con el resto de hospitales ni tampoco en la administración de anticoagulantes en el IAMsEST. No se administraron antagonistas IIb/IIIa en el HSP a los IAMsEST. Se administró betabloqueantes al 84,6%, frente al 68% del resto de hospitales con diferencias estadísticamente significativas. Se administró hipolipemiantes al 100% los pacientes, frente al 91,1% del resto de hospitales, con diferencias estadísticamente significativas. No se encontraron diferencias en la realización de ecocardiograma (96,7%) y el resto de hospitales (92,3%). La mortalidad de IAMsEST fue 0%, frente al 4% del resto de hospitales, sin diferencias estadísticamente significativas. La mortalidad del IAMcEST fue del 2,4%, frente al 8% del resto de hospitales, sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En el HSP no se realizó fibrinólisis a ningún paciente y no falleció ninguno con IAMsEST. Se administraron más hipolipemiantes y betabloqueantes que en el resto de hospitales con diferencias estadísticamente significativas. Se administró hipolipemiantes al 100% en HSP. Se administraron más betabloqueantes que en el año 2017 en HSP.

037. ALERTA TARDÍA EN LA APLICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. PROPOSICIÓN DE UN INDICADOR DE CALIDAD DE LA ACTIVIDAD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN RÁPIDA (EAR)

Castañó Ávila S, Rodríguez Trujillo I, González Cubillo L, Iturbe Rementería M, Urturi Matos JA, Fonseca San Miguel F, Pérez Lejonagoitia C, Martín López A, Fernández Miret B e Iribarren Diarasarri S

Hospital Universitario Araba en Vitoria.

Objetivos: Proponer indicadores de calidad para medir la actividad de un sistema de detección temprana del agravamiento clínico valorado por los EAR.

Métodos: Protocolo de detección y atención rápida de pacientes en riesgo en planta de hospitalización con alertas informáticas según variables clínicas (FC, FR, PAS, t^a , SpO_2 y estado neurológico). Revisión del registro prospectivo de alertas en 3 periodos: P1 (enero a junio 2013 en una sede hospitalaria de 280 camas, 17 de críticos), P2 y P3 (en hospital de 800 camas, 35 de críticos de marzo a noviembre de 2014 y mayo a junio 2018 respectivamente). Registro de variables clínicas, criterio de alerta, puntuación en escala de riesgo (en P1, EPAR y en P2 y P3 VIEWS) y en los que ingresan en cuidados intensivos (SMI), estancia y mortalidad en SMI, desarrollo de disfunción multiorgánica (SDMO), y si cumple criterios de alerta tardía (AT). En P1 se definió como EPAR > 3 o ≥ 2 en la valoración de la presión arterial sistólica o de la pulsioximetría en algún momento de los 3 turnos previos al del ingreso; en P2 VIEWS > 7 en alguno de los 3 turnos previos al ingreso en SMI, y en P3 el de P2 o ingreso en SMI tras estancia en urgencias > 5 horas. Expresión de datos: frecuencia y %. Comparación de pacientes con AT y el resto con riesgo relativo (RR) e intervalo de confianza (IC) al 95%.

Resultados: Se presentan en la tabla.

	P1 (enero-junio 2013)	P2 (marzo-nov 2014)	P3 (mayo-junio 2018)
Población	280 camas (17 SMI)	800 camas (35 SMI)	800 camas (35 SMI)
Origen Alertas	Planta	Planta	Planta y urgencias
Escala	EPAR	VIEWS	VIEWS
Alertas	244	457	343
Ingresos	80	266	247
AT	33 (13,52%)	34 (7,43%)	24 (6,99%)
AT que ingresa SMI	33 (41,25%)	34 (12,71%)	24 (9,7%)
RR exitus si AT	2,14 (IC95% 0,65-6,98)	3,03 (IC95% 1,7-5,4)	2,51 (IC95% 1,03-6,12)
RR SDMO si AT	1,75 (IC95% 1,22-2,5)	Sin registro	5,92 (IC95% 2,42-14,5)

Conclusiones: La AT es un indicador que en nuestras revisiones con distintas escalas de EAR se asocia a peor pronóstico y mayor incidencia de SDMO. El % de AT en el hospital, podría servir para monitorizar la efectividad de los EAR y facilitar la comparación con otros centros, siendo conveniente unificar los protocolos de aplicación.

038. IMPLEMENTANDO UN SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI). RESULTADOS INICIALES

Montserrat Ortiz N, Iglesias Moles S, Carvalho Brugger S, Miralbes Torner M, Prados Chica X, Monclou Palomino J, Caballero López J y Vallverdú Vidal M

Hospital Universitario Arnau Vilanova en Lleida.

Introducción: La atención al paciente gravemente enfermo, si bien está centrada en la UCI puede extenderse más allá de ella, siendo un proceso continuo durante toda la hospitalización.

Objetivos: Describir la atención ofrecida en la detección precoz de pacientes críticos fuera de UCI, mediante la implantación de un Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI) de 8 a 20 horas en un hospital de 450 camas.

Métodos: Estudio descriptivo de enero a diciembre de 2018. Realización en cuatro fases: 1: elaboración del proyecto SEMI; 2: establecimiento criterios de activación; 3: difusión a los servicios implicados y 4: implantación y evaluación. SEMI está formado por un equipo específico que se activa ante llamadas de Urgencias u otros servicios para valoración, asistencia y/o seguimiento de pacientes con signos de deterioro clínico y prestar atención a pacientes de riesgo valorados previamente por la guardia de UCI o tras alta de UCI.

Resultados: Fueron atendidos 1.269 pacientes, de los cuales 783 (61,7%) eran hombres y 486 (38,2%) mujeres, con edad media de 60,85 años (11 meses-94 años). El tiempo medio de atención fue 87,7 minutos, seguimiento de 1 a 7 días (media 1,29). 516 pacientes (40,6%) tenían patología médica, 652 (51,3%) quirúrgica y 101 (7,9%) traumatológica. El 38,8% de los pacientes fueron valorados en Urgencias, 18,8% en el servicio de Cirugía digestiva, y el resto en otros servicios. El 37,5% la atención fue por aviso al busca; 4,1% el seguimiento fue de pacientes valorados en la guardia anterior; 8,5% requirió colocación de CVC; 4,1% seguimiento pacientes frágiles tras alta UCI. El 18,1% de la atención precisó ingreso en UCI, un 15,8% no lo precisó o por ausencia de criterios o por haberse realizado un manejo adecuado fuera de la UCI (52,7%), en un 36,8% se decidió limitación del esfuerzo terapéutico y precisaron colocación de ventilación mecánica no invasiva en planta un 2,4%. De los pacientes que se realizó seguimiento en planta más de 2 días (total 35 pacientes) requirieron ingreso en UCI 20,6% y se evitó el ingreso en nuestra unidad en un 82,8%. Destacar que solo un 4% de los pacientes que se realizó seguimiento en planta al alta de UCI requirieron reingreso en UCI, no reingresando un 96%.

Conclusiones: En la implantación del SEMI, se evitó el ingreso en UCI en un 52,7% gracias a la atención precoz en pacientes con deterioro clínico y su manejo por un intensivista independientemente de su localización en el hospital.

039. PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME POSTUCI EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

de Pablo Hermida AM, Zubillaga Muñoz S, Hernández Sánchez EM, García Sánchez E, Pardo Guerrero A, Cabanillas Carrillo A, Cruz Tejedor M y Nevada Losada E

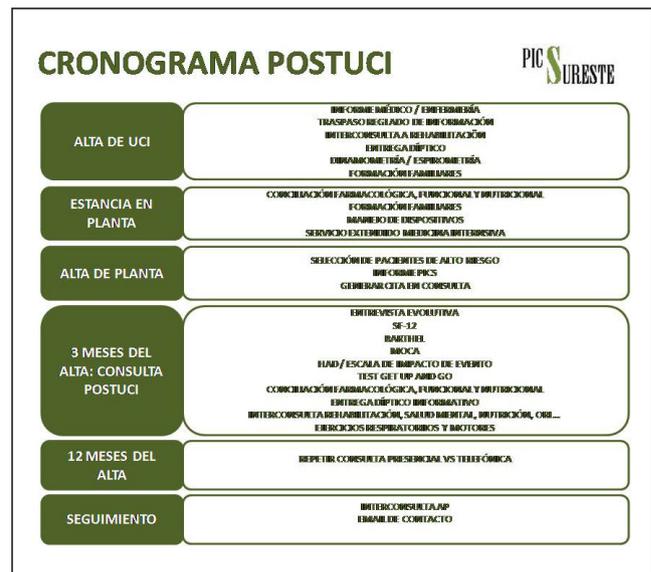
Hospital Universitario del Sureste en Arganda del Rey.

Objetivos: Describir la puesta en marcha de un programa de seguimiento postUCI. Definir las características del síndrome postUCI (PICS) en pacientes de riesgo en nuestra unidad.

Métodos: Estudio longitudinal, observacional y prospectivo sobre incidencia y características del PICS en pacientes de riesgo en nuestra unidad. Al alta de UCI se realizaron visitas de seguimiento consensuadas con el médico receptor para conciliar el manejo de secuelas o necesidades especiales del paciente. A los 3 meses del alta se valoró en consulta la presencia de síntomas de PICS así como otros problemas de salud, situación basal y nivel de actividad. Se definió PICS precoz como la presencia de secuelas físicas o neuropsicológicas concordantes al alta de UCI; PICS tardío la presencia a los tres meses. Criterios de inclusión: estancia > 7 días; ventilación mecánica > 48 horas; delirio; presencia de

dispositivos; decanulación reciente; enfermedad neuromuscular; úlceras por presión o humedad; nutrición artificial; criterio médico responsable.

Resultados: Se realizó seguimiento hospitalario a 58 y al alta a 12 pacientes ingresados en UCI durante el periodo 2016-2018. 64% fueron hombres con edad media 67 [20-86] y estancia media 25 días [2-93]. Motivo de ingreso 48% médico; 50% quirúrgico; 2% traumatológico. Motivo de seguimiento: 33% estancia prolongada; 6% enfermedad neuromuscular; 6% delirio; 12% criterio médico responsable; 10% curas y dispositivos; 31% NPT. Duración media del seguimiento hospitalario: 8,8 días [1-60]. Incidencia PICS precoz: 39%. De ellos, síntomas físicos 78%; neurológicos (incluyendo alteraciones del sueño) 52%; psicológicos 13%. Incidencia PICS tardío: 72%. De ellos síntomas físicos 72%; neurológicos 18%; psicológicos 36%. De los que tenían precoz, 100% presentaban PICS tardío. Intervención precoz: conciliación funcional o farmacológica 65%; VMNI 8%; valoración psiquiátrica 7%; curas y manejo de dispositivos 38%; NPT 45%; pruebas pendientes 19%; formación familiares 5%. Intervención tardía: derivación a neurología 8%; derivación a rehabilitación 32%; derivación a psiquiatría 8%; conciliación farmacológica 24%; información verbal y escrita a paciente y familia 100%.



Conclusiones: La incidencia de PICS es alta en todas las fases del seguimiento, por lo que es necesario diseñar procesos de prevención y manejo. El porcentaje de síntomas psicológicos aumenta con el tiempo de evolución. Hacen falta estudios más amplios y prolongados para definir la incidencia y características del síndrome PICS en nuestro medio.

040. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA TRAS VARIOS AÑOS EN PACIENTES DE UCI CON HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÁNEA Y SU RELACIÓN CON LA CIRUGÍA

Gordillo Resina MM^a, Arias Verdú MD^b, Pérez Mesa E^a, Guerrero López F^c, Mora Ordóñez J^b, Castillo Lorente E^c y Arreaez Sánchez MA^b

^aComplejo Hospitalario de Jaén en Jaén. ^bHospital Regional de Málaga en Málaga. ^cHospital Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Estudio de supervivencia y evaluación de tratamiento quirúrgico en una cohorte de pacientes con hematoma intracerebral espontáneo (HIE) supratentorial y hemorragia intraventricular.

Métodos: Durante 2009-2012 hemos estudiado pacientes ingresados en UCI de tres hospitales españoles con diagnóstico de HIE. Se estudió efecto de la intervención quirúrgica en éstos. Se utilizó índice de propensión.

Resultados: Ingresaron 163 pacientes con HIE. Glasgow 8 ± 4 , APACHE-II $21,42 \pm 7,55$ y ICH score $2,75 \pm 0,9$ con mortalidad predicha 65% y con mortalidad 59,5%. 13,5% a su ingreso midriasis bilateral arreactiva. 23,3% (n = 38) fueron intervenidos quirúrgicamente. Mortalidad de los operados: 34,2% y de no intervenidos 67,2% (p < 0,001). Análisis multivariable la OR para intervención quirúrgica 0,14 (0,05-0,41). Después se realizó un emparejamiento de 26 operados con otros 26 no intervenidos quirúrgicamente en función de índice de propensión. Este índice se calculó en función edad, presencia anomalías pupilares, tamaño y localización del hematoma y Glasgow al ingreso. Los operados y no operados presentaban similares características y ninguno presentaban midriasis bilateral arreactiva al ingreso. Mortalidad hospitalaria de los 26 operados: 30,8% y de 26 no operados: 65,4%, (p = 0,001) y OR 0,23; IC95% 0,07-0,75. Posteriormente se realiza seguimiento durante 6-9 años a estos 52 pacientes apareados por índice de propensión. Mortalidad fue del 57,7% intervenidos y 73,1% no intervenidos. Se realizó análisis de supervivencia, observando supervivencia superior en los operados, log rank (p = 0,042), y Breslow (p = 0,008). Análisis multivariable con regresión de Cox, confirmo mayor supervivencia en pacientes intervenidos quirúrgicamente, HR: 0,404 (0,201-0,814) para la intervención quirúrgica, para edad HR: 1,054 (1,014-1,094) y para APACHE II al ingreso HR: 1,052 (1,01-1,105).

Conclusiones: En los pacientes con HIE la mortalidad hospitalaria fue menor en los pacientes intervenidos quirúrgicamente en comparación con los que recibieron tratamiento conservador. Y la supervivencia tras varios años es también superior en pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Pósteres orales

8:30h a 10:00h

Trasplantes 1

Sala Sta. Catalina

Moderadores: José Miguel Pérez Villares
y Julio Velasco Roca

041. GRAFT RISK INDEX (GRI): NUEVO INDICADOR DE RIESGO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Ocabo P, Marta A, Lozano H, Matute A, Arche MJ, Abanses P, Mayordomo C, Herrero S, Araiz JJ

Hospital Clínico Lozano Blesa en Zaragoza.

Introducción: La escasez de injertos hepáticos en los últimos años ha llevado a utilizar donantes marginales y, en consecuencia, el número de complicaciones postquirúrgicas ha aumentado. Para predecir esta situación, se han descrito varios indicadores, como DRI (índice de riesgo del donante) y ET-DRI (índice de riesgo del donante Eurotransplant), pero existen diferencias importantes entre los países sobre los programas de trasplante y las características de los donantes.

Objetivos: El objetivo principal es describir un nuevo indicador de riesgo precoz de trasplante hepático (TOH), llamado Graft Risk Index (GRI) basado en el RETH (Registro Español de Trasplante de Hígado), compararlo con el DRI y el ET-DRI y validarlo en nuestro entorno.

Métodos: La descripción del nuevo indicador se basó en los datos recopilados del RETH. Para validar los indicadores descritos, se recogió prospectivamente los datos de 600 TOH en adultos realizados en nuestro centro. Para evaluar los indicadores, se consideraron dos tipos de even-

tos: supervivencia del injerto y supervivencia del injerto libre de rechazo. El informe del RETH incluye una regresión de Cox. El poder predictivo de DRI, ET-DRI y GRI para la supervivencia del injerto se evaluó mediante el cálculo del área ROC bajo la curva.

Resultados: En la comparación de los indicadores, ni los valores de DRI ni de ET-DRI mostraron diferencias entre los grupos con y sin fallo precoz del injerto, sólo el GRI mostró una mejor discriminación en la supervivencia. Valores de GRI ≥ 3 indicaron una probabilidad de supervivencia del injerto a un mes del 68% (IC95% 46,2-82,5) con un aumento muy significativo del riesgo en comparación con el grupo estándar (HR 10,15 IC95% 3,91-26,32; p < 0,0001). El análisis de ROC-AUC de DRI y ET-DRI fue de 0,52 (IC95%: 0,43 a 0,62) y de 0,54 (IC95%: 0,45 a 0,65), respectivamente. El análisis ROC-AUC de GRI fue de 0,69 (IC95%: 0,61 a 0,77).

Conclusiones: Ni el DRI ni el ET-DRI son válidos para el programa de donación y TOH en España, por lo tanto, es necesario un nuevo indicador para predecir la supervivencia del injerto posterior al trasplante que se adapte a nuestro entorno. Un GRI nacional puede ser una herramienta muy útil para optimizar la coincidencia entre injerto y receptor.

042. PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA (MAASTRICHT III) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO NO TRASPLANTADOR: ANÁLISIS Y RESULTADOS

Pérez Ruiz M, Díez del Corral Fernández B, Carrizosa Carmona FJ, Fernández Ruiz L, Moreno Cano SG y Giménez Beltrán B

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

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos con el programa de donación en asistolia controlada (DAC) puesto en marcha a finales del 2014 en un hospital sin programa de trasplantes ni Servicio de Neurocirugía.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los casos de DAC realizados en un hospital de segundo nivel en un periodo de 4 años. Se recogieron las características demográficas y epidemiológicas, estancia en UCI, causa de la muerte y/o limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV), técnicas empleadas para la extracción y tiempos del proceso. También se analizó el impacto del programa en cuanto al aumento del número de donantes y la consecución de órganos y tejidos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v24.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 16 donaciones en asistolia, suponiendo el 30% del total. La edad media de los donantes fue $63,5 \pm 6,9$ años. El 75% fueron hombres. En cuanto a los antecedentes médicos, el 69% eran hipertensos, el 50% tenían algún tipo de dislipemia, el 25% eran diabéticos y el 12% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. La causa del exitus fue: 37,5% ACV isquémico, 19% ACV hemorrágico, 37,5% encefalopatía anóxica y 6% otras causas. La estancia media en UCI fue $8,5 \pm 4$ días. El 100% de las extubaciones terminales se realizaron en quirófano. La mayoría de los procedimientos fueron con extracción ultra-rápida, excepto los 3 últimos que se hicieron con perfusión regional normotérmica. Los tiempos medios de isquemia caliente total fueron $29,5 \pm 6,4$ min, tiempo de isquemia caliente funcional $20,5 \pm 4,9$ min y el tiempo agónico $16,9 \pm 6,4$ min. En los 13 casos en los que se hizo técnica ultra rápida el tiempo desde el inicio de la cirugía hasta el clampaje que fue $9 \pm 2,5$ min. El número de órganos extraídos y/o valorados por paciente fue 2,12 y el número de órganos válidos para trasplante fue 1,7 por donante. El 50% también fueron donantes de tejidos.

Conclusiones: La implantación de un programa de donación en asistolia controlada aumenta el número de donaciones y por tanto el número de órganos válidos para el trasplante. En nuestra experiencia ya supone un 30% de nuestros donantes y es previsible que esta cifra aumente en los próximos años.

043. TRASPLANTE RENAL DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA, ¿EXISTEN DIFERENCIAS CON LOS DE MUERTE ENCEFÁLICA?

Gordillo Brenes A^a, Benítez Ruiz L^a, Pastorín Rodríguez J^a, Carrizosa Carmona F^b, Domínguez Rivas MJ^c, Arias Martínez E^d y Diego Estévez C^e

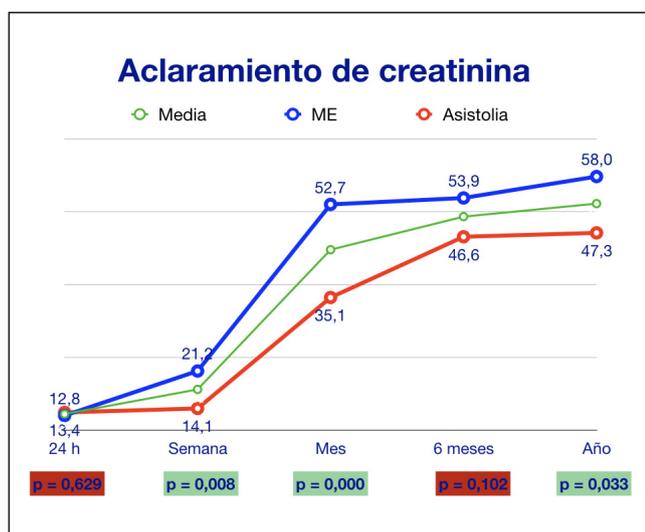
^aHospital Puerta del Mar en Cádiz. ^bHospital de Jerez en Cádiz. ^cHospital de Puerto Real en Cádiz. ^dHospital de La Línea en Cádiz. ^eHospital Punta Europa en Algeciras.

Objetivos: Comparar la evolución de los trasplantes renales obtenidos tras donación en asistolia y extracción por técnica súper rápida con los obtenidos tras donación en muerte encefálica.

Métodos: Trasplantes (Tx) renales de donación en asistolia realizados en el sector I de Andalucía entre los años 2011 y 2017, y un número similar de trasplantes de donantes en muerte encefálica (ME) con una edad menor de 75 años. Se recogieron las siguientes variables de los donantes: edad, diabetes (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP) y tabaquismo (TBQ). Causa de exitus: ictus hemorrágico (HEM), ictus isquémico (ISQ), traumatismo por tráfico (TCE-T), traumatismo diferente a tráfico (TCE no T), anoxia (AX). Tiempo isquemia fría (TIF). De los receptores se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, aclaramiento de creatinina (AclCr) a las 24 horas, a la semana, al mes, a los 6 meses y al año. Sesiones de hemodiálisis tras el trasplante (SHD). Fracaso del injerto. Los resultados se muestran como porcentajes en variables cualitativas y como medias con intervalo de confianza al 95% en las cuantitativas.

Resultados: 57 Tx renales de 33 donantes en asistolia y 60 Tx renales de 37 donantes en ME. Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a edad de donantes y receptores, y la presencia de factores de riesgo cardiovascular en los donantes (fig. 1). La causa del fallecimiento fue HEM (47,8%), ISQ (21,7%), TCE-T (2,9%), TCE no T (7,2%), AX (17,4%), existiendo diferencias significativas en cuanto a la causa de la muerte entre los dos tipos de donantes. Entre los donantes en ME y asistolia observamos diferencia significativa en la recuperación de la función renal medida mediante AclCr (fig. 2), con unas cifras mayores de AclCr en Tx de ME. No hubo diferencia en el TIF, con 17,9 h (16,6-19,2) en ME y 16,8 h (15-18,6) en asistolia (p = 0,34). No hubo correlación entre el TIF y el AclCr, ni en los casos de ME ni en los de asistolia. El número de SHD tras el trasplante fue mayor en casos de donantes en asistolia que en ME con p = 0,03. La curva de supervivencia del injerto al año fue similar en los dos grupos (p = 0,64), con fracaso del injerto en 2 (3,5%) casos de ME y 3 (5,5%) de asistolia (p = 0,52).

	ME	Asistolia	Valor p
	n (%)	n (%)	
Edad donante	58,73	59,28	p=0,82
Edad receptor	56,80	55,77	p=0,64
HTA	17 (45,9)	16 (50)	p=0,74
DM	2 (5,4)	6 (18,8)	p=0,08
DLP	7 (18,9)	8 (25)	p=0,54
TBQ	13 (35,1)	15 (46,9)	p=0,32



Conclusiones: A pesar de ser dos poblaciones similares de donantes y tener la misma supervivencia de injertos, la recuperación de la función renal fue mayor y de manera más precoz en casos de ME, teniendo además menos necesidad de sesiones de hemodiálisis postrasplante.

044. EL INCREMENTO DE CLORO TRAS LA CIRUGÍA DE TRASPLANTE RENAL COMO FACTOR ASOCIADO A MAYOR EMPLEO DE TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Peñasco Martín Y, Campos Fernández S, Feo González M, Delgado Hernández S, González Castro A, Rodríguez Borregán JC, Ortiz Lasa M, Seabrook Maggio PA, Chicote Álvarez E y Escudero Acha P
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Determinar la asociación entre el incremento de cloro en sangre tras la cirugía de trasplante renal respecto a los valores determinados de forma previa a la misma y el empleo de terapias de reemplazo renal (TRR) durante el ingreso hospitalario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Inclusión: pacientes ≥ 18 años con ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos tras realización de trasplante renal. Periodo: 1 de enero de 2015 a 31 de octubre de 2018. Exclusión: realización de trasplante simultáneo de páncreas o hígado. Análisis estadístico: comparación de proporciones por χ^2 o test de Fisher, comparación de medias por t de Student o test de Welch, análisis mediante regresión logística tomando como variable resultado el empleo de TRR durante el ingreso hospitalario. Análisis multivariante con inclusión de puntuación en escala APACHE II y tiempo de isquemia.

Resultados: 134 pacientes. TRR en 30 pacientes (22,39%). Mortalidad del 2,24% (3 pacientes).

Análisis comparativo	TRR	Sin TRR	p
	Sexo (varón)	25 (83,3%)	65 (62,5%)
Edad (años)	53,83 ± 12,22	54,28 ± 11,78	0,857
Cl ⁻ preIQ (mEq/l)	101 ± 2,68	102 ± 3,90	0,089
Cl ⁻ postIQ (mEq/l)	104 ± 3,22	105 ± 3,67	0,498
Incremento Cl ⁻ (mEq/l)	4,40 ± 3,01	2,33 ± 2,37	< 0,001
APACHE II (puntos)	18,17 ± 8,23	14,02 ± 4,26	< 0,001
T. isquemia (horas)	19,21 ± 5,71	15,76 ± 7,76	0,012
GAP (mEq/l)	21,50 ± 3,37	20,60 ± 2,89	0,186
Retrasplante	12 (40,0%)	22 (21,2%)	0,037
Volumen infundido IQ (litros)	1,96 ± 1,09	1,87 ± 0,71	0,663
Incremento de creatinina (mg/dl)	-0,30 ± 1,52	0,34 ± 1,38	0,882

Análisis mediante regresión logística	OR	IC95%	p
	Incremento Cl ⁻ (mEq/l)	1,34	1,10-1,63
APACHE II (puntos)	1,13	1,04-1,24	0,004
Tiempo isquemia (horas)	1,08	1,01-1,15	0,037

Conclusiones: El incremento de los niveles de cloro en sangre tras la cirugía de trasplante renal respecto al valor previo a la misma se asocia a un mayor empleo de terapias de reemplazo renal durante el ingreso hospitalario.

045. ASOCIACIÓN ENTRE LA PROPORCIÓN DE FLUIDOS BALANCEADOS ADMINISTRADOS DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DEL TRASPLANTE RENAL Y LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Peñasco Martín Y, Campos Fernández S, Feo González M, Delgado Hernández S, González Castro A, Rodríguez Borregán JC, Ortiz Lasa M, Seabrook Maggio PA, Chicote Álvarez E y Escudero Acha P
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Determinar la asociación entre la proporción de fluidos balanceados administrados durante las primeras horas de trasplante renal (intervención quirúrgica y primeras 24 horas en UCI) y las principales complicaciones durante el ingreso hospitalario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se determinó la proporción de fluidos balanceados administrados, teniendo en cuenta la intervención quirúrgica y las primeras 24 horas en UCI, en relación con el volumen total de fluidos infundidos en forma de porcentaje. Inclusión: pacientes ≥ 18 años con ingreso en la Unidad de Cuidados Intensi-

vos tras realización de trasplante renal. Exclusión: trasplante combinado de páncreas o hígado. Periodo: 1 de enero de 2015 a 31 octubre de 2018. Análisis estadístico: análisis multivariante mediante regresión logística, con inclusión de la puntuación en la escala APACHE II.

Resultados: 134 trasplantes. Mortalidad del 2,24% (3 pacientes). 30 pacientes (22,39%) precisaron terapias de reemplazo renal (TRR), 31 (23,13%) presentaron una infección y 27 (20,15%) presentaron complicaciones hemorrágicas. El porcentaje medio de fluidos balanceados administrado fue del 36,13 ± 24,54% (rango: 0,0-81,16%).

Análisis mediante regresión logística			
	OR	IC95%	p
Empleo de TRR			
% fluidos balanceados	0,98	0,96-0,99	0,026
Complicaciones hemorrágicas			
% fluidos balanceados	0,99	0,97-1,01	0,205
Infección			
% fluidos balanceados	1,00	0,98-1,02	0,841

Conclusiones: El aumento en la proporción de fluidos balanceados sobre el total de fluidos administrados durante las primeras horas del trasplante renal se asocia a un menor empleo de TRR. Son necesarios estudios específicos.

046. ASOCIACIÓN DEL RETRASPLANTE RENAL CON DETERMINADAS COMPLICACIONES HOSPITALARIAS. COMPARACIÓN CON PACIENTES QUE RECIBEN EL PRIMER TRASPLANTE RENAL

Peñasco Martín Y, Campos Fernández S, Feo González M, Delgado Hernández S, González Castro A, Rodríguez Borregán JC, Ortiz Lasa M, Jiménez Alfonso AF, Escudero Acha P y Seabrook Maggio PA

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Conocer la asociación entre el retrasplante renal y determinadas complicaciones durante el ingreso hospitalario en comparación con los pacientes que reciben el primer trasplante renal.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Inclusión: pacientes ≥ 18 años con ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos tras realización de trasplante renal. Exclusión: trasplante combinado de páncreas o hígado. Periodo: enero de 2015 a octubre de 2018. Análisis estadístico: comparación de proporciones mediante χ^2 o test de Fisher, comparación de medias mediante t de Student o test de Welch, análisis mediante regresión logística. Análisis multivariante con inclusión de la puntuación en la escala APACHE II.

Resultados: 134 pacientes. 34 retrasplantes (25,37%).

Análisis comparativo			
	Retrasplante	Primer trasplante	p
Sexo (varón)	21 (65,6%)	69 (69%)	0,661
Edad (años)	51,79 ± 10,25	54,99 ± 12,27	0,175
APACHE II	14,62 ± 5,71	15,07 ± 5,65	0,688
Tiempo isquemia (horas)	16,44 ± 6,65	16,53 ± 7,88	0,955
Tiempo cirugía (horas)	3,57 ± 1,37	3,06 ± 0,97	0,047
Terapia de reemplazo renal (TRR)	12 (35,3%)	18 (18%)	0,037
Infección	8 (23,5%)	23 (23%)	0,950
Hemorragia	11 (32,4%)	16 (16%)	0,040

Análisis multivariante mediante regresión logística			
	OR	IC ^{95%}	p
Empleo de TRR			
Retrasplante	2,89	1,14-7,34	0,026
Hemorragia			
Retrasplante	2,61	1,05-6,50	0,039
Infección			
Retrasplante	1,06	0,41-2,72	0,907

Conclusiones: El retrasplante de riñón se asocia a mayor empleo de TRR y complicaciones hemorrágicas en comparación con los pacientes sobre los que se realiza el primer trasplante.

047. EVOLUCIÓN DEL TRASPLANTE HEPÁTICO Y DEL TRASPLANTE RENAL EFECTUADOS CON INJERTOS AÑOSOS

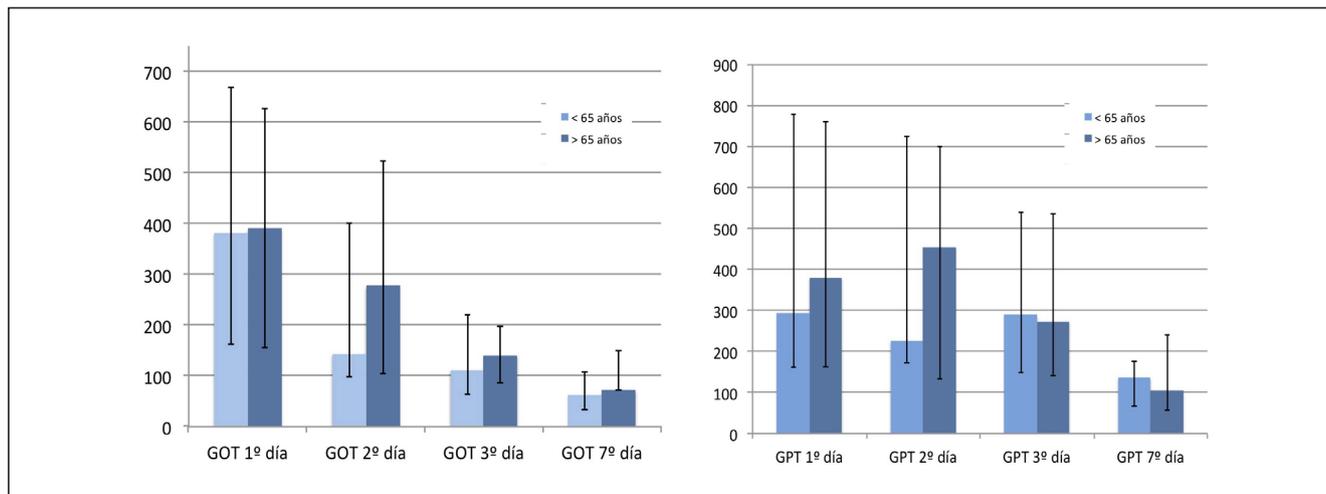
Feo González M^a, Campos Fernández S^a, Valero San Cecilio R^b, Fernández Santiago R^c, Chicote Álvarez E^a, Fernández Rodríguez A^a, Suberviola Cañas B^a, Miñambres García E^a y Ballesteros Sanz MA^a

^aMedicina Intensiva; ^bNefrología; ^cCirugía General. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Analizar la influencia del donante añoso (> 65 años) en la evolución posterior de los trasplantes hepáticos y renales.

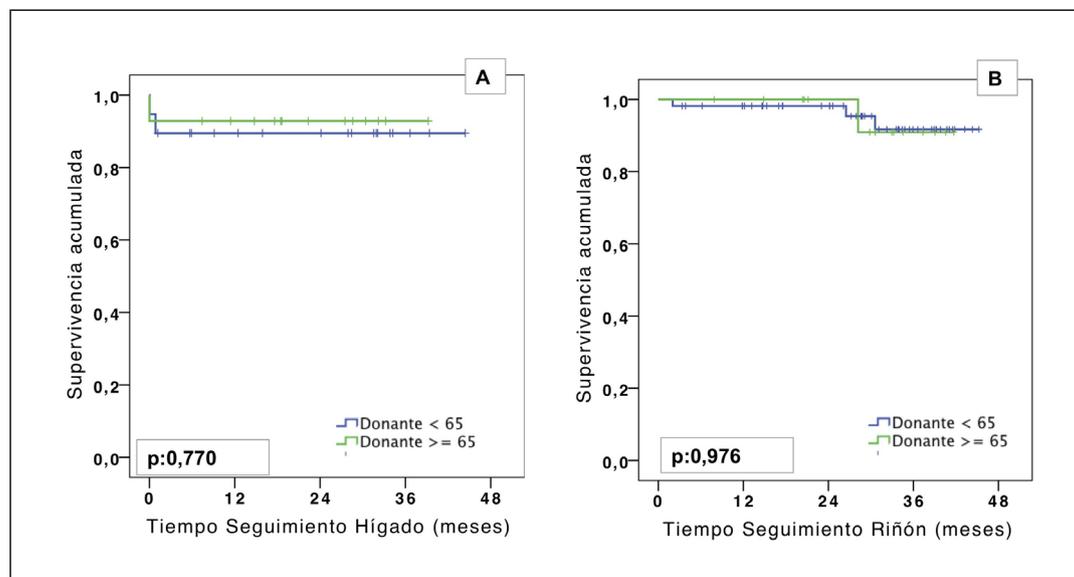
Métodos: Estudio retrospectivo incluyendo los trasplantes de hígado y riñón realizados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla con los injertos generados a partir de donantes locales en muerte encefálica (ME) durante el periodo 2014-2017. Se consideraron dos grupos en función de la edad del donante (> o < 65 años). 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

Figura 1 Póster 047



Evolución en el tiempo de las cifras séricas de GOT y GPT dependiendo del tipo donante (<65 años v. ≥ 65 años). GOT: glutamato oxalacetato transaminasa. GPT: glutamato piruvato transaminasa.

Figura 2 Póster 047



Supervivencia de los trasplantes hepáticos (A) y de los injertos renales (B).

o el test exacto de Fisher según conviniese. La supervivencia fue evaluada mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Hubo 100 donantes en ME, siendo el 37% añosos (> 65 años). Este grupo presentó mayor prevalencia de hipertensión arterial (67,5% frente a 36,5%; $p: 0,0009$), sin encontrar diferencias en el resto de variables demográficas. Se extrajeron 50 injertos hepáticos, de los cuales 35 fueron trasplantados en nuestro hospital. Independientemente de la edad del donante, los trasplantes hepáticos tenían características parecidas, destacando que aquellos con injerto añoso presentaron cifras de GOT y GPT discretamente más elevadas a lo largo del tiempo, pero sin alcanzar significación estadística. La supervivencia del receptor hepático fue similar en ambos grupos ($p: 0,770$). En nuestro centro se trasplantaron 75 injertos renales de los 133 extraídos. Los receptores renales de donantes añosos presentaron mayor edad (62 frente a 57; $p: 0,001$) y tuvieron una estancia más prolongada en el hospital (25 días frente a 17 días; $p: 0,023$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de disfunción primaria del injerto renal ni en la pérdida del injerto. La supervivencia del injerto entre ambos grupos fue similar ($p: 0,976$).

Conclusiones: El empleo de donantes añosos no ha influido en la evolución clínica de los trasplante hepáticos y renales de nuestra serie. La edad por sí sola no debería condicionar por completo la idoneidad de un órgano. Los donantes de > 65 años deberían dejar de ser considerados subóptimos pues ofrecen una posibilidad para determinados pacientes en lista de espera.

048. PREVALENCIA DE VIRUS LINFOTRÓPICOS HUMANOS (HTLV I Y II) EN POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS EN ASTURIAS

Leizaola Irigoyen O^a, Escudero Augusto D^a, Mahillo Durán B^a, Balboa Palomino S^a, Leoz Gordillo B^a, Forcelledo Espina L^a, Marqués Álvarez L^a, Astola Hidalgo I^a, Leal Negro A^c y Rodríguez-Pérez M^c.
Grupo de investigación: Investigación Microbiología traslacional del ISPA

^aMedicina Intensiva; ^bOrganización Nacional de Trasplantes en Madrid; ^cMicrobiología, Hospital Universitario Central de Asturias en Oviedo.

Objetivos: Determinar la prevalencia de anticuerpos para los virus linfotrópicos HTLV I/II, en potenciales donantes de órganos en Asturias.

Métodos: Análisis de todas las muertes encefálicas (ME) ingresadas en UCI desde el año 2014 al 2018 incluido. Se recogieron datos epidemiológicos y resultados de la serología para los virus HTLV I y II en los potenciales donantes de órganos, una vez excluidas contraindicaciones médicas y negativas a la donación. La detección de anticuerpos se realizó mediante técnica de quimioluminiscencia (CLIA) utilizando el sistema automatizado Liaison XL (Liaison[®] XL murex recHTLV-I/II, DiaSorin) capaz de detectar anticuerpos antiHTLV-I y antiHTLV-II simul-

táneamente, pero sin discriminar entre anticuerpos al HTLV-I y al HTLV-II. Las muestras positivas por CLIA se confirmaron con un segundo ELISA y posteriormente se enviaron al Instituto de Salud Carlos III para su confirmación por Western Blot (WB) que además permite diferenciar los dos virus. El tiempo de realización de la técnica CLIA es de 1 hora y el coste del reactivo es de 3 euros.

Resultados: Se analizaron un total de 297 ME de las cuales se descartaron 11 por contraindicación médica y 23 por negativa a la donación. Quedando un total de 263 ME que fueron donantes de órganos, 139 (52,9%) hombres y 124 (47,1%) mujeres, con una edad media de 62,4 años y una estancia media desde el ingreso hasta la extracción de 4,73 días de los que se extrajeron 841 órganos, siendo trasplantados 610. Con respecto a la nacionalidad solamente 9 donantes (3,4%) eran extranjeros de los cuales 4 (1,5%) procedían de zonas de riesgo (Colombia, Cuba, República Dominicana y Perú). Con respecto a otros factores de riesgo solamente 1 (0,4%) presentaba relaciones sexuales de riesgo. 2 potenciales donantes (0,76%) fueron CLIA positivo para HTLV I/II, uno de ellos con un valor límite de 1,3 unidades arbitrarias (UA) (límite superior de normalidad 1,0) considerado un falso positivo. El otro tenía un CLIA de 4,0 UA siendo descartado como donante. El WB, fue negativo confirmando que ambos casos eran falsos positivos.

Conclusiones: 1) La seroprevalencia para HTLV I/II en potenciales donantes de órganos en Asturias es baja. 2) Los resultados falsos positivos representan el 0,76% de las determinaciones y pueden condicionar la pérdida de donantes. 3) La realización universal de serología para el HTLV I/II, es barata, no supone un retraso en la logística de la donación y su detección mejora la calidad y seguridad de los órganos trasplantados.

049. ANALIZAR LA INFLUENCIA SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA (MAASTRICHT III) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO NO TRASPLANTADOR

Díez del Corral Fernández B, Pérez Ruiz M, Carrizosa Carmona FJ, Fernández Ruiz L, Moreno Cano SG y Giménez Beltrán B

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

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos con el programa de donación en asistolia controlada (DAC) que comenzamos en 2015 y su aportación al aumento del número de donantes de nuestro hospital, el cual no tiene programa de trasplantes ni servicio de neurocirugía.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los casos de diagnóstico de muerte encefálica y donantes reales desde que está implantado el programa de DAC (2015-2018). Estos datos se compararon con la actividad de donación en los 4 años anteriores (2011-2014) para poder comprobar el impacto real de dicho programa.

Se utilizó la fórmula: % ME/exitus UCI, para comprobar la capacidad generadora de muertes encefálicas y la fórmula: % donantes reales/ME para comprobar la efectividad del proceso.

Resultados: En el periodo 2011-2014, se detectaron en UCI un total de 61 muertes encefálicas, con una tasa de contraindicaciones médicas del 20% y siendo donantes reales un total de 41 (67%). Todo ello supuso que la capacidad generadora de ME fue de 11% y la efectividad del proceso de 67%. Durante el periodo 2015-2018, se detectaron en UCI un total de 73 muertes encefálicas, con una tasa de contraindicaciones médicas del 36% y siendo donantes reales un total de 38 (52%). Esto determinó que la capacidad generadora de ME fuera de 12,7% y la efectividad del proceso del 52%. Durante este periodo de implantación del protocolo de DAC tuvimos 16 donantes en asistolia tipo III. Comparando ambos grupos, se aprecia en el periodo de la implantación del programa de DAC un mayor número de donantes de forma global, así como una capacidad generadora de ME mayor. Sin embargo, la efectividad del proceso de donación en ME es menor debido al aumento de la tasa de contraindicaciones médicas.

Conclusiones: La implantación del programa de donación en asistolia tipo III aumentó el número global de donaciones hospitalarias un 30%, sin disminuir la capacidad generadora de muerte encefálica, ni el número de donantes en muerte encefálica.

050. EVALUACIÓN DE LOS INJERTOS RENALES PROCEDENTES DE DONANTES TIPO III DE MAASTRICHT EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TÉCNICA DE PRESERVACIÓN EXTRACCIÓN (EXTRACCIÓN SÚPER RÁPIDA FRENTE A PERFUSIÓN REGIONAL ABDOMINAL NORMOTÉRMICA)

Garcés Jimeno B^a, Manción Contreras JM^a, Anglada Olivan M^a, Boronat García P^a, Gómez Brey A^a, Catalán Eraso B^a, Martínez Vega S^a, Pérez Moltó H^a, Villanueva Fuentes MC^a y Ricart Martí P^a. *Grupo de investigación:* Servicio de Medicina Intensiva

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol en Badalona. ^bHospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona.

Objetivos: Comparar los resultados de los trasplantes renales procedentes de donación en asistolia controlada (DAC) en función del método de preservación de la extracción (perfusión regional abdominal normotérmica (PAN-ECMO) frente a extracción súper rápida (ESR)).

Métodos: Se seleccionan los injertos renales procedentes de los DAC desde el inicio del programa de DAC en nuestro centro (Oct'14) hasta Dic'18. Se clasifican en dos grupos según la técnica de preservación extracción (PAN-ECMO frente a ESR) y se describen las características demográficas de los donantes y receptores, motivo de ingreso, tiempos de isquemia caliente (TIC), tiempos de isquemia fría (TIF) y la función retardada del injerto (FRI). La PAN con ECMO se realizó exclusivamente cuando hubo también extracción hepática. Finalmente se ha realizado un análisis estadístico pertinente.

Resultados: El grupo de donantes con extracción tipo PAN-ECMO (n = 12) presentaba una edad media de 51,25 años, el 66,66% eran hombres, el motivo principal de ingreso fue la encefalopatía anóxica (58,33%) y presentaba una media (DE) de TIC total de 13,91 min y funcional de 10,83 min. Los donantes con ESR (n = 33) tenían una edad media de 62,6 años, eran hombres el 48,48%, el principal motivo de ingreso fue AVC hemorrágico (48,48%) y presentaban una media (DE) de TIC total de 17,09 min y funcional de 12,51 min. En el grupo de los receptores renales con la técnica de preservación extracción tipo PAN-ECMO (n = 19) tenían una edad media de 54,36 años, el 84,21% eran hombres, presentaban un tiempo de isquemia fría de media (DE) de 6,61 horas, muy semejante al del grupo de receptores con ESR (n = 55) que tienen un tiempo de isquemia fría de media (DE) de 6,67 horas. Este último grupo tenía una edad media de 61,10 años y el 72,72% eran hombres. La función retardada del injerto (FRI) aconteció en 5 (27,77%) de los 19 receptores de riñones extraídos con PAN-ECMO y en 18 (32,14%) de los 55 receptores de riñones extraídos con ESR, con un estadístico de chi-cuadrado de 0,271, un valor p de 0,602663, y con una correlación de Yates de 0,0543 con valor de p 0,815689.

Conclusiones: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la PAN con ECMO y la extracción súper rápida en nuestra muestra de paciente en cuanto a la función retardada del injerto renal. No obstante, la PAN con ECMO continúa postulándose como la técnica de referencia por sus mejores resultados en los injertos hepáticos. Se necesitaría más número de muestra para poder afirmar más datos concluyentes.

051. EFICACIA DE LOS DONANTES AÑOSOS EN ASISTOLIA TIPO III DE MAASTRICHT EN EL SECTOR SEVILLA-HUELVA

Ruiz de Azúa López Z^a, Martín Villén L^a, Miguez Crespo R^b, Cabeza Cabeza F^c, Ortiz Mera J^d, Maroto Monserrat F^e, Muñoz Collado E^f, Álvarez Saiz A^g, Sánchez Román JA^h y Egea Guerrero JJ^a. *Grupo de investigación:* Coordinación de Trasplantes

^aHospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. ^bHospital Universitario Virgen Macarena en Sevilla. ^cHospital Universitario Juan Ramón Jiménez en Huelva. ^dHospital Infanta Elena en Huelva. ^eHospital San Juan de Dios en Bormujos. ^fHospital Comarcal de la Merced en Osuna, Sevilla. ^gHospital General de Riotinto, Huelva. ^hHospital Universitario Virgen de Valme en Sevilla.

Objetivos: Analizar la población de donantes en asistolia tipo III Maastricht del Sector Sevilla-Huelva y la posibilidad de donación de órganos de pacientes añosos.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de los donantes en asistolia tipo III de Maastricht en 2017-2018 del Sector Sevilla-Huelva. Se registró edad, sexo, grupo sanguíneo, hospital de procedencia, motivo y lugar de la limitación del soporte vital (LET), técnica de preservación, días de estancia en UCI, tiempo de isquemia caliente total (TICt) y funcional (TICf), número de órganos extraídos y válidos y tejidos extraídos. Se realizaron dos grupos según la edad del donante: estándar (< 65 años) o expandido (> 65 años) y se registró el número de órganos extraídos y válidos en cada grupo.

Resultados: 56 casos. 75% varones, con 61,18 ± 10,97 años. El grupo sanguíneo A + (58,9%) y la encefalopatía anóxica como causa de LET (39,3%) fueron los más frecuentes. 100% se realizó en quirófano. Estancia en UCI de 9,13 ± 9,31 días. El 80,4% fue con perfusión regional normotérmica (PRN), TICt 22,89 ± 6,6 y TICf 14,57 ± 4,9 min. 151 órganos extraídos y 98 válidos (30/21 hígados, 112/69 riñones, 8/6 pulmones, 1/1 páncreas). 71 córneas y 18 escleras. 20 donantes de piel, 35 tejido osteotendinoso, 8 válvulas cardíacas y 2 segmentos vasculares. Se extrajeron 96 órganos del grupo A frente a 57 del grupo B.

	< 65 años (n=30)	≥ 65 años (n=26)	p
Varón	26 (86,7)	16 (61,5)	0,06
Grupo A +	18 (60)	15 (57,7)	0,016
Causa LET (encefalopatía anóxica)	11 (36,7)	11 (42,3)	0,3
PRN	25 (83,3)	20 (76,9)	0,74
Días UCI	10,7±10,7	7,27±7,2	0
TICt (min)	22,8±7,99	23±4,83	0,009
TICf (min)	13,6±3,77	15,6±5,84	0,1
Órganos extraídos	94	57	
Tasa Extracción	3,13±0,86	2,19±0,40	0
Órganos Válidos	72	26	
Tasa Validez	2,4±1,07	1±0,98	0,003

n(%), media ± desviación estándar

	< 65 años (n = 30)	> 65 años (n = 26)	p
Varón	26 (86,7)	16 (61,5)	0,06
Grupo A +	18 (60)	15 (57)	0,016
Causa LET (encefalopatía anóxica)	11 (36,7)	11 (42,3)	0,3
PRN	25 (83,3)	20 (76,9)	0,74
Días UCI	10,7 ± 10,7	7,27 ± 7,2	0
TICt (min)	22,8 ± 7,9	23 ± 4,8	0,009
TICf (min)	13,6 ± 3,8	15,6 ± 5,84	0,1
Órganos extraídos	94	57	
Tasa extracción	3,13 ± 0,86	2,19 ± 0,40	0
Órganos válidos	72	26	
Tasa validez	2,4 ± 1,07	1 ± 0,98	0,003

Conclusiones: Los donantes añosos en asistolia tipo III de Maastricht pueden constituirse como una nueva fuente de obtención de órganos para el trasplante.

052. EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE

Arias Verdú D, Seller Pérez G, Barrueco Francioni J, Aragón González C, Lebrón Gallardo M, Muñón López A, Quesada García G y Herrera Gutiérrez ME

Complejo Universitario de Málaga en Málaga.

Objetivos: Analizar la epidemiología y pronóstico del fracaso hepático agudo con ingreso en cuidados intensivos.

Métodos: UCI de tercer nivel referente de dos provincias para trasplante hepático. Cohorte retrospectiva sobre todos los pacientes ingresados en nuestra unidad con diagnóstico de fracaso hepático agudo entre 2010-2016. Se excluyen los fracasos Agudo-sobre-crónico y los subagudos descompensadas tras el primer ingreso. Todos los pacientes o sus familiares firmaron el consentimiento para uso de sus datos. Descripción de resultados mediante media (desviación estándar), mediana (cuartiles) o%. Dado el número bajo de pacientes aplicamos test no paramétricos y por el mismo motivo no se realiza análisis multivariante.

Resultados: 27 casos, 66,7% mujeres, con edad media de 34,1 (13,1) años. El cuadro se filió como hiperagudo en 33%, agudo 37% y subagudo 29,6% y la causa se relacionó con uso de medicamentos en el 22,2%, tóxicos 14,8%, virus 7,4%, embarazo 7,4%, enfermedad de Wilson 3,7%, otras causas 29,6% y criptogénica 14,4%. Se realizó biopsia antes del TOH en 29,6% y en el órgano extraído en trasplante en 51,9%, y sus resultados confirmaron el diagnóstico de sospecha en el 15,4%, no concordaban con el diagnóstico inicial en 22,2% y sugerían este diagnóstico aunque no definitivamente en 57,7%. Se empleó depuración hepática en 96,3% de los casos y recibieron trasplante durante el ingreso 66,7%. La estancia en UCI fue 10 (4-16) días y la hospitalaria 25 (18-35). La mortalidad en UCI fue del 18,5% y la global del ingreso 22,2% (3 pacientes fallecieron antes del trasplante y 1 durante el procedimiento). Ninguna de las variables analizadas se relacionó con la mortalidad pero el bajo número de casos resta validez a este análisis. Sin embargo la mortalidad para trasplantados fue del 11,1%, frente a 33,3% en los no trasplantados (ns).

Conclusiones: La insuficiencia hepática grave es un cuadro con baja incidencia pero que sigue presentando una mortalidad muy elevada, especialmente entre aquellos que no reciben trasplante, en los que llega a ser de un tercio de los casos. Estos resultados enfatizan la conveniencia de que estos pacientes sean tratados en centros de referencia con posibilidad de realizar trasplante emergente. La etiología sigue aun siendo difícil de determinar en muchos casos y la biopsia no llega a ser concluyente en un elevado porcentaje de estos.

053. SHOCK SÉPTICO EN EL POST-OPERATORIO DEL TRASPLANTE CARDIACO

Fernández Ugidos P^a, Gómez López R^b, Barge Caballero E^c, Solla Buceta MA^c, Aller Fernández AV^c, Vidal Cortés P^a, del Río Carbajo L^a y Crespo Leiro MG^c

^aCHUO en Ourense. ^bQuirónSalud Miguel Domínguez en Pontevedra. ^cCHUAC en A Coruña.

Objetivos: Describir características de shock séptico en postoperatorio de trasplante cardíaco (TC) y determinar sus factores de riesgo.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo, incluye todos los receptores de TC en CHUAC (24 años). Selección de los que sufrieron shock séptico antes del alta hospitalaria. Comparativa variables cualitativas, χ^2 , de cuantitativas, t-Student; análisis multivariable, regresión logística.

Resultados: En 677 pacientes, 57 desarrollaron al menos 1 episodio de shock séptico, SOFA medio: 11,55 \pm 4,94 (DE). Mortalidad: 45,6%; estancia media 62,9 días. 89,5% hombres, edad media 54,6 años. HTA en 28,1%, DM 35,1%, IRC 31,6%. Foco más frecuente: neumonía (33,3%), bacteriemias (17,4%), infecciones abdominales (17,4%). Etiología desconocida 27,5%, CGP 21,7%, BGN 31,9%, fúngica 7,2%, CMV 1,4% y polimicrobiana 10,1%. En la tabla se comparan las características de los pacientes con al menos 1 shock séptico frente al resto. En el multivariante, mantienen asociación significativa la DM (p 0,006, OR 2,81, IC95% 1,34-5,88), IRC (p 0,013, OR 2,56, IC95% 1,22-5,39), VMI pre-TC (p 0,020, OR 6,66, IC95% 1,35-32,95), TC urgente (p 0,007, OR 10,45, IC95% 1,91-57,16), shock perioperatorio (p 0,016, OR 3,48, IC95% 1,26-9,63) y sangrado excesivo (p 0,042, OR 1,10, IC95% 1,01-1,21).

	No shock séptico (n = 620)	Shock séptico (n = 57)	P
Antecedentes, %			
Sexo: hombre	82,9	89,5	0,201
Edad (años), media \pm DE	54,39 \pm 11,16	54,65 \pm 11,84	0,867
HTA	27,7	28,1	0,958
DM	14,5	35,1	0,000
IRC	14,2	31,6	0,001
Arteriopatía periférica	4	7	0,295
EPOC	11,6	8,8	0,518
Cirugía cardíaca previa	26,5	40,4	0,025
Pre-TC			
Ingreso previo	38,9	52,6	0,042
Vasopresores	20,3	33,3	0,022
VMI	9,7	24,6	0,001
CVC	16,6	31,6	0,005
FRA	8,9	19,3	0,011
DAV	17,4	31,6	0,009
Cirugía y post-TC			
TC Urgente	19,8	38,6	0,001
Tiempo de isquemia (min), media \pm DE	186,12 \pm 76,42	199,4 \pm 84,05	0,214
Tiempo de CEC (min), media \pm DE	122,45 \pm 38,51	146,82 \pm 60,12	0,000
Shock perioperatorio	39,2	87,7	0,000
Reintervención	8,9	33,3	0,000
FPI	19,7	52,6	0,000
Sangrado excesivo	12,9	50	0,000

Conclusiones: En nuestra serie la incidencia de shock séptico post-TC es 8,4%, 1/3 se deben a Neumonía. La DM e IRC, VMI pre-TC, shock perioperatorio y sangrado excesivo son factores de riesgo.

Pósteres orales

8:30h a 10:00h Neurointensivismo 1 Sala Cabrera 1

Moderadores: Francisca Inmaculada Pino Sánchez y Jon Pérez Bárcena

054. EVALUACIÓN DE CALIDAD VIDA Y DE SUS DIFERENTES COMPONENTES, EN LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE AL AÑO DEL INGRESO EN UCI

Aguilar Alonso E^a, Aranda Martínez C^b, González Gracianteparaluceta L^b, Arias Verdú MD^c, Curiel Balsera E^c, Delange van der Kroff M^d, Muñoz López A^c, Fernández Ortega JF^c, Quesada García G^c y Prieto Palomino MA^c

^aHospital Infanta Margarita en Cabra. ^bHospital de Jaén en Jaén. ^cHospital Carlos Haya en Málaga. ^dHospital Axarquía en Vélez Málaga.

Objetivos: Analizar la calidad de vida (QOL) al año del ingreso en UCI por traumatismo craneoencefálico (TCE).

Métodos: Estudio cohortes prospectivo. TCE en Hospital Carlos Haya (Málaga) entre 2004-2008. Evaluación de QOL con cuestionario PAECC (Proyecto de Análisis Epidemiológico de Enfermos Críticos), analizando actividades fisiológicas (comunicación oral, control esfínteres, ingesta comida), vida diaria (movilidad, actividad laboral, etc.) y estado emocional. (0 normal a 29 mayor deterioro).

Resultados: N = 531. Edad 40,35 \pm 19,75 años, APACHE-II 17,94 \pm 6,97, GCS ingreso 7,53 \pm 3,83 puntos. TAC ingreso: tipo I (10,4%), tipo II (28,1%), tipo III (24,5%), tipo IV (8,3%), masa evacuada (22,6%), no evacuada (6,2%). Mortalidad hospitalaria: 28,6%. Mortalidad 1 año: 32,2% (perdidos: 6,6%). Calidad de vida al año (n = 324) 9,44 \pm 8,73 puntos (deterioro importante). Casi el 80% ha normalizado las actividades fisiológicas básicas, salvo la comunicación oral que solo mantienen el 54,8%, otro 16,6% se comunican con dificultad aunque con dialogo coherente. Existe porcentaje bajo de reinserción laboral y para realizar grandes esfuerzos. Presentan normalidad en un porcentaje elevado en tolerancia a esfuerzos mínimos, movimientos de precisión y relaciones sociales. Un porcentaje bajo presentan normalidad en los ítems sobre estado emocional o aspectos subjetivos del paciente.

Actividades fisiológicas básicas	Normal (%)
Comunicación oral	54,8
Orina	79,1
Heces	81,9
Comida	81
Actividades vida diaria	
Movimientos	83,1
Pequeños esfuerzos	71,2
Gran esfuerzo	35,3
Caminar	63,8
Movilidad	46,6
Vestir	63,8
Actividad laboral	28,5
Relación social	70,2
Estado emocional	
Bueno subjetivo	41,1
Animo	40,2
Vitalidad	64,4

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en UCI por TCE, al año presentan deterioro importante de la calidad de vida. Pese a que un porcentaje elevado presentan normalidad en las actividades fisiológicas básicas, relaciones sociales y actividades físicas que requieren pequeño esfuerzo. Por el contrario, un bajo porcentaje presentan normalidad en los aspectos subjetivos, realizar grandes esfuerzos y actividad laboral.

055. ICTUS HEMORRÁGICOS: UNA MIRADA RETROSPECTIVA EN LA PROVINCIA DE SORIA

Mora Aznar M^a, Hernando Martín C^a, Sagarra Mur D^b, Aznar Arribas ML^c, Velilla Morago E^b, Galán Aznar J^d, Llorente Milla R^a, Hernández de Diego C^a y Fernández Calavia MJ^a

^aComplejo Asistencial de Soria en Soria. ^bHospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza. ^cCentro de Salud Casetas. Sector Sanitario Zaragoza III en Zaragoza. ^dUniversidad San Jorge en Zaragoza.

Objetivos: Conocer la situación epidemiológica de los pacientes diagnosticados de hemorragias intracraneales, en cuanto a factores de riesgo, características clínico-demográficas; y el tratamiento previo a su ingreso en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo-descriptivo basado en las historias clínicas y el CMBD de los ingresados o valorados por UCI del Complejo Asistencial de Soria, por hemorragias intracraneales entre el 1 de enero de 2004 y el 1 de enero de 2017.

Resultados: Se obtuvieron 407 pacientes, 221 hombres (77,4%), entre los 81-90 años la mayoría. Con una incidencia media de 33/100.000 habitantes/año. Como comorbilidades y factores de riesgo: HTA, y un cuarto tenía dislipemia, diabetes o había sufrido ACVA previos. La mayoría eran independientes para ABVD. El 25% estaban antiagregados y/o anticoagulados por fibrilación auricular. 331 (81,3%) fueron de origen hipertensivo. El 11% fue derivado al Servicio de Neurocirugía de referencia. Las neumonías y las ITUs fueron las principales complicaciones. Cerca de un tercio de los pacientes fallecieron antes de los diez primeros días. La mortalidad global intraUCI fue del 38%.

Conclusiones: Las hemorragias intracraneales se dieron más frecuentemente en varones entre los 80-90 años. La hipertensión fue el factor de riesgo más frecuente. La antiagregación y la anticoagulación son factores asociados a su aparición y pronóstico. Las neumonías e ITUs complicaron la evolución de estos pacientes.

056. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS TIEMPOS DE ACTUACIÓN EN LA FIBRINÓLISIS DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO ISQUÉMICO

Mora Aznar M^a, Hernando Martín C^a, Sagarra Mur D^b, Aznar Arribas ML^c, Galán Aznar J^d, Velilla Morago E^b, García Guevara KM^a, Romero García P^a, Márquez Romera C^a y Hernández de Diego AC^a

^aComplejo Asistencial de Soria en Soria. ^bHospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza. ^cCentro de Salud Casetas. Sector Sanitario Zaragoza III en Zaragoza. ^dUniversidad San Jorge en Zaragoza.

Objetivos: Comprobar la recogida de datos a partir de las historias clínicas desde el 2010 hasta 2017, de las fibrinólisis practicadas en ictus isquémicos en la UCI del Complejo Asistencial de Soria. Determinar si se cumplen los estándares de tiempos que describe la literatura científica. Reevaluación del protocolo instaurado y bajar actuaciones de mejora.

Métodos: Estudio observacional y transversal basado en las historias clínicas y el registro CMBD de los pacientes ingresados en UCI por accidente isquémico cerebral y a los que se les practicó fibrinólisis química.

Resultados: Se registraron 81 fibrinólisis, con recogida de información completa en 55 de los casos. En el tiempo de puerta-TC se obtuvo una media de 30 minutos. De puerta-inyección 72 minutos. Desde su entrada en Urgencias hasta que fue valorado por el neurólogo de 37 minutos; hasta que se realiza el TC craneal de 49 minutos, y desde su entrada al hospital hasta la fibrinólisis en UCI de 76 minutos; y desde que inició los síntomas hasta la administración del tratamiento trombolítico de 172 minutos.

Conclusiones: Conforme van pasando los años, se demuestra un progresivo descenso de los tiempos de actuación, y una recogida mucho más completa de los datos. Todavía existe un amplio margen de mejora. La gran extensión del Área de Salud de Soria influye en los tiempos de actuación hasta que llegan al hospital y son tratados en el Servicio de Medicina Intensiva.

057. TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO PARA LA RECANALIZACIÓN FARMACOLÓGICA DEL ICTUS ISQUÉMICO. UNA VISIÓN DESDE LA UCI DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA

Mora Aznar M^a, Hernando Martín C^a, Sagarra Mur D^b, Aznar Arribas ML^c, Galán Aznar J^d, Moreno Hijazo M^b, Velilla Morago E^b, Sánchez Ariz R^a, Tena Espeleta F^a y Fernández Calavia MJ^a

^aComplejo Asistencial de Soria en Soria. ^bHospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza. ^cCentro de Salud Casetas. Sector Sanitario Zaragoza III en Zaragoza. ^dUniversidad San Jorge en Zaragoza.

Objetivos: Descripción epidemiológica de los diagnosticados de accidente cerebrovascular agudo isquémico tratados con fibrinolíticos, en cuanto a factores de riesgo, características clínicas y demográficas; y el tratamiento previo al evento. Determinar complicaciones en el ingreso y tratamiento al alta.

Métodos: Estudio retrospectivo, clínico-descriptivo basado en historias clínicas, registro de la Sección de Neurología y CMBD de los ingresados por ACVA isquémico fibrinolizados entre enero de 2011 a enero de 2018 en el Complejo Asistencial en Soria.

Resultados: Se obtuvieron 79 pacientes, 57% varones, con una edad media de 72 años. HTA en el 42%; y un 25% dislipemia y diabetes; el 40% era fumador y casi un 20% había presentado un AIT o ACVA previo. El 23% tenían fibrilación auricular (FA); pero sólo estaban anticoagulados un 6%. Alrededor del 30% estaban antiagregados y tomaban estatinas. Un 60% presentaban estenosis carotídea uni/bilateral. El 72% fueron ictus parciales de circulación anterior (PACI) afectando a territorio izquierdo y de origen cardioembólico. El 100% precisaron ingreso en UCI para tratamiento. Apenas se observaron complicaciones en el ingreso. Al alta, el 40% fue tratado con anticoagulantes, y el 60% con antiagregantes, y algo más del 70% con estatinas. Sólo hubo un 4% con transformaciones hemorrágicas y fallecieron un 2,5%.

Conclusiones: Los pacientes ingresados por ictus isquémico fibrinolizado son más comunes a partir de los 65 años, varones, independientes para las ABVD, fumadores y con antecedentes cardiovasculares. La mayoría son PACI, en territorio izquierdo y cardioembólicos. Al diagnóstico, un cuarto tienen FA, y sólo el 25% estaban anticoagulados. No se suelen registrar complicaciones durante el ingreso y existe un baja tasa de fallecidos. Resultaría de interés valorar pronóstico al tercer mes.

058. LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS

Mora Aznar M^a, Hernando Martín C^a, Sagarra Mur D^b, Aznar Arribas ML^c, Galán Aznar J^d, Velilla Morago E^b, Llorente Milla R^a, Moreno Torres D^b, Torrubia Fernández R^a e Ibáñez López C^a

^aComplejo Asistencial de Soria en Soria. ^bHospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza. ^cCentro de Salud Casetas. Sector Sanitario Zaragoza III en Zaragoza. ^dUniversidad San Jorge en Zaragoza.

Objetivos: Analizar la situación epidemiológica de los pacientes diagnosticados con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en cuanto a factores de riesgo, características clínicas-demográficas, tratamiento y supervivencia. Así como la relación de estos con el Servicio de Medicina Intensiva.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional basado en CMBD e historias clínicas de pacientes diagnosticados desde enero del 2017 hasta mayo de 2018 por la Unidad de Neurología del Complejo Asistencial

de Soria. Se consultaron los registros de consultas, interconsultas de UCI y altas hospitalarias. Se empleó las bases de datos SPSS y Excel.

Resultados: Se obtuvieron 17 pacientes, 64% varones, con edad media de 67 años. Con una incidencia de 6,67/100.000 habitantes/año en 2017 y 8,89/100.000 en 2018; y una prevalencia de 18,8/100.000. No encontramos diferencias significativas en cuanto a las zonas básicas de salud de Soria. El 47% de los pacientes pertenecían al medio urbano. El 17,6% eran dislipémicos, un 23,5% hipertensos; y sólo un 6% diabéticos. Con hábito alcohólico 17,6% y fumadores activos: 23,5%. En la clínica el 88,2% eran espinales y 11,8% eran bulbares. No encontramos ninguna forma familiar. Como complicaciones clínicas las respiratorias, nutricionales e infecciosas fueron las más frecuentes. Y fue en el momento de su presentación cuando se interconsultó a UCI. Motivos de consulta fueron: 50% necesidad de inicio de ventilación mecánica invasiva/ajuste de parámetros una vez iniciada, 45% canalización de vías venosas centrales, fundamentalmente para inicio de nutrición parenteral o por imposibilidad de canalización de vías periféricas y en un 5% de los casos para reevaluación de tratamiento de infección. Se planteó ingreso en UCI de 5 de estos pacientes, siendo desestimado por futilidad de medidas y dentro de un acuerdo de adecuación de medidas de soporte vital. Una amplia mayoría lleva tratamiento con riluzol.

Conclusiones: En los últimos dos años existe una mayor incidencia-prevalencia en la Provincia de Soria que la media española. Las diferencias por sexo y tipo de ELA son similares a las que encontramos en la literatura científica. El manejo de las complicaciones respiratorias es el motivo más consultado a los especialistas de UCI, los cuales prestaron la asistencia a estos pacientes fuera de la Unidad, dado que el 100% de los casos propuestos como posibles ingresos fueron sometidos a limitación de soporte vital, no siendo subsidiarios de UCI. La supervivencia ronda los 17-20 meses.

059. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA (HSA) POR LESIÓN VASCULAR NO ANEURISMÁTICA

Gámez Zapata J, Rey Ábalo M, Díaz Anitua MV, Castro Díaz A, Arrojito Fuentes MR, Díaz Lamas AM y López Pérez JM

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña en A Coruña.

Objetivos: Las malformaciones arteriovenosas (MAV) y fístulas durales son causa poco frecuente de HSA espontánea. Se describen los pacientes ingresados en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel entre enero/2013-diciembre/2018 por HSA espontánea no aneurismática.

Métodos: Se describen 12 episodios de sangrado en 11 pacientes, el 4% de un total de las 293 HSA ingresadas en ese periodo.

Resultados: 84% mujeres, media de edad 52 (32-76). 25% eran HTA. Clínica inicial 92% cefalea, 58% náuseas y/o vómitos, 16% coma, 16% convulsión y 8% focalidad neurológica. Media GCS 15 (4-15), H-H > 3: 16% y Fisher IV: 75%. Diagnóstico de 9 MAVs y 3 fístulas durales. En 3 pacientes la causa ya era conocida y en 2 existían aneurismas asociados. Se realizó tratamiento de la lesión en 7 pacientes: 2 durante su estancia en UCI (1 embolización, 1 cirugía), 5 tras alta de UCI (3 cirugías, 2 embolizaciones, 1 RT estereotáxica) casi siempre no completos. Durante su evolución presentaron: 3 hidrocefalia (2 DVE); uno de ellos con resangrado. La estancia media fue: 6d en UCI (2-14) y 83d en hospital (9-608). Ningún paciente falleció en UCI, el 83% fueron de alta con GOS \geq IV. Un paciente falleció en planta por complicaciones.

Conclusiones: Las MAV y fístulas durales son una causa poco frecuente de HSA espontánea. Su tratamiento endovascular/cirugía en fase aguda es complicada, siendo preciso un estudio angiográfico pormenorizado de la lesión para establecer un plan terapéutico viable que en la mayoría de los casos es difícil y no siempre realizable.

060. FACTORES ASOCIADOS A MALA EVOLUCIÓN EN LA ENCEFALITIS EN EL ENFERMO CRÍTICO

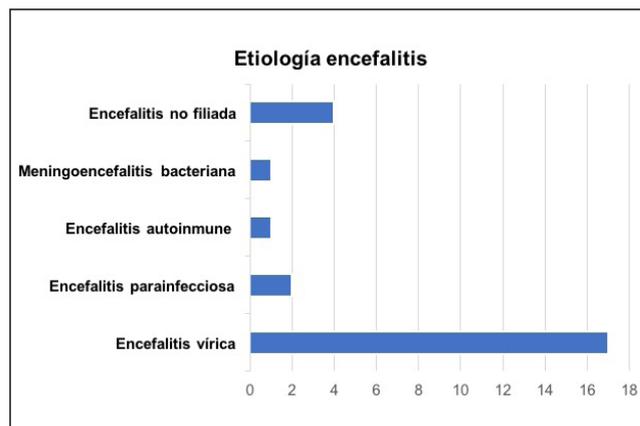
Trigueros Genao M, Lázaro González J, Platas Gil E, Sánchez Galindo M, Sanz Barón M, Patiño Haro P, Muñoz Molina B, Portillo Sánchez S, Abad Santamaría B y Canabal Berlanga A. *Grupo de investigación:* Servicio de Medicina Intensiva, HU La Princesa

Hospital Universitario La Princesa en Madrid.

Objetivos: Describir el manejo de la encefalitis en la UCI y estudiar factores asociados a la evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo longitudinal descriptivo y analítico de pacientes con diagnóstico de encefalitis que ingresaron en UCI (4 años,

2015-2018). Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, pruebas complementarias, tratamientos y evolución. Se analizaron estadísticos descriptivos y las pruebas t-Student para muestras independientes (variables cuantitativas) y chi-cuadrado (variables cualitativas). Resultados 25 pacientes (13 hombres, edad media 56a.) ingresados en UCI se diagnosticaron de encefalitis. Se identificó una causa específica en 21 casos (84%), el origen vírico (17 casos; 68%) fue el más frecuente. En 13 pacientes (52%) la evolución fue mala, asociada a exitus (10, 40%) o discapacidad (3, 12%); frente a 12 casos (48%) que al alta no presentaron secuelas (3; 12%) o fueron leves (9; 36%). No hubo diferencias significativas entre estos grupos en edad, comorbilidades, duración del cuadro previo al ingreso, tiempo hasta inicio de tratamiento específico (antiviral o inmunosupresor) o estancia hospitalaria. Se asoció a mala evolución el sexo femenino [(69%) frente a (25%); $p < 0,05$], las alteraciones en la RM cerebral [(100%) frente a (41%); $p < 0,05$], y el tipo de virus causal (peor si se aisló sólo o en coinfección un patógeno distinto al VHS-1 en LCR) [(90%) frente a (40%); $p < 0,05$]. Por el contrario, la presencia de cefalea [(0%) frente a (42%); $p < 0,05$], o crisis epilépticas [(7%) frente a (42%); $p < 0,05$] al inicio del cuadro se relacionaron con mejor pronóstico.



	Mala evolución (N=13)	Buena evolución N=12)	P <0.05
Factores demográficos			
Edad (media±DE)	60±18	52±22	NS
Sexo (hombres)	4(31)	9(75)	0.027
Comorbilidades			
HTA	2(15)	4(33)	NS
DM	1(8)	5(41)	NS
Neoplasia activa	4(31)	1(8)	NS
VIH	2(15)	0	NS
Inmunosupresión por fármacos	3(23)	1(8)	NS
Clínica al ingreso			
Días de evolución	6±5	4±3	NS
Alteración del comportamiento	3(23)	7(58)	NS
Confusión	10(77)	7(58)	NS
Alteración del lenguaje	7(54)	4(33)	NS
Bajo nivel de consciencia	7(54)	8(67)	NS
Fiebre	9(69)	7(58)	NS
Déficit motor focal	2(15)	1(8)	NS
Crisis epilépticas	1(7)	5(42)	0.047
Cefalea	0	5(42)	0.009
Pruebas complementarias			
LCR anormal	12(92)	11(91)	NS
RM cerebral anormal	11(100)	5(42)	0.004
Virus distinto a VHS-1 en LCR	10 (90); N=11	2 (40); N=5	0.03
Manejo en UCI			
IOT y sedación	9(69)	7(58)	NS
Días hasta inicio antivírico	3 ± 4	2±3	NS
Días hasta inicio IGs	11; N=1	4±3; N=4	NS
Estancia en UCI	16±14	23±31	NS
Diagnóstico final			
Encefalitis vírica	11(84)	6(50)	NS

Conclusiones: En nuestra muestra, la encefalitis se asocia a una morbilidad alta (> 50%), siendo la presencia de lesiones en RM cerebral y el agente vírico causal principales factores de mal pronóstico.

Destaca una mayor precisión diagnóstica respecto a otras series publicadas (Tyler KL. NEJM 2018; Granerod et al. Lancet Infect Dis 2010).

061. DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL TRAS HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA: FACTORES PREDICTORES DE RIESGO

García Ortiz MC, Sánchez Carretero MJ, Magro Martín MA, Pedrosa Guerrero A, Sánchez Rodríguez P, Márquez Doblaz M, Buj Vicente M y Marina Martínez LC

Hospital Virgen de la Salud en Toledo.

Objetivos: Definir factores de riesgo predictores del desarrollo de hidrocefalia normotensiva pasada la fase aguda tras HSA (hemorragia subaracnoidea) espontánea que precisa DVP (derivación ventrículo-peritoneal).

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo, con datos recogidos de forma prospectiva. Incluimos los pacientes que ingresan en la UCI de Toledo por HSA espontánea desde el 2006 al 2017. Se recogen datos epidemiológicos, escalas de gravedad clínicas y radiológicas, índice de Evans, causa, modalidad de tratamiento, complicaciones relacionadas, así como necesidad de DVE (drenaje ventricular externo) y DVP. Se realiza análisis descriptivo y mediante regresión logística, con control de factores de confusión mediante estratificación. El análisis de datos se ha efectuado con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: De los 459 pacientes con HSA, 157 precisaron DVE, constituyendo la población de estudio. De ellos, en 43 fue necesario una DVP. El 67% tenían un grado 3-4 de Hunt-Hess, el 58% un "World Federation" 4-5, y el 83% un Fisher 4. El índice de Evans presentaba una distribución normal, sin documentarse diferencias significativas entre los grupos con y sin DVP. Mediante el análisis de regresión logística estratificado, sólo se encontró una relación estadísticamente significativa con la ventriculitis (significación 0,001). De los pacientes que finalmente precisaron DVP, el 68% habían sido tratados únicamente con "coils"; mientras que el 91% de los que no precisaron DVP recibió tratamiento quirúrgico, sólo o combinado. Hallamos valores cercanos a la significación con el manejo endovascular, y los grados avanzados de escalas clínicas.

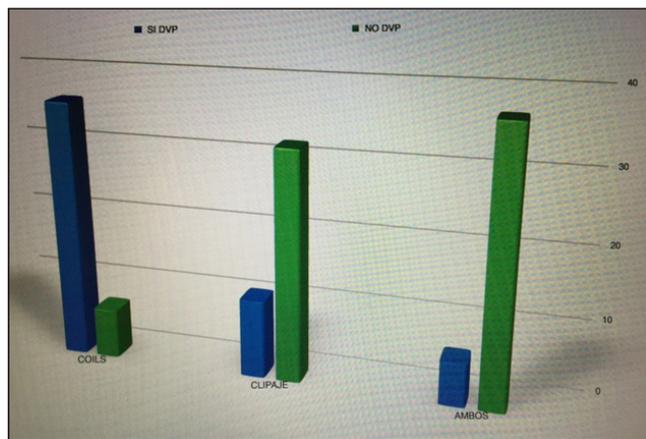
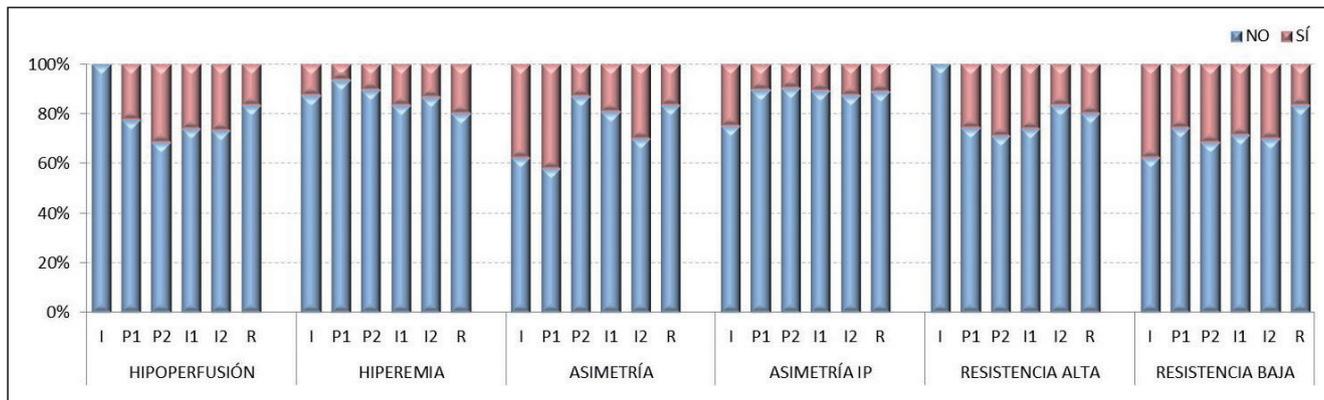


Figura Póster 062



Conclusiones: La ventriculitis sería el principal factor independiente de riesgo, habiendo recibido "coils" como tratamiento único del aneurisma en torno a 3/4 de los pacientes con DVP. Dichos resultados son novedosos o controvertidos en relación a los hallazgos descritos previamente en la literatura. Respecto a la modalidad de tratamiento del aneurisma, podrían relacionarse los resultados con la corriente actual que relaciona las complicaciones de la HSA con el remanente hemático intracraneal, siendo necesarios estudios adicionales que lo demuestren.

062. EVOLUCIÓN DE LA VELOCIDAD DE FLUJO CEREBRAL MEDIDA MEDIANTE DOPPLER TRANSCRANEAL CODIFICADO COLOR EN PACIENTES CON PARADA CARDIACA REANIMADA Y SU RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO

Zabalegui Pérez A, Arroyo Díez M, Perea Rodríguez ME, Gero Escapa M, Larrosa Arranz A, Pérez Cabo E, Iglesias Posadilla D, Fisac Cuadrado L, Badallo Arévalo O y Vara Arlanzón R

Hospital Universitario de Burgos en Burgos.

Objetivos: Principal: relacionar patrones patológicos de velocidad de flujo cerebral (vFSC) por Doppler transcerebral codificado color (DTCC) con el pronóstico, en las paradas cardíacas reanimadas (PCRr). Secundario: confirmar la existencia de los patrones temporales de vFSC descritos en la literatura tras una PCRr: Inmediato (I: < 20 min), Precoz 1 (P1: > 20 min y < 4h), Precoz 2 (P2: 4-12h), Intermedio 1 (Int1: 12-32h), Intermedio 2 (Int2: 32-72 h) y Recuperación (R: > 72h).

Métodos: Estudio prospectivo, analítico, longitudinal y observacional de las PCRr ingresadas en nuestra UCI en 2018. Test chi cuadrado (Fisher), t-Student o U de Mann-Whitney y Mc Neman según características de la variable. Se realizó DTCC en cada fase evolutiva en ambas arterias cerebrales medias (ACM), recogiendo: velocidad flujo sistólico, diastólico, media, índice pulsatilidad (IP) y escala de Rankin modificada (Rm) al alta de UCI (RmUCI), hospitalaria (Rmh) y de los supervivientes a los 6 meses (Rm6). Se definieron los patrones patológicos: hipoperfusión (Hf), Hiperemia (He), Asimetría vFSC (A), Asimetría del IP (AIP), patrón de alta (AR)/baja (BR) resistencia. Todos los DTCC se validaron y posteriormente se grabaron.

Resultados: 177 DTCC en ACM dcha (I: 8, P1: 30, P2: 37, Int1: 41, Int2: 31, R: 30) y 160 en ACM izquierda (8, 28, 31, 38, 28, 27) en 48 pacientes (90% de PCRr). 33% mujeres, edad media 66,54 ± 14,13. Asistolia 29%, DEM 21%, FV 42%, TV 8%. Rm de buen pronóstico agrupado (Rankin < 4): RmUCI 35%, Rmh 46% y Rm6 100%. Patrones patológicos en cada fase: Hf (I: 0%, P1: 23%, P2: 32%, Int1: 26%, Int2: 27%, R: 17%). He (13%, 6%, 11%, 17%, 13%, 20%). A (38%, 42%, 13%, 19%, 30%, 17%). AIP (25%, 10%, 10%, 11%, 13%, 11%). AR (0%, 26%, 29%, 26%, 17%, 20%). BR (38%, 26%, 32%, 29%, 30%, 17%). La relación de cada patrón patológico de forma aislada o mantenida en todas las fases (menos en la inmediata) con el Rmh, no alcanzó un valor estadístico significativo (p > 0,1). Tampoco se objetivó relación entre hipotensión/Hf e hipertensión/He en ninguna fase. Los 2 pacientes con flujo reverberante fallecieron.

Conclusiones: En nuestro registro, ningún patrón en ninguna fase discriminó el pronóstico. El mantenimiento de patrón anómalo en todas las fases, tampoco fue pronóstico. No se objetivaron diferencias significativas entre las fases en cada uno de los patrones patológicos, por lo

que no se confirmaron los patrones temporales de vFSC descritos en la bibliografía. Tampoco se evidenció ningún patrón patológico fase-específico. Ni la hipo/hipertensión influyó en un patrón de Hf/He respectivamente.

063. ESTATUS EPILEPTICO REFRACTARIO. ¿ES SU ETIOLOGÍA LO QUE DETERMINA SU DIFÍCIL CONTROL Y A SU VEZ SU MORBI-MORTALIDAD?

Patiño Haro P, Muñoz B, San Barón M, Platas E, Canabal A y Cereijo E. *Grupo de investigación: Hospital Universitario de la Princesa, UCI*

Hospital Universitario de la Princesa en Madrid.

Objetivos: Analizar si la etiología del estatus convulsivo es el principal determinante de la refractariedad al tratamiento y su influencia en la mortalidad como en el resultado funcional al alta.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico, realizado en 103 pacientes con estatus convulsivo de los cuales 45 presentaban estatus epileptico refractario. Se incluyeron pacientes entre el 2015 al 2018. Se recogieron variables correspondientes a la etiología, días y números de fármacos empleados hasta resolver el estatus, mortalidad y resultado funcional medido por escala de Rankin. Para su análisis se emplearon estadísticos descriptivos, Tablas de contingencia con chi-cuadrado y test exacto de Fisher, correlación de Spearman. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se observó que los pacientes que presentaban un estatus no convulsivo [26 (59,1%) frente a 18 (19%), $p < 0,01$], así como hemorragia subaracnoidea [12 (80%) frente a 3 (20%), $p < 0,021$] como causa etiológica tenían una mayor predisposición a tener estatus epileptico refractario. Los pacientes con estatus epileptico refractario presentaron una mayor persistencia de PLEDs [24 (64,9%) frente a 13 (35,1%), $p < 0,03$], y encefalopatía tras la desaparición del estatus epileptico [40 (54,8%) frente a 33 (45,2) $p < 0,01$]. No se alcanzó significación estadística en la muerte en la UCI, pero si en términos de discapacidad (Rankin más de II) al alta de la UCI [43 (53,8%) frente a 37 (46,2%), $p = 0,01$].

ESTATUS EPILEPTICO	ESTATUS EPILEPTICO REFRACTARIO					
	SI		NO		X2, EXACTA DE FISHER	
	N	%	N	%	P	CORR. PEARSON
NO CONVULSIVO	26	59.1	18	40.9	0.01	0.006
CONVULSIVO	19	31	40	69	0.08	0.08

ETIOLOGÍA	ESTATUS EPILEPTICO REFRACTARIO					
	NO		SI		x2, EXACTA FISHER	
	N	%	N	%	P	CORR. PEARSON
CIRUGIA CARDIACA	2	3.4%	2	3.4%	≥ 0.05	0.66
ENCEFALOPATIA ANOXICA	8	13.8%	7	15.6%	≥ 0.05	0.7
ENCEFALOPATIA METABOLICA	7	12.1%	1	2.2%	0.026	0.02
ENCEFALOPATIA SEPTICA	3	5.2%	2	4.4%	≥ 0.05	0.52
MODIFICACION DEL TRATAMIENTO	14	22.2%	2	4.4%	0.03	0.02
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	3	5.2%	12	26.7%	0.021	0.021
ICTUS	11	19%	9	20%	≥ 0.05	0.6
MENINGOENCEFALITIS	3	5.2%	4	8.9%	≥ 0.05	0.58
TCE	3	5.2%	4	8.9%	≥ 0.05	0.7
TUMOR CEREBRAL	4	6.9%	1	2.2%	≥ 0.05	0.8

Conclusiones: Los pacientes que presentaron estatus no convulsivo y hemorragia subaracnoidea presentaron una mayor predisposición a presentar estatus epileptico refractario. Los pacientes con estatus epileptico refractario tuvieron una mayor persistencia de PLEDs y encefalopatía tras el control del mismo. En relación a la mortalidad, aunque no se observó una diferencia estadísticamente significativa estos pacientes presentaron una mayor discapacidad al alta de UCI.

RANKIN AL ALTA DE UCI MAYOR DE II	ESTATUS EPILEPTICO REFRACTARIO					
	SI		NO		X2 EXACTA DE FISHER	
	N	%	N	%	P	CORR. PEARSON
SI	43	53.8%	37	46.2%	0.01	0.37
NO	2	8.7%	21	91.3%	0.06	0.07

MUERTE EN UCI	ESTATUS EPILEPTICO REFRACTARIO					
	SI		NO		X2 EXACTA DE FISHER	
	N	%	N	%	P	CORR. PEARSON
SI	19	57.6%	14	42.4%	0.51	0.58
NO	26	37.1%	44	62.9%	0.82	0.6

064. VENTRICULITIS EN PORTADORES DE DRENAJE VENTRICULAR: ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Porral Sánchez B, Segura Pensado M, Menor Fernández EM, Vara Adrio S, García Sagastume A, García Redruello C y Touceda Bravo A

Hospital Álvaro Cunqueiro en Vigo.

Objetivos: Determinar la prevalencia de ventriculitis en pacientes portadores de drenaje ventricular externo (DVE), y las características demográficas, microbiológicas y pronósticas en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 51 pacientes ingresados en UCI entre 2017-2018 con necesidad de colocación de DVE. El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistics v.24 utilizando test paramétricos y no paramétricos.

Resultados: Se obtiene una muestra de 51 pacientes (49% mujeres) con edad media de 58 ± 13 años y un APACHE II medio de 13 ± 6 . Las patologías que motivaron el ingreso fueron: hemorragia subaracnoidea (HSA) 54,9%, ictus isquémico 27,5%, traumatismo craneoencefálico (TCE) 13,7%, ictus isquémico 2% e hidrocefalia aguda en un 2%. Un 23,5% de los DVE fueron tunelizados (colocados en quirófano) y un 76,5%, sensores de presión intracraneal (PIC) intraventriculares, colocados en la UCI. La causa de colocación fue 56,95% hidrocefalia, HTIC o hemorragia intraventricular 35,6% y 7,8% como herramienta para monitorizar la PIC. Un 24% de los pacientes desarrollaron ventriculitis confirmada mediante estudios microbiológicos y en un 10% la sospecha de ventriculitis fue alta teniendo en cuenta la clínica y la bioquímica, pero no se confirmó microbiológicamente. Los gérmenes identificados fueron 70,6% cocos grampositivos (S. epidermidis 10 pacientes, E. faecalis en 2) y 11,8% bacilos gram negativos (A. pitti y P. agglomerans). De estos 17 pacientes, 29,4% desarrollaron bacteriemia. El tratamiento antibiótico fue empírico en el 94,4%. La tasa global de exitus fue del 31,6%, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en los que desarrollaron ventriculitis y los que no.

Conclusiones: El DVE es una herramienta ampliamente utilizada, sin embargo este dispositivo no está libre de complicaciones y la ventriculitis es una de ellas. En nuestro centro, identificamos una tasa de infección superior a la descrita en la literatura actual por lo que consideramos necesarios más estudios para identificar factores de riesgo asociados y desarrollar estrategias que permitan disminuirla.

065. CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE UNA COHORTE HOSPITALARIA

Feo González M^a, Campos Fernández S^a, Barahona García E^b, Cherchi Pepe M^a, Fernández Rodríguez A^a, Arlabán Carpintero M^a, García Catalán G^c, Pinto Rafael J^c, Miñambres García E^a y Ballesteros Sanz M^a

^aMedicina Intensiva; ^bNeurocirugía, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^cFacultad de Medicina. Universidad de Cantabria en Santander.

Objetivos: Describir y analizar las características clínicas, complicaciones y evolución clínica de los pacientes con hipertensión intracraneal que precisaron craniectomía descompresiva para su control.

Métodos: estudio retrospectivo de pacientes con daño cerebral agudo en los que se efectuó craniectomía descompresiva. Periodo 2011-2017. Ámbito: unicéntrico. Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se recogieron variables demográficas y de resultado (mortalidad y situación funcional al alta). Se consideraron dos grupos en función de la etiología de la hipertensión intracraneal así como en función del resultado vital (supervivientes frente a fallecidos). 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 incluyeron 19 casos. Hubo un predominio de varones (68,4%) y la edad mediana fue de 42,1 años. La principal etiología fue la traumática (10 casos-52,6%) seguida de la isquémica (9 casos-21,1%). La ECG al ingreso en UCI fue 8,5 y las pupilas eran anisóricas en el 21,1% de los casos. Presentaron daño difuso el 31,6% de los casos. La mediana de tiempo desde ingreso hasta cirugía fue de 1 día (IQR 0-2). La estancia media en UCI alcanzó 19 días. Se documentó una mortalidad de 21,4% (4 casos) y más de la mitad presentaron buena recuperación funcional al alta hospitalaria (GOS 4 y 5). Los pacientes que fallecieron fueron más añosos, tenían puntuación ECG menor y fueron intervenidos el mismo día del ingreso en UCI. Estas diferencias no alcanzaron significación estadística. El grupo traumático era más joven (33,9 años (IQR 24,4-42,9) frente a 54,7 años (IQR 42,1-55); p: 0,191) resultando similares en el resto de variables demográficas. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad ni en la situación funcional al alta dependiendo de la etiología de la hipertensión intracraneal (Grupo traumático GOS 3,5 (DE 1,2) frente a Grupo isquémico GOS 3,1 (DE 1,7); p: 0,522).

Conclusiones: La craniectomía descompresiva representa una opción en el tratamiento de la hipertensión intracraneal. La selección de la indicación y el momento son claves para obtención de buenos resultados funcionales.

066. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Gómez Zapata J, Rey Ábalo M, Díaz Lamas AM, Arrojo Fuentes MR y López Pérez JM

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña en A Coruña.

Objetivos: El ictus isquémico de causa tromboembólica es uno de los cuadros más frecuentes tanto en las urgencias como en las unidades de cuidados intensivos, y la trombectomía mecánica (TM) uno de los tratamientos de los que se dispone. Se describen los pacientes ingresados en nuestro Servicio a lo largo de un año tras realización de TM por ictus tromboembólico.

Métodos: Se describen 85 pacientes ingresados en UCI tras realización de TM entre enero/2018-diciembre/2018. El ámbito de estudio es una UCI polivalente de 24 camas en un hospital de 3^{er} nivel. Estudio estadístico: Se realizó un estudio descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm dt, mediana y rango. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia (n) y porcentaje.

Resultados: Ingresaron 43 hombres y 42 mujeres con una media de edad 72,46 (19-89) y estancia media en UCI 1,42 días (0-11) con hospitalización total 12,62 días (1-99). A su llegada, NIHSS medio 15,76 (1,28) y Rankin 0,24 (0-2). Como factores de riesgo más frecuentes: dislipemia 64,7%, HTA 62,4%, FA 40%, cardiopatía 25,9%, diabetes mellitus 21,2% e ictus previos 12,9%. Los vasos más afectados fueron la ACM derecha (48,2%), ACM izquierda (25,9%) y varias simultáneas (15,3%). Se realizó fibrinólisis primaria en un 41,2% de los pacientes y TM en la totalidad de ellos, con fracaso de la misma (TICI 0) en el 20% de los casos. Durante el ingreso un 50,6% presentaron complicaciones, siendo la infección nosocomial (20%), neurológicas (16,5%) y periprocedimiento (7,1%) las más frecuentes. Al alta NIHSS mediana 6 (0-42) y Rankin medio 3,62 (0-6). Fallecieron 19 pacientes: 8 en UCI, 8 en planta y 3 de forma diferida.

Conclusiones: El ictus tromboembólico es una patología incapacitante y potencialmente mortal, en la que hay que actuar con rapidez para realizar tratamiento lo antes posible. El tratamiento endovascular es un pilar fundamental. En nuestra experiencia, hasta en el 20% de los casos es un procedimiento fallido. A pesar del mismo, un importante porcentaje de pacientes son dados de alta con una mala recuperación funcional.

067. INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL MANEJO Y LA EVOLUCIÓN DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA

Trigueros Genao M, Lázaro González J, Platas Gil E, Sánchez Galindo M, Sanz Barón M, Muñoz Molina B, Patiño Haro P, Portillo Sánchez S, Cereijo Martín-Grande E y Canabal Berlanga A. Grupo de investigación: Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Princesa

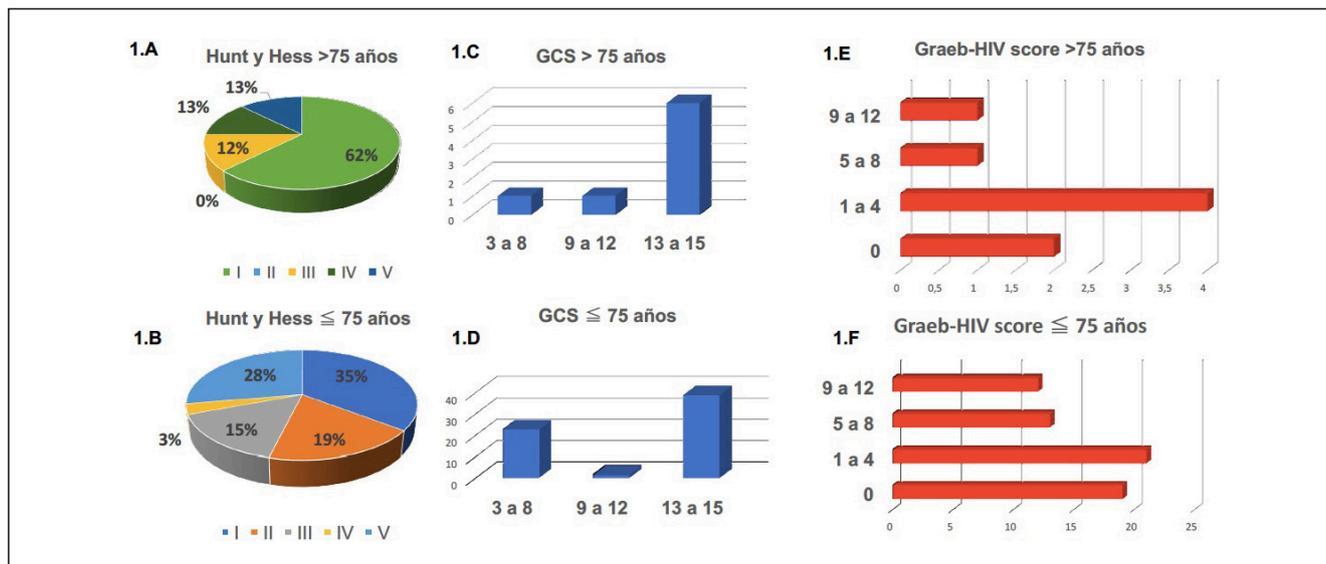
Hospital Universitario La Princesa en Madrid.

Objetivos: Estudiar si la edad avanzada (> 75 a.) condiciona el manejo y evolución de la hemorragia subaracnoidea no traumática (HSAnoT) en la UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo longitudinal descriptivo y analítico del manejo de HSAnoT en UCI (3 años, 2015-2018). Se recogieron variables demográficas, clínicas, radiológicas, tratamientos, complicaciones y la evolución (ERm). Se analizaron estadísticos descriptivos y las pruebas t-Student para muestras independientes (variables cuantitativas) y chi-cuadrado (variables cualitativas).

Resultados: 73 pacientes ingresaron en UCI, 65 75 años y 8 > 75a. Se observó mayor HTA (p = 0,01), anticoagulación (p = 0,01) y estatinas previas (p = 0,003) en > 75a. El GCS de recogida [GCS < 8; > 75a. (25%)

Figura 1 Póster 067



frente a 75a. (35%); $p = 0,002$) y el score-Graeb-HIV [Graeb-HIV > 4; > 75a. (25%) frente a 75a. (38%); $p = 0,003$] fueron superiores en pacientes más jóvenes; sin diferencias en la presentación clínica y las escalas Hunt&Hess, Fisher y WFNS. El número y manejo de aneurismas fue similar siendo el cierre endovascular con coils de aneurisma único lo más habitual. Las complicaciones fueron comparables salvo sepsis [$> 75a.$ (37%) frente a 75a. (3%); $p = 0,008$] y vasoespasmo [$> 75a.$ (12,5%) frente a 75a. (30,8%); $p = 0,049$]. 21 pacientes ($n = 12 > 75a.$; $n = 9 < 75a.$) no ingresaron en UCI. En este grupo no-UCI, se observó la edad avanzada se asoció a mayor mortalidad [50% en $> 75a.$ (ERm-basal > 3; HSA noT graves) frente a 0% en $< 75a.$ (ERm-basal 0, HSA noT leves)] de manera significativa ($p = 0,019$).

Complicación	>75 años (N=8)	≤75 años (N=65)	Sig. P <0.05
Vasoespasmo	1 (12.5)	20 (30.8)	0.049
Resangrado	4 (50)	1 (1.5)	NS
Hidrocefalia	3 (37.5)	33 (50.8)	NS
Ventriculitis	1 (12.5)	0 (0)	NS
Crisis epiléptica	0 (0)	8 (12.3)	NS
SIADH	0 (0)	0 (0)	NS
DI central	0 (0)	6 (9.2)	NS
Shock séptico	3 (37.5)	2 (3.1)	0.008
Infección herida quirúrgica	0 (0)	1 (1.5)	NS
Evolución UCI y no UCI			
Muerte UCI	2 (25)	19 (29)	NS
ERm ≤2 a los 6 meses UCI	5 (62.5)	33 (50.8)	NS
ERm ≥3 a los 6 meses UCI	3 (37.5)	32 (49.2)	
Muerte UCI y no-UCI	8/20 (40)	19/74 (26)	NS
Muerte no UCI	6/12 (50)	0/9 (0)	0.019

Conclusiones: En los pacientes ingresados en UCI se observa mayor incidencia de sepsis en $> 75a.$ y vasoespasmo en $< 75a.$ sin diferencias en mortalidad y ERm a 6 meses globales. La mayor mortalidad en $> 75a.$ fuera de UCI podría deberse a un sesgo de selección ya que se trata de pacientes ancianos con mal basal y mal pronóstico por HSA grave desestimados para UCI frente a HSA leves en pacientes con buena situación previa ingresando en la Unidad de Ictus. Las limitaciones del estudio (retrospectivo, pocos casos en el grupo de UCI $> 75a.$) hacen necesarios estudios prospectivos con muestras mayores.

068. ESTUDIO DE ESTATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO (EENC) VERSUS CONVULSIVO (EEC) EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE NEUROCRÍTICOS

Muñoz Molina B, Patiño Haro P, Sánchez Galindo M, Platas Gil E, San Barón M, Trigueros Genao M, Lázaro González J y Canabal Berlanga A

Hospital Universitario La Princesa en Madrid.

Objetivos: El EENC puede cursar inadvertido, siendo importante su detección y tratamiento para mejorar el pronóstico. El objetivo es analizar si existen diferencias en etiología, complicaciones y resultados comparándolo con el EEC.

Métodos: Estudio retrospectivo analítico sobre 103 pacientes con EE, ingresados en la UCI del Hospital de la Princesa entre enero 2015 a agosto 2018. Se compararon pacientes con EEC y EENC. Se recogieron datos demográficos, escores de gravedad, farmacología, características del EEG. Se utilizó el test χ^2 y exacto de Fisher para las variables cualitativas, t de Student y Mann-Whitney para las cuantitativas, nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se detecta una relación estadísticamente significativa entre la etiología y el tipo de EE, $p = 0,009$ (tabla 1). En el grado de encefalopatía, en el EENC predominaron los grados I, III y IV, $p = 0,018$. Sin diferencias en mortalidad, sí en escala Rankin ≥ 3 al alta, EENC 40 (90,9%) frente a EEC 40 (67,8%), $p = 0,005$.

Conclusiones: Existe una mayor presencia de EENC en la HSA, TCE y Cirugía cardiaca. La monitorización continua permitió un porcentaje elevado de diagnóstico de EENC. Los grados de encefalopatía y discapacidad fueron diferentes entre EENC y EEC, probablemente por la patología causante.

Etiología	EENC	%	EEC	%	Total	%
Ictus	6	13,6	14	23,7	20	19,4
HSA	11	25	4	6,8	15	14,6
Encefalopatía anóxica	5	11,4	10	16,9	15	14,6
Encefalopatía metabólica	4	9,1	4	6,8	8	7,8
Epilepsia descompensada	1	2,3	7	11,9	8	7,8
Inducida por fármacos	3	6,8	5	8,5	8	7,8
Meningoencefalitis	4	9,1	3	5,1	7	6,8
TCE	6	13,6	1	1,7	7	6,8
Tumor SNC			5	8,5	5	4,9
Encefalopatía séptica	1	2,3	4	6,8	5	4,9
Cirugía cardiaca	3	6,8	1	1,7	4	3,9
Enfermedad desmielinizante			1	1,7	1	1
Encefalopatía						
I	3	8,6			3	4,1
II	1	2,3	9	23,7	10	13,7
III	15	42,9	15	39,5	30	41,1
IV	16	45,7	14	36,8	30	41,1

Pósteres orales

8:30h a 10:00h

Ética 1

Sala Portixol 1

Moderadores: Ángel Estella García
y Olga Rubio Sanchiz

069. SÍNTOMAS EMOCIONALES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA EN PATOLOGÍA VALVULAR AÓRTICA

Andreu Ruiz A^a, Moya Sánchez J^b, Ros Argente del Castillo T^c, Garrido Peñalver J^c, Núñez Martínez JM^a, Jara Rubio R^c, Andreu Soler E^c, Pérez Martínez D^c y Royo Villanova-Reparaz M^c

^aHospital Universitario del Vinalopó en Elche. ^bHospital Universitario Santa Lucía en Cartagena. ^cHospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia.

Objetivos: Valoración ética de los síntomas emocionales y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con estenosis aórtica quirúrgica previo a la cirugía y a los 3 meses del alta hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo sobre 30 pacientes consecutivos de enero a junio de 2018. Se evaluó la percepción de salud y el rol emocional mediante el cuestionario de salud SF-12 el día previo a la cirugía (en planta de hospitalización) y a los 3 meses del alta hospitalaria (en consulta hospitalaria).

Resultados: De los 30 pacientes el 60% eran hombres y el 40% mujeres con una media de edad entre ambos de 70 y 71 años respectivamente. La mortalidad esperada medida con la escala EuroSCORE II fue 1,85% y la observada fue del 3,33% (1 exitus intrahospitalario por complicaciones hemorrágicas). Salud General: la pregunta 1 dimensión de "salud general", reveló que 2 de cada 3 pacientes (66,7%) consideraba su salud regular o mala (15 regular y 5 mala) el día previo a la cirugía. A los 3 meses del alta hospitalaria del 66,7% (20/30) que consideraron regular o mala su salud previo a la cirugía, en ese momento todos consideraban su salud buena, muy buena o excelente (3 excelente, 10 muy buena y 7 buena). El 30% (9/30) restante que ya consideraba su salud buena o muy buena previo a la cirugía, seguían considerando igual su salud a los 3 (una pérdida por exitus). Rol emocional: en cuando a los síntomas emocionales, rol emocional, todos los pacientes que consideraban su salud regular o mala (20/30), respondieron en estas preguntas que a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso), habían hecho menos de lo que hubieran querido hacer (pregunta 6) y no hacían su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre (pregunta 7). A los 3 meses del alta hospitalaria se realizó las mismas preguntas y 18 de los 20 pacientes ya no presentaban esos síntomas emocionales (2 refirieron eventos familiares sin relación con el tema que les provocaban en ese momento estar nerviosos y tristes).

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

1	2	3
Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Subir varios pisos por la escalera

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

1	2
Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

1	2
Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se le parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

9. ...se sintió calmado y tranquilo?

1	2	3	4	5	6
Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/>					

10. ...tuvo mucha energía?

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. ...se sintió desanimado y triste?

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

Conclusiones: Los pacientes con estenosis aórtica presentan síntomas emocionales generando una percepción subjetiva deteriorada de su calidad de vida. En nuestro estudio, todos los pacientes refieren mejoría clínica emocional y una mejor percepción de su salud a los 3 meses de la cirugía. Por tanto, el abordaje de nuestros pacientes debe ser integral evaluando tanto el componente físico como el emocional.

070. EVOLUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LA LIMITACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL

Escudero Acha P^a, González Castro A^a, Azcune Echeverría O^b, Chicote Álvarez E^a, Jiménez Alfonso AF^a, Ortiz Lasa M^a, Rodríguez Borregán JC^a, Campos Fernández S^a, Seabrook Maggio P^a y Feo González M^a

^aHospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^bClinica Mompía en Santander.

Objetivos: Analizar a través del análisis comparativo de dos encuestas realizadas entre el personal de una UCI (2014-2018), en un hospital

de tercer nivel, la evolución de la opinión de los profesionales en relación de los tratamientos de soporte vital.

Métodos: Estudio descriptivo y comparativo, prospectivo llevado a cabo en una UCI en un hospital de tercer nivel durante los meses de octubre a diciembre de 2014 y octubre a noviembre de 2018. Se entregó el mismo cuestionario dividido en ítems socio-demográficos (sexo, rango de edad, categoría profesional, rango de años de actividad laboral, hijos a cargo, personas dependientes a cargo) y cuestiones para conocer la valoración ética, así como el conocimiento y la información que de la LET tenía el personal encuestado. Se realizó un estudio descriptivo de la muestra. Las variables recogidas se expresaron mediante frecuencia y porcentaje. En la estadística comparativa se utilizó el test estadístico de chi-cuadrado. Se consideró significación estadística valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron un total de 142 encuestas (77 encuestas en 2018 y 65 encuestas en 2014). Los datos actuales evidencian que la conformidad con realizar LTSV continúa siendo unánime (98% de los encuestados), al igual que ocurría con la encuesta realizada a finales del 2014. El 46% de los encuestados reconocían la LTSV como un concepto diferente a cualquier tipo de eutanasia, porcentaje inferior al 56% de hacia 4 años ($p = 0,3082$). Actualmente el 82% de los participantes tenían la creencia de que no era lo mismo no iniciar un nuevo tratamiento que retirar un tratamiento ya instaurado (77% en la muestra de 2014; $p = 0,3975$). A la hora de valorar quién debe tomar la decisión de aplicar la LET, continúa siendo mayoritaria (48%) la respuesta que debería ser tomada en consenso por un equipo multidisciplinar. La familia debería tomar parte en la decisión para el 95% de los encuestados (frente al 94% de 2014). Actualmente el valor que más peso debiera tener a la hora de considerar una LET sería la calidad de vida futura del enfermo para un 62% y el pronóstico de la enfermedad actual del enfermo para el 23% de los encuestados (invirtiendo la tendencia respecto al año 2014). El coste económico del tratamiento a aplicar continúa no siendo considerado en ningún caso, como un motivo para considerar la LTSV.

Conclusiones: la LTSV continúa siendo una práctica aceptada por la mayoría del personal de la UCI. Consideramos que continúa siendo un problema el separar el concepto de eutanasia de LTSV.

071. COMISIÓN HOSPITALARIA DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS SANITARIOS (CHCS): DOS AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE 800 CAMAS

Mucientes Peinador E, González de Zárate Catón S, Renedo Sánchez-Girón G, Vázquez Suero A, Mamolar Herrera N, Bueno Sacristán A, Hidalgo Andrés N, Citores González R, Martín Santos AB y Pérez González FJ. *Grupo de investigación:* GT de Medicina Intensiva, Subcomisión UCICHCS-HCUV

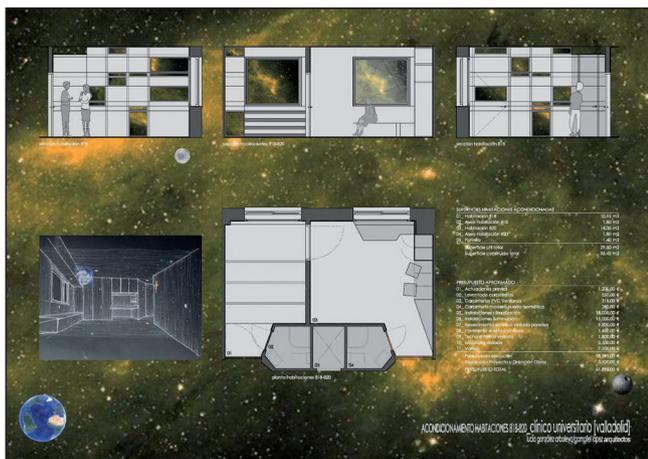
Hospital Clínico Universitario en Valladolid.

Objetivos: Analizar las necesidades, canalizando actuaciones encaminadas a implementar cualquier aspecto (estructural o funcional) relacionado con una atención sanitaria más humana, tanto en la asistencia global de la persona como en el cuidado al personal sanitario que le atiende.

Métodos: Comisión hospitalaria constituida el 21/02/2017, primera en Castilla y León y de las pioneras en España, multidisciplinar, con personal facultativo y no facultativo, implica servicios centrales del Hospital Clínico Universitario y el Hospital de Medina del Campo. Funcionamiento en subcomisiones y GT. Sin presupuesto asignado, financia los proyectos mediante donaciones de entidades externas.

Resultados: Jornada de Humanización con 2 mesas redondas y 7 talleres prácticos para más de 350 profesionales. Libro de protocolos asistenciales consensuados, flexibilización de horarios, revisión de trípticos informativos, encuestas de prevención de desgaste profesional, salas de familiares, asistencia psicológica y avisos vía SMS. Puesta en marcha consulta Sd post-UCI. Acceso a prensa, música y e-book. Optimización vigilia-sueño, relojes, ventanas retroiluminadas. Psiquiatra infantil y protocolo específico de atención al niño autista. Adquisición y adaptación de material: "pulpitos" para prematuros, juegos adaptados, actividades infantiles, mini-gym, cubre-sueros con personajes de dibujos animados y chemobox para quimioterapia, acceso venoso sin dolor (buzzy, vein finder), diplomas de "súper-valientes", tarjetas identificativas adaptadas, caja de recuerdos para padres, guías específicas de apoyo, "kiciclos" y cochecitos eléctricos para los traslados intrahospitalarios, pijamas con dibujos acordes a la edad, recursos audiovisuales (gafas de realidad virtual para paliar la ansiedad ante técnicas invasi-

vas). Proyectos arquitectónicos: transformación del aula de la 8ª Este en un teatro-cine infantil, climatización y decoración de habitaciones onco-pediátricas, proyecto de parque infantil en terraza, relleno-decoración de huecos de escalera como preventivo de suicidios, etc.



Conclusiones: ¿Moda o exigencia ética?: La humanización es posible gracias al trabajo, el esfuerzo, el coraje y la ilusión de todos aquellos profesionales que -sin pedir nada a cambio y con los medios limitados de los que disponen muchas veces- luchan cada día por mejorar la calidad de vida de quienes les rodean.

072. TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL AL FINAL DE LA VIDA: COSTOS Y ASPECTOS ÉTICOS. PUNTO DE VISTA DE FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS BASADO EN LA METODOLOGÍA Q

Jiménez Alfonso AF^a, Escudero Acha P^a, Ortiz Lasa M^a, Chicote Álvarez E^a, Peñasco Martín Y^a, Rodríguez Borregán JC^a, Dierssen Soto T^a y González Castro A^a

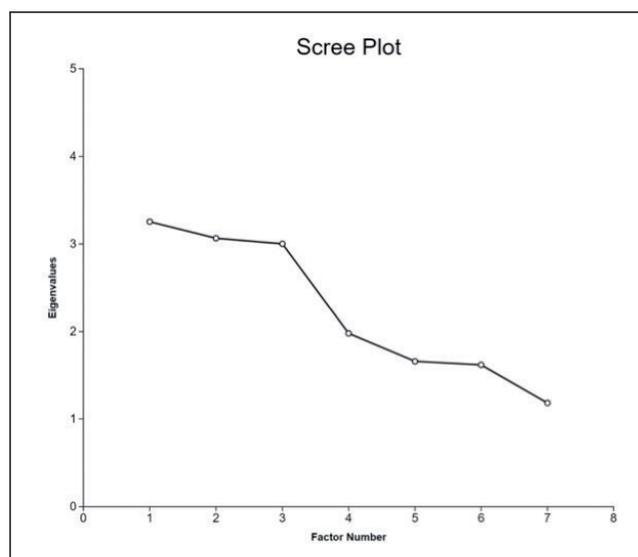
^aHospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^bDepartamento de Medicina Preventiva, Universidad de Cantabria en Santander.

Objetivos: Investigar las perspectivas de los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital de tercer nivel, en relación con el dilema moral de los costos y los tratamientos de soporte vital al final de la vida.

Métodos: Nuestro estudio se llevó a cabo en tres pasos comunes en la metodología Q: El primer paso fue desarrollar un 'Q set' de afirmaciones (declaraciones de opinión en relación con el dilema moral de los costos y los tratamientos de soporte vital al final de la vida). Posteriormente los participantes clasificaron las 28 declaraciones de opinión, en una cuadrícula, de acuerdo con su nivel de acuerdo (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3). Las cuadrículas fueron satisfechas en una breve entrevista entre un miembro del equipo y el entrevistado. Finalmente, se usó el análisis

factorial para identificar diferentes puntos de vista, consiguiendo patrones de similitud entre individuos.

Resultados: Se obtuvieron un total de 30 encuestas. Un primer análisis factorial extrajo 7 puntos de vista distintos. De los 7 factores, destacaban 3 puntos de vista sobre el resto, con valor propio de 3,25, 3,06 y 3,00 respectivamente; y una varianza explicada del 11%, 10% y 10% (fig.). Se aplicó una rotación Varimax. Las afirmaciones que mejor identificaban los 3 puntos de vista fueron: "Puede que no parezca mucho, pero algunas semanas o meses adicionales, pueden significar mucho para una familia afectada por una enfermedad terminal" ($p < 0,01$; z-score:2,04), para el primer punto de vista. "Es importante proporcionar tratamientos que extiendan la vida para que la persona que está muriendo tenga tiempo de alcanzar una fecha u objetivo importante, como un evento familiar o un logro personal" ($p < 0,01$; z-score:2,01), en el segundo punto de vista; y "Al final de la vida, los pacientes deben ser cuidados en sus hogares con una mejor calidad de vida, en lugar de tener tratamientos agresivos y costosos que solo prolonguen la vida por un corto periodo de tiempo" ($p < 0,01$; z-score: 1,47) en el tercero.



Conclusiones: Los puntos de vista de los familiares de enfermos ingresados en una UCI con el dilema de los costos y los tratamientos al final de la vida, no presentan un patrón claramente dominante. La pluralidad parece ser la regla.

073. FACTORES ASOCIADOS A LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UCI

Monge Sola L, Fuster Cabré M, Esteban Molina A, Peiro Chamarro M, Tejada Artigas A y Lombarte Espinosa E

Hospital Miguel Servet en Zaragoza.

Objetivos: Analizar las variables que influyen en la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) en su globalidad y en sus modalidades más importantes (omisión o retirada), así como las que se asocian a una mayor mortalidad.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye a 91 pacientes ingresados en UCI del H. Miguel Servet durante 18 meses, en los que se aplicó algún tipo de AET. Se llevó a cabo un análisis descriptivo, bivariable y multivariable, de las variables consideradas importantes según la bibliografía: edad y sexo, situación basal previa al ingreso, comorbilidad, tipo de ingreso (urgente o programado), causa de ingreso, causa de AET, tipo de AET realizado (y sus subgrupos), días de estancia en UCI, mortalidad, supervivencia desde que se realiza AET hasta el exitus y la existencia de Voluntades Anticipadas.

Resultados: Análisis descriptivo: la AET se llevó a cabo en el 10,9% de los ingresos en UCI ($n = 91$). La mortalidad observada fue del 89%. La mediana de días de estancia en UCI fue de 12 (5-25) días. El 72,5% eran varones y la edad media fue de 69 años (DE 11,4). El 85,7% presentaban alguna patología crónica, siendo el 40,66% pluripatológicos. La principal causa de AET fue la futilidad del tratamiento (90,1%). Análisis bivariable y multivariable: 1) De variables asociadas a los tipos de AET: se asociaron de forma

significativa al grupo de "omisión medidas" una mayor supervivencia tras la aplicación de medidas de AET ($p < 0,001$) y una mayor frecuencia de mala calidad de vida estimada ($p < 0,028$); mientras que la pluripatología ($p < 0,045$), el FMO ($p < 0,001$) y la futilidad terapéutica ($p < 0,03$), así como la mortalidad ($p < 0,01$), lo hicieron al grupo de "retirada de medidas". Se identificó la pluripatología como factor protector de AET de "omisión" (OR 0,53, $p < 0,017$). 2) De variables asociadas a la mortalidad: se asociaron estadísticamente a mayor mortalidad el FMO ($p < 0,015$), la futilidad terapéutica ($p < 0,001$) y la retirada de medidas de soporte ($p < 0,001$). Estas dos últimas, lo hicieron de forma independiente, incrementando el riesgo de exitus con OR de 3,03 ($p < 0,017$) y 2,31 (0,037), respectivamente.

Conclusiones: La AET es una práctica habitual, con importante mortalidad y asociada a comorbilidad grave. La principal causa de AET es la futilidad terapéutica y sus dos modalidades principales se usan con frecuencias similares. Con los datos disponibles no se observan diferencias sociodemográficas que influyan en la elección del tipo de AET.

074. APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE LTSV A NIVEL HOSPITALARIO. RESULTADOS A LOS 4 AÑOS

Nieto Piñar Y, Poyo-Guerrero de la Hoz R, Aranda Pérez M, Mendiguren Joseba A, Rubert Ripoll C, Ortega Alaminos M, González Rosa V, Salaverria Marcos I, de Dios Chacón IC y Romero Carratalá M. *Grupo de investigación:* limitación del soporte vital

Hospital Son Llàtzer en Palma de Mallorca.

Objetivos: La limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) es una práctica recomendada en determinadas condiciones con el fin de evitar la obstinación terapéutica. En nuestro hospital se ha implementado una herramienta informática que permite activar una alerta en la historia clínica en caso de haberse establecido la LTSV para ese paciente. Existen tres niveles de limitación: Nivel I: tratamiento de confort; Nivel II: tratamiento médico sin medidas agresivas; Nivel III: limitación de determinadas medidas terapéuticas. El objetivo de este trabajo es evaluar la implantación de esta herramienta a nivel hospitalario y con carácter multidisciplinar.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo realizado a nivel hospitalario durante 4 años. Se analizan los resultados de 3.652 pacientes a los que se les activó la LTSV mediante la herramienta descrita.

http://vmw2as02.fhsonllatzer.int:7777/hphis/custom/edotor/LET_Medic...

LIMITACIÓN DEL SOPORTE VITAL DEL PACIENTE 134106

NIVEL 1: NO REQUIERE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y EL TRATAMIENTO ESTÁ DIRIGIDO A PROPORCIONAR CONFORT Y ALIVIO DE DOLOR (RECUERDA ACTIVAR EL PROTOCOLO DE PRESCRIPCIÓN DE PACIENTE TERMINAL).

NIVEL 2: ESTÁ INDICADO EL TRATAMIENTO MÉDICO CONSERVADOR, SIN APLICAR MEDIDAS DE SOPORTE DESPROPORCIONADAS

NIVEL 3: ESTÁ INDICADO EL TRATAMIENTO MÉDICO CONSERVADOR Y NO SE INICIARÁN LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE SOPORTE VITAL (chequear las que se quieran no iniciar):

¿ESTÁ EL PACIENTE INFORMADO? SI NO

¿ESTÁ LA FAMILIA INFORMADA? SI NO

Observaciones:

Resultados: Se activó la LTSV en 0,07% de los ingresados en ese período, con una edad media de 79,5 años y de los cuales un 52% fueron mujeres. Los servicios que más utilizaron la herramienta fueron Medicina interna (38%), Urgencias (25,6%), Oncología (8,8%) y UCI (5,8%). Sin embargo, teniendo en cuenta el número de ingresos totales en ese período, los servicios que más activaron la LTSV fueron Oncología (0,15%),

Medicina interna (0,10%), UCI (0,10%) y Hematología (0,08%). Las medidas de soporte que más se activaron fueron la RCP (91,7%), IOT/VMNI (88%), diálisis (69%), CVE (59%), DVA (50,7%) y cirugía (48%) siendo los motivos más frecuentes la limitación funcional o de la calidad de vida (48%) y la futilidad (34,8%). El nivel de limitación se modificó en un 8,8% de los casos, en la mayoría de casos, hacia un tratamiento más conservador. Se desactivó la herramienta en un 2,2%. El 45% de los pacientes limitados fueron exitus siendo la mayoría de ellos varones y con una edad media de 77,3 años. Los fallecimientos fueron más frecuentes en los pacientes limitados por el servicio de Hematología (76,4%), UCI (75,4%) y Oncología (73%). La familia fue informada de la decisión en el 92% de los casos mientras que los pacientes recibieron información en el 13,6%.

Conclusiones: La herramienta de LTSV fue activada con mayor frecuencia en pacientes añosos, siendo el servicio de activación más frecuente el de Medicina interna. Casi la mitad de los pacientes activados fueron exitus. La familia recibió información de la limitación en casi todos los casos, sin embargo, los pacientes fueron informados en un porcentaje muy inferior.

075. CARACTERÍSTICAS DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN EL PACIENTE CON LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

Molina Domínguez E^a, Díaz Álvarez JM^b y Bueno González A^a

^aHospital General Universitario de Ciudad Real en Ciudad Real. ^bFacultad de Filosofía. Departamento de Filosofía Moral, UNED en Madrid.

Objetivos: Analizar la realización del principio de Autonomía en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) a los que se les realiza limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV).

Métodos: Análisis prospectivo de tres años de duración (2015-2017) de todos los pacientes a los que se les realiza LTSV en el SMI. Se analiza si el paciente es competente o no para la toma de decisiones, conocimiento de los familiares de los valores del paciente, registro de voluntades anticipadas u otro documento previo al ingreso, consenso entre familia y personal médico y delegación de la decisión de realización de LTSV en el médico responsable del paciente.

Resultados: Hubo un total de 320 pacientes incluidos en el estudio a los que se les realizó cualquier tipo de LTSV. En el 100% no hubo registro de Voluntades Anticipadas previo al ingreso ni otro documento. Todos los familiares conocían los valores del paciente para la toma de ésta decisión médica. En el 85% de los casos, el paciente no estaba en condiciones de participar en la decisión de su tratamiento (coma, gravedad, no competente...) y en el resto de pacientes el equipo médico no pidió opinión sobre las decisiones de tratamientos de soporte vital. En el 82% hubo consenso entre familiares y personal médico, y en el 18% restante hubo indecisión de los familiares o allegados, y éstos, utilizando el principio de autonomía, decidieron delegar en el médico responsable o equipo médico la decisión de realizar LTSV, con un cierto matiz paternalista.

Conclusiones: En nuestra población de estudio: 1. El principio de autonomía adquirió variantes en la población de estudio. 2. El paciente no tomó ninguna decisión sobre el tratamiento de su enfermedad (no se le preguntó, no estaba en condiciones o se decidió por los familiares y allegados). 3. En un alto porcentaje la decisión de LTSV fue consensuada con la familia y personal médico. 4. No hubo registro de Voluntades Anticipadas. 5. Hubo delegación de los familiares o allegados en el equipo médico o médico responsable (18%), que aun haciendo uso del principio de Autonomía, hicieron tomar una actitud paternalista al personal médico respecto del paciente.

076. DEGRADACIÓN PROGRESIVA DE LAS DIMENSIONES DE LA VIDA HUMANA EN EL PACIENTE EN AGONÍA

Molina Domínguez E^a, Díaz Álvarez JM^b y Bueno González A^a

^aHospital General Universitario de Ciudad Real en Ciudad Real. ^bFacultad de Filosofía. Departamento de Filosofía Moral, UNED en Madrid.

Objetivos: Las dimensiones de la vida humana son necesarias, originales e inseparables del ser humano. El objetivo de estudio es analizar las estructuras analíticas y empíricas de la vida humana en el paciente ingresado en el Servicio de Medicina Intensiva a los que se les realiza algún tipo de LTSV.

Métodos: Estudio prospectivo de 50 pacientes ingresados desde los años 2016-2017 a los que se les ha realizado limitación de tratamiento

de soporte vital (LTSV) durante su estancia en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI), y a los que no se les realizó ningún tipo de limitación de tratamiento al ingreso. Se analiza dentro de estas estructuras: corporeidad, mundanidad, temporalidad, lingüisticidad, mismidad (“yo”), sociabilidad e historicidad. Se analiza el curso temporal en que ocurre la pérdida de las distintas dimensiones analizadas.

Resultados: De los 50 pacientes estudiados, las categorías que se anulaban al ingreso en el SMI fue el desarrollo biográfico del sujeto, su mundaneidad y sociabilidad (100%). Según fue progresando el proceso patológico el lenguaje fue la siguiente patología que disminuyó o se anuló, siendo las categorías más tardías en desestructurarse la corporalidad y temporalidad que desaparecieron con el fallecimiento del paciente. El 12% de los pacientes fueron extubados al realizar LTSV. La exploración clínica fue el método utilizada para su valoración.

Conclusiones: En esta población de estudio: 1. El paciente en agonía posee una estructura analítica de su vida que va degradándose hasta la muerte. 2. Su “yo” o mismidad, mundaneidad, sociabilidad e historicidad son las primeras categorías en desaparecer. 3. El lenguaje es la categoría más afectada por el tratamiento médico utilizado (sedoanalgesia) en los pacientes no intubados y en todos los pacientes intubados y sedoanalgesiadados. 4. La corporalidad y temporalidad desaparecieron con el fallecimiento del paciente.

077. ¿CUÁNTO SABEMOS SOBRE EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS? ¿NOS HARÍAMOS UNO? CONOCIMIENTO SOBRE EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (DIP) Y OPINIÓN PERSONAL DE LOS PROFESIONALES QUE INSTAURAN MEDIDAS DE SOPORTE VITAL (MSV) EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Sánchez Prieto AM, Recena Pérez P, Antuña Braña MT, Gyorgy A, Pinto Izquierdo V y Fernández Ruíz D

Hospital Universitario de Cabueñes en Gijón.

Objetivos: Valorar el conocimiento de los profesionales que instauran MSV del hospital, sobre el DIP y la legislación vigente, y conocer su opinión personal en cuanto a realizar un DIP y en qué circunstancias.

Métodos: Estudio descriptivo que incluyó facultativos del Hospital de Cabueñes que instauran MSV: Anestesia (ANES), Urgencias (URG) y UCI. Se diseñó un cuestionario anónimo en donde se recogían además de variables demográficas, variables relacionadas con el conocimiento legislativo y con el procedimiento a seguir para la realización del DIP, así como la opinión personal sobre el mismo. Las variables cualitativas estaban estructuradas en 4 dimensiones: mucho, bastante, poco, nada. Análisis estadístico realizado mediante descripción de frecuencias y cómputo porcentual por ítems. Los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se obtuvieron 49 encuestas: URG 19, ANES18, UCI 11 con distribución homogénea por edad (52% > 40 años) y años trabajados como especialistas (54% > 10 años). En relación a conocimiento es un dato relevante que un 41,8% afirme que conoce poco la ley Básica de Autonomía y un 82%, nada o poco el Decreto de Organización y Funcionamiento del Registro de DIP en Asturias. Respecto a la ley Autonómica sobre los Derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida, de nuevo un 82% reconoce no conocer en nada o poco dicha ley siendo concordante este dato en UCI, no así en URG con 31% de bastante. Sobre el art 21 de la ley anterior de Deberes como profesional respecto al DIP, cabe destacar que el 100% de UCI no lo conoce nada o poco así como un 72% en ANES y un 75% de URG. Datos coincidentes cuando se interroga por alguna excepción para no respetar el contenido del DIP. En relación al procedimiento a seguir para realiza DIP la mitad de ANES y UCI afirma saber poco frente a un bastante de URG. Destaca que ninguno tiene DIP, y un 25% de URG refiere que sí ha aconsejado a alguien que lo realice. En cuanto a la intención personal de realizar DIP casi la mitad contesta que sí y la otra no lo sabe, reseñando por servicio el 63% sí de URG y el 22% de no de UCI. La realización de dicho DIP sería en caso de enfermedad terminal en un 47%, ante patología crónica en un 30% y ante edad avanzada en un 21% con una distribución similar en todos.

Conclusiones: Existe una falta de conocimiento en cuanto a los DIP, que lleva a una necesidad de formación en las especialidades donde su aplicación determina la instauración o no de MSV. No hay una clara intención por estos especialistas, de realizar por su parte un DIP lo que es significativo ya que son los mayores concededores de las consecuencias de aplicación de MSV.

078. ¿NOS ES ÚTIL EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS? ACTUACIÓN, UTILIDAD Y VALORACIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS (DIP) DE LOS PROFESIONALES QUE INSTAURAN MEDIDAS DE SOPORTE VITAL (MSV) EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Sánchez Prieto AM, Recena Pérez P, Antuña Braña MT, Gyorgy A, Martínez González C y Fernández Ruíz D

Hospital Universitario de Cabueñes en Gijón.

Objetivos: Analizar la actuación de los profesionales que instauran MSV ante pacientes con DIP, la utilidad del mismo y valoración en cuanto a claridad y ayuda en su toma de decisiones para no iniciar o retirar MSV.

Métodos: Estudio descriptivo que incluyó facultativos del Hospital de Cabueñes que instauran MSV: Anestesia (ANES), Urgencias (URG) y UCI. Se diseñó un cuestionario anónimo en donde se recogían además de variables demográficas, variables definidas para conocer la actuación de dichos profesionales ante un paciente con DIP, y variables cuantitativas con es-

Figura Póster 077

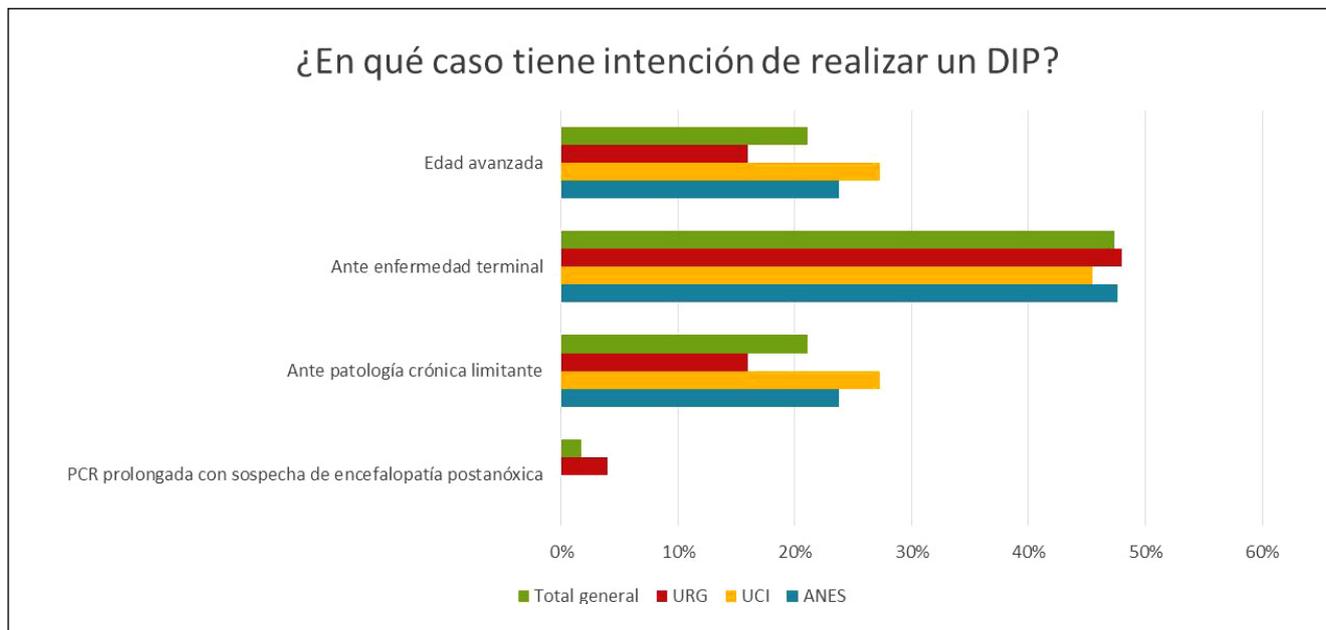


Figura Póster 078

Cuestión planteada	Respecto a la CLARIDAD ¿Cree según su experiencia y los DIP que ha visto que estos documentos son claros y específicos?				Respecto a la AYUDA ¿Le ha ayudado a tomar decisiones en cuanto a retirar o no instaurar medidas de soporte vital?			
	ANES	UCI	URG	Total	ANES	UCI	URG	Total
0		9,09%		2,44%				
2					6,25%			2,56%
3	23,53%		15,38%	14,63%	12,50%	9,09%	8,33%	10,26%
4	5,88%	27,27%		9,76%				
5	17,65%	27,27%	7,69%	17,07%	18,75%	9,09%	8,33%	12,82%
6	23,53%		38,46%	21,95%	6,25%	9,09%	8,33%	7,69%
7	17,65%	18,18%	23,08%	19,51%	31,25%	18,18%	33,33%	28,21%
8	11,76%	18,18%	15,38%	14,63%	12,50%	27,27%	25,00%	20,51%
9						18,18%	16,67%	10,26%
10					12,50%	9,09%		7,69%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

cala de 0 a 10 para evaluar la claridad y ayuda del DIP. El análisis estadístico se realizó mediante descripción de frecuencias y cómputo porcentual por ítems. Los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se recogieron 49 encuestas: URG 19, ANES 18, UCI 11 con distribución homogénea por edad (52% > 40 años) y años trabajados como especialistas (54% > 10 años). En cuanto al hábito de consultar el registro de DIP ante paciente que no puede expresar su voluntad, un 57% reconoce no hacerlo nunca o sólo a veces, siendo esto más manifiesto en ANES con 56% a veces, frente a un 75% de URG que lo consulta a veces o casi siempre y un 45% UCI que lo realiza siempre. Un 80% ha actuado en consecuencia del DIP, salvo en URG donde se reduce a un 61%. En 44,4% UCI ha aplicado inicialmente MSV ante paciente con DIP que limitaba las mismas, no siendo así en ANES (27,7%) y menos aún en URG (12,5%) siendo el motivo principal la urgencia inicial y la duda ante el contenido del DIP en menor medida. Casi a un 70% le ha resultado difícil a veces interpretar el DIP debido en un 45% al contenido ambiguo en cuanto a medidas a aplicar MSV, 29% falta explícita de registro en el DIP de la MSV y un 24% falta de correlación entre el DIP y el contexto clínico. La opinión en cuanto a CLARIDAD del DIP un 43% lo puntúan como 6-7, un 27% con < 5 con una clara diferencia entre servicios valorando con un 4 el 33% de UCI en contraposición de URG que en su mayoría lo puntúa como 6-7-8. Sin embargo en la evaluación de AYUDA para tomar decisiones en cuanto a retirar o no instaurar MSV casi un 50% lo valora como 7-8 incluso un pequeño porcentaje 9-10, siendo coincidentes los servicios de ANES y UCI, y más dispersos los resultados en ANES que incluso en un 38% lo valoran con un 5 o menos.

Conclusiones: La consulta sistemática de DIP ante paciente que no puede expresar su voluntad aún no se realiza adecuadamente y el acceso al registro no facilita dicha consulta en caso de urgencia. La percepción de los profesionales en cuanto a claridad del DIP no es notable, aunque sí reconoce que ayuda en la toma de decisiones a la hora de instaurar o retirar MSV.

079. ANÁLISIS DEL ESTADO FUNCIONAL AL ALTA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CRÍTICOS, QUE REQUIEREN INGRESO EN UCI

Díaz Díaz D, Vilanova Martínez M, López Pérez L y Palencia Herrejón E

Hospital Infanta Leonor en Madrid.

Objetivos: Describir los factores clínicos implicados en la situación funcional al alta hospitalaria de los pacientes con cáncer críticamente enfermos, que sobrevive tras el ingreso en UCI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre adultos con el diagnóstico de cáncer ingresados en la UCI, excluyendo a aquellos con un grado de dependencia previo, medido por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) al ingreso de 3-4, decisión de limitación de la terapia de soporte en UCI, muerte en el hospital, o ausencia de datos disponibles de la puntuación ECOG al alta hospitalaria. Registramos los datos demográficos, el departamento de origen, la duración de la estancia antes de la admisión en la UCI, el tipo de tumor y la extensión, la puntuación ECOG antes de la hospitalización y al alta hospitalaria, el

motivo de la admisión en la UCI y la gravedad (SOFA, APACHE-II y SAPS-II) como, así como las terapias recibidas en la UCI.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes (edad 70,2 años, 64% hombres). El 64% fueron independientes al alta hospitalaria (ECOG 0-2). Tenían mayor frecuencia de diagnóstico previo de DM, mejores puntuaciones de ECOG al ingreso en UCI y menor frecuencia de enfermedad metastásica. Al ingreso en UCI presentaban, más frecuentemente algún trastorno metabólico y una tendencia de puntaje SAPS-III más bajo (mediana de 64 frente a 72; $p = 0,096$) sin diferencias significativas en sexo, edad, y tipo de tumor sólido o hematológico. Ni el tratamiento previo con quimioterapia o radioterapia ni la presencia de neutropenia tuvieron influencia significativa en el estado funcional al alta hospitalaria. La frecuencia de los tratamientos recibidos en UCI (VMI, soporte hemodinámico y TCRR) fue similar en ambos grupos. El estudio de regresión logística mostró que la presencia de buena clase funcional al ingreso (ECOG 0-1) (OR 5,2; IC95%: 1,9-13,5; $p = 0,001$), la ausencia de tumor metastásico (OR 3,0; IC95%: 1,1-8,3) y una puntuación SAPS-III baja al ingreso en UCI (OR 0,9; IC95%: 0,92 a 0,99) se relacionaron de forma independiente con mayor probabilidades de buena clase funcional al alta hospitalaria.

Conclusiones: Hasta el 64% de los pacientes con cáncer críticamente enfermos que sobreviven al ingreso en la UCI, presentan buena clase funcional al alta hospitalaria. Los principales factores implicados son, la presencia de buena clase funcional, la ausencia de metástasis y una puntuación baja en el SAPS-III, al ingreso en la UCI.

080. LIMITACIÓN DE LAS TERAPIAS DE SOPORTE VITAL (LTSV), EN UCI. ¿UNA PRÁCTICA HABITUAL?

Valiente Alemán I, Domínguez Rivas MJ, Recuerda Núñez M, Fernández Coello S, Fortet Cortés D, Martínez García P, Rodríguez Yáñez JC y Domínguez Fernández MI

Hospital Universitario de Puerto Real en Cádiz.

Objetivos: Describir y analizar los pacientes sometidos a limitación de las terapias de soporte vital (LTSV), durante 4 años consecutivos, en una UCI polivalente de un hospital de especialidades.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo, de los pacientes ingresados en nuestra UCI, (11 camas), durante 4 años, desde enero 2015 a diciembre de 2018.

Resultados: 2.912 pacientes ingresados en UCI, se realizó LTSV a 174.. Suponiendo un 5,97% de los ingresos (por años: 2015: 3,44%; 2016: 6,8%; 2017: 4,41%; 2018: 9,17%). Edad media de los pacientes fue 67,59 años Rango (30-88). El 62% varones (108 pacientes), y 38% mujeres (66 pacientes). APACHE II medio, en las 1ª 24h: 22,69 puntos. Rango (6-47). La media de días de ingreso en UCI hasta el inicio de LTSV fue de 6,81 días. Rango (0-112). La mortalidad en los pacientes que se aplicó LTSV fue 92,53% (supervivencia al año de LTSV 7,47%, de ellos, el 69,2% fueron por LTSV IIB y el 30,76% IIIC). El tiempo medio desde LTSV al exitus fue 1,57 días. Rango (0-36). El 65% fallecieron en las 1ª 24h desde decisión de LTSV. Tipos de LTSV: la medida más frecuente LTSV III E (retirada soporte ventila-

torio), con un 25,28%. En 2º lugar LTSV IIIC (mantener lo iniciado y no instaurar nuevas medidas), con un 24,71%. En 3º, LTSV III D (retirada vasoactivos), con un 23,56%. En 4º, LTSV III B (no instaurar medidas invasivas) con un 17,24%. En 5º, se retiraron las medidas por muerte encefálica, en un 8,62%. Hubo 1 caso de LTSV III A (medidas invasivas condicionadas): 0,57%. Diagnósticos de los pacientes a los que se realizó LTSV: el más frecuente fue patología cardíaca (27,58%); de ellos el 40% shock cardiogénico (19 pacientes). En 2º lugar patología neurológica (24,13%); de ellos el 73%, fueron ACVA, (29% hemorrágicos y 71% isquémicos). En 3º en frecuencia shock séptico (20,68%); De ellos, la mayoría (72,22%), de origen abdominal. En 4º lugar patología respiratoria (16,66%). Y en 5º lugar miscelánea (11,49%). Hubo 15 casos de donación de órganos (8,62% de las LTSV). 8 en Asistolia (53,33%) y 7 en muerte encefálica (46,66%).

Conclusiones: LTSV es una opción de tratamiento en UCI cada vez más frecuente. La LTSV más frecuente en nuestra UCI es IIIE (retirada de soporte ventilatorio). Se observa un aumento en el último año del tipo IIIB (no medidas invasivas). La mayoría de LTSV fallecieron (92,53%). La patología cardíaca fue la causa más frecuente. En nuestro medio, todas las decisiones son consensuadas con el equipo médico y la familia y reflejadas en la historia clínica.

081. ¿CÓMO VE EL PERSONAL SANITARIO LA MUERTE?

Álvarez Ospina MB^a, Moya Sánchez J^a, Baztlles Muñoz de Escalona J^a, Revolo Marrou JR^a, Pelaez Ballesta A^b, Martínez Pagán V^b, Ruiz Campusano M^b, Mendoza Romero D^b, Serrano Torres V^a y Buitrago Narvaez C^a

^aHospital General Universitario Santa Lucía en Murcia. ^bHospital Rafael Méndez en Murcia.

Objetivos: Valorar la forma como es vista la muerte por parte del personal sanitario asistencial de una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Se valoró la posición del personal sanitario asistencial en dos UCI de la región de Murcia. Para ello se aplicó el perfil revisado de actitud ante la muerte (PRAMR). Se detecta mediante esta prueba si la persona tiene una actitud de 1) Aceptación de acercamiento (Visión de la muerte como paso a una vida feliz), 2) Evitación de la muerte (dificultad para afrontar los pensamientos de la muerte de modo que la conducta se puede ver afectada), 3) Aceptación de escape (La muerte como escape de una existencia dolorosa), 4) Miedo a la muerte (pensamientos y sentimientos negativos a la muerte), 5) Aceptación neutral (la muerte es una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida).

Resultados: En total se realizaron 78 encuestas a personal sanitario asistencial en dos UCI de la región de Murcia, 33 personas (42,30%) tenían una actitud de aceptación neutral, 24 personas (30,76%) tenían una actitud de evitación de la muerte, 15 personas (19,23%) tenían una actitud de miedo a la muerte y 6 personas (7,69%) tenían una posición de aceptación de acercamiento.

Conclusiones: El personal sanitario entrevistado presentó principalmente una actitud de aceptación neutral ante la muerte, seguido por una actitud de evitación y miedo a la muerte.

Pósteres orales

8:30h a 10:00h
Cirugía cardíaca
Sala Calvià

Moderadores: María Riera Sagrera
y Juan José Jiménez Rivera

082. SEGURIDAD EN ALTAS DE UCI EN MENOS DE 24 HORAS TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. EXPERIENCIA EN NUESTRO

CENTRO Andreu Ruiz A^a, Ros Argente del Castillo T^b, Moya Sánchez J^c, Garrido Penalver J^b, de Gea García JH^b, Andreu Soler E^b, Pérez Martínez D^b, Sánchez Cámara S^b, Núñez Martínez JM^a y Jara Rubio R^b

^aHospital Universitario del Vinalopó en Elche. ^bHospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia. ^cHospital Universitario Santa Lucía en Cartagena.

Objetivos: Evaluar las altas de UCI en menos de 24 horas frente a las altas en más de 24 horas comparando su seguridad en cuanto a mortalidad y reingreso.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo analítico sobre mortalidad y reingreso en pacientes dados de alta en < 24 horas frente a los dados de alta en > 24 horas de UCI del 1 de enero de 2017 a 31 de diciembre de 2017 en un Hospital de tercer nivel.

Resultados: Del 1 de enero de 2017 a 31 de diciembre de 2017 se intervinieron 472 pacientes (se excluyen en este estudio los trasplantes cardíacos). El 66,6% eran hombres y el 33,3% mujeres con una edad media de 70 años. La cirugía univalvular aislada fue la más frecuente (46%) seguida de la cirugía de revascularización coronaria (21%) y la cirugía combinada (15%). El 45,8%, es decir, 216 pacientes de los 472 intervenidos fueron dados de alta de UCI antes de cumplir 24 horas en la unidad tras la cirugía. El EuroSCORE II medio fue menor en los pacientes con alta < 24 h con respecto al grupo de pacientes que se fue de alta > 24 h (1,53 + 1,72 frente a 3,07 + 4,31, p < 0,0001). Se produjo el reingreso de 7 pacientes (3%) frente a 16 pacientes (6%) en el grupo de altas < 24 horas y > 24 horas respectivamente. De los pacientes dados de alta de UCI antes de 24 horas tras la cirugía se produjo el exitus en 2 de ellos (0,9%) uno durante su ingreso en el hospital y otro tras ser dado de alta hospitalaria.

Conclusiones: Las altas de UCI en menos de 24 horas tras la cirugía cardíaca ("Fast-Track" o "vía rápida") es seguro en nuestro hospital en relación a reingreso en UCI y mortalidad, principalmente en los pacientes con bajo perfil de riesgo quirúrgico. Estudios para conocer factores que puedan determinar una mayor estancia en UCI en este tipo de cirugías están justificados.

083. INFLUENCIA DE LOS FLUIDOS Y VASOACTIVOS EN EL DESARROLLO DE DISFUNCIÓN RENAL EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. ANÁLISIS DE PARÁMETROS HEMODINÁMICOS

Álvarez-Ossorio Cisneros S, Gordillo Brenes A, Marcote Denis B, Gómez García B, García Cruz MC, Benítez Muñoz L, León Montañés L, Salas Martín J, Sánchez Rodríguez A y Hernández Alonso B

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar la relación entre fluidos, vasoactivos y variables hemodinámicas con la insuficiencia renal aguda en las primeras 48 horas (IRA-48) en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca.

Métodos: Pacientes en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca. Variables analizadas: diabetes mellitus (DM) y HTA. Entradas (E) y balance (BH) hídrico diario. Índice cardíaco (IC), saturación venosa mixta (SvO₂), lactato (L) y dosis de noradrenalina (NA). Presencia de IRA-48 según criterios AKIN. Terapia de depuración extrarrenal (TDER). Los resultados se muestran como medias e intervalo confianza 95% en variables cuantitativas y en porcentaje en cualitativas.

Resultados: 356 pacientes. 67% hombres, 33% mujeres. Edad 65 años, mortalidad 6%. 34% DM, 70% HTA. IRA-48: 27%, distribuidos por AKIN (0: 72%; I: 19%; II: 7%; III: 1,6%). TDER: 2,8%. Respecto al análisis de los parámetros hemodinámicos, los BH, E, lactato y niveles de noradrenalina, se describen los valores estadísticamente significativos.

AKIN 48H	IC		SvO ₂		Nora		Lactato		
	12h	36h	1h	6h	12h	24h	1h	24h	48h
0	2,6	2,9	66%	66%	0,33	0,33	16,9	22,2	10,7
1	2,4	2,6	61%	62%	0,36	0,38	19	22,1	12,9
2	2,3	2,7	64%	65%	0,53	0,4	30,8	25,9	14,4
3	1,95	2,5	-	43%	0,77	1,2	42,9	46,7	11,6
Nivel p	0,01	0,03	0,04	0,01	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00

AKIN 48H	BH (ml)		E (ml)		
	1 día	2 día	1 día	2 día	3 día
0	658,8	957,4	3.304,4	3.560,7	3.162,1
1	966,2	1.416,8	3.052,3	3.712,7	3.087,2
2	1.191,6	1.259,2	4.092,7	4.174,2	3.667,3
3	4.182,2	3.148	6.824,7	4.911,3	3.391,5
Nivel p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08

Conclusiones: La IRA-48 es frecuente, aunque a expensa de disfunciones leves según AKIN y con uso bajo de TDER, y se relaciona con BH, E y lactato. Igualmente observamos relación con valores de monitori-

zación hemodinámica (IC y SvO₂) y dosis de NA en las primeras horas postoperatorias, si bien no se mantiene uniforme en el tiempo probablemente en relación a la influencia del tratamiento con otros fármacos vasoactivos e inotrópicos.

084. ¿ES LA DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE CO₂ (APCO₂) UN BUEN MARCADOR DE LA HIPOPERFUSIÓN TISULAR EN LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA?

Castillo Niell A^a, Morales Pedrosa JM^a, Foradada Ubach S^a, Tache Sala A^a, Pujol Valverde P^b, Morales Moli M^a y Sirvent JM^a

^aHospital Universitari Doctor Josep Trueta en Girona. ^bUnidad Costarricense del Seguro Social en San José, Costa Rica.

Objetivos: El objetivo principal fue valorar el uso de la ΔPCO₂ como marcador de hipoperfusión tisular y su relación con otros biomarcadores en los pacientes postoperados de cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de una cohorte de 62 pacientes ingresados en una UCI de enero a diciembre de 2018. Se monitorizó el índice cardíaco (IC) con Vigileo o LiDCO. Se incluyeron los pacientes ingresados en el postoperatorio de cirugía cardíaca (substitución valvular y/o bypass aorto-coronario). Se recogieron datos demográficos, intervención quirúrgica y escalas de gravedad. Se dividió la muestra obtenida en dos grupos según la ΔPCO₂ inicial (≤ 6 y > 6) y se comparó si habían diferencias entre los dos en relación a: lactato, saturación venosa central (SatvO₂), IC, días estancia en UCI y hospitalaria, uso de drogas vasoactivas (DVA), función renal (FR), días de ventilación mecánica invasiva (VMI), score de gravedad y mortalidad.

Resultados: De la muestra, la edad media fue 68,4 ± 13 años, siendo un 64,5% hombres. Un 53,2% fueron recambio valvular y un 37% bypass. La ΔPCO₂ media fue de 5,2 ± 1,1 mmHg en el grupo ≤ 6 y 10,8 ± 3,4 mmHg en > 6 . Lactato, SatvO₂ e IC no presentaron diferencias destacables.

	ΔPCO ₂ ≤ 6 mmHg (N = 20)	ΔPCO ₂ > 6 mmHg (N = 42)	p
Lactato (mg/dl)	18,79 ± 14,3	15,15 ± 4,6	0,78
SatvO ₂ (%)	69 ± 0,1	68 ± 0,1	0,43
IC (L/min/m ²)	2,69 ± 0,1	1,98 ± 0,5	0,10
Horas dobutamina	2,9 ± 13,2	2,7 ± 10,1	0,95
Horas noradrenalina	35,2 ± 74,1	51,5 ± 82,1	0,40
Cr (mg/dl)	0,9 ± 0,1	1,1 ± 0,3	0,97
Días UCI	4,9 ± 8,9	6,9 ± 12,0	0,50
Días hospitalización	13,4 ± 7,8	21,0 ± 23,1	< 0,05
Días VMI	3,0 ± 8,5	3,1 ± 3,3	0,95
Euroscore II (%)	1,1 ± 0,1	2,6 ± 0,1	0,08
SOFA ingreso	4,2 ± 2,1	5,2 ± 2,6	0,48
SOFA 48h	2,9 ± 2,8	3,4 ± 2,6	0,49
Exitus	5%	7,1%	0,52

Conclusiones: Los pacientes con ΔPCO₂ > 6 mmHg presentan más DVA, mayor puntuación SOFA al ingreso y 48h, más días de ingreso en UMI, aunque sin significación estadística. Sin embargo, en este grupo, los días de hospitalización fueron mayores de forma significativa.

085. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA REFRACTARIA EN EL POSTOPERATORIO DE TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR CON NECESIDAD DE ECMO

Pagliarani Gil P, Martín Badía I, Pérez Vela JL, Renes Carreño E, Orejón García L, Delgado Moya F, Lesmes González de Aledo A, Valiente Fernández M, López Gude MJ y Montejo González JC

Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Describir los resultados de una serie de pacientes que tras tromboendarterectomía pulmonar (TEA) requieren asistencia mecánica con ECMO por desarrollo de insuficiencia respiratoria con o sin fallo del ventrículo derecho (FVD).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo basado en una base de datos recopilada prospectivamente. Se incluyeron todos los pacientes con las características anteriores admitidos en UCI desde enero de 2010 hasta noviembre de 2018. Se analizaron variables demográficas, hemodinámicas, estancia, horas de ventilación mecánica y ECMO, complicaciones y mortalidad. Las variables cuantitativas se

presentan como mediana (rango intercuartílico) y las cualitativas como porcentaje.

Resultados: Entre todas las 251 TEA durante este período, 19 pacientes (7,6%) requirieron ECMO. La mediana de edad fue de 51 años (RIC 42-67), con un 58% hombres. Se implantó ECMO venovenoso (VV) en el 68%, mientras que el 31% tanto por FVD y/o hipertensión pulmonar prominente, necesitaron de inicio la configuración veno-arterial (VA). No obstante, se realizaron 3 conversiones de ECMO VA a VV (debido a 2 síndromes de Arlequin y 1 sangrado arterial incoercible) y 1 conversión de VV a VA debido FVD, lo que hace un total de 23 configuraciones ECMO. Se eligió acceso periférico en el 86% de los VA, siendo en su mayoría fémoro-femoral (71%). Respecto a los VV, el 94% eran periféricos, siendo en su mayoría fémoro-yugulares (87%). La causa de la insuficiencia respiratoria fue edema de reperfusión en todos los casos, registrándose en 4 pacientes, hemorragia alveolar masiva. Se registró una mediana de soporte de ECMO de 175 horas (RIC 142-301). Trece pacientes (68%) presentaron complicaciones asociadas al dispositivo, entre las que destacan: 2 taponamientos cardíacos que requirieron reintervención quirúrgica, 1 ictus hemorrágico, 5 sangrados pericánula (1 requirió cambio de ECMO), 1 hemotórax y 1 isquemia de extremidad inferior. Respecto a los pacientes, la mediana de tiempo de la ventilación mecánica fue de 491 horas (RIC 312-582), la duración de la estancia en la UCI fue de 23 días (RIC 16-32) y en el hospital de 33 (RIC 22-43). La supervivencia al ECMO fue del 63%, y alta del hospital del 58%.

Conclusiones: La TEA puede presentar un curso postoperatorio complicado con edema de reperfusión pulmonar, con o sin FVD, que puede llegar a requerir de soporte mecánico. La asistencia con ECMO ha demostrado ser útil en este grupo de pacientes. Los resultados son comparables a los publicados en este contexto.

086. PROGRAMA DE TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO): UN PASO MÁS EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO

Ruiz Rodríguez A, Jara Rubio R, de Gea García JH, Ortín Freire A, Albacete Moreno CL, Bixquert Genovés D, Carrillo Cobarro M, López Domínguez A, Garrido Peñalver JF y Valer Rupérez M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia.

Objetivos: Hay situaciones en las que se precisa implante de ECMO para soporte hemodinámico y/o respiratorio pero éste no está disponible en el hospital en el que el paciente se encuentra ingresado; el traslado a centros especializados es primordial. Nuestro objetivo fue evaluar la factibilidad, seguridad y eficacia del transporte de pacientes con ECMO.

Métodos: Analizamos nuestra experiencia inicial en el transporte interhospitalario de pacientes a los que se implantó ECMO en hospital de origen para un traslado seguro al centro referente. Se recogen datos desde el 1 octubre 2015 al 15 enero 2019 analizando datos demográficos, del implante y sistema ECMO, características del traslado y evolución.

Resultados: Se han implantado 14 dispositivos en hospitales de referencia. 57,1% eran varones (8). La mediana de edad fue 43 años (RIQ 38-48). IMC 27,25 (RIQ 24,4-32,8), de APACHE II 16 (16-18). El 78,6% fueron ECMO veno-venosos, con canulación fémoro-yugular en 10 pacientes. Se registró un caso de imposibilidad para canulación, con shock hemorrágico y PCR. La principal indicación fue insuficiencia respiratoria por SDRA como causa más frecuente debido a gripe A, seguido por shock cardiogénico secundario a IAM. No hubo ninguna complicación durante los transportes. La mediana de distancia entre centros fue 47 km (RIQ 40-47) con una duración de la misión de 240 minutos (RIQ 210-280). Mediana días ingreso-colocación ECMO de 1 (RIQ 1-5). La mediana de días de estancia en UCI fue 10,5 días (RIQ 6,5-18,5), días de ventilación mecánica 10 (RIQ 4,5-20,5) y de ECMO 7 (RIQ 4-10). La complicación más frecuente fue la insuficiencia renal con necesidad de terapia de sustitución. Se ha registrado un fallo de oxigenador con necesidad de doble cánula de extracción. 7 pacientes han fallecido por FMO (2), PCR (1), muerte cerebral (1), shock hemorrágico (2) y LET por futilidad (1).

Conclusiones: Consideramos que un equipo multidisciplinar especializado es clave para la seguridad del paciente durante el implante y traslado con ECMO. La selección rigurosa de pacientes, adecuada organización y actualización de protocolos específicos son retos para nosotros.

087. ¿IMPLANTE DE ECMO PARA TRASLADO SEGURO O TRASLADO PARA IMPLANTE DE ECMO?

Ruiz Rodríguez A, Ortín Freire A, Jara Rubio R, Bixquert Genovés D, Albacete Moreno CL, de Gea García JH, Sánchez Cámara S, Carrillo Cobarro M, Valer Rupérez M y Garrido Peñalver JF

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia.

Objetivos: Los pacientes que precisan ECMO han de trasladarse por no disponer de esta técnica en hospital en el que están ingresados. El objetivo fue evaluar diferencias en la evolución de pacientes a los que se implantó ECMO previo al traslado frente a los que se hizo en nuestro centro.

Métodos: Analizamos la experiencia de un programa ECMO móvil del 1 octubre de 2015 a 15 enero de 2019 en pacientes que precisaron ECMO en hospital sin posibilidad de implante. Se analizan datos de pacientes con implante en hospital de origen y de aquellos que fueron trasladados para implante en centro referente.

Resultados: Se implantaron 25 ECMO a pacientes procedentes de otros centros, 14 en hospital de referencia y 11 en nuestro centro. No hubo diferencias en las distancia al centro para la toma de decisión. Ver resto de datos comparativos en la tabla. No hubo complicaciones en el implante ni el transporte. La complicación más frecuente en UCI fue la sepsis grave (20%). La principal causa de muerte en ambos grupos fue el fracaso multiorgánico con LET por futilidad, sin diferencias significativas.

Características transporte y evolución en UCI			
Variable	Traslado con ECMO (n = 14)	Traslado sin ECMO (n = 11)	p
Edad (años)	41,7 ± 3,7	55,5 ± 3,6	0,02
Hombres, N (%)	6 (42,8)	9 (81,8)	0,048
HTA, N (%)	4 (28,5)	3 (27,3)	0,94
DM, N (%)	2 (14,3)	4 (36,4)	0,2
APACHE II	18,9 ± 2	24 ± 2,6	0,13
ECMO VV, N (%)	11 (78,5)	2 (18,1)	0,003
Shock cardiogénico, N (%)	3 (21,4)	9 (81,8)	0,003
Distancia (Km)	41,9 ± 5,8	43,7 ± 13,2	0,89
Duración misión (min)	295 ± 22,2	70 ± 30,1	0,002
Soporte vasoactivo, N (%)	8 (32)	9 (36)	0,01
Días ECMO	10,7 ± 3	6,7 ± 4,4	0,46
Estancia UCI (días)	14 ± 2,7	12 ± 4	0,68
Exitus (%)	7 (28)	8 (32)	0,42

Conclusiones: El traslado con o sin ECMO es seguro, sin detectarse diferencias en el transporte ni evolución posterior de los pacientes en ambos grupos. La indicación será establecida por un equipo multidisciplinar que evalúe la forma más segura de transporte en base a criterios clínicos, geográficos y hemodinámicos.

088. LA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA COMO COMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA

Ruiz Perea A, Prieto Jurado R, Sevilla Martínez M, Ramiro González S y García Delgado MJ. Grupo de investigación: Registro ARIAM-Andalucía

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Analizar el perfil clínico y la evolución de los pacientes que precisan reintervención tras someterse a una cirugía cardiaca, así como las causas de la misma.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca en nuestro hospital durante un periodo de 5 años (enero-2014 a diciembre-2018), e incluidos en el registro ARIAM-Andalucía. Se excluyeron los pacientes sometidos a TAVR. Se recogen las características demográficas y de la cirugía, causas de reintervención y momento de la misma, complicaciones y mortalidad. Las variables cuantitativas se expresan como X + DE y las cualitativas como n° y porcentaje. Se realiza t de Student para comparación de v.cuantitativas y χ^2 para las v. cualitativas, y análisis multivariante para los factores de riesgo de reintervención.

Resultados: En el periodo estudiado se intervinieron 2.152 pacientes, de los cuales 116 (5,4%) fueron reintervenidos en el mismo ingreso hospitalario. Tenían tiempos quirúrgicos más prolongados (CEC: 136 + 60 min frente a 115 + 50 min, p < 0,05) y mayores scores de gravedad (Euroscore I: 13,8 + 13,7 frente a 9,7 + 11,3, p < 0,05) que los enfermos no reintervenidos. En la cirugía emergente era más frecuente la reintervención (11,2%), con respecto a los pacientes sometidos a cirugía programada o urgente (4,0%). La cirugía valvular o de aorta era un factor

de riesgo para la reintervención (OR 2,7; IC95% 1,6-4,6). La mortalidad era significativamente mayor en los pacientes reintervenidos (28,4% frente a 9,9%, p < 0,001), y de igual modo había mayores tasas de insuficiencia renal (75,2% frente a 48,9%, p < 0,05) y de VM prolongada (62,1 frente a 15,2%, p < 0,005). La reintervención precoz (< 48 horas) se realizó en 62 pacientes (53,4%), siendo el taponamiento (64,5%) y el sangrado mediastínico (30,6%) las causas más frecuentes. En los pacientes reintervenidos tardíamente (> 48 horas), predominaban taponamiento (46,3%), dehiscencia esternal (24,1%) y problemas valvulares (14,8%). No había diferencias en edad, sexo, tiempos quirúrgicos o mortalidad entre los dos grupos, pero la reintervención precoz era más frecuente tras la cirugía emergente (18,3% frente a 5,6%, p = 0,05).

Conclusiones: La reintervención tras cirugía cardiaca asocia alta mortalidad y más complicaciones, siendo el taponamiento y el sangrado mediastínico las causas más frecuentes.

089. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN MAYORES DE 75 AÑOS CON ESTANCIA PROLONGADA EN UCI TRAS CIRUGÍA CARDIACA

Gómez Lesmes SP, Arregui Remón S, Rodrigo Pérez H, Erice Azparren E, García Parra M, Sanz Granados E, Orera Pérez A, Caldito Ascargorta T, Barado Hualde J y Agudo Pascual O

Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Analizar los factores asociados con mortalidad en pacientes mayores de 75 años (p ≥ 75a) con estancia prolongada en UCI (UCI ≥ 7 días) tras cirugía cardiaca (CC).

Métodos: Estudio retrospectivo y analítico de p ≥ 75a y UCI ≥ 7 días del Complejo hospitalario de Navarra tras CC. Periodo: enero de 2002 a noviembre de 2018. Se compararon muertos con vivos. Análisis de variables demográficas, preoperatorias, quirúrgicas, scores pronósticos, complicaciones. Estudio univariante: chi-cuadrado y t-test. Estudio multivariante por regresión logística de los factores independientes relacionados con mortalidad. Datos expresados como porcentaje, media, desviación estándar (DE) y odds ratio (OR), intervalos de confianza al 95% (IC95).

Resultados: 158 pacientes fueron analizados. Fallecieron 29 (35%), siendo el 50% varones con edad media de 78,8 años (DE = 2,5) y estancia media 32,9 días (DE = 34,5) frente a 21,1 (21,2), con FEVI 55,6% (DE = 11,6) frente a 56,6% (DE = 13,7), APACHE 17,4 (DE = 5,8) frente a 15,7 (DE = 4,8); EuroScore 10 puntos (DE = 3,0) frente a 8,6 puntos (DE = 2,3), p = 0,026, probabilidad EuroScore 21,15 (DE = 17,2) frente a 13,7 (DE = 11,1), p = 0,036, sin diferencias en patología previa. Predominio de la cirugía valvular 68% frente a 61%, coronaria 8,0% frente a 10% y mixta 24 frente a 28%. Tiempo de isquemia 115,1 min (DE 20,1) frente a 110,2 (DE = 55,2), tiempo de parada 55,7 min (DE = 24,7) frente a 64,33 (DE = 35,6). Complicaciones: Parada cardiaca 17,9% frente a 3,1%, p = 0,010, reintervención 35,7% frente a 23,3%, shock cardiogénico 25% frente a 14%, sangrado 50% frente a 30,2%, p = 0,045, FA 50% frente a 38,8%, encefalopatía 67,9% frente a 25,6%, p ≤ 0,001, daños renal 75% frente a 41,9%, p = 0,001, precisando TCRR 35,7% frente a 17,8%, p = 0,035, disfunción multiorgánica 53,6% frente a 7,0%, p = 0,001 y traqueostomía 64,3% frente a 28,7%, p ≤ 0,001. Factores asociados con mortalidad de forma independiente: encefalopatía OR 6,8 (IC95% 2,4 a 19,5, p ≤ 0,001, fracaso renal OR 6,1 (IC95% 2,1 a 18,3, p = 0,001), traqueostomía OR 2,9 (IC95% 1,1 a 7,9, p = 0,034, probabilidad EuroScore OR 1,045 (1,01 a 1,08, p = 0,009).

Conclusiones: Los p ≥ 75a con estancia prolongada en UCI y que fallecieron, presentan más complicaciones tras CC. La mayor probabilidad EuroScore, el desarrollo de encefalopatía, fracaso renal, y la traqueostomía son los factores independientes relacionados con mortalidad.

090. FACTORES ASOCIADOS CON LA ESTANCIA PROLONGADA EN UCI EN MAYORES DE 75 AÑOS TRAS POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

Gómez Lesmes SP, Rodrigo Pérez H, Erice Azparren E, García Parra M, Sanz Granados E, Orera Pérez A, Arregui Remón S, Caldito Ascargorta T, Barado Hualde J y Agudo Pascual O

Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Analizar los factores asociados con estancia prolongada en UCI (≥ 7 días) tras cirugía cardiaca (CC) en ≥ 75 años.

Métodos: Estudio retrospectivo y analítico de pacientes ≥ 75 años ingresados en UCI del CHN entre enero de 2002 y noviembre de 2018. Se comparó pacientes con estancia ≥ 7 días frente a los de < 7 días. Análisis

de variables demográficas, preoperatorias, quirúrgicas, scores pronósticos, complicaciones precoces, estancia y mortalidad. Estudio univariante mediante chi-cuadrado (Fisher) y t-test. Estudio multivariante por regresión logística de factores asociados con mortalidad. Datos expresados como porcentaje, media, desviación estándar (DE), medianas, rango intercuartílico (IQR) y odds ratio (OR), intervalos de confianza al 95% (IC95).

Resultados: Análisis de 158 pacientes \geq 75 años y estancia \geq 7 días. Varones 54%, edad media 78,4 años (DE = 2,5), FEVI 56,5% (DE = 13,3) frente a 57,6% (DE = 13,0), APACHE 16,0 (DE = 5,0) frente a 12,8 (DE = 4,2). Medianas EuroScore 8 puntos (7-10) frente a 8 (7-9), $p \leq 0,001$ y probabilidad EuroScore 5,9 (2,1-11,7) frente a 3,0 (2,1-4,8), $p \leq 0,001$. CC previa 11,4% frente a 5,9%, $p = 0,015$, cirugía urgente 5,5% frente a 1,5%, $p = 0,014$. Predominio de la cirugía valvular 62,6% frente a 71,8%, coronaria 9,5% frente a 15,7%, mixta 27,9 frente a 12,5%, CC aorta 8,2% frente a 2,3%, $p \leq 0,001$. Tiempo de isquemia 110,9 min (DE 54,6) frente a 86,7 (DE = 33,7), $p \leq 0,001$, Tiempo de parada 61,4 (DE = 31,1) frente a 80 (DE = 11,3). Complicaciones: Parada cardíaca 5,7% frente a 1,5%, $p = 0,004$, reintervención 25,3% frente a 4,7%, $p \leq 0,001$, taponamiento cardíaco 12% frente a 2,3%, $p \leq 0,001$, shock cardiogénico 15,8% frente a 2,4%, $p \leq 0,001$, sangrado 33,5% frente a 9,9%, $p \leq 0,001$, FA 40,5% frente a 11,7%, $p \leq 0,001$, encefalopatía 32,9% frente a 3,9%, $p \leq 0,001$, daño renal 47,5% frente a 14,3%, $p \leq 0,001$, precisando TCRR 20,9% frente a 1,5%, $p \leq 0,001$, insuficiencia respiratoria 57% frente a 8,6%, $p \leq 0,001$, exitus 17,8% frente a 2,6%, $p \leq 0,001$. Factores asociados con estancia prolongada de forma independiente: reintervención OR 3,1 (IC95% 1,4 a 6,8, $p = 0,004$, shock cardiogénico OR 3,4 (IC95% 1,4 a 8,1, $p = 0,007$), sangrado OR 2,7 (IC95% 1,4 a 5,2, $p = 0,005$), fracaso renal OR 2,4 (IC95% 1,4 a 4,0, $p = 0,001$); FA OR 3,3 (IC95% 1,9 a 5,6, $p \leq 0,001$); encefalopatía OR 7,1 (IC95% 3,7 a 13,8, $p \leq 0,001$); I. respiratoria OR 10,6 (IC95% 6,4 a 17,5, $p \leq 0,001$).

Conclusiones: La estancia prolongada en los \geq 75 años está condicionada por la mayor puntuación en EuroScore y las complicaciones en el postoperatorio.

091. HEMOGLOBINA PREPARATORIA Y DESARROLLO DE FRACASO RENAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA

Villagrán Ramírez FJ, Díaz Contreras MR, de la Chica Ruiz-Ruano R, Fuentes Calatayud A y Aguayo de Hoyos E. *Grupo de investigación:* UCI Hospital Virgen de las Nieves de Granada

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Establecer relación entre Hb al ingreso y el desarrollo de lesión renal permanente en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Métodos: Analizamos los datos de los enfermos operados en nuestro hospital y que ingresan en nuestra UCI en un periodo de cinco años.

Resultados: Un total de 2.443 pacientes fueron sometidos a cirugía cardíaca y dados de alta del hospital vivos. De ellos 1.497 presentaban una función renal normal (definida por creatinina plasmática \leq 1,2 mg) previa a la cirugía. Un total de 149 fueron dados de alta con una Creatinina plasmática que superaba en 0,3 mg los valores basales y/o un aumento del 50% de estos valores, independientemente de lo acontecido durante su estancia hospitalaria. A estos datos se suman el estudio de la Hb preoperatoria y del pico máximo de creatinina durante el ingreso de cada paciente. Mediante correlación de Pearson (0,8) comparamos dos variables cuantitativas de grupo independiente encontrado asociación entre la creatinina máxima y las cifras de hemoglobina preoperatoria con un nivel de significación de 0,01, que también se alcanza al comparar las variables de cifras de creatinina al alta y hemoglobina preoperatoria.

Características basales más relevantes de los pacientes con y sin lesión renal al alta	LR presente (1.678)		LR ausente (149)		p
	Media	Dt	Media	Dt	
	Edad	61,44	13,59	67,30	
Creatinina	0,89	0,17	0,86	0,19	0,05
FEVI	59,25	10,52	57,43	11,07	0,04
T CEC	112,37	45,91	108,14	42,94	0,3
T clampaje	85,61	38,33	86,09	38,47	0,88
Creatinina al alta	0,80	0,20	1,49	0,77	0,00
Euroscore logístico	6,94	7,85	9,55	11,38	0,0

Conclusiones: Las cifras de Hb preoperatoria podrían asociarse con desarrollo de lesión renal (creatinina máxima y al alta) en pacientes sometidos a cirugía cardíaca y deberían ser tenidas en cuenta en el estudio preoperatorio. Hacen falta más estudios a este respecto.

092. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA EN PACIENTES MENORES DE 75 AÑOS: FACTORES ASOCIADOS

Gómez Lesmes SP, Erice Azparren E, García Parra M, Sanz Granados E, Orera Pérez A, Arregui Remón S, Rodrigo Pérez H, Caldito Ascargorta T, Barado Hualde J y Agudo Pascual O

Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Conocer los factores relacionados con mortalidad en los menores de 75 años sometidos a Cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio retrospectivo y analítico de pacientes menores de 75 años sometidos a cirugía cardíaca. Comparación de pacientes fallecidos frente a los que vivieron entre enero de 2002 y noviembre de 2018 en el Complejo Hospitalario de Navarra. Análisis de asociación con mortalidad de las variables demográficas, clínicas, terapéuticas y de las complicaciones. Análisis univariante mediante chi cuadrado (Fisher si procede), t Student y regresión logística simple. Análisis multivariante con regresión logística. Estudio de las variables de confusión. Datos expresados como, porcentajes, medianas, odds ratio (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza y rango intercuartílico (IQR).

Resultados: Un total de 1.788 pacientes analizados. Exitus 51 (2,9%) con mediana de edad 60 años (IQR = 56 a 64), siendo hombres 31 (60,8%). Estancia en UCI \geq 7 días 66% frente a 10,7%, $p \leq 0,001$. Antecedentes: EPOC 11,8% frente a 8,1%; arteriopatía periférica 25% frente a 9,4%, $p = 0,001$; APACHE II mediana 27 (IQR 22 -32) frente a 13 (IQR 10-18,5), $p \leq 0,001$; suma EUROSORE 9 frente a 5 puntos (IQR 5 a 15 frente a 3 a 6), $p \leq 0,001$; FEVI 68% (IQR = 60-76) frente a 54% (IQR = 54 a 65). Cirugía valvular 75% (más frecuente aórtica) frente a 63,2%, coronaria 15,9% frente a 26,9%, mixta 9,1% frente a 9,9%. Complicaciones: parada cardíaca 33,3% frente a 0,8%, $p \leq 0,001$; reintervención 29,4% frente a 6,2%, $p \leq 0,001$; shock cardiogénico 43,1% frente a 3,9%, $p \leq 0,001$; hemorragia postoperatoria 35,3% frente a 10,2%; $p \leq 0,001$; FA 17,6% frente a 10,3%; encefalopatía 29,4% frente a 5,6%, $p \leq 0,001$; fracaso renal agudo 64,7% frente a 9,3%, $p \leq 0,001$; insuficiencia respiratoria 54,9% frente a 13,7%, $p \leq 0,001$; días de ventilación mecánica 10,5 (IQR = 1-20) frente a 8 (IQR a 19), $p \leq 0,001$. T isquemia 187 frente a 180 min (IQR 120-254 frente a 131-206). Factores pronóstico independientes: fracaso renal agudo OR 5,9 (IC95% 2,89 a 12,20) y shock cardiogénico OR 4,10 (IC95% 1,96 a 8,56).

Conclusiones: La mortalidad es similar a lo reportado en la literatura, siendo el desarrollo de insuficiencia renal y el desarrollo de shock cardiogénico los factores asociados de forma independiente con la misma.

093. ANÁLISIS DEL USO DE LEVOSIMENDÁN EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA EN LA UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA

Cestero Ramírez L, Granados Ricuarte JF, Blanco Pintado S, Núñez Blanco N, Marcano Millán EJ, Ochoa Calero M, Paz Pérez M, Pérez Cheng M, Martín González F y Sagredo Meneses V

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca en Salamanca.

Objetivos: Comparar supervivencia y complicaciones en función de la administración o no de levosimendán en pacientes de cirugía cardíaca. Valorar si existen diferencias en supervivencia y complicaciones según el momento de administración de levosimendán.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca con fracción de eyección de ventrículo izquierdo deprimida ($< 30\%$) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Salamanca desde 1/1/15 hasta 30/11/18 y se clasificaron según la administración de levosimendán. Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS y se realizó un análisis univariante.

Resultados: Se seleccionaron 55 pacientes, edad media 70 años (DE \pm 8,2), 81,8% varones. Estancia media en UCI 15 días (DE \pm 51). Recibieron levosimendán un 65,5%, y en función del momento de ad-

ministración: 47,2% prequirúrgico, 38,9% intraoperatorio y 13,9% posquirúrgico. En el análisis de supervivencia en función de la administración de levosimendán, no se encontraron diferencias significativas. Se realizó un análisis de supervivencia según el momento de administración, sin encontrarse diferencias significativas entre prequirúrgico, intraoperatorio o posquirúrgico. Se analizó el uso de vasoactivos e inotrópicos, el tiempo de ventilación mecánica (VM), la estancia en UCI y complicaciones como síndrome de bajo gasto cardíaco (SBGC), shock cardiogénico (SC), fracaso renal agudo, uso de hemofiltro y necesidad de asistencia mecánica (AM) de tipo balón de contrapulsación intraaórtico, membrana de oxigenación extracorpórea o asistencias ventriculares. En el análisis levosimendán sí frente a no, se observan diferencias entre el uso de dobutamina (52% frente a 84% p 0,02), la necesidad de AM (28% frente a 64%, p 0,01) y tiempo de VM > 12h (45% frente a 79%, p 0,014). En el grupo levosimendán prequirúrgico frente a NO, se hallaron diferencias en el uso de dobutamina (29% frente a 84%, p 0,01), frecuencia de SBGC (64% frente a 94%, p 0,03), aparición de SC (29,4% frente a 63,2%, p 0,045), necesidad de AM (23,5% frente a 63,2%, p 0,02) y tiempo de VM > 12h (35,3% frente a 78,9%, p 0,01). En el intraquirúrgico frente a no, solo se hallaron diferencias respecto al uso de AM (21,4% frente a 63,2%, p 0,02). En el posquirúrgico frente a NO, no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las variables.

Conclusiones: El uso de levosimendán en nuestros pacientes no influye en la supervivencia. El uso prequirúrgico disminuye la frecuencia de aparición de complicaciones (SBGC y SC) y la necesidad de inotrópicos y AM pero el uso intraoperatorio o posquirúrgico no entraña beneficios.

094. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Zárate Chug P, Fuster Cabré M, García Mangas P y Sancho Val I

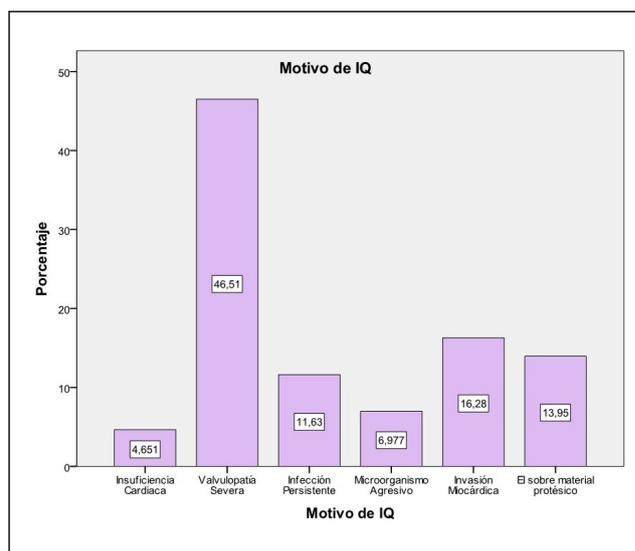
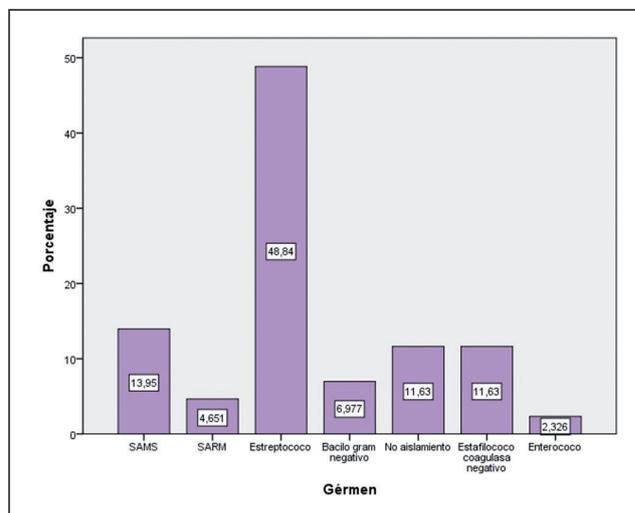
Hospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza.

Objetivos: Determinar la prevalencia de endocarditis subsidiaria a tratamiento quirúrgico, los factores de riesgo y complicaciones tras el mismo.

Métodos: Estudio descriptivo. Se incluyó todos los casos de endocarditis diagnosticados entre los años 2016 y 2018 con indicación quirúrgica que ingresaron en UCI. Se analizaron las características basales, el motivo y tipo de intervención quirúrgica, la evolución postoperatoria en UCI incluyendo el tiempo de estancia, las complicaciones posquirúrgicas y la mortalidad. Se utilizó el programa informático SPSS v19 para el análisis estadístico.

Resultados: Se recogieron un total de 43 casos con una media de edad de 62 años, de los cuales el 76% fueron hombres. El motivo de intervención quirúrgica fue valvulopatía grave (46%), invasión miocárdica (16%) e infección sobre material protésico (11%). El 65% de pacientes llevaban el tratamiento antibiótico dirigido al ingreso en UCI. El germen más frecuente fue estreptococo (48%). 76% de paciente presentaron infección sobre válvula nativa. La válvula aórtica fue la más afectada (37%), seguida de la válvula mitral (34%), la afectación de ambas fue del 20% y la afectación sobre electrodos de un 4%. Dentro de los factores de riesgo el 69% presentó hipertensión arterial, 36% ACV previo, 33% diabetes mellitus y 18% enfermedad renal previa. En el 18% de casos se observó la presencia de absceso como complicación grave en el ecocardiograma previo a la cirugía. La mediana de EUROSCORE II fue de 6. El ingreso en UCI fue de una mediana de 7 días. Se realizó sustitución valvular en el total de endocarditis sobre válvula (41 casos) y extracción de cables en 2 casos. Dentro de las complicaciones postoperatorias, el 69% presentó insuficiencia renal, 54% fibrilación auricular y 42% síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). La mortalidad total en UCI fue del 11%. Se encontró relación entre la presencia SIRS y el uso de terapia de reemplazo renal continuo (TRRC) en el postoperatorio respecto a la mortalidad en UCI (p < 0,05).

Conclusiones: En nuestro hospital la mortalidad (11%) de los pacientes con El sometidos a tratamiento quirúrgico es baja en comparación a las estadísticas generales (15-20%). En nuestros pacientes el microorganismo más frecuentemente detectado fue el estreptococo, la válvula nativa fue la más afectada siendo la válvula aórtica la de mayor indicación quirúrgica. Sobre los factores de mal pronóstico se encontró sólo relación con SIRS y TRRC, probablemente en relación al número de casos.



095. ESTUDIO DE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCCIÓN EN LA CIRUGÍA DE REEMPLAZO VALVULAR

Taboada X^a, Rey M^a, Gámez J^a, González-Barbeito M^b, Martínez ML^a, Fojón S^a y Pastor JA^a

^aUCI; ^bC. cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña en A Coruña.

Objetivos: 1. Análisis de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducción (TC) relacionados con tipo de prótesis, comorbilidad y complejidad del proceso en la cirugía de recambio valvular. 2. Relacionar el desarrollo de TC permanente (TCP) en función del tipo de prótesis en posición mitral o aórtica.

Métodos: Incluimos los pacientes sometidos a cirugía de reparación o sustitución valvular aórtica, mitral o combinada que desarrollaron TC relacionados con el procedimiento, durante los dos últimos años. Excluimos pacientes con TC previo a la cirugía y exitus. Consideramos TC permanente aquellos que precisaron MP. Se realiza análisis univariante (AU) mediante regresión logística simple y multivariante (AM) con regresión logística con el método back-step razón de verosimilitud para aquellas variables que resulten significativas en el primero.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes con TC de los 487 intervenidos en este período. En AU observamos que la cirugía valvular aórtica no presenta diferencias entre sí a la hora de producir TC. Sin embargo, bioprótesis mitrales (PMB): OR 3,10, p < 0,05, IC 1,29-7,47, mecánicas mitrales (MM): OR 3,26, p < 0,01, IC 1,49-7,10 y la cirugía combinada (MAO): OR 3,06, p < 0,05, IC 1,30-6,68, sí. El Euroscore I: OR 1,16, p < 0,01, IC 1,03-1,30, el Tiempo de CEC: OR 1,01, p < 0,01, IC 1,003-

1,016 y el sexo: OR 2,34, $p < 0,01$, IC 1,39-4,10 son variables que entran en AM. Al realizar AM: PMB, MM y MAO están cerca de la significación en el modelo que incluye Euroscore (OR 1,13, $p < 0,05$, IC 1,01-1,27) y el sexo (OR 2,24, $p < 0,01$, IC 1,22-4,09). Cuando analizamos la aparición de TCP con AU, es más probable en el reemplazo aórtico con p. Perceval (OR 4,63, $p < 0,05$, IC 1,02-21,021) y p. mecánica (OR 5,32, $p = 0,072$, IC 0,86-32,9). Se realiza AM incluyendo en el modelo: Perceval aórtico (OR 4,31, $p = 0,06$, IC 0,94-19,75), p. mecánica aórtica (OR 5,71, $p = 0,67$, IC 0,89-36,9), como variable de control entra en el modelo Euroscore1: OR 1,31, $p < 0,01$, IC 1,08-1,59.

Conclusiones: La cirugía de reemplazo mitral tiene tendencia a mostrar más incidencia de TC. La necesidad de marcapasos definitivo tiende a asociarse con el uso de prótesis Perceval.

096. COSTE-EFECTIVIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE PREACONDICIONAMIENTO CON LEVOSIMENDAN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA ELECTIVA

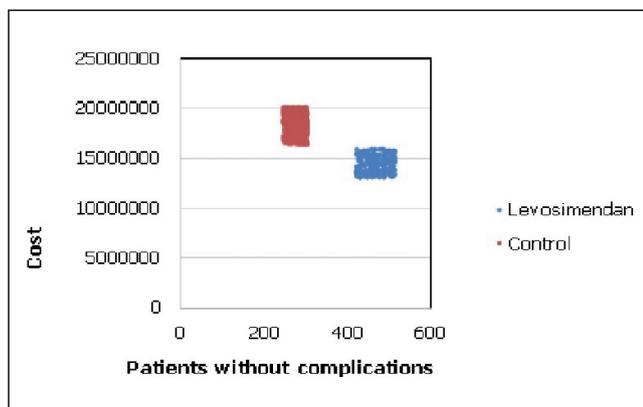
Álvarez Castillo AC, Montoto López J, González Herrero V, Jiménez Rivera JJ, Iribarren Sarrias JL, García González MJ, Jorge Pérez P, Lacalzada Almeida J, Martínez Sanz R y Mora Quintero ML

Hospital Universitario de Canarias en La Laguna.

Objetivos: En pacientes con enfermedad arterial coronaria de vasos principales y disfunción del ventrículo izquierdo, la cirugía de revascularización miocárdica desempeña un rol fundamental; en este contexto, se hace necesario diseñar estrategias coste-efectivas. Se propone en este estudio un análisis coste-efectividad del preacondicionamiento con levosimendan en el paciente cardiocirúrgico de alto riesgo en cirugía de revascularización miocárdica electiva.

Métodos: Se comparan dos estrategias en términos de coste-efectividad: una estrategia donde se realiza preacondicionamiento con levosimendan frente a otra sin preacondicionamiento. Ambas estrategias se implementaron en cirugía electiva de revascularización miocárdica en pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) menor del 40%. Los efectos adversos estudiados incluyen: fibrilación ventricular de novo, síndrome bajo gasto cardíaco (SBGC), insuficiencia renal y ventilación mecánica prolongada. Los costes se evaluaron utilizando análisis de sensibilidad, determinístico y probabilístico, así como simulaciones de Montecarlo.

Resultados: El coste promedio por paciente debido de la incorporación del levosimendan al proceso cardiocirúrgico es de 14.601,72 €, mientras que el coste promedio por paciente sin levosimendan fue de 18.401,71 €. Estancia media en UCI por paciente estimada de $2,47 \pm 1,9$ días y $5,18 \pm 2,3$ días, con y sin levosimendan, respectivamente. Pacientes sin complicaciones representaron el 46,7% del total en el grupo con levosimendan, en comparación con un 27,4% en el grupo sin preacondicionamiento, destacando que el grupo con preacondicionamiento con levosimendan presenta una incidencia del 20% ($n = 3$) de SBGC, frente al grupo control con un 53% ($n = 62$) de SBGC con $p = 0,01$. En todas las simulaciones de Montecarlo, el uso de levosimendan fue menos costoso, y más efectivo (fig.). Dada la variabilidad de incidencia de SBGC postoperatorio se realizó un análisis de sensibilidad con simulaciones de Montecarlo donde se observó que el costo por paciente varió desde 13.264,27 € a 14.103,12 € cuando se administra levosimendan y el costo para el grupo sin levosimendan varió desde 16.899,89 € a 17.612,64 €.



Conclusiones: El preacondicionamiento con levosimendan, es una estrategia coste-efectiva al prevenir el SBGC postoperatorio en pacientes de alto riesgo con FEVI $< 40\%$ sometidos a cirugía de revascularización miocárdica electiva.

Pósteres pantalla

11:40h a 12:00h

Neurointensivismo/Traumatismos 1
Pantalla 1

Moderador: Javier Rodríguez Pilar

097. USO DEL PET/TC CON 18F-2-FLUORO-2-DEOXI-D-GLUCOSA PARA EVALUAR EL PRONÓSTICO DE LOS ESTADOS VEGETATIVOS

Álvarez García L, Astola Hidalgo I, Díaz Gómez C, López Amor L, Leoz Gordillo B, Balboa Palomino S, Viña Soria L, Martín Iglesias L, Leizaola Irigoyen O y Escudero Augusto D

Hospital Universitario Central de Asturias en Oviedo.

Introducción: El PET/TC con 18F-2-fluoro-2-deoxi-D-glucosa (18F-FDG) permite estudiar la actividad cerebral, la captación se relaciona con el transporte intracelular de glucosa y, por lo tanto representa una medición in vivo de la integridad neuronal, siendo útil para el diagnóstico del estado vegetativo (EV).

Métodos: 4 casos clínicos donde el PET/TC con 18F-FDG ayudó con el diagnóstico.

Resultados: 1: varón de 16 años que ingresa tras parada cardiorrespiratoria por electrocución y encefalopatía anóxica que condiciona estatus dístico (ED) debido a una encefalomalacia de globos pálidos, que precisa sedorelajación y no permite evaluar el nivel neurológico. Se realiza PET/TC 18F-FDG donde el metabolismo de la corteza fronto-parietal es normal, por lo que de acuerdo a la literatura no sugiere un patrón metabólico compatible con EV. Una vez controlado el ED, el paciente despierta con funciones superiores conservadas. 2: varón de 44 años en situación de coma (GCS 4) tras hematoma subdural derecho y signos de herniación subfalcial. Evacuación urgente del hematoma y craniectomía descompresiva. Evolución desfavorablemente con hipertensión intracraneal. Tras resolución del edema cerebral y sin restos de sedación la exploración es compatible con EV. Se realiza PET-TC con 18F-FDG que demuestra marcado hipometabolismo frontoparietal. Tras 2 años continua en EV. 3: mujer de 28 años que ingresa tras oclusión trombótica de la arteria cerebral media derecha, realizándose trombolectomía con recanalización completa pero con aparición de vasoespasmos precoces y crisis diencefálicas. La paciente presenta exploración compatible con estado de mínima consciencia (EMC). Se realiza PET-TC con 18F-FDG con hallazgo de consumo metabólico normal que descartaría un EV. 4: varón de 77 años que ingresa en UCI en situación de coma estructural (GSC 5) tras sufrir hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma gigante en la arteria comunicante anterior. Evolución desfavorable con exploración clínica compatible con EV. Se realiza un PET-TC con 18F-FDG que demuestra marcado hipometabolismo global cerebral. Se decide limitación del soporte vital y el paciente fallece.

Conclusiones: En situaciones de EV se observa hipometabolismo cerebral en el PET/TC 18F-FDG (casos 2 y 4). Parece prometedora su utilidad si finalmente se correlacionan los patrones de hipometabolismo cerebral con la exploración clínica y los PESS (N20 y N70), ayudando a establecer un pronóstico funcional en estos pacientes.

098. IMPORTANCIA DE UNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y COORDINADA EN LA ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Pérez Gómez IM, Giménez-Esparza Vich C, Andrade Rodado FM, González Blanc Fran, Hurtado Oliver B, Relucio Martínez M, Saez Sánchez A, Cerón García M, Portillo Requena C y Simón Simón D

Hospital Vega Baja en Orihuela.

Objetivos: Determinar si la activación y funcionamiento de un código politrauma influye en la mortalidad y la morbilidad de los pacientes traumatizados en un hospital comarcal.

Figura 1 Póster 097

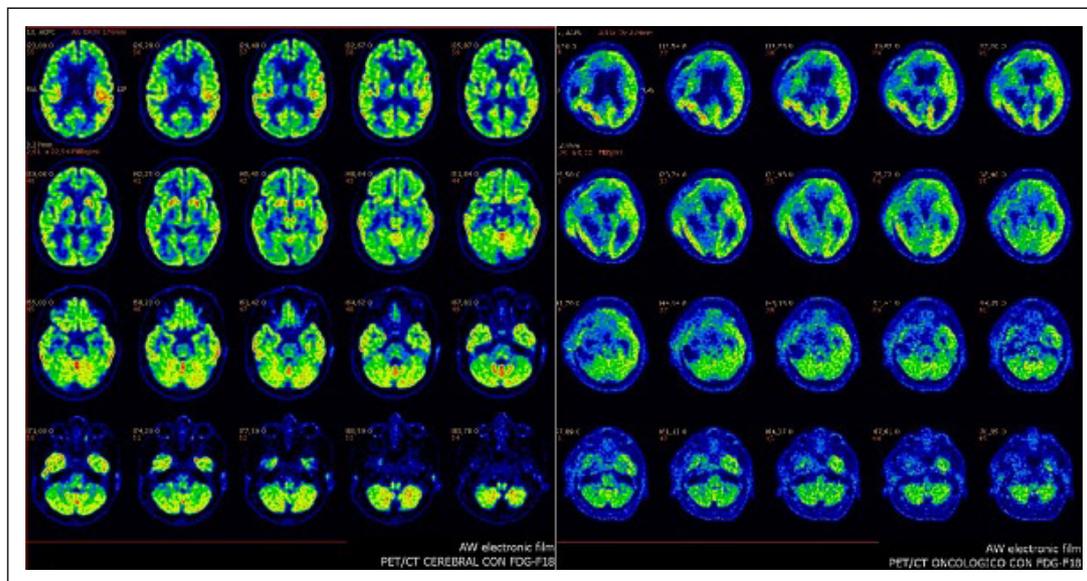
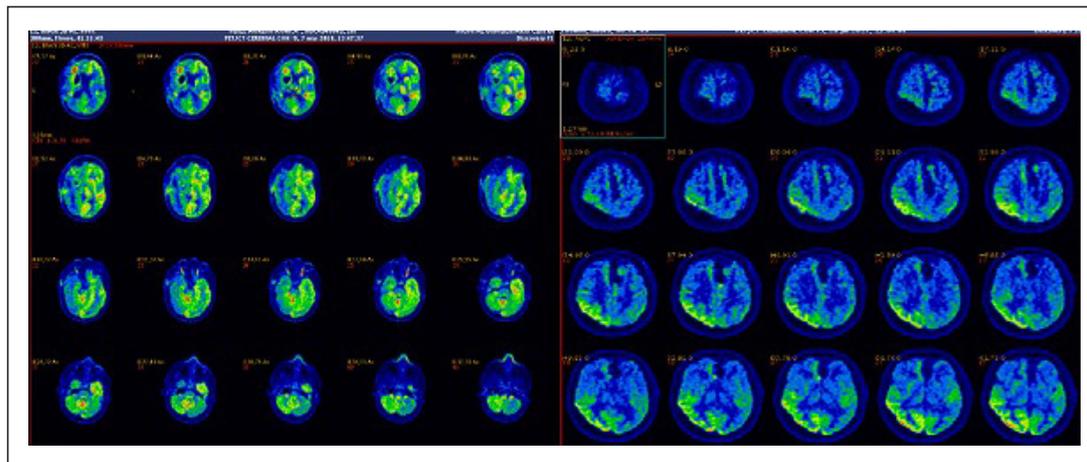


Figura 2 Póster 097



Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, donde se analizan los pacientes adultos que llegan a puerta de urgencias en el periodo de un año, cuyo motivo de consulta es traumatismo y que cumplen criterios clínicos o por mecanismo lesional de ser un paciente politraumatizado grave o potencialmente grave. Se divide a la muestra en dos subgrupos: aquellos en los que se activa el código politrauma de una manera adecuada; y aquellos en los que no se activa el código. Como outcomes primario se analiza la mortalidad intrahospitalaria y como outcomes secundarios las secuelas al alta, la inestabilización en las primeras horas, la necesidad de vía aérea alternativa y la necesidad de politransfusión.

Resultados: Consultan un total de 65 pacientes de los cuales tres se excluyen por ser niños y uno por no cumplir criterios de activación, quedando 61 pacientes como tamaño muestral. Los datos categóricos se presentaron en número absoluto y porcentaje. Los datos cuantitativos mediante media \pm la desviación estándar y mediana con el rango intercuartílico (cuartil 25-cuartil 75). Los datos categóricos se compararon mediante la prueba chi cuadrado tomando como referencia la desviación asintótica bilateral $< 0,05$ para rechazar la hipótesis nula. La edad media fue de 41 ± 19 años con un 74% de varones. Se activó de manera adecuada el código en el 85% de los casos, siendo una activación extrahospitalaria en el 33% e intrahospitalaria en el 52%, respectivamente. En el 15% restante no se activa el código. La mortalidad global fue del 7% del total de los consultados y un 13% presenta secuelas al alta, el 80% restante están vivos sin secuelas. El 35% de las activaciones ingresan en UCI. Analizando por subgrupos: en el grupo que no se activa el código la

mortalidad es del 11% y quedan con secuelas un 22%. En aquellos en los que se activa el código la mortalidad es de un 5,7% y quedan con secuelas un 17% de los pacientes. Además las no activaciones presentaron más inestabilización en las primeras horas y mayor requerimiento de hemoderivados.

Conclusiones: El recibir una atención especializada a la llegada a urgencias tras sufrir un traumatismo, mejora la mortalidad y el pronóstico de los pacientes. Además de disminuir la incidencia de inestabilización en las primeras horas y de requerimiento de hemoderivados.

099. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA IMPLANTACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE UN CÓDIGO POLITRAUMA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Pérez Gómez IM, Giménez-Esparza Vich C, Andrade Rodado FM, González Blanc Fran, Hurtado Oliver B, Relucio Martínez M, Saez Sánchez A, Portillo Requena C, Sánchez Pino S y Martínez Guillén J

Hospital Vega Baja en Orihuela.

Objetivos: Describir la experiencia de la implantación del código politrauma en un hospital comarcal. Analizar tipo de pacientes, consumo de recursos y el personal implicado en la atención inicial al traumatizado.

Métodos: Se realiza la implantación y monitorización de un código politrauma a través de un comité multidisciplinar constituido por: extrahospitalaria, médicos y enfermeros de urgencias, cirujanos, traumatólogos, radiólogos, anestelistas e intensivistas. Se realiza un protocolo

de atención inicial al paciente traumatizado, coordinado y liderado por intensivistas. Se realiza un estudio analítico, descriptivo, observacional, recogiendo los pacientes que consultan en puerta de urgencias por politraumatismo, que cumplen criterios de activación del código (por mecanismo lesional o clínico) en el periodo de un año.

Resultados: Consultan 65 pacientes. 3 se excluyen por ser niños y 1 por no cumplir criterios, quedando 61 pacientes. La edad media fue de 41 ± 19 años, el 74% de varones. Se activa el código en el 85% de los casos, siendo una activación extrahospitalaria en el 33% e intrahospitalaria en el 52%. Las no activaciones del código (15%) ocurren al inicio del funcionamiento del código. Objetivando un aumento de politraumatizados con el avance del año, con una media de 5,08 casos/mes. La mortalidad global es del 7% y el 13% presenta secuelas al alta, 80% están vivos sin secuelas. El 83% de las activaciones se producen por mecanismo lesional y el 17% por criterios clínicos, objetivando las activaciones por criterios clínicos se asocian a mayor mortalidad ($p < 0,05$). El 56% son traumatizados graves con criterios de ingreso en UCI, 9,8% son politraumatizados sin criterios de gravedad y 34% no son politraumatizados. El mecanismo lesional más frecuente es el accidente de coche (41%), seguido de las precipitaciones (20%) y el atropello (11%). Las lesiones más frecuentes han sido el trauma torácico (33%), TCE (25%) y fracturas complejas (16%), siendo poco frecuente el trauma abdominal (11%) y pélvico (8%). Los especialistas más requeridos en la atención inicial son radiólogos, traumatólogos y cirujanos. El 16% han necesitado intubación, 13% han requerido hemoderivados, 19% se han intervenido de urgencia y 16% se han derivado.

Conclusiones: Es importante el funcionamiento y la atención inicial del paciente politraumatizado por un equipo multidisciplinar de una manera protocolizada, dado que es un paciente grave que consume una gran cantidad de recursos.

100. INTUBACIÓN EXTRA FRENTE A INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

Orera Pérez A, Rodrigo Pérez H, Sanz Granado E, Arregui Remón S, Gómez Lesmes S, Erice Azparren E, García Parra M, Caldito Ascargorta T, Regidor Sanz R y Presa Orue A

Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Analizar en una serie pacientes politraumatizados la evolución clínica posterior en función de si se realizó aislamiento de la vía aérea de manera extra o intrahospitalaria.

Métodos: Serie de 49 pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de politraumatismo durante el 2018. Fueron recogidos datos acerca de si se realizó aislamiento de la vía aérea (dado el bajo número de casos disponibles se incluyó en la misma categoría intubación oro-traqueal y utilización de dispositivos supra glóticos, en el estudio se denominó variable IOT) y si esta fue a nivel extra o intrahospitalario, así como la indicación de la misma (se categorizó por motivo neurológico de bajo nivel de conciencia (Neuro) o por indicación respiratoria/hemodinámica (Resp/Hd)), los días de ingreso en UCI y mortalidad de estos pacientes durante su ingreso. Las variables cualitativas se analizan mediante chi cuadrado o prueba exacta de Fisher y las cuantitativas mediante t de Student o U de Mann-Whitney según proceda. Datos expresados mediante medias o porcentajes, riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95), considerando significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: De los 49 pacientes, 9 fueron IOT a nivel extrahospitalario (18,37%), 7 por bajo nivel de conciencia (14,38%) y 2 por respiratorio/hemodinámico (4,1%). La mortalidad en el grupo de IOT extrahospitalaria fue de 12,24%, con un RR de 1,42 (IC95 0,18-10,9) en IOT Neuro y RR de 5 (IC95 0,95-26,5) en los IOT Resp/Hd. En general, el RR de mortalidad de los IOT extrahospitalario frente a los que no lo fueron supuso 1,11 (IC95 0,14-8,79), con una estancia media en UCI de 22 días en contra de los 10 días de media de los que no lo fueron (diferencia de medias entre ambos de 12 días (IC95 1,48-22,48, $p = 0,026$). Entre los IOT Neuro y los Respi/Hd representa una diferencia de medias de 26,36 días de estancia en UCI (IC95 -0,867-53,58, $p = 0,056$).

Conclusiones: En nuestra serie destaca que los pacientes que son intubados por causa respiratoria/hemodinámica tienen en proporción una mayor mortalidad con menos días de media de ingreso en UCI que por motivo de bajo nivel de conciencia (Neuro). Los datos reflejan que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre la mortalidad global entre los que fueron intubados de manera extrahospitalaria. Todas estas conclusiones y la ausencia de significación estadística de algunas de las comparaciones, vienen limitadas por el bajo número de pacientes que se pudieron recoger.

101. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS INGRESADOS EN UNA UCI POLIVALENTE DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN ESPAÑA

Mora Aznar M^a, Aznar Arribas ML^b, Llorente Milla R^a, Romero García P^a, Márquez Romera C^a, Hernández de Diego C^a, Tello Aznar J^b, Galán Aznar J^c y Fernández Calavia MJ^a

^aComplejo Asistencial de Soria en Soria. ^bHospital Clínico Universitario Lozano Blesa en Zaragoza. ^cUniversidad San Jorge en Zaragoza.

Objetivos: Analizar los pacientes ingresados en la UCI polivalente del Hospital Santa Bárbara de Soria por intento autolítico.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de aquellos pacientes ingresados en nuestra Unidad por intento autolítico con complicaciones graves, entre enero de 2015 y enero de 2018. Se consultaron CMDB e historias clínicas, y con los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se incluyen 12 casos, 58,3% mujeres. Edad media 55 ± 18 años. La estancia media de ingreso en UCI fue de 12 ± 7 días. El 66,6% tenían entre sus diagnósticos previos al ingreso antecedentes psiquiátricos. El 33,3% había presentado algún intento autolítico previo (con ingreso en UCI previo por este motivo sólo el 8%) Dentro de los mecanismos causantes, el 75% se habían producido mediante causas no traumáticas (intoxicaciones) y el 25% restante fueron causas traumáticas. El tipo de intoxicación más prevalente fue medicamentosa por psicofármacos. Dentro de los cuales el litio y las benzodiacepinas fueron los más frecuentes. El 33,3% precisó durante el ingreso ventilación mecánica invasiva, en un porcentaje similar soporte con drogas vasoactivas y el 41% terapias de reemplazo renal. La mortalidad fue del de alrededor del 25% de estos pacientes. Con el análisis de las variables incluidas no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables demográficas (sexo, edad, patología previa e intentos autolíticos previos) con el tipo de mecanismo de producción de autolisis ni con la mortalidad intraUCI.

Conclusiones: Los casos de intentos autolíticos con complicaciones que motivaron ingreso en UCI, representan un pequeño porcentaje de los pacientes de nuestra Unidad. No se ha encontrado correlación estadística entre las variables analizadas. Destaca la presencia de intentos autolíticos previos, así como las intoxicaciones como mecanismo de autolisis.

Pósteres pantalla

11:40h a 12:00h

Organización/Gestión/Calidad 2
Pantalla 2

Moderadora: Carolina Giménez-Esparza Vich

102. EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA COMO MOTIVO DE INGRESO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO

Pavía Pesquera MC, Blanco Ramos JR, Gil de Gómez Barragán MJ, Monfort Lázaro E, Díaz de Antoñana Sáenz V, Santapau Travería A y Camino Ferro H

Hospital San Pedro en Logroño.

Objetivos: Primario: conocer la incidencia de los EAs como causa de ingreso en la UMI. Secundarios: lugar y etiología del EA; cuántos podían haber sido evitados; medidas de mejora para evitar su reincidencia; pronóstico al alta de la UMI y del hospital; el impacto económico de estos EAs.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, con recogida de la información de forma retrospectiva durante cinco años, desde el 15/07/2010 al 15/07/2015 en la UMI del HSP. Criterios de inclusión: > 18 años, poseer acceso a su historia clínica en el hospital, y haber ingresado en la UMI por un EA relacionado con la asistencia sanitaria secundario a medicación y/o un tratamiento médico y/o quirúrgico. Variables: sociodemográficas; lugar de origen del paciente; las relacionadas con el ingreso en UMI; gravedad según SAPS-3; tipo de enfermedad según GRDv24; clase de EA y su gravedad según Ruiz Jarabo 2000; evitabilidad. Análisis estadístico: programa R Comander 3.4.3.

Resultados: Se revisaron 4.863 historias clínicas y se seleccionaron 455 en las que la causa del ingreso había sido al menos un EA, lo que supuso

el 9,4% de los ingresos totales. El conjunto de EAs principales y secundarios fueron 514. Ocurrieron en 442 pacientes, la mayoría hombres ($n = 269$; 66,9%). Rango de edad 18-95 años, mediana 72 años, y media 68. Los pacientes ancianos, > 70 años, fueron el 51,8%. El lugar de origen más frecuente fue el ámbito quirúrgico hospitalario. En el ámbito extra-hospitalario fueron los EA cardiológicos los que motivaron con más frecuencia la atención en el Servicio de Urgencias. La mortalidad en UMI fue del 17,4% y al alta del hospital del 25,9%. Los EAs más frecuentes fueron las complicaciones relacionadas con la cirugía, y dentro de ellas, las hemorragias asociadas al procedimiento; el diagnóstico más frecuente fueron las colecistectomías. Las dehiscencias de sutura se asociaron a una mayor mortalidad. El EA más frecuente en relación con la medicación fueron las reacciones adversas y efectos secundarios, destacando las hemorragias cerebrales por acenocumarol, implicado en el 23,9% del total de los pacientes fallecidos en este estudio. Los EAs de gravedad I, relacionados con error diagnóstico, fueron los más frecuentes entre los EAs sin duda evitables. La estimación total por GRD del coste fue de 4.112.233 €.

Conclusiones: La realización de estudios epidemiológicos dirigidos a evaluar la incidencia de EAs en servicios y unidades puede contribuir a la sensibilización de los profesionales y a mejorar su implicación en actuaciones encaminadas a su prevención.

103. PERFIL DESCRIPTIVO DE PACIENTES REMITIDOS DESDE OTROS HOSPITALES ANDALUCES AL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

Pérez Manrique RM, Vilches Mira J, de Alba Aparicio M, Onieva Calero F, Ben Abdellatif I, Carmona Flores R, Bueno Bueno M, Robles Arista JC y de la Fuente Martos C. *Grupo de investigación:* Hospital Universitario Reina Sofía

Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes derivados de hospitales de la comunidad autónoma andaluza.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes derivados de hospitales de la comunidad autónoma andaluza desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018. Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, APACHE score, patología presentada al ingreso, realización de actitud terapéutica, estancia media y destino al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. El análisis estadístico fue realizado mediante software SPSS 15.

Resultados: Fueron remitidos 480 pacientes con una edad media de $65,20 \pm 15,36$ años, siendo el 66% ($N = 317$) hombres y el 34% ($N = 163$) mujeres. Presentaron APACHE II score a su ingreso medio de $17 \pm 8,46$ y SOFA $8,2 \pm 4,6$. Los pacientes ingresaron en UCI por patología neurológica/neuroquirúrgica en el 33% ($N = 158$) de los casos, por patología cardiocirculatoria en el 50% ($N = 240$), respiratoria en el 8% ($N = 38$), renal en el 3% ($N = 14$) y otras en el 6% ($N = 29$) restante. Se realizó actitud terapéutica en el 77% ($N = 370$) de los pacientes. Se realizó intervencionismo neurorradiológico en 127 pacientes, intervención neuroquirúrgica en 22 pacientes, intervención coronaria/cirugía cardiaca en 203 pacientes, terapia renal en 8 casos e intervención tanto por parte de Neumología como Cirugía Torácica en 10 pacientes. La estancia media fue de $4,2 \pm 5,14$ días, con destino final en planta de hospitalización en el 61% de los casos, derivados a su hospital de origen el 25% y falleciendo en UCI el 14% de los pacientes.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes remitidos a nuestro hospital presentaban patología cardiológica y neurológica, con un porcentaje alto de actitud terapéutica, siendo beneficiosa la derivación de estos pacientes a un hospital de referencia.

104. ANÁLISIS OBSERVACIONAL DE LA IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS CENTRALES (CVC/PICC) Y DE SUS COMPLICACIONES

Vilanova Corsellas J, Codina Calero J, Jiménez Jiménez G, Ramon Coll N, Miralbé Torner M, Carvalho Brugger S y Trujillano Cabello J

Hospital Universitario Arnau Vilanova/IRB Lleida en Lleida.

Objetivos: Analizar la implantación de catéteres venosos centrales (CVC) y de inserción periférica (PICC) en pacientes ingresados en UCI y las complicaciones asociadas.

Métodos: Análisis prospectivo observacional de todos los pacientes adultos ingresados en la UCI polivalente del Hospital de Lleida desde

octubre 2017 hasta mayo 2018. Se confeccionó un registro de variables agrupadas en distintas categorías: demográficas, diagnósticas, indicación PICC/CVC, complicaciones, motivo retirada, acceso venoso utilizado, turno inserción, orden canalización, tiempo permanencia, situación neurológica, contraindicación CVC, cultivos, antibioterapia. Todos los catéteres fueron implantados por técnica Seldinger en las máximas condiciones de asepsia (proyecto Bacteriemia Zero).

Resultados: Se analizaron un total de 340 catéteres en 569 pacientes. 193 catéteres (56,8%) fueron PICC. La edad media fue $59,4 \pm 19$ a, con un 67,5% varones. El tipo de paciente fue médico (57,6%), seguido de séptico (16,5%), traumático (14,8%) y quirúrgico (11,1%); con un APACHE-II score medio de 21 ± 9 . La principal indicación para la implantación de dispositivo central fue soporte con DVA (41,6%), seguido de sedación (37%) y NPT (17,7%). Se asistió a la implantación mediante ecografía en 6,8% de los casos, a destacar el 61,9% de las vías yugulares contra un 2,6% de las PICC. Se comprobó la normoposición de la punta mediante radiología, siendo correcta en 56,8% de los casos. En 61,3% de los casos, PICC fue la primera vía que se implantó, seguido de femoral larga (16,9%), femoral corta (9,1%), subclavia (7,8%) y yugular (4,9%). Del total de dispositivos centrales implantados en 34,4% se produjeron complicaciones, que fueron más frecuentes en PICC (42,5%) que en CVC (23,8%), pero siendo estas últimas de mayor severidad. Las más frecuentes fueron un 14,3% de hematomas en las femorales y un 14,3% de neumotórax en las subclavias. No se reportó una mayor tasa de infecciones en la vía femoral respecto a la yugular, pero sí respecto a la subclavia. En cuanto a los PICC, la complicación más frecuente fue la flebitis en un 11,6%. La mayor parte de los catéteres se retiraron previo al alta de UCI (44%).

Conclusiones: Un 42,7% de nuestros pacientes requieren un dispositivo central. En el 56,8% de los casos se implementa un PICC. De los CVC el más frecuente es el femoral. Se produjeron complicaciones en 34,4% de los casos, siendo más frecuentes en PICC pero de menor gravedad. Casi la mitad de los catéteres se retiraron previo al alta de UCI.

105. IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN FAMILIAR Y PROFESIONAL DE UNA UCI CON HORARIO EXTENDIDO

Díaz Díaz D, Vilanova Martínez M, López Pérez L y Palencia Herrejón E

Hospital Infanta Leonor en Madrid.

Introducción: Algunos estudios señalan que una política de visitas a la UCI más liberal se relaciona con una reducción de la ansiedad y depresión para el paciente y una mejora en la satisfacción familiar. Sin embargo, se desconoce la influencia de esta política sobre el profesional de UCI.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes dados de alta de la UCI y los profesionales, tras implantación del horario de visitas extendido.

Métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo durante 1 mes, tras un periodo de adaptación de 6 meses con horario de visitas extendido (11:30- 20:30), mediante encuestas de satisfacción (FS-ICU 34) para familiares de pacientes (que sobrevivieron o no), así como encuestas de satisfacción de los profesionales implicados en el cuidado (médicos 7, enfermeras 22 y auxiliares de enfermería 9).

Resultados: Se obtuvieron un total de 78 encuestas, (40 de satisfacción familiar y 38 de profesionales). La mayor parte de los familiares encuestados estaban muy satisfechos con el horario de visitas extendido, así como con los cuidados recibidos, su participación en los mismos y el proceso de decisiones. Las mayores preocupaciones de los familiares se centraron en el proceso de transmisión de la información, ambiente de la UCI y de la sala de espera de la UCI. En el caso de los profesionales, el 21,1% piensan que el horario de visitas extendido provoca inestabilidad en el paciente, el 60,5% que mejora el estado de ánimo del paciente y el 68,5% que no acorta la estancia en UCI. El 57,8% piensa que incrementa la carga física y psíquica de la enfermería, sin embargo, hasta el 60,6% considera que no interfiere en los cuidados habituales del paciente crítico. Hasta el 95,7% de los encuestados están de acuerdo en flexibilizar el horario y el número de visitas en situaciones de final de la vida, así como en recibir entrenamiento en habilidades para el trato con la familia (92,5%). Además, hasta el 59,5% estarían dispuestos a mantener esta política de visitas ampliada.

Conclusiones: Tras la implantación del horario de visitas extendido el grado de satisfacción de los familiares y de los pacientes ingresados en la UCI es elevado. Los profesionales piensan que el mayor beneficio recae sobre los pacientes en lugar de a la familia o al personal. Además, sienten que necesitan mayor entrenamiento para interactuar mejor con los miembros de la familia.

106. SEGUIMIENTO EVOLUTIVO TRAS EL ALTA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN EL SCORE SABADELL

Micó Gómez ML^a, Giménez Murcia G^b, Gomar Vidal S^a, de León Belmar JJ^b, Romero Gómez B^a, Cortés Navalón C^a, Tejeda Adell M^a, Martín Paches A^a y Arlandis Tomás M^a

^aHospital de Manises en Manises. ^bUniversidad Católica de Valencia en Valencia.

Objetivos: Determinar la capacidad discriminativa de la Escala Sabadell para detectar la mortalidad de los pacientes tras su ingreso y posterior alta en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Diseñamos un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal que consistió en el seguimiento postingreso en UCI durante 3 meses, de 378 pacientes que habían ingresado en un Servicio de Medicina Intensiva entre marzo y octubre del año 2017, recogiendo variables sociodemográficas, clínicas y uso de tratamientos específicos en UCI, así como mortalidad postUCI.

Resultados: De los 378 pacientes recogidos, 334 fueron dados de alta de UCI. La mayoría de ellos fue puntuado como valor 0 en escala APACHE (68,3%). Dando una peor puntuación si había requerido ventilación mecánica invasiva o no invasiva, técnicas de reemplazo renal o fármacos vasoactivos. Los procedentes de quirófano de Urgencias fueron igualmente catalogados con una peor puntuación. También observamos que una mayor duración en la utilización de dichas técnicas, suponían una peor puntuación al alta. Analizando la mortalidad al mes y a los tres meses, observamos de manera estadísticamente significativa una diferencia en la mortalidad entre los distintos grupos, siendo esta mayor en aquellos catalogados como Sabadell 2 o 3. Observamos una similitud de resultados respecto al comportamiento de los parámetros analizados, basándonos en la puntuación APACHE al ingreso de los pacientes.

Conclusiones: La escala Sabadell es una buena escala predictiva de mortalidad al alta de los pacientes que ingresan en UCI. Aunque sea una escala subjetiva para su realización nos basamos en datos clínicos objetivos. Una mayor utilización de la misma, mejorará el pronóstico y manejo de los pacientes tras su alta de UCI. Se deben realizar más estudios para confirmar estos hallazgos.

técnica de soporte vital básico como 2,06 URV. Los pacientes fallecidos presentan un sobre coste del 15,4% frente a los dados de alta de UCI. Los pacientes quirúrgicos muestran un sobre coste del 9,3% y los varones del 5,5%. En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de los costes medios registrados durante el año 2017 fueron de 3.235,6 euros por paciente y de 1.053 euros por estancia. De la distribución de costes destacaron cuatro categorías: personal (58%), material sanitario fungible (11,3%), consumo farmacéutico (7,2%) y pruebas complementarias (15,5%). Entre las cuatro agrupan el 90% de los costes.

Conclusiones: Se trata de una primera aproximación, necesitando aumentar el número de pacientes para una mejor discriminación de los distintos grupos, en función del consumo de recursos. Mediante el uso de la escala NEMS hemos establecido el coste de una estancia básica (URV) con una media de 29,7 puntos en 819,7 euros. Considerando esta nuestra URV hemos ponderado las estancias con una técnica de soporte vital básico como 2,06 URV. La importante dispersión en los costes de la estancia básica obliga a nuevos estudios que permitan una subdivisión en categorías con una menor dispersión en sus costes. Las cargas de enfermería discriminan, no sólo los costes, sino también el pronóstico de los pacientes, presentando los pacientes fallecidos una media de NEMS superiores a los supervivientes.

108. REDUCCIÓN DE LA TASA DE REINGRESOS TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SERVICIO EXTENDIDO DE CUIDADOS INTENSIVOS (SECI)

Altaba Tena S, Rodríguez Portillo JH, Mateu Campos ML, Vidal Tejedor B, Ferrándiz Sellés MD, Gil Tomás A y Recatalá Mora M

Hospital General Universitario de Castellón en Castellón de la Plana.

Objetivos: Determinar si la implementación de un Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI) disminuye el número de reingresos en un Hospital de tercer nivel.

Métodos: Se analizó una cohorte de pacientes dados de alta de UCI a la planta de hospitalización durante el período comprendido entre los años 2012 y 2018. Se obtuvieron datos de variables demográficas, variables del primer ingreso en UCI, scores de gravedad (SAPS 3 y APACHE II), estancia en UCI y estancia hospitalaria, así como estado al alta de UCI y hospital.

Pósteres pantalla

11:40h a 12:00h

Organización/Gestión/Calidad 3
Pantalla 3

Moderador: Juan Carlos Montejo González

107. ANÁLISIS ECONÓMICO PONDERADO DE LAS ESTANCIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Gomar Vidal S^a, Daza Rodríguez JJ^b, Micó Gómez ML^a, Tejeda Vidal M^a, de León Belmar JJ^b, Cortés Navalón C^a, Romero Gómez B^a, Arlandis Tomás M^a y Martín Paches A^a

^aHospital de Manises en Manises. ^bUniversidad Católica de Valencia en Valencia.

Objetivos: Intentar establecer a través de la escala NEMS el coste de una estancia básica en la UCI a estudio y la ponderación de otras estancias de acuerdo con los soportes vitales necesarios.

Métodos: Para este trabajo hemos diseñado un estudio descriptivo observacional de tipo documental y retrospectivo. El estudio se realizará en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de segundo nivel de pacientes ingresados durante el período comprendido entre los meses de mayo y junio del año 2017. Analizando diferentes variables sociodemográficas, clínicas y de uso de recursos asistenciales propios de las Unidades de Cuidados Intensivos.

Resultados: Clasificamos a los pacientes en estancias básicas, como aquellos que no requirieron ningún consumo de recursos (el 82,4% de ellos), y al resto en función de si requirieron uno o más recursos. Mediante el uso de la escala NEMS hemos establecido el coste de una estancia básica (URV) con una media de 29,7 puntos en 819,7 euros. Considerando esta nuestra URV hemos ponderado las estancias con una

	REINGRESO SI (n=41)	REINGRESO NO (n=736)	OR (IC 95%)	p
EDAD (años)	61,61±13,09	58,53±14,83	1,02(0,99-1,04)	0,186
SEXO (% femenino)	15 (36,59)	278 (38,72)	0,913 (0,475-1,754)	0,784
APACHE II	12,24±7,92	10,26±7,46	1,03(0,99-1,07)	0,11
SAPS 3	56,1±14,07	47,75±14,26	1,04(1,02-1,06)	0,004
TRAQUEOTOMIA (%)	3 (7,32)	15 (9,68)	0,74(0,20-2,68)	0,633
VMI(%)	23 (56,09)	377(51,22)	1,074(0,40-1,40)	0,328
VMNI (%)	13 (31,71)	125(16,98)	2,27(1,14-4,50)	0,026
TCRR (%)	1(2,44)	43(5,84)	0,40 (0,05-3,00)	0,306
ESTANCIA UCI (días)	9,32±11,88	9,28±14,55	1,00(0,98-1,02)	0,987
ESTANCIA HOSPITAL (días)	53,83±37,38	30,15±26,49	1,02(1,01-1,03)	0,001
MORTALIDAD HOSPITAL (%)	5(20,83)	20(3,01)	8,5(2,88-25,05)	0,001

Resultados: Durante el período comprendido entre enero de 2012 y noviembre de 2018, se dieron de alta de la UCI del Hospital General Universitario de Castellón a la planta de hospitalización un total de 7.773 pacientes, de los cuales 138 (1,81%) reingresaron en la UCI durante el mismo ingreso hospitalario. 777 pacientes (10%) fueron seguidos tras el alta de UCI a planta, de los cuales 41 (5, 28%) reingresaron en UCI. Los pacientes que recibieron un seguimiento al alta de UCI y que reingresaron eran pacientes de mayor edad, con SAPS 3 de 56,1 ±14,07 (OR 1,038 IC95% 1,02-1,06, p = 0,004). El uso de la VMNI durante el primer ingreso hospitalario se asoció al reingreso en UCI (OR 2,27 IC95% 1,14-4,50, p = 0,026). La mortalidad hospitalaria fue significativamente mayor en el grupo de pacientes que reingresaron (OR 8,5, IC95% 2,88-25,05, p = 0,001) así como la estancia hospitalaria.

Conclusiones: En la literatura se describe que la tasa de reingresos oscila entre un 4-14% (media de 7%). Durante el período de estudio, se objetivó una tasa de reingresos del 1,81%, significativamente menor que la previa a la implementación del SECI. La tasa de reingresos en el grupo de pacientes con un seguimiento tras el alta de UCI a planta fue de un 5,28%, menor que lo descrito en la literatura, siendo pacientes más graves y con una mayor mortalidad y estancia hospitalaria con respecto al grupo de pacientes a los que se realizó seguimiento y que no reingresaron.

109. COMPARATIVA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS ANTES Y DESPUÉS DE LA AMPLIACIÓN DEL HORARIO DE VISITAS

Santapau Travería A, Serván Alcántara FJ, Monzón Alonso M, Martínez Camarero L, Pavía Pesquera MC, Ruiz de la Cuesta López M, Vilella Llop L, Monfort Lázaro E, Calvo Martínez A y Macías Pascual M

Hospital San Pedro en Logroño.

Objetivos: Comparar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital San Pedro de Logroño, antes y después de la ampliación del horario de visitas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo. Análisis estadístico con EPIDAT v 4.2. Sujetos de estudio: familiares de pacientes ingresados de febrero a octubre de 2015 y posteriormente de junio a diciembre de 2018. C. de inclusión: familiar o cuidador principal, ≥ 18 años. C. de exclusión: estancia < 24h, falta de comprensión. Variables: demográficas, estancia, diagnóstico y complicaciones, entorno, personal facultativo, enfermería, visitas y sugerencias. Intervención: encuesta de 29 preguntas que se realizó mediante entrevista personal o telefónica en un máximo de 30 días tras el alta.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes, tasa de respuesta del 82% en 2015 y del 76% en 2018. Un 70% de familiares fueron mujeres (pareja e hijos) en 2015 y 72% en 2018. La edad media de los familiares fue 52 años (IC95%: 49,3-55,7) en 2015 y de 54,6 (IC95%: 43-66,2), la estancia media 6 días en 2015 y de 3 en 2018. Un paciente falleció en 2015 y otro en 2018. Personal médico: el 51,2% no conocía el nombre del médico que les atendió en 2015 y del 39,5% en 2018 sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). El 100% recibió información clara o muy clara en 2015 contra el 95% en 2018 también sin diferencias estadísticamente significativas. Enfermería: el 56,1% no conocía el nombre de la enfermera principal en 2015. En 2018 del 54%, sin diferencias significativas. Visitas: un 8% preferiría otro horario de visita en 2015 contra 5,2% en 2018 sin diferencias significativas. 7 personas añadieron que debería ir en relación a la gravedad juntando las dos encuestas. Condiciones medioambientales: al 93,9% le pareció adecuada la sala de espera en 2015, el 95,2% en 2018. A todos les pareció adecuada la limpieza tanto en 2015 como en 2018. Un 25% no estuvo comfortable con los ruidos en 2015 frente a un 25,5% en 2018, un 10% con la temperatura en 2015 frente a 7,8% en 2018, y un 4,8% con la iluminación en 2015 frente a 7,8% en 2018. Todas sin significación estadística.

Conclusiones: Aunque no se encontraran diferencias significativamente estadísticas en todo el estudio, cabe resaltar el aumento del conocimiento del nombre del médico con la ampliación de horario así como una ligera disminución del conocimiento del nombre de la enfermera a pesar de un horario más amplio. Hace falta un número más elevado de pacientes para valorar un posible impacto estadístico. La valoración del entorno es positiva, aunque se necesita disminuir el ruido en la unidad.

110. ANÁLISIS DE RESULTADOS TRAS REVISIÓN POR JUICIO ESTRUCTURADO DE LA MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Guardiola Grau MB, Millán Guilarte MT, Torres Martínez JR, Pou Goyanes JA, Brell Doval M, Riera Sagrera M

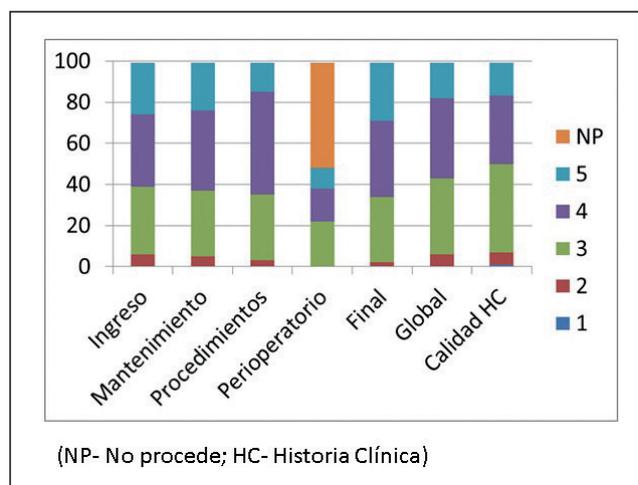
Hospital Universitario Son Espases en Palma.

Objetivos: Comprobar la utilidad de la revisión por juicio estructurado (RJE) como método de análisis de la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro hospital.

Métodos: Población de estudio: se incluyeron el 100% de los casos definidos "a priori" como muerte evitable por Gispert et al. y por la oficina estadística de la Unión Europea (Eurostat): aquella que podría haberse evitado mejorando la calidad de la atención médica (para determinadas

enfermedades y en ciertos grupos de edad). La revisión se amplía con casos elegidos de forma aleatoria por grupos de edad < 50 años: 100% de los casos; 51-65 años: 25%; 66-80 años: 10% y > 80 años: 5%. Estudio de la mortalidad: se utiliza el método de RJE del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido que se basa en la revisión retrospectiva de la historia clínica. El proceso consta de dos etapas. Primera etapa: se revisan los cuidados al ingreso (primeras 24 horas), durante y al final de la vida, procedimientos, perioperatorios (si precisa), globales y calidad de la historia clínica. Cada uno recibe un juicio explícito y se le asigna una puntuación (1 = muy mala, 2 = mala, 3 = adecuada, 4 = buena, 5 = excelente). Segunda etapa: se revisan los casos con baja puntuación para intentar establecer la evitabilidad de la muerte. Las variables se expresan como valor absoluto y/o porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 199 casos fallecidos de los que se seleccionaron 99 (50%): 53 muertes "evitables" y 46 muertes aleatorias. Se revisaron el 100% de los casos asignados a 4 miembros de la UCI y a 2 miembros de la comisión de mortalidad de nuestro centro. Las patologías que han presentado más mortalidad son: neurológica (34), cardíaca (26), politraumatizados (16), digestivo (9), y otras causas médicas (14). Ocho de los pacientes tenían realizada la autopsia. En la figura se muestran los principales resultados obtenidos. Quince casos pasaron a la segunda fase de la revisión.



Conclusiones: El método de análisis de la mortalidad en la UCI siguiendo la RJE es útil para analizar los cuidados y nos permite comprobar que la mayoría son de una calidad buena o excelente. La mayoría de las revisiones se completan en la primera fase.

111. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DESDE LA ÓPTICA DE PACIENTES Y FAMILIARES

Vega Ocaña P^a, González Bautista L^a, García del Rosario C^b, Martín Santana JD^c, Santana Cabrera L^a y Martín González JC^a

^aHospital Universitario Insular de Gran Canaria en Las Palmas. ^bUnidad de Calidad, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria en Las Palmas.

^cUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria en Las Palmas.

Objetivos: Evaluar el nivel de calidad humana técnica y estructural de un SMI desde la perspectiva de los pacientes y familiares.

Métodos: Se realizaron 123 encuestas a pacientes y 121 a familiares desde junio hasta septiembre 2018, para evaluar, a través de una escala tipo Likert de 26 y 31 ítems, respectivamente, y 7 puntos (donde 1 significa la peor puntuación y 7 la mejor posible), diferentes aspectos relacionados con la calidad del servicio prestado. A partir del trabajo de Mora Lourido (2015), se diseñó la escala para medir la calidad humana técnica y estructural en el SMI y se crearon 7 nuevas variables que se corresponden con las dimensiones obtenidas en dicho trabajo. Para evaluar la existencia de diferencias entre ambos grupos se utilizó el test de Student.

Resultados: Los valores medios de las dimensiones son muy elevados en ambos colectivos (paciente y familiar), siendo los pacientes más benévolos y existiendo diferencias en función en función del tipo de encuestado.

Análisis descriptivo de los factores de la escProala de calidad del servicio			
Dimensiones	Media (DT)		T (p)
	Pacientes	Familiares	
Humana	6,94 (0,19)	6,79 (0,33)	3,809 (0,000)
Profesionalidad	6,93 (0,26)	6,81 (0,32)	2,909 (0,004)
Sala de espera	-	5,69 (1,22)	-
Instalaciones, recursos disponibles y atmósfera medioambiental	6,52 (0,38)	6,43 (0,53)	1,439 (0,152)
Visitas	6,24 (0,98)	5,54 (1,87)	3,503 (0,001)
Comida	6,48 (1,61)	6,44 (0,70)	0,207 (0,836)
Limpieza	6,94 (0,31)	6,34 (0,72)	7,985 (0,000)

Conclusiones: El colectivo de familiares es más crítico al evaluar la calidad humana, técnica y estructural del SMI analizado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones excepto en la de "comida" e "instalaciones, recursos disponibles y atmósfera medioambiental", debido probablemente, a que se trata de aspectos en los que no interviene el factor humano. La dimensión humana y la profesionalidad en los cuidados del paciente fueron los aspectos mejor valorados tanto por pacientes como familiares. Por el contrario, la dimensión referida a visitas ha sido la peor evaluada por ambos colectivos, siendo por tanto un área de mejora a considerar.

Pósteres pantalla

11:40h a 12:00h

Respiratorio/Ventilación mecánica 1 Pantalla 4

Moderadora: Candelaria de Haro López

112. OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO: EVOLUCIÓN CLÍNICA Y GASOMÉTRICA EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

Ferrigno Bonilla G, Monge Donaire D, Tejero Pedregosa A, Losada Martínez V, Rodrigo Castroviejo N, Beltrán Bernáldez R, González Salamanca A, Cortés Díaz S, Tarancón Maján FC y Ochoa Sangrador C

Complejo Asistencial de Zamora en Zamora.

Objetivos: Analizar la evolución de parámetros clínicos y gasométricos durante las primeras 24 horas de administración de ONAF (oxigenoterapia nasal de alto flujo) en pacientes con IRA (insuficiencia respiratoria aguda) sin y con hipercapnia asociada. Identificar factores predictores de mala respuesta al tratamiento: necesidad de VM (ventilación mecánica) y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Pacientes adultos ingresados en UCI a los que se administra ONAF por decisión de su médico responsable. Se recogen datos demográficos, escalas de gravedad, parámetros de tratamiento y variables fisiológicas y gasométricas al ingreso, y transcurridas 1, 3, 12 y 24 horas del inicio de la terapia.

Resultados: Se reclutaron 45 pacientes. Varones 73%, edad 65,7 (61,7-69,7) años, APACHE II 20,5 (17,7-23,3). Causa de IRA: insuficiencia cardíaca (31,1%), neumonía (22,2%), EPOC agudizado (13,3%), post-extubación (11,1%). La terapia se inició con FiO₂ 77,8% (70,6-85) y flujo de 52,6 (51-54,2) lpm. 12 pacientes (26,7%) requirieron VM, la mortalidad en UCI fue del 18%. Se observó una reducción estadísticamente significativa de la frecuencia respiratoria: -6 (-7 a -9,5) rpm y la frecuencia cardíaca: -13,6 (-7,2 a -20) lpm. Se observó un aumento de la SpO₂: 4,4% (1,7-7). No se observan cambios significativos en la pCO₂. Cambios similares se confirmaron en el subgrupo de pacientes con pCO₂ inicial > 45 mmHg. La frecuencia cardíaca se asocia con la mortalidad: área bajo la curva ROC: 0,72 (0,55-0,89), siendo una FC de 99 lpm el punto de corte mejor discrimina entre pacientes que fallecen y sobreviven.

Conclusiones: La ONAF mejora los parámetros fisiológicos de la IRA en nuestra muestra, pese a no mejorar la pCO₂ parece segura en pacientes con hipercapnia leve. La taquicardia persistente podría ser un predictor de fracaso terapéutico.

113. DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA ANTI-MDA5 (+) ASOCIADA A NEUMONÍA INTERSTICIAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: ROL DE LA HEMOPERFUSIÓN CON FIBRA DE POLIMIXINA-B

Vizcaino Urresta C^a, Ruiz Rodríguez JC^a, Trallero Araguás E^a, Ramos N^a, Berastegui C^a, Gil Vila A^a, Martínez MA^a, Solanich X^c, Selva O^c callaghan A^a y Ferrer R^a

^aHospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona. ^bHospital de Sant Pau en Barcelona. ^cHospital Universitario de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Analizar la eficacia de un protocolo de tratamiento de pacientes con dermatomiositis amiopática con neumonitis intersticial rápidamente progresiva (DM-NIRP) y anticuerpos anti-MDA5 positivos, que incluye además de la hemoperfusión con polimixina-B (PMX-HP), tratamiento con glucocorticoides, tacrolimus, plasmaféresis e inmunoglobulina endovenosa.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes atendidos desde 1983 hasta 2018, todos con dermatomiositis amiopática y detección mediante inmunoblot de anticuerpos anti-MDA5. La NIRP se definió como la presencia de disnea e hipoxemia progresiva asociada con cambios radiológicos en forma de infiltrados intersticiales que se presenten dentro del primer mes del inicio de síntomas respiratorios. Para el análisis se establecieron dos grupos: grupo 1 bajo el protocolo establecido que consiste en pulsos de metilprednisolona (500 mg día por 3 días consecutivos), tacrolimus 2 mg cada 12h, hemoperfusión con PMX-HP (Toraymyxin 20R, Toray Medical Co) con flujo de 100 ml/h durante 3h al día por 2 días consecutivos seguido de un esquema de plasmaféresis seguida de una infusión de inmunoglobulinas (0,4 mg/kg) durante 3 días consecutivos y luego a días alternos hasta completar 7 sesiones más. Se realizó comparación con un grupo histórico (grupo 2) quienes recibieron únicamente glucocorticoides y tacrolimus. La relación PaO₂/FiO₂ (Pa/Fi) se midió antes y después del inicio del protocolo. Se definió como criterio de valoración la mortalidad por insuficiencia respiratoria o el requerimiento de trasplante pulmonar. Diferencias entre pre y post-PMX en los valores de Pa/Fi se evaluaron por medio de SPSS utilizando la prueba de t de Student.

Resultados: Un total de 12 pacientes (10 hombres). La edad media (DE) al momento del diagnóstico de 49 (3,5) años, seguimiento medio (DE) de 13 (3,9) meses. La comparación entre ambos grupos determinó que 3 de 6 (50%) pacientes del Grupo 1 con respecto a 5 de 6 pacientes (83,3%) en el grupo 2 cumplió el criterio de valoración propuesto. Los valores medios (IC95%) de Pa/Fi después del tratamiento con PMX-HF mostraron una mejoría significativa con respecto a los valores pretratamiento (240 mmHg (85-396) frente a 125 mmHg (60-189) p = 0,038).

Conclusiones: Una mejoría significativa y un descenso en la mortalidad podría asociarse al uso de PMX-HF.

114. TRAQUEOSTOMÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO Y COMPLICACIONES DERIVADAS SEGÚN LA TÉCNICA DE REALIZACIÓN

Pérez Ruiz M, Díez del Corral Fernández B, Estella García A, Fernández Ruiz L, Moreno Cano SG y Giménez Beltrán B

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

Objetivos: La traqueostomía se ha consolidado en UCI como el acceso a la vía aérea en pacientes con ventilación mecánica (VM) prolongada. Puede realizarse por intensivistas de forma percutánea a pie de cama o quirúrgica por otorrinolaringología. Los objetivos del estudio son describir las complicaciones derivadas de la traqueostomía y analizar su relación con el tipo de técnica indicada.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en una UCI médico-quirúrgica de 17 camas durante un periodo de 2 años. Se incluyeron pacientes que precisaron traqueostomía durante su ingreso en UCI. Se analizaron variables demográficas, criterios de ingreso, estancia en UCI y hospitalaria, indicación de la técnica y complicaciones relacionadas con el procedimiento. Estas se clasificaron en inmediatas, precoces (15 días) y a largo plazo (un año). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v24.

Resultados: 62 procedimientos fueron analizados, suponiendo un 19,75% de los pacientes en VM más de 48h ingresados en UCI. La edad fue 58 ± 13,5 años, SOFA en las primeras 24h 7,7 ± 3,5 y el motivo principal de ingreso médico 61,3%. El 80,6% de las traqueostomías fueron percutáneas frente al 19,4% quirúrgicas, indicadas estas últimas por cuello corto 41,7%, cirugía cervical previa 41,7% y vía aérea difícil 16,7%. Ambos grupos presentaron resultados similares en cuanto a días de VM 24,4 ± 15,1, días de VM hasta traqueostomía 11,4 ± 6,3, estancia en UCI 28,5 ± 16,7 y hospitalaria 47 ± 28.

		Percutáneas (N = 50)	Quirúrgicas (N = 12)
Complicaciones		9 (18)	7 (58)
Inmediatas	Hemorragia	3 (6)	2 (16.7)
	Herniación globo	2 (4)	1 (8,3)
	Enfiseama subcutáneo	1 (2)	1 (8,3)
Precoces	Infección	5 (10)	4 (33.3)
	Sangrado	1 (2)	1 (8.3)
	Fugas	4 (8)	1 (8.3)
Largo plazo	Sangrado+infección	1 (2)	2 (16.7)
	Estoma persistente	1 (2)	1 (8.3)
	Sangrado	1 (2)	1 (8.3)

*Valores expresados en (%).

Conclusiones: En nuestra serie las complicaciones fueron más frecuentes tras la técnica quirúrgica. Las más observadas fueron las precoces, destacando la infección en quirúrgicas y el sangrado en percutáneas.

115. NEUMONÍA NOSOCOMIAL QUE PRECISA INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Panera Martínez E, González Redondo A, Bejar Alonso MI, Serna Grande P, Canales Bilbao A, Pérez González R, Rojas Viguera L, Mourelle Vázquez L y Corera Cia M,

Hospital Universitario de Cruces en Barakaldo.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los casos de neumonía nosocomial (NN) que han requerido ingreso en la UCI del H.U. Cruces, en un periodo de ocho años.

Métodos: Estudio descriptivo revisando 100 historias clínicas de pacientes con NN que han requerido ingreso en la UCI del H.U. Cruces, en un periodo de tiempo comprendido entre 2010 y 2018. Para ello se realizó caracterización clínica de los enfermos atendiendo a edad, sexo, comorbilidades y gravedad al ingreso según escala APACHE. Se analizaron posibles factores de riesgo como inmunosupresión o necesidad de ventilación mecánica. Se realizó descripción microbiológica atendiendo a la técnica diagnóstica y a los gérmenes aislados. Por último, se compararon las características clínicas, microbiológicas y la mortalidad entre subgrupos, en función de la asociación o no con ventilación mecánica y la presencia de bacteriemia de origen respiratorio.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes con una edad comprendida entre los 23 y los 89 años, con una edad media de 64 años. El 73% de los pacientes fueron varones. El motivo de ingreso más frecuente fue la propia neumonía o bien otras causas respiratorias como insuficiencia respiratoria aguda o agudización de EPOC. Se utilizó la escala de APACHE como predictor de gravedad, siendo el APACHE medio de 22,7. En cuanto a la técnica de detección microbiológica, lo más frecuente fue realizar el diagnóstico mediante cultivo de esputo no cuantitativo (29%), seguido del lavado broncoalveolar; se obtuvieron hemocultivos positivos en un 12% de los pacientes y hasta en un 18% de los casos no se consiguió filiación microbiológica. Se encontró gran diversidad microbiológica, siendo los principales gérmenes aislados: *Pseudomonas aeruginosa* (10%), *Escherichia coli* (7%), *Streptococcus pneumoniae* (7%), *Aspergillus fumigatus* (6%), *Klebsiella pneumoniae* (6%) y *Stenotrophomonas maltophilia* (6%). El porcentaje de exitus fue del 23%.

Conclusiones: la neumonía nosocomial supone la segunda causa más frecuente de infección nosocomial y conlleva una elevada mortalidad, que en algunas series oscila entre el 25 y 50%. Los datos encontrados en nuestra serie coinciden con lo descrito en la bibliografía, en cuanto a mortalidad (23%) y microbiología, siendo los gérmenes aislados con más frecuencia *Pseudomonas aeruginosa* y bacilos gramnegativos entéricos.

116. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL ADQUIRIDA DURANTE LA ESTANCIA EN UCI

Panera Martínez E, Serna Grande P, González Redondo A, Bejar Alonso MI, Rojas Viguera L, Canales Bilbao A, Pérez González R, Mourelle Vázquez L y Corera Cia M

Hospital Universitario de Cruces en Barakaldo.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los casos de Neumonía Nosocomial (NN) adquirida en la UCI del H.U. Cruces en un periodo de tiempo de ocho años.

Métodos: Estudio descriptivo revisando 120 historias clínicas de pacientes con NN adquirida en la UCI del H. U. Cruces, en el periodo comprendido entre 2010 y 2018. Se analizaron datos en cuanto a edad, sexo y comorbilidades, además de la causa que propició el ingreso en UCI y su gravedad en función de la escala APACHE. Se analizaron posibles factores de riesgo como inmunosupresión y necesidad de ventilación mecánica (VM). Se realizó descripción microbiológica atendiendo a los distintos métodos diagnósticos así como a los gérmenes aislados. Se compararon las características clínicas, microbiológicas y la mortalidad entre subgrupos, en función de la asociación o no con ventilación mecánica y la presencia de bacteriemia de origen respiratorio.

Resultados: Se analizaron 120 con una edad comprendida entre los 18 y los 85 años, siendo el grupo etario de 51 a 65 años el que tuvo el mayor porcentaje de pacientes (42%). El 72% de los casos fueron varones. Se encontraron una gran diversidad de causas que motivaron el ingreso en UCI, siendo la más frecuente el postoperatorio de cirugía cardíaca. La VM fue el principal factor de riesgo. El APACHE medio fue de 24,41. Lo más frecuente fue realizar el diagnóstico microbiológico mediante cultivo de esputo no cuantitativo (46%), seguido del lavado broncoalveolar y aspirado traqueal. Los principales gérmenes obtenidos fueron: *Pseudomonas aeruginosa* (34%), *Escherichia coli* (12%), *Serratia marcescens* (10%), *Klebsiella pneumoniae* (8%) y *Stenotrophomonas maltophilia* (8%). El porcentaje de exitus fue del 42%, siendo mayor en aquellos pacientes con neumonía relacionada con ventilación mecánica y en los que desarrollaron bacteriemia respiratoria en comparación con los pacientes en los que el origen de la infección no se relacionaba con la ventilación mecánica.

Conclusiones: Como vemos en nuestra serie de casos, la NN adquirida en UCI supone un gran problema de salud que acarrea una alta mortalidad, siendo su primera causa la neumonía asociada a ventilación mecánica (71%) y la tasa de mortalidad asociada mayor del 40%. El germen que se aisló con más frecuencia fue *Pseudomonas aeruginosa* y el principal factor de riesgo fue la necesidad de ventilación mecánica.

Pósteres pantalla

11:40h a 12:00h

Cardiovascular 2

Pantalla 5

Moderador: Luis Guillermo Martín Villén

117. FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA VALVULAR

Laplaza Santos C, García Alda A, Díaz de Antoñana Saenz V, Ruiz de la Cuesta López M, Monzón Alonso M, Leal Fernández O y Sánchez Valenzuela D. *Grupo de investigación:* Unidad de Medicina Intensiva

Hospital Viamed Los Manzanos en Logroño.

Objetivos: Determinar la incidencia de fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía valvular.

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo de pacientes intervenidos de cirugía valvular durante los años 2010 a 2016. Fueron excluidos los pacientes intervenidos mediante técnica percutánea, aquellos con cirugía valvular más cirugía de revascularización miocárdica y los pacientes con antecedente de fibrilación auricular. Se registró la edad, sexo, el tipo de cirugía, la incidencia de fibrilación auricular (FA), las complicaciones postoperatorias, la estancia en la unidad de cuidados intensivos y hospitalaria y la mortalidad. El análisis de los datos se realizó mediante SPSS, variables cuantitativas expresadas como media y desviación estándar mientras que cualitativas como porcentaje. Análisis de variables continuas mediante pruebas no paramétricas, test de U Mann-Whitney y para el análisis de categóricas y su relación con la FA se emplearon tablas de contingencia y chi-cuadrado. Posteriormente se analizaron mediante regresión logística y ANOVA las variables que habían mostrado significación.

Resultados: 334 pacientes objeto de estudio. La edad media fue de 68,5 ± 13 años, 56,3% fueron hombres. La válvula intervenida fue la aórtica en un 69,2% de los casos, mitral 23,1%, mitroaórtica 7,2%. La incidencia de FA fue de un 34,1%. La edad avanzada supuso un factor de riesgo de aparición de FA (37,1% en < 60 años frente a 24,4% con $p < 0,05$). Se presentó de forma más frecuente en la cirugía valvular mitral aunque sin significación estadística. No presentó asociación tampoco con la prolongación de ventilación mecánica, sangrado ni transfusión de hemoderivados. Sí presentó diferencias estadísticamente significativas con la aparición de complicaciones renales y con la prolongación de la estancia tanto en cuidados intensivos como hospitalaria. La mortalidad quirúrgica fue de 3,3% sin encontrar asociación estadística con la aparición de FA.

Conclusiones: La fibrilación auricular es una complicación frecuente en el postoperatorio de cirugía valvular con mayor incidencia de complicaciones renales y prolongación de la estancia tanto en cuidados intensivos como hospitalaria.

118. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR REESTENOSIS DEL STENT INTRACORONARIO

Blasco Turrión S, Fernández Coello S, Díaz Torres I, Domínguez Fernández I, Villares Casas A, Fortet Cortés D y Rodríguez Yáñez JC. *Grupo de investigación:* ARIAM-Andalucía

Hospital Universitario Puerto Real en Puerto Real.

Objetivos: Evaluar en nuestra población los factores de riesgo más prevalentes en los pacientes con reinfarcto por reestenosis del stent.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en el servicio de Cuidados Intensivos de 11 camas, durante un periodo de 3 años (desde febrero de 2013 hasta marzo de 2016) con diagnóstico de IAM asociado a reestenosis del stent.

Resultados: Se evaluaron 25 pacientes ($n = 25$) por reestenosis del stent coronario. La media de edad fue de 65 años y predominio de mujeres (61%). Los factores de riesgo cardiovascular al momento de la reestenosis fueron HTA (72%), DM (44%) y DL (52%) o historia de tabaquismo (76%), ya fuera exfumador (58%) o activo (42%). Destacar que el 8% tenían antecedentes de ACV previo a la reestenosis y el 20% de arteriopatía periférica diagnosticada. En cuanto al tratamiento médico previo a la reestenosis, el 76% de la muestra continuaba en tratamiento con AAS, el 48% con IP2Y12 (de los cuales sólo el 16% correspondía a ticagrelor) y el 40% AAS + IP2Y12. El 64% de la muestra que completó la doble antiagregación de 6 a 12 meses. Otros hallazgos de interés han sido evaluados, tales como el tipo de arteria coronaria afectada; A. CD 38%, A. DA 33%, A. Cx 29%, TCI 0%. El tipo de stent; 60% farmacológico, 32% metálico, 8% se desconoce. En cuanto al tiempo desde el implante del stent y la reestenosis del mismo, se detectó que la mayoría de las reestenosis fueron muy tardías (76% > 1 año tras el implante), frente al 24% que fue tardía (de 1 hasta 12 meses tras el implante). Ninguno de los pacientes tuvo una reestenosis precoz (< 30 días), siendo la media desde el implante hasta el evento de 1.488 días (4,07 años).

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes no cumple la doble antiagregación durante el primer año de implante del stent. A pesar de ello la mayoría de las reestenosis fueron a partir del año. En nuestra muestra los stents farmacológicos se estenosaron más que los metálicos. Ante estos resultados, es necesario un mayor tiempo de seguimiento y tamaño muestral, así como un grupo control, para confirmar nuestros hallazgos e intentar incluso establecer unos factores de riesgo que permitan al hemodinamista tomar decisiones individualizadas en el momento de la revascularización y al clínico decidir sobre el tiempo de doble antiagregación.

119. ALTERACIONES DEL RITMO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Hortigüela VA^a, Rosas E^a, Hernández R^a, Aldámiz G^a, Polanco LM^a, Robaglia D^a, Vidal A^a, Márquez M^b y Pérez C^a

^aFundación Jiménez Díaz en Madrid. ^bHospital Rey Juan Carlos en Móstoles.

Objetivos: Describir los trastornos de conducción tras cirugía cardíaca (CC) y los factores relacionados con su aparición.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en 2018 en los Hospitales Fundación Jiménez Díaz y Rey Juan Carlos de Madrid. Se recogieron variables demográficas

(edad, sexo), clínicas (ritmo cardíaco preoperatorio, EUROSCORE 2, NYHA), quirúrgicas (tipo de cirugía, tiempos de isquemia y de Circulación Extracorpórea (CEC)), y del postoperatorio inmediato (ritmo cardíaco, tiempo de ventilación mecánica (VM), estancia en UCI y re-intervención).

Resultados: Fueron intervenidos 293 pacientes (61,4% varones) con una edad media de 65,6 ± 1 y EUROSCORE2 medio 5,1 ± 9,3. Las intervenciones fueron: cirugía revascularización coronaria (CRC) (31,4%), mitral aislada (17,7%), aórtica aislada (15%), aorta ascendente (9,9%), mitro-aórtica (8,5%), CRC + valvuloplastia (3,4%), tricúspide + cirugía de otra válvula (6,1%) y otras (7,8%). Las cirugías fueron: 65,7% programadas, 26,1% preferentes, 4,1% emergentes y 4,1% urgentes. La mortalidad fue del 3,6% y las reintervenciones del 3,4%. La arritmia post-CC más frecuente fue la fibrilación auricular de novo (FAN) (15,5%) seguida de bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado (BAV3) (2,4%). De los BAV3, el 85,7% necesitó marcapasos (MP) definitivo. El ritmo pre-CC era: ritmo sinusal (RS) 6,8%, FA 28,6% y ritmo de MP 14,3%. Un 57,2% se asoció a CC mitro-aórtica o aórtica ($p = 0,034$) y el 75% precisó MP. Los BAV3 presentaron tiempos de CEC [108,75 min frente a 132,86 min ($p = 0,18$)], VM [27,3h frente a 57,7h ($p = 0,48$)] y estancia en UCI [85,47h frente a 140h ($p = 0,5$)] mayores, aunque sin significación estadística. Hubo más FAN en pacientes mayores [69,4 frente a 65,1 años ($p = 0,024$)]. El ritmo pre-CC era: RS 70,3%, FA 24,3% y MP 27%. Al alta hospitalaria, solo persistían el 25,6% de las FAN. Se asoció con más FAN: reemplazo mitral (24,3%), cirugía de aorta ascendente (18,9%) y CRC (24,3%) sin significación estadística.

Conclusiones: Las alteraciones del ritmo son frecuentes tras CC, pero la incidencia de marcapasos es baja. El BAV 3 se asocia con cirugía aórtica y mitro-aórtica de manera significativa y a mayores tiempos de CEC, VM y estancia en UCI. La edad es un factor de riesgo asociado a FAN de forma significativa.

120. VARIABLES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA VALVULAR

Laplaza Santos C, García Alda A, Díaz de Antoñana Sáenz V, Ruiz de la Cuesta López M, Monzón Alonso M, Leal Fernández O y Sánchez Valenzuela D. *Grupo de investigación:* Unidad de Medicina Intensiva

Hospital Viamed Los Manzanos en Logroño.

Objetivos: Determinar factores de riesgo asociados a la aparición de fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía valvular.

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca sobre válvula aórtica, mitral o combinada. Fueron excluidos los pacientes de cirugía de revascularización miocárdica, los intervenidos mediante técnica percutánea y aquellos con antecedente de fibrilación auricular (FA) crónica. Se registraron variables prequirúrgicas como edad, sexo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, hipotiroidismo, insuficiencia renal, disfunción de ventrículo izquierdo, fibrilación auricular paroxística, tratamiento antiarrítmico, tratamiento antihipertensivo y tratamiento hipolipemiente preoperatorio. El análisis de los datos se realizó con SPSS. Variables cuantitativas expresadas como media y desviación estándar y cualitativas como porcentajes. Las variables continuas fueron analizadas con pruebas no paramétricas, test de U Mann-Whitney. Para análisis de variables categóricas y su relación con la FA se emplearon tablas de contingencia y chi-cuadrado.

Resultados: MUESTRA de 334 pacientes intervenidos de cirugía valvular. Los pacientes > 60 años presentaron una incidencia de FA de 37,1% frente al 24,4% de los < 60 años ($p < 0,05$); asimismo, presentó asociación significativa el antecedente de FA paroxística (54,3% frente a 45,7%, $p < 0,05$) al igual que el tratamiento antiarrítmico preoperatorio, siendo más frecuente la FA en aquellos pacientes que lo tomaban de forma crónica (43,2% frente a 30,5%, $p < 0,05$). Presentaron asociación estadística y menor incidencia de FA los pacientes con antecedente de HTA (27,6% frente a 72,4%, $p < 0,05$) y aquellos que recibían tratamiento antihipertensivo (27,6% frente a 40,4%). El resto de variables, no presentaron asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones: La edad avanzada, el antecedente de fibrilación auricular paroxística y el tratamiento crónico antiarrítmico predisponen a la aparición de fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía valvular. El antecedente de hipertensión arterial y el tratamiento antihipertensivo previo disminuyen su incidencia.

121. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI) EN UN HOSPITAL SIN DISPONIBILIDAD DE CIRUGÍA CARDIACA

Arroyo Díez M, Vara Arlanzón R, Martínez-Barrios M, Montero Baladía M, Zabalegui Pérez A, Fernández Ratero JA, Callejo-Torre F, Martínez Barrio E, Nariño Molano CA e Iglesias Posadilla D

Hospital Universitario de Burgos en Burgos.

Objetivos: Describir variables de interés en candidatos a implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI).

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional en pacientes con implante de TAVI. Test chi cuadrado (Fisher), t-Student o U de Mann-Whitney según características de la variable. Revisamos: epidemiología, características previas al implante (comorbilidad, debut de estenosis aórtica -EAO- y datos por ecocardiografía -ECO-), prótesis, marcapasos transitorio (MPT) y definitivo (MPD), complicaciones, marcadores de daño miocárdico (MDM) y mortalidad.

Resultados: 103 pacientes (1/1/2012-31/12/2018), edad media 84 años (RQ 79-86), 48% mujeres. Procedimiento realizado en sala de hemodinámica, con sedación superficial por intensivista y seguimiento posterior en UCI. Mediana (Me) estancia UCI 2 días (RQ 1-3). Mortalidad a 30 días 7%, anual 18% y global 37%. Comorbilidad previa: EPOC 23%, neoplasia 22%, deterioro cognitivo 5%, HTA 73%, DM 31%, obesidad 10%, aterosclerosis 23%, fibrilación auricular 44%, insuficiencia renal crónica 28%, enfermedad coronaria 37% y ACV 16%. Antiagregación 36% y anticoagulación 44% posprocedimiento. Presentación de EAO: 83% insuficiencia cardíaca (IC), 20% dolor torácico, 18% síncope y 18% disnea por hipertensión pulmonar. ECO preimplante: Me diámetro raíz Ao 31 (RQ 28-35); área valvular 0,65 (RQ 1); gradiente Ao medio 46 (RQ 39-58); fracción de eyección VI normal 77%, leve/moderada/gravemente deprimida 14%/7%/3%; insuficiencia mitral 61% e insuficiencia tricúspideas 58%. Prótesis: Pórtico St Jude 51%, Medtronic Corevalve Evolut 41%, Symetis Accurate neo 8%. Complicaciones significativas: 85%. Ventilación mecánica invasiva 16%. MPT 54% y MPD 21%. Complicaciones confirmadas por ECO: migración valvular 2% y derrame pericárdico 6%. Elevación de MCM 94%: Me troponina/CPK máximas 242 (RQ 123-399)/131 (RQ 87-205). Gasto estimado por procedimiento: 50.000 € (incluido estancia UCI y planta hospital).

Conclusiones: La elección para TAVI debe ser exhaustiva, dada la dificultad en la selección de pacientes por alta comorbilidad preimplante, complicaciones previstas, consumo de recursos y mortalidad si sólo tratamiento conservador. Parece adecuado que un intensivista actúe durante y posprocedimiento, con monitorización complementaria por ECO, contribuyendo a optimizar la estancia media y consumo de recursos. La IC fue el debut predominante de EAO. Casi todos los pacientes elevaron MDM.

Resultados: Se analizaron 244 pacientes (106 en la etapa pre y 138 en la postimplantación del código). Los pacientes ingresados tras la instauración del código presentaron una edad media mayor, menor prevalencia de hábito tabáquico y menor puntuación GRACE media. La estancia media en UCI ($2,47 \pm 2,94$ días) y hospitalaria ($6,61 \pm 4,03$) fueron más cortas que en el periodo previo ($3,21 \pm 1,98$ y $7,68 \pm 3,43$, respectivamente). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad en los dos periodos analizados. Se redujo el número de pacientes con FEVI al alta inferior al 50% (77,87% frente al 64,52%).

Conclusiones: La implantación del Código Infarto conllevó una disminución de la estancia media en UCI y hospitalaria, así como disminuciones inferiores de la FEVI al alta. No se encontraron diferencias en términos de mortalidad.

123. ¿CÓMO HA EVOLUCIONADO LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA PARA LA POBLACIÓN ALMERIENSE EN LOS ÚLTIMOS MESES? ¿QUÉ HA SUPUESTO ESTO PARA LA POBLACIÓN?

Utrilla Cid N, Rodríguez Vásquez PE, Moreno López J, Méndez-Benegas Cid C, Rodríguez Castaño R, Muñoz Bonet O, Azcariz Bertrán MJ, Espinilla Martínez JM, Piedra Rodrigo C y Ramos Cuadra JA

Complejo Hospitalario Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Analizar el cambio en la terapia de reperfusión desde la implantación de la angioplastia primaria 24 horas (junio de 2018) en el hospital de referencia de Almería.

Métodos: Estudio descriptivo de los meses de junio, julio y agosto de 2017 (angioplastia primaria de 8-20h días laborales), comparado con el mismo periodo del año 2018 tras el inicio de la angioplastia primaria.

Resultados: En 2017, 30 pacientes presentaron dolor torácico isquémico e indicación de reperfusión urgente (SCACEST/muerte súbita). La provincia de Almería contaba con angioplastia primaria de 8-20h en días laborales, y angioplastia de rescate 24 horas. De estos pacientes, se hizo angioplastia primaria a 14 (46,7%) y fibrinólisis a 9 (30%), necesitando 2 de ellos angioplastia de rescate por criterios de no reperfusión (22,2%). A un total de 7 pacientes no se les realizó ninguna reperfusión (23,3%). 4 pacientes presentaron shock cardiogénico (13,33%), 4 pacientes presentaron arritmias en el contexto del infarto (13,33%), 1 paciente debutó con parada cardiorrespiratoria (PCR) (3%). En el mismo periodo, del año 2018, la angioplastia primaria se amplía a 24 horas 7 días a la semana. Casi un 30% acude al hospital en horario de noche, y un 25% de los pacientes en fin de semana (estos pacientes no tenían la posibilidad de someterse a angioplastia primaria el año previo). De un total de 52 pacientes con indicación de reperfusión urgente (9 H. Poniente, 10 H. Huerca Overa, 16 S. Emergencias 061 y 17 H. Torrecárdenas), solamente 2 pacientes se sometieron a fibrinólisis (por problemas de tiempo) y el resto se beneficiaron de angioplastia primaria, sin que ningún paciente quedara sin reperfundir. En este periodo de 2018, se han hecho un total de 50 angioplastias (96%). 5 pacientes ingresaron con PCR recuperada (9,6), 4 desarrollaron arritmias (7,7%) y 4 presentaron shock cardiogénico (7,7%).

Conclusiones: La ampliación del programa de angioplastia primaria en nuestro centro a las 24 h del día ha supuesto importantes mejoras en la calidad asistencial de los pacientes con síndrome coronario agudo, igualando su atención a la del resto del territorio español. Ha aumentado considerablemente el porcentaje de pacientes que se reperfunden mediante angioplastia en lugar de mediante fibrinólisis, especialmente a costa de los pacientes que no recibían ningún tipo de reperfusión. Se ha ofertado el programa de angioplastia primaria a una amplia zona geográfica de la provincia, quedando aún pendientes las regiones más retiradas.

124. RETRATO ACTUAL DE LA UNIDAD CORONARIA

Garcías Sastre M, March Cladera C, Janer Maeso T, Soliva Martínez L, Figueras Castilla A, García Cuadrado de los Casares I, Rodríguez Pilar J, Molina Povedano M, Herrero Cereceda J y Rodríguez Salgado A

Hospital Universitario Son Espases en Palma de Mallorca.

Introducción: El avance en el diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica, así como la apertura de cuidados intermedios en Cardiología (CCI) han modificado el perfil de pacientes atendidos en la Unidad Coronaria (UC).

Métodos: Presentamos una comparación sencilla entre dos cohortes de pacientes atendidos en una UC de 8 camas con una diferencia de tiempo de 4 años, 2014 y 2018. Se analizaron los ingresos durante un

Pósteres pantalla

11:40h a 12:00h
Cardiovascular 3
Pantalla 6

Moderadora: M^a Isabel Ceniceros Rozalén

122. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS FASES PRE Y POST CÓDIGO INFARTO DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON EL DIAGNÓSTICO DE SCACEST

Gomar Vidal S^a, Bellón Ramos AM^b, Micó Gómez ML^a, Tejeda Adell M^a, de León Belmar JJ^a, Romero Gómez B^a, Cortés Navalón C^a, Arlandis Tomás M^a y Martín Paches A^a

^aHospital de Manises en Manises. ^bUniversidad Católica de Valencia en Valencia.

Objetivos: El objetivo del estudio es comparar la evolución clínica de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST antes y tras la instauración del Código Infarto en un Hospital con unidad de hemodinámica las 24 horas del día.

Métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo en el que se compararon características clínicas, analíticas (fórmula leucocitaria y glucemia) y evolutivas de los pacientes ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel antes y después de la implantación del Código Infarto.

trimestre de ambos años. No existen diferencias en las características clínicas de ambas muestras. En dicho periodo de tiempo se modificó la asistencia del paciente con SCACEST no complicado (Killip I y II), siendo ingresado en CCI. Los pacientes ingresados en la UC se han clasificado en base a su patología de ingreso, siendo manifiesta la tendencia descendente del SCA, salvo en su forma de presentación con shock y parada cardiaca. Además, se han recogido como "Otros CAR" los ingresos por síndrome aórtico, insuficiencia cardiaca, arritmias, TAVI, y endocarditis. De otra parte se ha registrado un grupo "Miscelánea" que incluye patología médica, quirúrgica y trauma. A pesar del incremento de ingresos de esta categoría no se han observado cambios en términos de mortalidad ni estancia global de las muestras registradas.

Diagnósticos y procedimientos			
n	2014	2018	
IAM Killip I-II frente a	42 (40%)	11 (9,8%)	0
IAM Killip III-IV	12 (11,4%)	16 (14,2%)	
SCACEST	5 (4,8%)	1 (0,9%)	NS
PCR	10 (9,5%)	19 (17%)	NS
Otros CAR*	23 (21,9%)	18 (16,1%)	NS
Miscelánea**	19 (18,1%)	58 (51,8%)	0
BIAC	2 (1,9%)	6 (5,35%)	NS
VM	43 (40,9%)	68 (60,7%)	0,004
HFVVC	7 (6,6%)	0	0,006

Conclusiones: El tratamiento del paciente coronario (ICP primaria en el SCACEST) y el desarrollo de CCI han supuesto un cambio en la UC, constatándose un incremento en el ingreso de pacientes críticos de causa no cardiovascular, y centrándose la patología cardiológica aguda especialmente en el shock cardiogénico y la parada cardiaca.

125. DOLOR TORÁCICO NO SIEMPRE ES UN SÍNDROME CORONARIO: PAPEL DEL INTENSIVISTA FRENTE AL DOLOR TORÁCICO FUERA DE LA UCI

Matallana Zapata DF, Cabrera Gonzales D y López Irizo R

Hospital Costa de la Luz en Huelva.

Objetivos: Analizar las diferentes causas de dolor torácico no coronario como causa frecuente de consulta en urgencias y por lo que el intensivista es activado.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo durante el año 2018 que incluye a 96 pacientes que acuden a urgencias por dolor torácico y requieren ingreso hospitalario. Se excluyen todos los síndromes coronarios agudos (SCA). Se recogieron variables como edad, sexo, antecedentes patológicos, fármacos, técnicas diagnósticas, diagnóstico final y tratamiento instaurado.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 65 años. El 61,5% eran varones. El antecedente más frecuente fue la HTA en un 66,7%. La primera causa de consulta por dolor torácico diferente a un SCA fueron las taquiarritmias en el 30,3% donde la amiodarona fue el fármaco más usado, seguido de las miocardiopatías 15,7% (hipertensiva, dilatada, miopericarditis). Además se diagnosticaron patologías como: TEP, taponamiento cardiaco, neumotórax, bradiarritmias que precisaron de un intervencionismo por parte del intensivista (drenaje, fibrinólisis, marcapasos, CVE). La ecocardiografía como prueba diagnóstica fue la más utilizada a pie de cama. Más del 50% de los pacientes fueron dados de alta con los NACO.

Conclusiones: La causa principal de consulta a urgencias por dolor torácico diferente a un SCA son las taquiarritmias. Cada vez más se requiere la presencia del intensivista en las urgencias hospitalarias donde la ecocardiografía y el intervencionismo toman más relevancia como prueba diagnóstica y guía terapéutica.

126. BETABLOQUEANTES EN FASES INICIALES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Chesini JM, Fuster Soria C, Pascual Llopis J, Minaya González F, Márquez de la Plata Panchana A, Cossio Lanzari M, Fernández Zapata A y Herrero Gutiérrez E

Hospital Universitario de Torrevieja en Torrevieja.

Objetivos: Epidemiología de administración de betabloqueantes en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) durante su ingreso en el

Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital Universitario de Torrevieja (HUT), en comparación al registro nacional.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Datos a partir del registro nacional Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio (ARIAM), sobre el infarto agudo de miocardio (IAM), correspondiente al SMI del HUT. Periodo analizado desde marzo hasta mayo de 2018. Se recogen los pacientes con SCA, diferenciando entre SCACEST y SCASEST. Se analiza el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento con betabloqueantes durante su estancia en el SMI. Analizamos la tendencia en el año 2018 respecto a los datos de ARIAM. Recogida de datos y estadística con SPSS.

Resultados: 49 pacientes con SCA, 27 (55,1%) SCACEST y 22 (44,9%) SCASEST. En 22 (44,9%) se inició betabloqueante durante su ingreso en el SMI. De los 27 (55,1%) que no, 9 (33,3%) por normotensión arterial; 9 (37%) por bradicardia; 3 (11,1%) por fibrilación auricular rápida; 1 (3,7%) por insuficiencia cardiaca congestiva y 1 (3,7%) por bloqueo auriculoventricular completo. En 4 (14,8%) no se encontró motivo de contraindicación para tratamiento con betabloqueantes. De 27 pacientes a los que no se les inició betabloqueantes durante el ingreso en SMI, 15 lo recibieron en planta de hospitalización (30,6%). La cifra total de betabloqueantes a nivel intrahospitalario fue de 75,5%, cifra superior a la registrada en ARIAM respecto a la media de todos los hospitales (68%).

Conclusiones: Se inicia tratamiento betabloqueante en un alto porcentaje de pacientes durante su ingreso hospitalario (mayor que la media nacional). Sin embargo, se constata que en fases iniciales el porcentaje de los pacientes tratados con betabloqueante es bajo, lo cual se justifica por la presencia de contraindicaciones.

Pósteres pantalla

11:40h a 12:00h Infecciones/Sepsis/Fracaso multiorgánico 1 Pantalla 7

Moderador: Jordi Riera del Brío

127. NAVM EN 2018 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. GRUPO DE INVESTIGACIÓN: UCI DE HUB

Jiménez Rihuete A, Córdoba López A y Domínguez Chamorro JD

Hospital Universitario de Badajoz en Badajoz.

Objetivos: Describir las variables epidemiológicas y los factores de riesgo relacionados con la NAVM.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes admitidos en nuestras Unidades del servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Badajoz en el periodo de Enero 2018 hasta Noviembre de 2018. Incluimos los pacientes con diagnóstico de NAVM durante su estancia en UCI. Incluimos como valores epidemiológicos y factores de riesgo su edad, sexo, antecedentes previos que incluyen diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad pulmonar, cardiaca, renal, neurológica, hepática, neoplásica, hipotiroidismo o inmunodepresión. Además, los días con asistencia ventilatoria previos al diagnóstico de NAVM, días de necesidad de ventilación mecánica, días de estancia en UCI y días de Hospitalización. Analizamos con chi-cuadrado y regresión multivariante la relación de los factores de riesgo con la mortalidad.

Resultados: En este periodo se diagnosticaron 59 pacientes de NAVM, 37 hombres y 22 mujeres, con una media de edad de 58,22 años, con un porcentaje de exitus por cualquier causa del 30,5%. Con una media de días de VM previos al diagnóstico de 9,9 (mínimo de 3 y máximo de 34) y una duración de necesidad de VM de 19,95. La estancia en UCI fue de 19 días y la estancia hospitalaria fue de 28 (mínimo 6, máximo 202). Se obtuvieron cultivos positivos en el 63% de los casos. Siendo el patógeno más frecuente ABMR (10), seguido de Staphylococcus aureus meticilín sensible (6) y Pseudomonas aeruginosa (5). El único factor de riesgo al ingreso que se asoció de manera significativa ($p = 0,12$) con la mortalidad fue la enfermedad renal ($\times 6,3$).

Conclusiones: No encontramos en estos factores de riesgo presentados (salvo en la enfermedad renal) asociación con la mortalidad estadísticamente significativa. Algunos factores presentan p pequeñas, pudiendo ser también significativos con una muestra mayor. No hubo asociación

entre cultivo positivo del germen y menor mortalidad, ni tampoco asociación significativa entre un patógeno y mortalidad.

128. REVISIÓN DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA INFECCIÓN EN NUESTRA UNIDAD

Ruiz de la Cuesta López M, Díaz de Antoñana Sáenz V, Monzón Alonso M, Martínez Camarero L, Pavia Pesquera MC, Santapau Travería A, Serván Alcántara FJ, Camino Ferró H, Vilella Llop LA y Moreno Ortigosa JA

Hospital San Pedro en Logroño.

Objetivos: Conocer el impacto de la comorbilidad en los pacientes ingresados en la unidad de medicina intensiva (UMI) con diagnóstico de infección.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional de los pacientes ingresados en la UMI del Hospital San Pedro de Logroño durante el periodo de un año (1/01/2018 hasta el 31/12/2018). Unidad polivalente de 17 camas. La recogida de datos a través de la historia clínica digitalizada (SELENE) y la gráfica de datos evolutivos del programa informático "INNOVIAN" del hospital. Análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados: Ingresaron durante el año 2018 en la UMI un total de 1.188 pacientes, de los cuales 151 (12,71%) ingresaron con diagnóstico de infección. 33 pacientes eran sanos al ingreso mientras que los 118 restantes presentaban comorbilidad previa. Del total de ingresos en UMI ese año por dicha causa, 47 pacientes tenían un factor de riesgo (FR) previo (31,12%); 41 pacientes (27,15%) tenían 2 FR asociados y los 30 pacientes restantes (19,86%) presentaron 3 o más FR. Se observó que la patología más frecuente fue la cardiovascular con 70 pacientes, seguido de 51 pacientes inmunodeprimidos, 34 con diabetes mellitus (DM), 30 afectación pulmonar, 16 afectación renal, 13 hepática, 11 neurológica y 10 de ellos presentaron obesidad. Al estudiar el impacto de las comorbilidades en la muestra de estudio, se observó que, entre los 41 fallecidos, la patología cardiovascular fue la más prevalente con el 51,21% de los fallecidos, seguida por un 36,58% de aquellos pacientes inmunodeprimidos. En tercer lugar, la DM tuvo una prevalencia de 24,39%. Solamente en uno de los fallecidos el fallo hepático estaba presente.

Conclusiones: La patología cardiovascular, inmunosupresión y diabetes mellitus fueron los 3 tipos de comorbilidad más prevalentes y presentaron un mayor impacto en la mortalidad.

129. IMPLEMENTACIÓN DE UN ALGORITMO DE EVALUACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS CON ANTECEDENTE DE ALERGIA A ANTIBIÓTICOS

Rodríguez Farré N, Torrens Sonet M, Córdón Abalde A, Correa García I, Sánchez Lizcano M, García Moral A, Soto Retes L, Vera Artázcoz P y Mancebo Cortés J. Grupo de investigación: medicina intensiva

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona.

Objetivos: Valorar la utilidad de la aplicación de un algoritmo que permite catalogar de forma apropiada los pacientes críticos con antecedente de alergia a antibióticos (AB).

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo, retrospectivo, durante un periodo de 8 meses consecutivos, en el Servicio de Medicina Intensiva de un hospital universitario de tercer nivel, de todos los pacientes con antecedente de alergia en la historia clínica. Dentro de estos, se seleccionan los pacientes con antecedente de alergia a AB, siendo evaluados por un alergólogo y clasificados en cuatro grupos: no alérgico (grupo 1), reacción leve (grupo 2), reacción tardía grave (grupo 3), y reacción inmediata grave (grupo 4). Se registran datos epidemiológicos y clínicos, así como las variables relacionadas con la alergia (tipo de fármaco causante y reacción clínica). El análisis estadístico se realiza con SPSS versión 24. Los resultados están expresados en mediana e intervalo intercuartílico.

Resultados: Se revisan 54 pacientes con antecedente de alergia a algún fármaco, de los cuales un 69% (n = 37) presentan un antecedente de alergia a AB, un 15% (n = 8) a AINES, un 6% (n = 3) al contraste yodado y el resto a otros fármacos no agrupables. Se analiza la muestra de 37 pacientes con antecedente de alergia a AB, la mayoría varones (60%) con edad mediana de 51 años (53-72), SAPS II 42 (33-50), APACHE II 16 (13-18) y con los diagnósticos principales de enfermedad respiratoria 32% (n = 12), sepsis 22% (n = 8), hemorragia 14% (n = 5), neurocrítico 11% (n = 4) y otros 21% (n = 8). Los pacientes fueron evaluados por alergología y clasificados en los cuatro grupos comentados previamente: 16% (n = 6) en grupo 1; 51% (n = 19) en grupo 2; 5% (n = 2) en grupo 3; 27% (n = 10) en grupo 4. Se retiró el antecedente de alergia a AB de la

historia clínica a 12 pacientes, de los cuales 6 (grupo 1) se les retiró después de la anamnesis dirigida y a los 6 restantes (4 del grupo 2, 1 del grupo 3 y 1 del grupo 4) después de realizar las pruebas complementarias pertinentes. De los pacientes que se les retiró el antecedente de alergia a AB de la historia clínica (n = 12), se cambió el tratamiento AB al 25% (n = 3) por uno de menor espectro. Se realizó seguimiento por parte de alergología a todos los pacientes del grupo 3.

Conclusiones: En nuestra muestra, la aplicación de una sistemática para verificar el antecedente de alergia a AB permitió retirar dicho antecedente a un 32% de los pacientes y desescalar el tratamiento AB a una cuarta parte de estos.

130. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE UN PAQUETE DE MEDIDAS DIRIGIDAS A REDUCIR LA INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE EN UCI

Viña Soria L^a, López Amor L^a, Martín Iglesias L^a, Martín Cuadrado M^b, Álvarez García L^a, Leoz Gordillo B^a, Balboa Palomino S^a, Díaz Gómez C^a, Escudero Augusto D^a y Valledor Méndez M^b. Grupo de investigación: Microbiología traslacional del ISPA

^aHospital Universitario Central de Asturias en Oviedo. ^bHospital Universitario San Agustín en Avilés.

Objetivos: Implementar una serie de recomendaciones de inserción y mantenimiento del sondaje urinario en UCI y valorar su cumplimiento. Describir las indicaciones de inserción y si se retira al alta.

Métodos: Diseño: revisión bibliográfica sobre las mejores prácticas basadas en la evidencia para prevenir la infección del tracto urinario (ITU) asociada sondaje urinario (SU) y formación al personal para su implementación. Sujetos: todos los pacientes que ingresaron durante 12 semanas en dos UCIs médico-quirúrgicas de segundo y tercer nivel a las que se les colocó SU. En total 222 pacientes y 228 sondajes. Variables: patología al ingreso, indicación del SU, medidas de verificación de correcta inserción y valoración diaria de su necesidad y cuidados posteriores (check-list). Estadística descriptiva.

Resultados: 75% pacientes médicos, 10% cirugía programada, 7% cirugía urgente, 7% trauma y < 1% coronarios. Indicación: control balance hídrico 61%, bajo nivel de consciencia 33%. Recambio: 3,5% por retención urinaria. Al alta 46,9% retiradas. Verificación de la correcta inserción (tabla). Valoración diaria de la retirada del SU y el mantenimiento del catéter: 99%. Solo en un 6% se colocó, como alternativa al sondaje, un colector urinario.

Medida	Sí (%)	No (%)	Sí con aviso (%)
Preparación del paciente			
Higiene de manos	88,1	10,2	1,7
Higiene de genitales	91,5	8,5	0
Antisépsia del meato	89,8	10,2	0
Procedimiento			
Higiene de manos	91,5	8,5	0
Campo estéril	91,5	8,5	0
Lubricante de un solo uso	89,8	10,2	0
SU de menor calibre	91,5	8,5	0
Inserción aséptica	91,5	8,5	0
Inflado del globo con agua estéril	91,5	8,5	0
Tras procedimiento			
Fijación al muslo	81,4	10,2	8,4
Colector por debajo de la vejiga	84,7	8,5	6,8
Higiene de manos	86,4	10,2	3,4

Conclusiones: Las actividades formativas mejoran la seguridad del paciente con SU, consiguiendo un alto grado de cumplimiento de las medidas propuestas. Probablemente exista un amplio margen de mejora en cuanto a las alternativas al sondaje y su conveniente retirada.

131. GRIPE A NOSOCOMIAL EN UCI

Paredes Borrachero I, Pérez-Pedrero Sánchez-Belmonte MJ, Sánchez Casado M, Gómez Hernando C, Morán Gallego FJ y Vecino Monoya M. Grupo de investigación: Paredes Borrachero y Pérez-Pedrero Sánchez-Belmonte

Hospital Virgen de la Salud en Toledo.

Objetivos: Analizar los casos de gripe A que ingresan en UCI, comparando según sea comunitaria (GAC) o nosocomial (GAN).

Métodos: Recogida de todos los pacientes diagnosticados de gripe A durante un periodo de 2 años. Se consideró GAN todo paciente con sintomatología compatible y prueba de laboratorio positiva, con aparición a partir del 6 día. Si no, era GAC. Se recogieron los pacientes ingresados en UCI en relación con características basales y evolutivas. Datos cualitativos expresados como porcentaje y cuantitativos como mediana (intervalo intercuartílico).

Resultados: 120 pacientes diagnosticados de gripe A. 28 pacientes (23,3%) tenían criterio diagnóstico de GAN. Comparando GAC frente a GAN no diferencias en la edad (70 (58-79) frente a 69 (57-78,5) años), género masculino (58,9% frente a 46,4%), SAPS II (28 (2234) frente a 27,5 (19,5-38,5)) y SOFA (2 (2-4) frente a 3 (1,5-4,5)). No diferencias en el ingreso en UCI (28,9% frente a 21,4%) o la estancia en UCI (6 (2-10,5) frente a 3 (2-5)). La mortalidad global no mostró diferencias (14,4% frente a 14,3%). En la GAC que ingresa en UCI hubo mortalidad del 34,6% y si no ingresaba en UCI era del 6,3% ($p = 0,001$). En la GAN, si ingresaba en UCI mortalidad del 66,7%, mientras que no falleció ninguno que no ingresaba ($p = 0,001$). No existieron diferencias estadísticas en la mortalidad en UCI (34,6% frente a 66,7%; $p = 194$). **Conclusiones:** La alta prevalencia de gripe A nosocomial nos obliga a pensar en ella como un grupo de pacientes hospitalarios con posibilidad de ingreso en UCI. El ingreso en UCI provoca mayor mortalidad en ambos grupos, sobre todo en pacientes con GAN, lo que pone énfasis en su importancia.

Comunicaciones orales

16:45h a 18:15h

Neurointensivismo/Traumatisos 2
Auditorio Mallorca

Moderadores: M^a Ángeles Ballesteros Sanz
y Juan Antonio Llopart Pou

132. VARIABILIDAD EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN LA UCI ESPAÑOLAS. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

Llopart Pou JA^a, Barea Mendoza JA^b, Pérez Bárcena J^a, Sánchez Casado M^c, Ballesteros Sanz MA^d y Chico Fernández M^b. *Grupo de investigación:* Grupo de Trabajo Neurointensivismo y Trauma

^aHospital Universitari Son Espases en Palma de Mallorca. ^bHospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. ^cHospital Virgen de la Salud en Toledo. ^dHospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Analizar la práctica clínica en el manejo de los pacientes con traumatismo del sistema nervioso central (SNC) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) españolas.

Métodos: Se elaboró un cuestionario con preguntas de respuesta única y/o múltiple analizando el manejo de los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) y trauma vertebro-medular. Desde la Secretaría de la SEMICYUC se envió un correo electrónico a los jefes de servicio de todas las UCI. La encuesta se envió el 7 Noviembre 2018 y se mantuvo abierta un periodo de 3 meses. Resultados provisionales obtenidos en los primeros 45 días.

Resultados: Con fecha 21 diciembre 2018 se recibieron 42 respuestas (tasa de respuesta 22,8%). El 92,9% fueron UCI polivalentes. En el 66,6% se realiza profilaxis ATB en pacientes con puntuación en la escala de coma de Glasgow (GCS) < 9 puntos. TCE: El intensivista lidera la atención inicial en el 65,6% de los centros. El 90,6% realiza profilaxis antimicrobiana según las guías de la Brain Trauma Foundation. El 59,4% refiere que se monitoriza la presión intracraneal en pacientes con GCS < 9 y lesión estructural en el 76-100% de los casos. Catéter intraparenquimatoso en el 90%. La noradrenalina es empleada para mantener una adecuada presión de perfusión cerebral (100%). En el tratamiento de la hipertensión intracraneal, se obtuvieron las siguientes repuestas: evacuación quirúrgica masas evacuables (90,9%), sedación (100%), relajación (100%), corticoides (0%), drenaje ventricular (84,8%), drenaje lumbar (15,2%), indometacina (3%), hipertensión arterial inducida (15,2%), protocolo de Lund (0%), manitol (93,9%), suero salino hipertónico (100%), coma barbitúrico (66,7%), hipotermia moderada (42,4%), craneotomía descompresiva (93,9%). Un 8,3% realiza hiperventilación entre 25-30 mmHg. Trauma vertebro-medular: el

intensivista lidera la atención inicial en el 55,2% de los centros. Un 34,5% de los centros emplean corticoides según los protocolos NASCIS y solo un 20,7% inducen hipertensión arterial durante la primera semana de ingreso. El 66,7% de los centros fijan la columna entre las 24h-7 días tras el trauma y en un 25,9% de los centros se realiza descompresión medular precoz en las primeras 24 horas en el 76-100% de los pacientes. La noradrenalina es la droga de elección en el tratamiento del shock medular en el 96,6% de los centros.

Conclusiones: Existe una gran variabilidad en el manejo de los pacientes con traumatismo del SNC, especialmente en aquellos con trauma vertebro-medular.

133. VARIABILIDAD EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR EN LAS UCI ESPAÑOLAS. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

Llopart Pou JA^a, Barea Mendoza JA^b, Pérez Bárcena J^a, Sánchez Casado M^c, Ballesteros Sanz MA^d y Chico Fernández M^b. *Grupo de investigación:* GT Neurointensivismo y Trauma

^aHospital Universitari Son Espases en Palma de Mallorca. ^bHospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. ^cHospital Virgen de la Salud en Toledo. ^dHospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Analizar la práctica clínica en el manejo de los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA) y enfermedad cerebrovascular aguda (ECVA) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) españolas.

Métodos: Se elaboró un cuestionario con preguntas de respuesta única y/o múltiple analizando el manejo de los pacientes con HSA y ECVA. Desde la Secretaría de la SEMICYUC se envió un correo electrónico a los jefes de servicio de todas las UCI. La encuesta se envió el 7 noviembre 2018 y se mantuvo abierta un periodo de 3 meses. Resultados provisionales obtenidos en los primeros 45 días.

Resultados: Con fecha 21 diciembre 2018 se recibieron 42 respuestas (tasa de respuesta 22,8%). El 92,9% fueron UCI polivalentes. En el 66,6% se realiza profilaxis ATB en pacientes con puntuación en la escala de coma de Glasgow (GCS) < 9 puntos. HSA: El intensivista lidera la atención inicial en el 53,3% de los centros. Un 23,3% emplean corticoides para cefalea, un 70% no realiza profilaxis antimicrobiana. Un 53,3% monitorizan la presión intracraneal en el 76-100% de los pacientes con GCS < 9. Un 93,3% realizan el diagnóstico/exclusión de aneurisma en las primeras 48h y se trata el aneurisma en el mismo periodo en el 73,3%, preferentemente de modo endovascular. Solo un 40% de los centros realizan "triple H" siendo la droga de elección la noradrenalina. ECVA hemorrágica: El intensivista lidera la atención inicial en el 54,1% de los centros. Un 8,1% utiliza corticoides para tratar el edema perilesional y un 29,7% emplea tratamiento antimicrobiano rutinario. Solo el 30,6% monitoriza la presión intracraneal en el 76-100% de los pacientes con GCS < 9. El objetivo tensional en la primera semana es 140-180 mmHg en el 63,9% y < 140 mmHg en el 33,3%. Los fármacos más empleados son labetalol (94,6%) y urapidilo (86,5%). ECVA isquémica: El intensivista lidera la atención inicial en el 16,7% de los centros. Se emplea tratamiento antimicrobiano rutinario en el 8,3%. El 94,4% tienen código ictus/tele-ictus prehospitalario, el 72,2% posibilidad de trombolisis intraarterial/trombectomía mecánica 24 horas y el 86,1% posibilidad de realizar craneotomía descompresiva en el ictus de cerebral media maligna. En caso de realizar craneotomía descompresiva, el límite de tiempo es < 24 horas en el 16,1%, < 48 horas en el 25,8%, < 72 horas en el 22,6% y sin límite de tiempo en el 35,5%.

Conclusiones: Existe una marcada variabilidad en algunos aspectos del manejo de los pacientes con patología cerebrovascular en las UCIs españolas.

134. ALTERACIÓN DE LA AGREGABILIDAD PLAQUETARIA EN LA HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÁNEA

Téllez Torres A^a, Serrano Lázaro A^a, Blasco Cortés ML^a, Rosa Rubio F^a, Martí Saez E^a, Sanchis Piqueras C^a, Huerta Bravo RC^a, Ruiz Oregana B^b, Andrés Esteban EM^c y Quintana Díaz M^c. *Grupo de investigación:* Grupo de trabajo Hemoderivados SEMICYUC

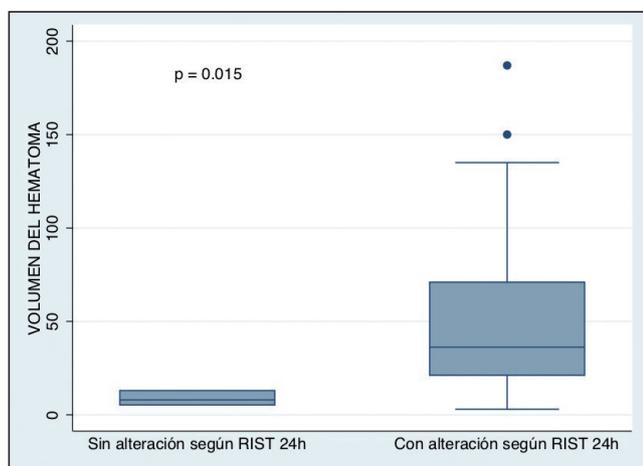
^aHospital Clínico de Valencia en Valencia. ^bHospital Universitario y Politécnico La Fe en Valencia. ^cHospital La Paz en Madrid.

Introducción y objetivos: La funcionalidad de las plaquetas durante la coagulación es primordial para de detención del sangrado. Nuestro estudio tiene como objetivo valorar la alteración de la capacidad de

agregación plaquetaria en las hemorragias cerebrales espontáneas (HCE), tanto hemorragias intraparenquimatosas (HIP), como hemorragias subaracnoideas (HSA) y su correlación con gravedad y mortalidad.

Métodos: Se incluyeron pacientes con HCE (HSA y HIP) ingresados en nuestra UCI. Se analiza una muestra de sangre con el test de función plaquetaria Multiplate al ingreso (día 0) y a las 24h (día 1). Este sistema mide la agregabilidad plaquetaria al ácido araquidónico (AA), adenosin difosfato (ADP), colágeno (Col), ristocetina (Ris) y trombina (Trom). Se determinó volumen de hematoma como marcador de gravedad en las HIP y escala de Hunt y Hess para las HSA. Se excluyeron los pacientes con toma de antiagregantes orales. Se estimó la prevalencia de la alteración plaquetaria y se relacionó con gravedad y mortalidad utilizando el test chi-cuadrado o test exacto de Fisher.

Resultados: 69 pacientes incluidos. HIP 37 (53,62%), HSA 32 (46,38%); la mitad de los pacientes entre 50-60 años. El volumen del hematoma medio fue 48,28 cc. HSA Hunt y Hess IV-V 35,48%. Mortalidad global a 6 meses 33,33%. Se observa una alteración de la agregabilidad plaquetaria (al menos con uno de los test) en el 100% de los pacientes, tanto en el día 0 como en día 1. La disfunción plaquetaria se asocia a una mayor mortalidad medida en todos los test, aunque únicamente fue estadísticamente significativa con test de Colágeno ($p < 0,048$). Así mismo se asocia a un mayor volumen de hematoma en HIP, estadísticamente significativo únicamente con test de Ristocetina ($p < 0,015$) (fig.). No se asoció con las HSA Hunt y Hess IV-V.



Conclusiones: Es evidente una alteración de la agregabilidad plaquetaria en el global de las HCE, asociándose incluso con una mayor mortalidad y mayor volumen de hematoma en las HIP.

135. EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE 4 MODELOS PREDICTORES DE MORTALIDAD EN GRANDES QUEMADOS

Valero González N, Oteiza López L, López Cuenca S, Gonçalves Gonçalves GC y Lorente Balanza JA

Hospital Universitario de Getafe en Getafe.

Objetivos: Los sistemas de puntuación que permiten predecir la mortalidad asociada al daño térmico resultan de gran utilidad a la hora de realizar una estratificación del riesgo de mortalidad y conocer los posibles desenlaces en el momento del ingreso. Por tanto hemos decidido evaluar y comparar 4 modelos predictores diferentes de mortalidad en pacientes quemados para demostrar su utilidad en la población a estudio.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 327 pacientes ingresados en una Unidad de Grandes Quemados de enero de 2008 a abril de 2014. Se registraron variables demográficas, la mortalidad y se calcularon los siguientes modelos de predicción al ingreso: Baux revisado, Belgian Outcome in Burn Injury (BOBI), Abbreviated Burn Severity Index (ABSI) y modelo de Ryan. La capacidad discriminativa de cada uno se ha comparado mediante la realización de las curvas ROC y obtención del área bajo la curva.

Resultados: La media edad fue de $46,3 \pm 16,4$ años, con una superficie total quemada promedio de $22,3\% \pm 18,5\%$ y profunda de $12,5\% \pm 10,2\%$. El 20,5% de los pacientes son mujeres ($n = 67$). Un total de 191 pacientes (58,4%) sufrieron lesión por inhalación. La duración media del ingreso fue de 24,6 días. Durante el periodo de estudio la mortalidad observada es del 6,7% ($n = 22$). Los no supervivientes tienen una mayor superficie pro-

funda, la lesión por inhalación es más frecuente y los ingresos más prolongados ($p < 0,05$, $p < 0,05$ y $p < 0,01$). Los resultados del área bajo la curva ROC son: Baux revisado 0,93 (IC95% 0,90-0,98), ABSI 0,91 (IC95% 0,86-0,96), BOBI 0,87 (IC95% 0,77-0,92) y Ryan 0,83 (IC95% 0,77-0,94).

Conclusiones: Los cuatro sistemas de puntuación evaluados en este estudio demostraron ser válidos en nuestra población. El modelo de predicción más preciso ha sido el modelo Baux revisado pero los intervalos de confianza se solapan entre sí por lo que ningún marcador tiene una diferencia significativa con respecto al resto.

136. ASOCIACIÓN ENTRE OXIDACIÓN, APOPTOSIS Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA CEREBRAL INTRAPARENQUIMATOSA ESPONTÁNEA GRAVE

Lorente L^a, Martín MM^b, Ramos L^c, Argüeso M^d, Solé Violán J^e, Cáceres J^f, Abreu González P^g, Pérez Cejas A^h, Jiménez Aⁱ y García Marín V^a

^aHospital Universitario de Canarias en La Laguna. ^bHospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. ^cHospital General de La Palma en Breña Alta. ^dHospital Clínico Universitario de Valencia en Valencia. ^eHospital Universitario Dr. Negrín en Las Palmas de Gran Canaria. ^fHospital Insular en Las Palmas de Gran Canaria. ^gFacultad de Medicina de la Universidad de La Laguna en La Laguna.

Objetivos: Se ha objetivado que los estados de oxidación y apoptosis se asocian con mayor mortalidad en pacientes con hemorragia cerebral intraparenquimatosas espontánea grave (HCIEG); pero no se ha documentado una asociación entre todos ellos. Por lo tanto, el novedoso objetivo de nuestro estudio consistió en determinar si existe una asociación entre oxidación, apoptosis y mortalidad en pacientes con HCIEG.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, observacional realizado en 6 UCIs españolas. Se incluyeron pacientes con HCIEG. Se utilizó la Glasgow Coma Scale (Lancet 1974;2:81-4) para clasificar la gravedad y se consideró grave cuando GCS < 9 . Se excluyeron pacientes menores de 18 años, embarazadas, tratamiento o enfermedad inmunosupresora, enfermedad inflamatoria, proceso tumoral, hemorragia intratentorial o traumática, o transformación hemorrágica de infarto cerebral. Se obtuvieron muestras séricas en el momento del diagnóstico de la HCIEG para determinar los niveles de malondialdehído (MDA, marcador de oxidación lipídica) y citokeratina fragmentada por caspasas-18 (CKFC-18, marcador del grado de apoptosis). La mortalidad a 30 días fue la variable principal. Las variables cualitativas se reportaron en porcentajes y se compararon con chi-cuadrado. Las variables cuantitativas se reportaron en medianas y percentiles 25 y 75, se compararon con Wilcoxon-Mann-Whitney, y la asociación entre ellas se determinó con la prueba de correlación de Spearman. Se realizó una regresión logística múltiple para determinar las variables que se asocian con la mortalidad.

Resultados: Los pacientes que fallecieron ($n = 46$) presentaron niveles séricos mayores de MDA ($p < 0,001$) y CKFC-18 ($p < 0,001$) que los supervivientes ($n = 54$). Se encontró una correlación positiva de los niveles séricos de CKFC-18 y MDA ($\rho = 0,24$; $p = 0,01$). La regresión logística mostró que los niveles séricos de MDA y de CKFC-18 se asociaban con la mortalidad controlando por GCS, volumen hemorragia, desplazamiento línea media y edad.

Conclusiones: Los nuevos hallazgos de nuestro estudio fueron que existe una asociación entre oxidación, apoptosis y mortalidad en pacientes con HCIEG. En estudios con ratas con HCIEG se ha objetivado mayor supervivencia con la administración de agentes antioxidantes e inhibidores de caspasas; por lo tanto, podría ser interesante explorar la utilidad de estos agentes en los pacientes con HCIEG.

Financiada por: Beca Instituto Salud Carlos III (INT16/00165).

137. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE TRAQUEOTOMÍA EN LOS PACIENTES TRAUMÁTICOS DE RETRAUCI

Barea Mendoza JA^a, Nanwani Nanwani KL^b, Montserrat Ortiz N^c, Mayor García DM^d, Molina Díaz I^e, Prieto de Lamo A^f, Díaz Gómez C^g, Celaya López M^h, Llompert Pou JAⁱ y Chico Fernández M^a. Grupo de investigación: Registro RETRAUCI

^aHospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. ^bHospital Universitario La Paz en Madrid. ^cHospital Universitari Arnau de Villanova en Lleida. ^dHospital SS Torrecárdenas en Almería. ^eHospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. ^fHospital Universitario Río Hortega en Valladolid. ^gHospital Universitario Central de Asturias en Oviedo. ^hHospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz. ⁱHospital Universitari Son Espases en Palma de Mallorca.

Objetivos: Analizar los factores asociados a la realización de traqueotomía en pacientes traumáticos.

Métodos: Análisis retrospectivo del registro RETRAUCI noviembre 2013-mayo 2017. Se incluyeron los pacientes con ventilación mecánica. Las variables cuantitativas se presentan como media \pm desviación estándar y las variables cualitativas como número (porcentaje). Las comparaciones se realizaron mediante test de Student, Wilcoxon o chi. Análisis de regresión logística para analizar los factores asociados. Un valor $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Del total de 5.686 pacientes con datos disponibles, 3.177 precisaron ventilación mecánica siendo la población a estudio. 657 (20,9%) precisaron traqueotomía (69,3% percutánea y 30,7% quirúrgica). Los pacientes con traqueotomía fueron mayores (50,5 frente a 48,4 años, $p < 0,05$), más graves (ISS 27,6 frente a 23,6, $p < 0,051$), más días de ventilación (19,9 frente a 4,8 días, $p < 0,05$) y mayor estancia (28,5 frente a 8,3 días, $p < 0,05$). También presentaron más frecuentemente TCE grave, una puntuación Abbreviated Injury Scale ≥ 3 en cabeza (76,3% frente a 61,4%, $p < 0,05$), cara (9,6% frente a 5,2%, $p < 0,05$) y tórax (47,5% frente a 36,8%, $p < 0,05$). Requirieron más intervenciones urgentes y presentaron más insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, complicaciones infecciosas y fallo multiorgánico. La mortalidad fue menor en el grupo con traqueotomía (13,7% frente a 18,3%, $p < 0,05$). Los factores asociados con la realización de traqueotomía se muestran en la tabla.

Factores asociados con la realización de traqueotomía		
Variable	OR	IC95%
GCS ≤ 8	1,82	1,31-2,52
AIS cabeza ≥ 3	1,45	1,03-2,04
Cirugía maxilofacial urgente	9,88	4,86-20
Insuficiencia respiratoria	1,51	1,11-2,06
Infección nosocomial	11,58	8,21-16,32
Insuficiencia renal	1,63	1,17-2,29

Conclusiones: La gravedad del TCE, la necesidad de cirugía maxilofacial urgente y el desarrollo de insuficiencia respiratoria, infección nosocomial e insuficiencia renal se asociaron a la realización de traqueotomía.

138. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LESIONES OCULTAS EN PACIENTES TRAUMÁTICOS TRAS LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VALORACIÓN TERCIARIA

González Fernández M, Pagliarini Gil P, Barea Mendoza JA, García Fuentes C, Chico Fernández M y Montejo González JC. Grupo de investigación: UCITE Hospital 12 de Octubre

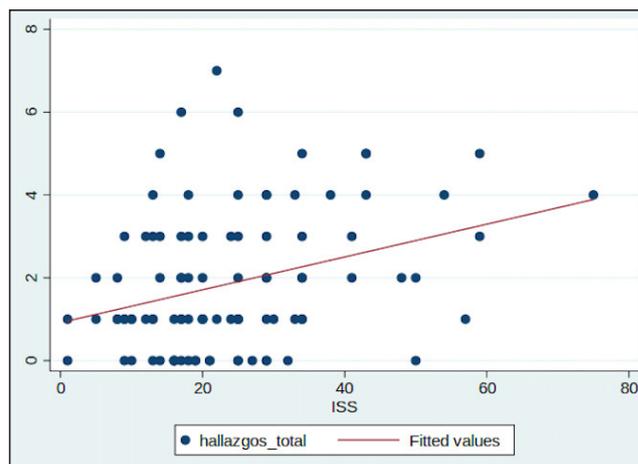
Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Determinar la incidencia e impacto de aquellas lesiones no diagnosticadas durante la atención inicial del paciente con trauma grave así como analizar posibles factores asociados a su presencia.

Métodos: Estudio de cohortes, observacional prospectivo, que se realizó en la UCI de Trauma y Emergencias del Hospital 12 de Octubre de febrero a julio de 2018. Para ello se implantó una sistemática de valoración terciaria (VT) a las 24-48 horas de ingreso en todos los pacientes con enfermedad traumática consistiendo en exploración física y revisión de procedimientos y pruebas radiológicas. Se analizaron variables demográficas, de confusión y de impacto. Las variables cualitativas se expresaron como proporción y las cuantitativas mediante media (\pm desviación estándar) y mediana (\pm rango intercuartílico). Para estimar la relación entre dos variables categóricas se emplearon las pruebas de χ^2 y prueba exacta de Fisher y para comparación entre dos medias, la prueba t de Student o t de Wilcoxon en función de su normalidad y homogeneidad así como se aplicó el test de regresión lineal.

Resultados: De los 139 pacientes elegibles, se realizó una VT clínica en 107 que en 89 de ellos asoció reevaluación radiológica. La edad media fue de 46 años, con predominio masculino (74%) e ISS promedio de 23,36. En la exploración física se identificaron 82 lesiones, 68% en extremidades y 23% en cabeza y cuello. A nivel radiológico se detectaron 113 nuevos hallazgos de los cuales un 38% se constataron en TAC craneal y un 28% en TAC torácica. El 30% de las lesiones inadvertidas halladas tuvieron impacto clínico. Este consistió en un 50% de las lesiones en una nueva valoración por el especialista correspondiente. Tras analizar la posible relación entre escalas de gravedad al ingreso y hallazgos de la VT se encontró una tendencia hacia una mayor presencia de lesiones

inadvertidas en los pacientes de mayor gravedad resultando en una diferencia estadísticamente significativa en el caso de las lesiones radiológicas.



Conclusiones: La aplicación de una sistemática de VT permite detectar lesiones que hayan resultado inadvertidas durante la atención inicial del paciente con enfermedad traumática, lo cual, en nuestro caso, podría ser más frecuente en aquellos pacientes de mayor gravedad. El impacto clínico de estas lesiones no es desdeñable.

139. INSUFICIENCIA RENAL EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO GRAVE. FACTORES ASOCIADOS E IMPACTO EN EL PRONÓSTICO EN RETRAUCI

Barea Mendoza JA^a, Zabarte Martínez de Aguirre M^b, Ballesteros Sanz MA^c, Pino Sánchez F^d, González Robledo J^e, Sánchez Casado M^f, Toboso Casado JM^g, Cordero Lorenzana ML^h, Chico Fernández Mⁱ y Llompart Pou JAⁱ. Grupo de investigación: Registro RETRAUCI

^aServicio de Medicina Intensiva, Hospital 12 de Octubre en Madrid.

^bHospital Universitario de Donostia en Donostia. ^cHospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^dComplejo Hospitalario de Granada en Granada. ^eHospital Clínico Universitario Salamanca en Salamanca. ^fHospital Virgen de la Salud en Toledo. ^gHospital Universitari Germans Trias i Pujol en Badalona. ^hComplejo Hospitalario Universitario de A Coruña en A Coruña. ⁱHospital Universitari Son Espases en Palma de Mallorca.

Objetivos: Analizar los factores asociados a la presentación de insuficiencia renal aguda (IRA) y su impacto en el pronóstico.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes recogidos en el RETRAUCI noviembre 2013-mayo 2017. Se excluyeron casos sin información sobre IRA. Las variables se presentan como media \pm desviación estándar y porcentaje. Contrastes de hipótesis con t-Student, Wilcoxon o χ^2 según fuera necesario. Regresión logística para analizar los factores asociados. Un valor de $p < 0,05$ se consideró significativo.

Factores asociados con la presentación de IRA		
Variable	OR	IC95%
Edad > 65 años	3,05	2,52-3,69
Situación hemodinámica		
Inestable que remonta con volumen	2,90	2,27-3,69
Shock	3,92	3,13-4,91
Shock refractario	8,34	5,99-11,62
Coagulopatía	1,82	1,48-2,24
Rabdomiolisis	4,67	3,82-5,72
AIS abdomen ≥ 3	1,54	1,24-1,91

Resultados: Incluidos 5.882 pacientes, 5740 con datos completos. 932 (16,2%) presentaron IRA (Risk 7,98%, Injury 4,08%, Failure 3,12%, Loss 0,45%, ESKD 0,61%). Los pacientes que desarrollaron IRA fueron mayores (55,2 frente a 47,2 años, $p < 0,05$), más graves (ISS 26 frente a 19,9, $p < 0,05$), más días de ventilación (10,8 frente a 7,2 días, $p < 0,05$) y mayor estancia en UCI (13,2 frente a 8,1 días, $p < 0,05$). Los pacientes con IRA presentaron con más frecuencia una Abbreviated Injury Scale (AIS) ≥ 3 en tórax, abdomen, extremidades, externo y menor porcenta-

je de AIS ≥ 3 en cabeza ($p < 0,05$). La IRA se asoció con mayor incidencia de rhabdomiólisis, hemorragia masiva, SDRa, infección nosocomial y mortalidad (17,2% frente a 9,7%, $p < 0,05$). La IRA no se asoció de modo significativo a la mortalidad tras ajustar por edad y gravedad (OR ajustada 1,09 (0,87-1,37)). Los factores asociados con la presentación de IRA se muestran en la tabla.

Conclusiones: Los factores asociados con la IRA fueron la edad > 65 años, la inestabilidad hemodinámica, la coagulopatía, la rhabdomiólisis y un AIS abdomen ≥ 3 . La IRA no se asoció a la mortalidad tras ajustar por edad y gravedad del trauma.

140. EFECTOS DE LA PEEP EN LA FISIOPATOLOGÍA DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO. RESULTADOS DEL ESTUDIO PEEP-PIC

Sainz Cabrejas J^a, Ballesteros Sanz MA^b, Corral Ansa L^c, Misis del Campo M^d, Pardo Rey C^e, Tihista Jiménez JA^f, Chico Fernández M^a

^aHospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. ^bHospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^cHospital Universitario de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat. ^dHospital Universitari Germans Trias i Pujol en Badalona. ^eHospital Clínico San Carlos en Madrid. ^fComplejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es describir la relación de los cambios en la PEEP con la PIC, presión de perfusión cerebral (PPC) y la presión tisular de oxígeno (PtiO₂).

Métodos: Se trata de un estudio observacional multicéntrico en el que se incluyen pacientes neurocríticos de diversa etiología mayores de 16 años, sometidos a ventilación mecánica y neuromonitorización. De cada paciente se registraron variables demográficas, fisiológicas y diagnósticas al ingreso. Cuando, a juicio médico se indicó un cambio en la PEEP, se registraron variables fisiológicas y datos de neuromonitorización previos al cambio y tras un período de observación de 30 minutos. Se obtuvo la autorización del CEIC. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete SPSS 19.0.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 109 pacientes. Un 71% eran varones y la mediana de edad fue de 56 años. 56 pacientes (49%) correspondían a TCE y el resto a patología médica. La mortalidad hospitalaria fue del 21%. Se registraron 218 cambios de PEEP. Los incrementos de la PEEP se asociaron a un incremento significativo ($p < 0,05$) de la presión máxima y presión meseta pero no de la PIC. El análisis por subgrupos mostró un incremento significativo de la PEEP si la complianza es mayor de 45 ml/cmH₂O.

Conclusiones: La morbimortalidad de los pacientes neurocríticos con complicaciones respiratorias es elevada. Los incrementos en la PEEP no se asociaron a un incremento significativo en la PIC en la muestra global (aunque sí en el subgrupo de pacientes con complianza mayor de 45 ml/cmH₂O).

141. PAPEL DE LA MELATONINA EN LA MODULACIÓN DEL DAÑO INFLAMATORIO Y OXIDATIVO DE PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Sempere Bordes L^a, Rodríguez Rodríguez A^a, Boyero Corral L^a, Corona de la Puerta J^a, González García L^b, Ferrete Araujo AM^a, Freire Aragón MD^a, Urbán Carmona R^a, Murillo Cabezas F^a y Egea Guerrero JJ^a. Grupo de investigación: Grupo Neurocríticos

^aUnidad de Cuidados Intensivos; ^bDepartamento de Bioquímica Clínica, Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla.

Objetivos: Evaluar el papel de la melatonina como fármaco modulador de la respuesta oxidativa e inflamatoria tras su administración in vitro sobre células mononucleares de sangre periférica en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE).

Métodos: Se incluyeron 26 pacientes ingresados en la UCI del H.U. Virgen del Rocío con diagnóstico de TCE. Se tomaron dos muestras de sangre por paciente: 0-48h (A) y 49-96h (B) tras el TCE. Además incluímos 7 controles sanos a los que se les realizó una única extracción. Se aislaron células mononucleares de sangre periférica a partir de las muestras de sangre y se prepararon cultivos celulares, a una concentración de un millón de células/mL incubadas con medio RPMI completo y suero fetal bovino al 10%. Para la estimulación de los cultivos se aplicó un agente mitogénico, PHA (8 µg/mL), en presencia o ausencia de melatonina (10⁻⁴ M). Los cultivos se mantuvieron en atmósfera húmeda, CO₂ al 5% y 37 °C durante 48 horas, tras lo cual se recogió sobrenadante para

posterior cuantificación de IL-8 y capacidad antioxidante total (CAT) (cuantificada como "equivalentes reductores de cobre µM" (CRE)).

Resultados: Los pacientes mostraron mayor concentración de IL-8 en los cultivos celulares estimulados con PHA con respecto a los controles, tanto en la muestra A como en B: Control = 101.059,53 pg/ml (RI 82.191,46-117.624,38); TCE A = 209.590,55 pg/ml (RI 157.054,84-307.032,35) ($p = 0,003$); TCE B = 193.599,73 pg/ml (RI 162.684,07-257.997,52) ($p = 0,001$). La melatonina disminuyó la concentración de IL-8 en los cultivos de los controles [66.636,95 pg/ml (RI 59.539,88-83.314,68), $p = 0,028$] así como de TCE B [164.049,30 pg/ml (RI 113.577,48-242.150,55), $p = 0,002$], reduciendo la inflamación. En cuanto a la CAT, no observamos diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles. En cualquier caso, la melatonina aumentó la CAT en todos los cultivos realizados: Controles = 177,06 CRE (RI 131,26-191,70) frente a 284,21 (229,51-344,40) con melatonina ($p = 0,018$); TCE A = 184,91 CRE (RI 146,39-233,45) frente a 269,86 CRE (RI 235,22-367,29) con melatonina ($< 0,001$); TCE B = 198,69 CRE (RI 152,17-215,18) frente a 298,41 CRE (RI 245,73-348,56) ($< 0,001$).

Conclusiones: Estos resultados preliminares constatan la capacidad antioxidante y antiinflamatoria de la melatonina en cultivos celulares de pacientes que han sufrido un TCE, señalándola como posible estrategia terapéutica para minimizar el daño y la morbimortalidad en este tipo de pacientes.

Pósteres orales

16:45h a 18:15h

Infección/Antibióticos 1
Sala Eivissa 1

Moderadores: José Luis García Garmendia
y Leonardo Lorente Ramos

142. EL SISTEMA DE HUMIDIFICACIÓN ACTIVA UTILIZADO EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO SE ASOCIA A COMPLICACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS

Picazo Moreno L, Vilà Vilardell C, Muñoz Bermúdez R, Durán Jordà X, Álvarez Lerma F, Gracia Arnillas MP y Masclans Enviz JR. Grupo de investigación: GREPAC-IMIM

Hospital del Mar en Barcelona.

Introducción: La importancia de que los gases administrados durante la ventilación mecánica invasiva (VMI) lleguen al paciente en condiciones adecuadas de calor y humedad es indiscutible. Existen controversias sobre cuál es el sistema de humidificación más adecuado y sobre su influencia en la incidencia de la infección respiratoria asociada a la ventilación mecánica.

Objetivos: Evaluar las diferencias en la tasa de incidencia de neumonía y traqueobronquitis asociadas a la ventilación mecánica (NAV y TAV respectivamente) con un intercambiador de calor-humedad higroscópico con filtro antibacteriano versus humidificación activa con calentamiento de tubuladuras inspiratoria y espiratoria.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en una UCI polivalente. Se incluyeron los pacientes con VMI durante más de 48 horas durante los años 2014, en el que se empleaba humidificación pasiva (EdithFlex de AirlifeTM[®]), y 2016, en el que se empleaban humidificadores activos (Fisher&Paykel[®]). En ambos grupos se establecieron medidas idénticas para la prevención de NAV (proyecto Neumonía Zero). Para el diagnóstico de NAV se emplearon los criterios establecidos por la ECDC y para la TAV los establecidos por la CDC. Se consideró NAV precoz aquella desarrollada en ≤ 7 días del inicio de la VMI. Se estimaron tasas de incidencia NAV y TAV por 1000 días de VMI, así como de NAV precoz y tardía, y se valoraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos mediante regresión Poisson. Se obtuvo el CEIC 2018 del Hospital del Mar.

Resultados: Se incluyeron 287 pacientes (116 con humidificación pasiva y 171 con humidificación activa), con edad media de 62,3 \pm 16,2 años, 61,2% varones, APACHE II de 23,5 \pm 9,5 puntos y mortalidad intra-UCI del 31,1%. No se encontraron diferencias significativas en las características demográficas entre ambos grupos. La densidad de incidencia

de NAV por 1.000 días de VMI fue de 5,68 en el grupo de humidificación pasiva y de 5,80 en el grupo de humidificación activa ($p = ns$). La densidad de incidencia de TAV fue 3,41 y 3,26 casos por 1.000 días de VMI con humidificación pasiva y activa respectivamente ($p = ns$). Se identificó como factor de riesgo para NAV la duración de la VMI. La densidad de incidencia de NAV precoz por 1.000 días de VMI fue de 3,03 con humidificación pasiva y 2,53 con humidificación activa ($p = ns$).

Conclusiones: En nuestro estudio, la humidificación activa en pacientes ventilados durante más de 48 horas no se asoció con un aumento de las complicaciones infecciosas.

143. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO Y EVOLUTIVO DE LA GANGRENA DE FOURNIER EN UCI

García Miguélez A, Jiménez Alfonso AF, Campos Fernández S, López Sánchez M, Feo González M, Rubio López I, Blanco Huelga C, Domínguez Artiga MJ, Jimeno Fraile J y Rodríguez Borregán JC

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en UCI con gangrena de Fournier (GF).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo observacional de los pacientes ingresados en UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla con GF. Periodo: 2008 a 2018. Se recogen datos demográficos, clínicos y analíticos. Los datos se muestran con media y desviación estándar (DE), mediana y rango intercuartil (IQR) y valor absoluto (%).

Resultados: Hubo 32 casos (1,13% de los pacientes ingresados por sepsis en UCI durante dicho periodo), con una estancia media de 7,65 días (DE 9,88). La edad media fue de 61,06 años (DE 16,24) y el 62,5% fueron varones. El 59,4% presentaba una enfermedad crónica (diabetes, enolismo y neoplasias, las más prevalentes). Al 71,9% se les realizó TAC como prueba diagnóstica de imagen, evidenciándose gas en el 82,1%. El área afectada fue extensa en un 62,5% de los casos, extendiéndose más allá de la región pélvica, hacia cavidad abdominal y extremidades inferiores. En cuanto a la etiología, la infección fue polimicrobiana en el 65,6%, siendo *E. coli* el microorganismo más frecuentemente identificado (76,4%). Los scores de gravedad calculados fueron: APACHE II: 12,34 (DE 4,92); LRINEC: 3,5 (IQR 2,25-5); FCSI 4,7 (DE 2,7); UFGSI 8,5 (DE 3,6). Todos fueron intervenidos quirúrgicamente (el 75%, en más de una ocasión) y se realizó colostomía de descarga en el 31,3%. El 84,4% recibieron oxigenoterapia hiperbárica (OHB); el 55,5% entre 4 y 6 sesiones, 2,3 ATA, de forma precoz, en las primeras 24 horas. El 62,5% de los pacientes presentó inestabilidad hemodinámica con necesidad de vasoactivos y el 21,87% desarrollaron fallo multiorgánico (FMO). La mortalidad fue del 12,5%.

Conclusiones: La GF es una infección grave, rápidamente evolutiva y con importante morbimortalidad asociada. Requiere un adecuado control del foco infeccioso (antibioterapia empírica de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico), representando la OHB una terapia coadyuvante de utilidad para dicho fin.

144. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE CUATRO AÑOS DE PROAC EN CRÍTICOS

Santos Peral A, Abdel-Hadi Álvarez H, Pérez Serrano R, Espinosa González MC, Portilla Botelho M, Rubio Prieto E, Izquierdo Fernández R, Gómez Carranza A, Segovia García de Marina L y Ambrós Checa A

Hospital General Universitario de Ciudad Real en Ciudad Real.

Objetivos: Describir los resultados de la aplicación del programa de optimización de antibioterapia con carbapenémicos en la UCI del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Métodos: Incluimos todos los pacientes a los que se les ha tratado con Carbapenémicos en la UCI desde mayo de 2014 hasta noviembre de 2018. Se realizan tres intervenciones: primera, segunda y tercera revisión (primer día de tratamiento, quinto y décimo día). Se analiza la recomendación dada al clínico (cambio de pauta, continuar igual, desescalada o suspensión) y si se acepta dicha recomendación. Posteriormente se evaluó el descenso del uso de carbapenémicos DDD/100 días de estancia, la evolución de infección por gérmenes multirresistentes, el ahorro económico derivado, la estancia hospitalaria, la mortalidad y el número de ingresos en UCI.

Resultados: El consumo de imipenem y meropenem se reduce un 84% y 77% respectivamente. El ahorro económico es de 24.506€ y la apari-

ción de gérmenes multirresistentes disminuye en un 48%. Las estancias, los ingresos y la mortalidad fueron similares (tablas).

Tabla 1

Intervenciones en UCI	428
1ª revisión	317
2ª revisión	81
3ª revisión	0
Mantener igual	227 (53%)
Desescalada	116 (27%)
Cambio de pauta	60 (14%)
Suspensión	25 (6%)
Aceptación	402 (94%)
No aceptación	26 (6%)

Tabla 2

	2014	2018
DDD meropenem	18,33	4,09
DDD imipenem	18,66	2,97
Gasto carbapenems	28.490€	3.984€
Casos multirresistentes	27	13
Estancias	6.049	6.299
Mortalidad	11%	10,8%
Ingresos	1.060	1070

Conclusiones: La implantación del programa PROAC en nuestro centro consigue disminuir el uso de carbapenémicos y la tasa de gérmenes multirresistentes. Además supone un considerable ahorro económico sin incrementar la mortalidad ni disminuir la estancia ni los ingresos.

145. NEFROTOXICIDAD ASOCIADA A IMIPENEM/CILASTATINA/RELEBACTAM (IMI/REL) VERSUS IMIPENEM/CILASTATINA Y COLISTINA (IMI+CST) EN PACIENTES CON INFECCIONES BACTERIANAS CAUSADAS POR ORGANISMOS NO SENSIBLES (NS) A IMIPENEM

López Mendoza D^a, Brown ML^b, Motsch J^c, Kaye KS^d, File TM^e, Boucher HW^f, Vendetti N^b, Aggrey A^b, Joeng H-k H-K^b y Paschke A^b

^aMSD España en España. ^bMerck & Co, Inc, Kenilworth, NJ en EEUU.

^cUniversitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg en Alemania. ^dUniversity of Michigan, Ann Arbor, MI en EEUU. ^eSumma Health, Akron, OH en EEUU.

^fTufts Medical Center, Boston, MA en EEUU.

Objetivos: La nefrotoxicidad es una complicación frecuente asociada al uso de CST, lo cual restringe su utilización al tratamiento de infecciones causadas por bacterias resistentes a los carbapenem. REL es un novedoso inhibidor de las β -lactamasas que recupera la actividad de imipenem frente a cepas de patógenos Gram negativos NS a imipenem. En la fase 3 del estudio RESTORE-IMI 1 (NCT02452047), se demostró que IMI/REL es igual de efectivo, pero mejor tolerado que IMI+CST, incluyendo una incidencia más baja de nefrotoxicidad durante el tratamiento (criterio de valoración clínico secundario). En este estudio presentamos datos adicionales de seguridad derivados del ensayo clínico.

Métodos: Ensayo clínico de fase 3, aleatorizado, con control activo, doble ciego, llevado a cabo en adultos con infecciones ocasionadas por ≥ 1 patógeno NS a imipenem (pero sensible a CST e IMI/REL). El tratamiento (2:1) consistió en IMI/REL o IMI+CST durante 5-21 días para infecciones intraabdominales complicadas y para infecciones del tracto urinario complicadas y durante 7-21 días para neumonías bacterianas adquiridas en el hospital/asociadas a ventilación mecánica. Para una creatinina (Cr) basal sérica de $< 1,2$ mg/dl, la nefrotoxicidad se definió como una duplicación de Cr sérica a $> 1,2$ mg/dl o a una disminución de Cr sérica de $\geq 50\%$; para Cr $\geq 1,2$ mg/dl, la nefrotoxicidad se definió como un aumento de Cr sérica de ≥ 1 mg/dl o a una disminución en el CrCl basal $\geq 20\%$, o la necesidad de administrar terapia renal sustitutiva. Se aplicaron criterios KDIGO y RIFLE de daño renal agudo y se analizaron los efectos adversos renales.

Resultados: En total 47 pacientes fueron aleatorizados, tratados (31 IMI/REL, 16 IMI+CST), e incluidos en este análisis. En comparación con los pacientes tratados con IMI+CST, un porcentaje significativamente menor de los pacientes tratados con IMI/REL experimentaron nefrotoxicidad según la definición del protocolo (% de diferencia: -45,9 [IC95%: -69,1, -18,4]; $p = 0,002$) durante el tratamiento y en los 14 días del período de seguimiento (tabla). Estos resultados se confirmaron al aplicar

Figura Póster 145

Table. Protocol-specified nephrotoxicity and renal AEs				
	IMI/REL N=31		IMI+CST ^a N=16	
	n/m	% (95% CI)	n/m	% (95% CI)
Protocol-specified nephrotoxicity	3/29	10.3 (2.8, 27.2)	9/16	56.3 (33.2, 76.9)
AKI (KDIGO)	n/m	%	n/m	%
Stage 1	5/29	17.2	6/16	37.5
Stage 2	1/29	3.4	2/16	12.5
Stage 3	0/29	0	5/16	31.3
AKI (RIFLE)	n/m	%	n/m	%
Risk	3/29	10.3	6/16	37.5
Injury	1/29	3.4	2/16	12.5
Failure	0/29	0	4/16	25.0
Renal AEs^b	n/m	%	n/m	%
Blood Cr increased	0/31	0	4/16	25.0
Blood urea increased	0/31	0	1/16	6.3
CrCl decreased	2/31	6.5	2/16	12.5
GFR decreased	0/31	0	1/16	6.3
Acute kidney injury	1/31	3.2	0/16	0
Renal failure	1/31	3.2	0/16	0
Drug-related renal AEs leading to discontinuation of treatment	n/m	%	n/m	%
Blood Cr increased	0/31	0	1/16	6.3
CrCl decreased	0/31	0	1/16	6.3

^aProvided as colistimethate sodium. ^bBased on investigator assessment.
GFR, glomerular filtration rate; n/m, number of patients with event of interest/number of patients evaluable (for nephrotoxicity and AKI, those with a baseline Cr measurement and ≥ 1 Cr measurement following ≥ 1 dose of study therapy).
Two IMI/REL patients with missing Cr values were excluded from nephrotoxicity/AKI analyses.
Protocol-specified nephrotoxicity: CrCl was estimated by Cockcroft Gault equation (Cockcroft DW, Gault MH. *Nephron*. 1976;16[1]:31-41).
KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) Criteria: KDIGO Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney Int Suppl*. 2012 Mar;2(1):1-138.
RIFLE (Risk, Injury, Failure, Loss of kidney function, and End-stage kidney disease) Criteria: GFR was estimated based on the Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation (Levey AS, et al. *Ann Intern Med*. 2009;150[9]:604-612).

los criterios de KDIGO y RIFLE; en el grupo tratado con IMI/REL no hubo pacientes en grado 3 de AKI (del inglés Acute Kidney Injury) o con fallo renal, comparado con 31,3% y 25,0%, respectivamente, en el grupo tratado con IMI+CST.

Conclusiones: IMI/REL demostró tener un perfil de seguridad más favorable que el de las terapias basadas en CST, como demuestra la menor incidencia de nefrotoxicidad y AKI asociada al tratamiento con IMI/REL en los diferentes análisis realizados.

Financiada por: MSD.

146 ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA PARA LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTES ADULTOS. METANÁLISIS EN RED FRECUENTISTA

Montes Andújar L^a, Tinoco E^a, Blanco-Schweizer P^b, Segura C^c, Prol Silva E^b, Reyes V^d, Menéndez Justo A^a, Blanco J^b, Ortiz G^c y Cardinal-Fernández P^d

^aDepartamento de Emergencia, HM Hospitales en Madrid. ^bHospital Universitario Río Hortega en Valladolid. ^cDepartamento de Medicina Interna, Hospital de Santa Clara en Bogotá, Colombia. ^dHM Foundation Research en Madrid.

Objetivos: (a) Identificar el antibiótico empírico (em-ATB) asociado a la mayor probabilidad de ser el mejor en términos de curación o (b) Mortalidad en pacientes con diagnóstico de NAC. (c) Identificar diseños de ensayos clínicos aleatorizados (ECR) basándose en redes no conectadas.

Métodos: Inclusión: 1) edad > 16 años con diagnóstico de NAC que consulta en el servicio de urgencias (SU); (2) ECR que comparen ≥ 2 em-ATB y (3) que reporten número de pacientes (paCs) curados; (4) redacción

en inglés o castellano. Exclusión: (1) Confirmación del microorganismo previo a la prescripción ATB, (2) protocolo de em-ATB ambiguo y (3) resúmenes. Fuentes: MEDLINE, EMBASE, Cochrane, LILACS y revisión de citas del 1/1/00 al 31/12/18. Evaluación sesgos: herramienta de la Colaboración Cochrane. Estadística: método frecuentista, se reporta el em-ATB más probable. Librería "netmeta"- paquete R. (CRD42017060692).

Resultados: Se identificaron 41.307 citas y se incluyeron 63. La calidad de los ECRs fue alta. Curación (ambulatorios y hospitalizados): 2 redes; 9 ECRs desconectados (desC). Red mayor (52 ECRs; 45 em-ATB y 17.032 paCs): piperacilina 2.000 mg c/12h. Red menor (2 ECRs; 4 em-ATB y 1.910 paCs): cefpodoxime 200 mg c/12h. Curación (hospitalizados): 2 redes; 1 ECR desC. Red mayor (17 ECRs; 16 em-ATB y 5.162 paCs): Ceftarolina 600 mg c/12h. Red menor (6 ECRs, 9 em-ATB y 958 paCs): piperacilina. 2.000 mg c/12h. Mortalidad (ambulatorios y hospitalizados): 3 redes, 2 ECR desC. Red mayor (21 ECRs, 22 em-ATB y 10.259 paCs): azitromicina (microesferas) 2.000 mg c/24h. Red intermedia (5 ECRs, 4 em-ATB y 3.020 paCs): amoxicilina 1.000 mg y clavulánico 200 mg c/8h. Red menor (3 ECRs, 4 em-ATB y 1.060 paCs): ertapenem 1.000m c/24h. Mortalidad (hospitalizados): 3 redes, 2 ECR desC. Red mayor intermedia (7 ECRs, 6 em-ATB y 2.482 paCs): ceftriaxona 2.000 mg y levofloxacino 500 mg c/12h. Red intermedia (3 ECRs, 4 em-ATB y 1.680 paCs): ertapenem .1000 mg c/24h. Red menor (2 ECRs, 5 em-ATB y 366 paCs): amikacina 250 mg y claritromicina 500 mg c/12h.

Conclusiones: (a) La evidencia disponible esta desconectada. (b) Existen diferencias entre la efectividad de los em-ATB en términos de curación y mortalidad. (c) Futuros ECRs debería comparar los mejores em-ATBs de cada red.

147. VALORACIÓN DEL EFECTO DE UN CAMBIO EN LAS INDICACIONES DE AISLAMIENTO PREVENTIVO PARA DETECTAR AL PACIENTE PORTADOR DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MMR) EN UCI. ESTUDIO BEFORE-AFTER

García Manzanedo S^a, Conejo Márquez I^a, Hómez Guzmán M^a, Janeiro Lumbreras D^a, Lobo Valbuena B^a, Enciso Calderón V^a, Torrejón Pérez I^a, Varillas Delgado D^a, Abella Álvarez A^a y Gordo Vidal F^a.
Grupo de investigación: GI Patología Crítica, Universidad Francisco de Vitoria

^aHospital Universitario del Henares en Coslada. ^bGrupo de Investigación en Patología Crítica, UFV en Pozuelo de Alarcón.

Objetivos: Tras objetivar en nuestra Unidad que las variables más adecuadas para detectar al paciente realmente portador de MMR fueron haber sido portador de alguno en los 6 meses previos, realizamos un cambio en los criterios de aislamiento. El objetivo de este trabajo es analizar el efecto sobre las tasas de aislamiento preventivo adecuados o erróneos tras el cambio mencionado.

Métodos: Diseñamos un estudio before-after en una UCI médico-quirúrgica. En el grupo before se incluyeron pacientes desde junio 2015 a febrero 2017 y en el grupo after de marzo 2017 a abril 2018. Los nuevos criterios de aislamiento preventivo son hospitalización previa > 4 días en el ingreso actual, pacientes institucionalizados o en contacto con los cuidados sanitarios y los portadores de MMR en los últimos 6 meses, habiendo retirado de los criterios de aislamiento aquellos pacientes con hospitalización > 4 días en los últimos 3 meses y haber recibido tratamiento antibiótico el último mes. Las variables categóricas están expresadas como porcentajes y la comparación la hemos realizado mediante el test de chi cuadrado.

Resultados: En el grupo before se incluyeron 604 pacientes de los cuales se aislaron de forma preventiva 272 (45%), mientras que en el grupo after compuesto por 639 pacientes, se aislaron 74 (12%) ($p < 0,0001$). De los aislados, fueron portadores de MMR 63 (23%) en el grupo before, frente a 27 (36%) en el grupo after ($p 0,02$). El número de pacientes portadores de MMR sin criterios de aislamiento fue similar en ambos grupos (24 frente a 18; $p 0,42$). Los días de aislamiento preventivo totales se redujeron de 1.145 a 367 días y los días de aislamiento no necesario del 89% al 49% ($p 0,0001$).

Conclusiones: Con los nuevos criterios de aislamiento, hemos logrado disminuir de forma significativa el número de aislamientos preventivos no necesarios, mejorando nuestra capacidad de detección sin aumentar los falsos negativos.

148. MODELO PRONÓSTICO PARA RIESGO DE ADQUISICIÓN DE NAVM EN PACIENTES ANCIANOS VENTILADOS EN UCI. DATOS DEL REGISTRO ENVIN-HELICS

Molinuevo Picón J^a, Gamboa Aspiazu E^a, Mas Bilbao N^a, Aguirre Larracochea U^a, Palomar Martínez M^b, Álvarez Lerma F^c, Nuvials Casals X^c y Olaechea Astigarraga P^a. Grupo de investigación: Grupo ENVIN-HELICS

^aHospital de Galdakao en Usansolo. ^bHospital Arnau de Vilanova en Lleida. ^cHospital del Mar en Barcelona. ^dHospital Vall d'Hebron en Barcelona.

Objetivos: Describir las características principales de los pacientes ancianos que padecen neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM). Describir los factores pronósticos que predicen el riesgo de NAVM entre los pacientes mayores de 65 años con ventilación mecánica (VM) en UCI.

Métodos: Datos recogidos del registro prospectivo y multicéntrico ENVIN-HELICS entre los años 2013 y 2016. Se incluyen pacientes ingresados en UCI mayores de 65 años conectados a ventilación mecánica (VM). Se recogen variables demográficas, de morbi-mortalidad, tipo de ingreso, diagnóstico al ingreso, situación al ingreso, colonización/infecciones por bacterias multiresistentes, duración del ingreso y dispositivos invasivos precisados. Análisis descriptivo expresado en forma de porcentajes, media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC). La muestra se dividió en dos submuestras de entrenamiento y test, respectivamente. Análisis multivariante de regresión logística para determinación de factores asociados a NAVM en la muestra de entrenamiento y se valoró el rendimiento del modelo final, en términos de discriminación -área bajo la curva (AUC) - y calibración - test de Hosmer-Lemeshow-, en ambas submuestras.

Resultados: Se registraron 15.552 pacientes mayores de 65 años durante el periodo de estudio entre 2013 y 2016, de los cuales 8.968 (57,7%) precisaron VM. Entre los pacientes ventilados la mortalidad en

UCI fue del 22,3%. 627 pacientes (16,76%) presentaron NAVM, siendo de ellos hombres 9.758 (62,74%); con una edad media de 74,3 años (DE 6,0 años). La estancia media en UCI fue 5 días (RIC 2-11 días), con una media de 6,4 días de VM (DE 10,9 días). Entre los pacientes con NAVM fallecieron 263 (41,9%). En la submuestra de entrenamiento, los factores asociados a la adquisición de NAVM fueron el sexo masculino (OR 1,55; IC95% 1,21-1,99), el uso de nutrición parenteral (NP) (OR 1,30; IC95% 1,01-1,68), tiempo de VM más prolongado (a partir del 3^{er} día OR > 9), la realización de traqueostomía (OR: 1,37; IC95% 1,06-1,79) y la presencia de infección en la UCI de *S. aureus* metilín-resistente (MRSA) (OR: 3,33; IC95% 1,50-7,38). El poder discriminatorio del modelo en ambas submuestras era superior al 0,86. El modelo presentó buenas propiedades de calibración.

Conclusiones: Se describen las características principales de los pacientes ancianos con NAVM, y un modelo predictor para la misma que incluye variables tales como el sexo duración de la VM, el uso de NP, realización de la traqueostomía y presencia de MRSA, con un poder discriminatorio bueno.

149. IMPACTO DEL TAMAÑO DEL HOSPITAL EN LAS TASAS DE INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INVASORES EN PACIENTES CRÍTICOS

Catalán Gómez I^a, Álvarez Lerma F^b, Olaechea P^c, Catalán M^d, Nuvials X^e, Gracia MP^b, Gimeno R^f, Seijas I^g y Palomar M^h. Grupo de investigación: GRUPO ENVIN

^aHospital Sant Joan de Déu en Manresa. ^bHospital del Mar en Barcelona. ^cHospital de Galdakao en Galdakao. ^dHospital 12 de Octubre en Madrid. ^eHospital Vall d'Hebron en Barcelona. ^fHospital La Fe en Valencia. ^gHospital de Cruces en Barakaldo. ^hHospital Arnau de Vilanova en Lleida.

Objetivos: Evaluar el impacto del tamaño del hospital en el que están ubicadas las UCI en la tasa de infecciones relacionadas con dispositivos invasores (IRDI) en pacientes críticos.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional que incluye los pacientes ingresados más de 24 horas en las UCI españolas durante los meses de abril a junio en el año 2018. Los hospitales se clasifican en grandes (más de 500 camas), medianos (entre 200 y 500 camas) y pequeños (menos de 200 camas). Para cada uno de los grupos se determina la edad, estancia en días de UCI, APACHE II de los pacientes, el ratio de empleo de dispositivos invasores y las tasas de N-VM, IU-SU y BP-CVC expresadas por 1.000 días del factor de riesgo. Se han analizado las diferencias significativas en las diferentes variables dependiendo del tamaño del hospital atendiendo a las características de la variable en estudio.

Resultados: Se han incluido 27.514 pacientes de 219 UCI de las que 92 (42,0%) estaban en hospitales grandes, 88 (40,2%) en hospitales medianos y 39 (17,8%) en hospitales pequeños. Existen diferencias dependiendo del tamaño en la edad (62,1, 64,3 y 64,6 años), estancia en UCI (7,5, 6,7 y 6,1 días) y APACHE II (15,1, 14,4 y 13,0) así como en el ratio de uso de dispositivos invasores; ventilación mecánica (0,46, 0,43 y 0,31), sonda uretral (0,86, 0,81 y 0,73) y CVC (0,77, 0,7 y 0,6). Las tasas de IU-SU (3,24, 2,99 y 1,91 episodios por 1000 días de SU) y BP-CVC (2,91, 1,97 y 1,99 episodios por 1000 días de CVC) han sido superiores en las UCI de hospitales grandes mientras que las N-VM han sido superiores en los hospitales más pequeños (6,19, 5,0 y 6,89 episodios por 1.000 días de VM).

Conclusiones: Aunque las tasas son bajas es necesario incrementar las medidas de prevención de las N-VM en las UCI de hospitales de pequeño tamaño, con menor ratio de VM y mayor tasa de N-VM.

150. IMPACTO DE LA ESTRUCTURA, DOCENCIA Y GESTIÓN DE LOS HOSPITALES EN LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INVASORES EN UCI

Catalán Gómez I^a, Álvarez Lerma F^b, Olaechea P^c, Catalán M^d, Nuvials X^e, Gracia MP^b, Gimeno R^f, Seijas I^g y Palomar M^h. Grupo de investigación: Grupo ENVIN

^aHospital Sant Joan de Déu en Manresa. ^bHospital del Mar en Barcelona. ^cHospital de Galdakao en Galdakao. ^dHospital 12 de Octubre en Madrid. ^eHospital Vall d'Hebron en Barcelona. ^fHospital La Fe en Valencia. ^gHospital de Cruces en Barakaldo. ^hHospital Arnau de Vilanova en Lleida.

Objetivos: Evaluar el impacto del tamaño, gestión y docencia hospitalaria en el que están ubicadas las UCI en la tasa de infecciones relacionadas con dispositivos invasores (IRDI) en pacientes críticos.

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional que incluye los pacientes ingresados más de 24 horas en las UCI españolas durante los meses de abril a junio entre los años 2007-2013. Los hospitales se clasifican en grandes (más de 500 camas), medianos (entre 200 y 500 camas) y pequeños (menos de 200 camas). Docentes y no docentes si presentan docencia pre y/o postgrado o no. De gestión pública o privada según el origen prioritario de los fondos hospitalarios. Para cada uno de los grupos se determinó el número de IRDI así como las tasas de N-VM, IU-SU y BP-CVC expresadas por 1.000 días del factor de riesgo. Se han analizado las diferencias significativas en las diferentes variables dependiendo del tamaño, docencia y gestión hospitalaria atendiendo a las características de la variable en estudio.

Resultados: Se han analizado 115.961 pacientes procedentes de 211 UCI pertenecientes a 187 hospitales. En las tablas incluyen la distribución de las UCI en función de sus características estructurales y funcionales, así como su especialización. Más de la mitad (67.658) estaban ingresados en hospitales de más de 500 camas y en su mayoría en hospitales de la red pública (110.501), con capacidad docente pre y/o postgrado (108.798). Los centros de mayor tamaño presentaron un mayor número de IRDI (1,4, 1,39 y 1,26) así como mayores tasas de N-VM (14,25, 12,96, y 10,98) de ITU-SU (5,63, 4,75, y 3,31) y BP-CVC (4,9, 3,24 y 2,76). Los centros docentes presentaron un mayor número de IRDI (1,4 frente a 1,2) y mayores tasas de N-VM (13,94 frente a 8,3) de ITU-SU (5,36 frente a 2,94) y BP-CVC (4,38 frente a 2,42). Los centros de gestión pública solo mostraron mayor tasa de BP-CVC (4,37 frente a 2,67) y no aparecieron diferencias en el número de IRDI.

Características de las UCIs	Nº	%
	211	
Tamaño del hospital		
. >500 camas	92	43.6
. 200-500 camas	84	39.8
. <200 camas	35	16.6
Dependencia o gestión		
. Públicas	191	90.5
. Privadas	20	9.5
Capacidad docente		
. Docente	185	87.7
. No docente	26	12.3

Distribución de las UCI en función de su especialidad		
Tipo de unidad	Número	Porcentaje
Médica	6	2,8
Quirúrgica	6	2,8
Coronaria	2	0,9
Traumatológica	8	3,8
Polivalente	176	83,4
POCC	8	3,8
Quemados	2	0,9
Reanimación	3	1,4

Conclusiones: Aparecen diferencias según las características hospitalarias para las IRDI que orientan donde se deben implementar prioritariamente los programas de prevención y control de IRDI. Los centros de mayor tamaño y docentes presentaron entre 2007 y 2013 mayor número de IRDI y mayores tasas de N-VM, ITU-SV y BP-CVC. Estos datos los hace más sensibles a realizar e implementar proyectos de prevención y vigilancia de infección nosocomial en las infecciones estudiadas.

151. PIPERACILINA/TAZOBACTAM Y MEROPENEM EN PERFUSIÓN CONTINUA: ¿SE ALCANZA LA DIANA FARMACOCINÉTICA EN PACIENTES CRÍTICOS?

Esteve Pitarch E, Padullés Zamora A, Cobo Sacristán S, Anguela Calvet L, Maisterra Santos K, Gumucio Sanguino V, Farré Estebe A, Tubau Quintano F, Rigo Bonin R, Colom Codina H. *Grupo de investigación:* Grupo OTAC

IDIBELL-Hospital Universitari de Bellvitge en Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La infusión continua (IC) demostró optimizar las propiedades farmacocinéticas/farmacodinámicas (PK/PD) de betalactámicos al aumentar el tiempo que las concentraciones libres en equilibrio estacionario (fCss) superan la concentración mínima inhibitoria (CMI). No hay consenso sobre el objetivo óptimo PK/PD, pero se establece como mínimo el 100% del tiempo por encima de MIC siendo más exigente fCss \geq 4 CMI.

Objetivos: Describir las tasas de alcance del objetivo PK/PD del tratamiento con PTZ y MER administrados en IC a dosis estándar en pacientes críticos.

Métodos: Estudio prospectivo, PK en unidades de intensivos de un hospital de 3^{er} nivel, durante tres años. Criterios de inclusión: adultos con función renal correcta (GFR CKD-EPI fórmula \geq 60 ml/min/1,73 m²) y susceptibles de recibir PTZ o MER. Dosificación: PTZ 12/1,5 g/día y MER 3-6 g/día, respectivamente. Css determinadas mediante UHPLC-MS/MS. fCss calculadas a partir de las Css asumiendo 30% y 2% de unión a proteínas, para piperacilina (PIP) y MER respectivamente. Objetivo PK/PD definido como fCss superiores a CMI del microorganismo durante todo el intervalo, estableciendo dos puntos de corte: 100%fT \geq MIC y 100%fT \geq 4xMIC. Si aislamiento microbiológico, se seleccionó la CMI específica. En caso contrario, se seleccionó la CMI más resistente según EUCAST, estableciendo dos escenarios: A) Pseudomonas aeruginosa (PIP 16 mg/L, MER 2 mg/L) y B) Enterobacterias (PIP 8 mg/L, MER 2 mg/L).

Resultados: 139 Css (67% PTZ, 33% MER) correspondientes a 110 pacientes. Mediana de edad 63 años (47-71), GFR 110 ml/min/1,73 m² (80-148). Principal foco infeccioso: respiratorio (73%). Mediana fCss: 26,8 mg/l (18,1-42,8) PIP y 15 mg/l (7,4-30,4) MER. El 47% de las muestras (48% de los pacientes) tuvieron aislamiento microbiológico: 97% alcanzaron fCss \geq 4 CMI y todas, fCss \geq CMI. En casos sin microbiología se obtuvo (i) Escenario A: 80% de las fCss PIP \geq CMI y 10%, fCss \geq 4CMI; (ii) Escenario B: 96% de las fCss PIP alcanzaron valores \geq CMI y 53% valores \geq 4CMI. Respecto a MER, no hubo diferencias entre escenarios: 76% de las determinaciones consiguieron fCss \geq 4CMI y 100%, fCss \geq CMI.

Conclusiones: Dosis estándar en IC de MER y PTZ son suficientes para alcanzar 100%fT \geq MIC. Respecto al objetivo 100%fT \geq 4xMIC, se logra con dosis convencionales de MER, pero se requerirían dosis superiores a 12 g/día de PTZ en infecciones por microorganismos sensibles con CMI elevadas.

Financiada por: beca de investigación de la SEFH (AISEFH).

152. EFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE VESICAL (ITU-SV) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Janeiro Lumbreras D^a, Abella Álvarez A^a, Conejo Márquez I^a, Hómez Guzmán M^a, García Manzanedo S^a, García Arias M^a, Varillas Delgado D^a, Naharro Abellán A^a, Enciso Calderón V^a y Gordo Vidal F^b

^aHospital Universitario del Henares en Coslada. ^bGrupo de investigación en patología crítica, UFV en Madrid.

Objetivos: Evaluar el efecto de un protocolo de prevención de ITU-SV sobre las tasas de infección y evolución clínica.

Métodos: Estudio before-after en una UCI polivalente evaluando la tasa de ITU en ambos periodos, años 2016 y 2017. Se incluyeron todos los pacientes ingresados de forma consecutiva. Se realizó formación del personal en la prevención de ITU-SV basado en las recomendaciones del Center of Diseases Control (CDC). La formación se realizó mediante sesiones y visualización de vídeos al menos dos veces al mes durante el periodo after. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media y desviación estándar y las variables cualitativas en frecuencia y porcentaje. Se llevó a cabo inferencia estadística mediante test chi-cuadrado para la comparativa de variables cualitativas y test t-Student para cuantitativas. Se consideraron valores estadísticamente significativos aquellos con valor p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 1107 pacientes, 526 pacientes en el grupo before y 581 pacientes en el grupo after. No hubo diferencias significativas en cuanto a edad (63 \pm 15,57 frente a 62,9 \pm 15,15; p = 0,902),

sexo (hombres 313 (59,5%) frente a 342 (58,9%); $p = 0,828$) ni en las comorbilidades, excepto en la comorbilidad renal (69 (13,1%) frente a 46 (7,9%); $p = 0,005$) y en la comorbilidad endocrina (159 (30,2%) frente a 209 (36,0%); $p = 0,043$). La supervivencia en UCI fue similar en ambos grupos (502 (95,4%) frente a 560 (96,4%); $p = 0,425$) con una tendencia no significativa a menor estancia en días en UCI (4,60 \pm 6,48 frente a 3,90 \pm 5,26; $p = 0,050$). Se encontró una disminución significativa de la densidad de incidencia de ITU-SV por mil días de sondaje vesical (2,73 frente a 0,54; $p < 0,001$). La tasa de utilización de sonda vesical por estancia fue similar (0,87 frente a 0,84; $p = 0,853$), aunque el número de pacientes con sondaje vesical fue significativamente inferior (76,8% frente a 69,7%; $p = 0,008$).

Conclusiones: La implantación de un protocolo específico de prevención de ITU-SV se asoció a una disminución de la tasa de ITU-SV y una tendencia a menor estancia en UCI, con un descenso en el número de pacientes con sondaje vesical.

153. IMPLEMENTACIÓN EN UCI DE UN PAQUETE DE MEDIDAS RELACIONADAS CON EL SONDAJE URINARIO. ¿REDUCE LA TASA DE INFECCIÓN?

Vaña Soria L^a, Martín Iglesias L^a, López Amor L^a, Martín Cuadrado M^b, Álvarez García L^a, García Prieto E^a, Fernández Domínguez J^a, Rodríguez Lucas C^a, Valledor Méndez M^b y Escudero Augusto D^a. *Grupo de investigación: Microbiología traslacional del ISPA*

^aHospital Universitario Central de Asturias, ISPA-Microbiología en Oviedo.

^bHospital Universitario San Agustín en Avilés.

Objetivos: Establecer un paquete de medidas dirigidas a reducir la infección del tracto urinario asociada a sondaje urinario (ITU-SU) y adecuar el uso del SU. Evaluar los resultados a corto plazo.

Métodos: Diseño: elección de un conjunto de medidas basadas en la mejor evidencia disponible, determinación de la situación previa en base a datos ENVIN-HELICS entre el 2010-2017 (retrospectivo observacional) y comparativa post-intervención (estudio cuasiexperimental). Sujetos: todos los pacientes que ingresaron en dos UCIs polivalentes de nuestra comunidad en un período de 12 semanas y que fueron sondados. Se analizaron 222 pacientes y 228 sondajes. Variables: Clínicas: días de estancia en UCI, días de SU, medidas de verificación de la correcta inserción y cuidados posteriores. Relacionadas con el SU: material de la sonda, calibre y número de luces. De resultado: densidad de incidencia (DI) de ITU-SU. Ratio de utilización (RU) de SU. Estadística descriptiva y analítica. Las variables de tiempo se describen mediante mediana y rango intercuartílico (RIQ). Como medida de asociación se utiliza la Odds Ratio (OR).

Resultados: Mediana de estancia 4 días, RIQ 6. Mediana de SU 3 días, RIQ 6. Tipo de SU: 94% silicona, 16 French 63%, 2 luces 98%. Durante el período de estudio se diagnosticaron 3 ITUs, en dos casos en la tercera semana de ingreso y en uno de ellos en la cuarta semana. Dos pacientes desarrollaron shock séptico de foco urinario. Falleció un paciente, no siendo la muerte atribuible a la ITU.

	Preintervención	Postintervención	Medida de asociación
DI ITU-SU/1.000 días de SU	6,58	2,24	OR 0,28 [IC95%: 0,09-0,88]
RU	0,81	0,67	OR 0,48 [IC95%: 0,43-0,54]

Conclusiones: Han disminuido las tasas de ITU-SU y el ratio de utilización de SU en nuestras unidades, considerando el paquete de medidas instaurado como un factor protector. Se precisa mayor tiempo de intervención para afirmar la eficacia de estas medidas.

154. ¿ES NECESARIO REALIZAR CULTIVOS DE VIGILANCIA A TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI?

Domínguez Antelo C, Martín López C, Sayagués Moreira L, Barral Segade P, Robelo Pardo M, Rodríguez Ruiz E, Barbeito Castiñeiras G, Virgós Pedreira A, Suárez Freire A y Rascado Sedes P

C.H.U. Santiago de Compostela en Santiago de Compostela.

Objetivos: Estudiar la capacidad predictiva de los factores de riesgo para descartar la presencia de bacterias multirresistentes al ingreso en UCI.

Métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados en la UCI del H. de Conxo del C.H.U. de Santiago de Compostela entre el 1/7/2017 y 30/11/2018. Se analizan todos los factores asociados a alto riesgo de ser portador de bacterias multirresistentes según el Proyecto Resistencia Zero. A todos los pacientes se les realiza al ingreso frotis nasal y frotis rectal, y cultivo de orina y aspirado traqueal en caso de sondaje o intubación. Se recogen los resultados de todos los cultivos con crecimiento de bacterias multirresistentes realizados al ingreso. Se compara el grupo de pacientes sin ningún factor de riesgo con el grupo que presenta uno o más factores.

Resultados: Se incluyeron 490 pacientes. En 193 (39%) no había ningún factor de riesgo. En 297 (61%) al menos un factor. En pacientes sin factores de riesgo se aisló un multirresistente en muestras al ingreso en un 9,6% de los casos. Los microorganismos aislados fueron: E. coli BLEE 69%, S. aureus meticilín resistente (SAMR) 25%, Klebsiella spp BLEE 12%, Pseudomonas aeruginosa 6%. En pacientes con algún factor de riesgo se aisló un multirresistente en el 22% de los casos: E. coli BLEE 30%, Enterobacter spp BLEE 8%, Stenotrophomonas maltophilia 5%, Acinetobacter spp 6%, Klebsiella pneumoniae BLEE 17,5%, Pseudomonas spp 6%, Klebsiella spp productora de carbapenemasas 19%, SAMR 21%. En el 95% el factor de riesgo fue ingreso y/o antibioterapia previa. La presencia de algún factor de riesgo predice la multiresistencia al ingreso con un VPP de 22,3%, VPN 90,4%, sensibilidad 79,7%, especificidad 40,5%.

Conclusiones: La ausencia de factores de riesgo al ingreso en UCI permite descartar la presencia de bacilos Gram negativos de riesgo.

155. COMPARATIVA DEL PACIENTE VIH EN UCI EN LA DÉCADA DE LOS 90 Y EN LA ACTUALIDAD

Hortigüela VA, Rosas E, Tejero AI, Arias N, Vidal A, Robaglia D, Polanco LM, Alcalá MA y Pérez C

Fundación Jiménez Díaz en Madrid.

Objetivos: Comparar las diferencias del perfil del paciente VIH + hoy en día con respecto a la década de los 90 en las UCIs españolas.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes VIH + ingresados en la UCI de la Fundación Jiménez Díaz entre los años 2013 y 2018 ("muestra actual (MA)"). Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), motivo de ingreso en UCI, momento de diagnóstico del VIH (previo/en UCI), índices de gravedad (APACHE II), tiempo de estancia y supervivencia en UCI. Estos datos se contrastaron con los descritos en la bibliografía, en concreto en la UCI del hospital Arantzazu, San Sebastián entre los años 1985-1997 (Medicina Intensiva. 2001;25(7)) ("muestra de referencia (MR)").

Resultados: En la MA, se revisaron 122 pacientes VIH+ (10,04% del global de ingresos de la UCI), 88,5% varones, con una edad media de 46,8 \pm 11,6. El APACHE II medio fue de 16,1 \pm 8,4. En este grupo, solo 12 pacientes (10%) ingresaron en fase SIDA. Por el contrario, en la MR se analizaron 102 pacientes, también varones en su mayoría (70%), pero con una edad media menor (32 años) y un APACHE II medio más elevado (21,27 \pm 7,18). Entre el 60-70% de los pacientes de la MR ingresaban en fase SIDA. Los motivos de ingreso más habituales en la MA fueron: infecciones (31,2%), intoxicaciones (27,9%) y cirugía programada (17,1%). Sin embargo, en la MR las infecciones eran el motivo de ingreso en un 60% de los casos. Se realizó el primodiagnóstico de VIH en UCI en el 11,5% de los casos de la MA y la mayoría de este grupo ingresó por neumonía por Pneumocystis jirovecii (71,4% con $p = 0,013$). Por el contrario, en la MR se realizó diagnóstico de VIH durante el ingreso en el 20% de los pacientes. La estancia media de la MA fue de 6,1 \pm 8,9 días y la mortalidad en UCI del 16,4%, lo que muestra una reducción llamativa de ambos parámetros con respecto a la MR (estancia media en UCI de 8,9 \pm 9,1 días y mortalidad del 48%).

Conclusiones: El perfil de los pacientes VIH en UCI ha variado sustancialmente en los últimos años. Hoy en día suponen un grupo significativo del total de ingresados en UCI, con mayor edad media, menor gravedad y raramente en fase SIDA. Ingresan frecuentemente por motivos independientes de la enfermedad de base y a menudo por intoxicaciones. Cuando lo hacen por infección, suele realizarse el primodiagnóstico en UCI. Así mismo se observa actualmente una reducción llamativa de la mortalidad en UCI, salvo en los casos sin seguimiento o con mal cumplimiento de tratamiento.

156. ¿QUÉ OTRAS INFECCIONES SE ADQUIEREN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Gracia Arnillas MP^a, Álvarez Lerma F^a, Olaechea P^b, Catalán M^c, Nuvials X^d, Gimeno R^e, Seijas I^f y Palomar M^g. *Grupo de investigación:* Registro ENVIN

^aHospital del Mar en Barcelona. ^bHospital de Galdakao en Vizcaya. ^cHospital 12 de Octubre en Madrid. ^dHospital Vall d'Hebron en Barcelona. ^eHospital La Fe en Valencia. ^fHospital de Cruces en Vizcaya. ^gBarcelona

Objetivos: Conocer la incidencia de las infecciones adquiridas en UCI que no son objeto de seguimiento en el registro ENVIN.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo y observacional en los pacientes incluidos en el registro ENVIN (abril-junio 2018) en la que han participado 219 UCI. Se estudian los pacientes ingresados en UCI > 24h que han presentado una infección pasadas las 48h de su ingreso en UCI (infección intraUCI), y se han seguido hasta el alta de UCI o hasta un máximo de 60 días. Se documentaron las características demográficas empleando como medidas de resumen la frecuencia, media y desviación estándar (DE), y se expresa la tasa de infecciones por 100 pacientes y 1.000 días de estancia.

Resultados: Durante el periodo de estudio de los 27.514 pacientes recogidos, 2.245 pacientes (8,15%) han presentado una infección intraUCI (3.413 infecciones/12,4 infecciones por 100 pacientes/11,5 infecciones por 1.000 días de estancia). La edad media ha sido 61,4 años (DE 15,32), 66% varones. La patología de base ha sido: médica (53,4%), coronaria (7%), quirúrgica programada (11,3%) y traumática (14%). Un 26,95% de los pacientes han precisado cirugía urgente. El APACHE II medio ha sido 19,64 (DE 8,27) con una estancia media de 24,95 días (DE 16,31) y la mortalidad global 23,88%. Recibieron ventilación mecánica (VM) 88%, catéter venoso central 95%, sonda urinaria 97,6%, nutrición parenteral 24%, depuración extrarenal 17,4%, derivación ventricular externa 7,4%. La tasa de infecciones por 100 pacientes y 1.000 días de estancia ha sido respectivamente: traqueobronquitis asociada a VM (2,9% y 4%), traqueobronquitis no asociada a VM (0,4% y 0,57%), infección quirúrgica (1,2% y 1,67%), neumonía no relacionada con VM (0,4% y 0,58%), infección urinaria no relacionada con sonda uretral (0,05% y 0,07%), infección no quirúrgica aparato digestivo (0,3% y 0,5%), infección cutánea y tejidos blandos (0,2% y 0,3%), infección sin foco (0,17% y 0,24%), infección SNC (0,1% y 0,13%), Otras (0,17% y 0,5%).

Conclusiones: Del total de infecciones adquiridas en UCI la traqueobronquitis asociada a ventilación mecánica es una infección frecuente. La incidencia del resto de infecciones estudiadas es baja.

Pósteres orales

16:45h a 18:15h

Cardiovascular 4

Sala Eivissa 2

Moderadores: Ana Ochagavía Calvo
y Luis Rayo Ordóñez

157. RESULTADOS DE LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (HUGU)

Arriero Fernández N^a, Eguileor Marín Z^a, Estrella Alonso A^a, Silva Obregón JA^a, Viejo Moreno R^a, Romo Gonzales JE^a, Rojo Villar P^a, Arriero Fernández S^a, Tirado Fernández MA^a y Marian Crespo C^a. *Grupo de investigación:* UCI

^aHospital Universitario de Guadalajara en Guadalajara. ^bSanatorio Privado Neuropsiquiátrico Doctor León en Madrid.

Introducción: La parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCRH) es habitualmente precedida de un deterioro clínico. Los resultados de la atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR) dependen, entre otros, de factores asociados al tipo de paciente.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que presentan una PCRH en el HUGU y los resultados obtenidos.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo. Se analizaron los avisos a UCI por PCRH realizadas entre enero/2015 y junio/2018. Se recogen las variables relacionadas con el hospital, el paciente, el episodio de PCR y los resultados obtenidos. Como resultados se analizan la mortalidad hospitalaria y la situación funcional general mediante Glasgow Outcome Scale (GOS) a los 30 y 180 días. Variables categóricas como frecuencia y porcentaje; variables o mediana y rango intercuartílico (RI). Porcentajes comparados con chi-cuadrado o test exacto de Fisher; variables continuas con t-Student o U Mann-Whitney. Análisis multivariante realizado mediante regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 105 interconsultas por PCRH. El 64,8% se produjeron en salas del hospital sin monitorización. La mediana de edad fue de 76,0 (70,0-83,0) años y un 66,7% fueron varones. La mediana de estancia previa a la parada fue de 4,0 (1,0-7,0) días. La causa más frecuente PCRH fue de origen respiratorio. El ritmo inicial se registró en el 90,5%; el 84,2% era un ritmo no desfibrilable. La supervivencia a la PCRH en nuestro hospital fue del 6,7%. Los vivos sufrieron PCRH en una loca-

Figura Póster 157

Variable	Total (N=105)	VIVOS (n=7)	MUERTOS (n=98)	OR (IC 95%)	P VALOR
Edad (años)	76,0 (70,0 – 83,0)	70,0 (66,0 – 78,0)	76,0 (70,75 – 83,0)	1,04 (0,978 – 1,11)	0,205
Sexo					
Hombre	70 (66,7%)	5 (71,43%)	65 (66,3%)	1,27 (0,23 – 6,90)	0,782
Mujer	35 (33,3%)	2 (28,57%)	33 (33,7%)	Referencia	
Estancia previa a PCRH (días)	4,0 (1,0 – 7,0)	0,25 (0,25 – 2,0)	4,0 (1,0 – 8,0)	1,19 (0,92 – 1,54)	0,197
Localización					
Sin monitorización	68 (64,8%)	1 (14,3%)	67 (68,4%)	Referencia	
Con monitorización	37 (35,2%)	6 (85,7%)	31 (31,6%)	0,08 (0,01 – 0,67)	0,020
Presenciada					0,347
Si	81 (77,1%)	7 (100%)	74 (75,5%)	-	-
No	24 (22,9%)	0 (0%)	24 (24,5%)	-	-
CAUSAS PCRH					
Cardíaca	39 (37,1%)	4 (57,1%)	35 (35,7%)	Referencia	
Respiratoria	45 (42,9%)	2 (28,6%)	43 (43,9%)	2,46 (0,43 – 14,21)	0,315
Otras	21 (20%)	1 (14,3%)	20 (20,4%)	2,29 (0,24 – 21,89)	0,473
Ritmo cardiaco inicial	95 (90,5%)	5 (71,42%)	90 (91,8%)		
Desfibrilable	15 (14,3%)	3 (42,9%)	12 (12,2%)	Referencia	
No desfibrilable	80 (84,2%)	2 (28,6%)	78 (79,6%)	5,38 (1,07 – 27,00)	0,041

Tabla 1. Características de la PCRH en el HUGU. Variables cualitativas expresadas como n (%); Variables cuantitativas expresadas como: Media ± DE ^a o como Mediana (RI) ^b

Abreviaturas: OR, Odds Ratio; IC, Intervalo de Confianza

lización con monitorización y en ritmo desfibrilable de forma significativa. En el análisis multivariante la monitorización es un factor independiente de mortalidad [OR 0,096 (0,011-0,838), $p = 0,034$]. El 100% de los supervivientes están vivos a los 30 días y el 71,46% presentan buena recuperación (GOS 1) sin incapacidades neurológicas graves.

Conclusiones: La mortalidad de la PCRH en nuestra serie, se asocia a presentar un ritmo no desfibrilable y no estar monitorizado; La monitorización además es un factor independiente de mortalidad. Los supervivientes presentan buena situación general y cerebral.

158. VARIABILIDAD DE LA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA MEDIANTE TAPSE Y PROBPN

González Moyano AB, Cárdenas Giraldo JA, Cánovas Robles J, Vidal Porta P y Jaime Sánchez FA

Hospital General Universitario en Alicante.

Objetivos: Estudiar la afectación sobre la funcionalidad del VD que puede ocasionar la VMI mediante la determinación de pro-BNP en suero y la medición de TAPSE y el diámetro del VD por ecocardiografía.

Métodos: Estudio analítico observacional prospectivo. Pacientes ingresados en UCI polivalente de 19 camas de adulto del Hospital General Universitario de Alicante desde noviembre de 2018 sometidos a VMI sin disminución de la función sistólica del VD conocida previa. Variables: edad, sexo, motivo de ingreso, tensión arterial media, frecuencia respiratoria, modo ventilatorio, presión pico, PEEP, PEEP intrínseca, volumen tidal, diámetro del VD en paraesternal y en apical basal y medio, TAPSE, FEVI, pro-BNP, colapsabilidad de la vena cava y balance acumulado. Estas variables han sido medidas dentro de las 24 horas de ingreso, a los 2 días, a los 4 días y al 6°. Las variables categóricas se expresan en valor absoluto y las cuantitativas en $m \pm DT$. Se realizarán los test estadísticos oportunos cuando se complete el reclutamiento de pacientes el 30 de abril del 2019.

Resultados: De los 10 pacientes incluidos actualmente, 6H y 4M con edad media de $56,3 \pm 18,4$. 3 de los pacientes ingresan por enfermedad cardíaca, 2 eran neurocríticos, 2 politraumatizados, 1 shock séptico, 1 sangrante digestivo y 1 pancreatitis aguda. Todos estaban en volumen control en las primeras 24h, con media de PEEP de 6,6, PPICO de 19,5 y Vt medio de 483,5. La medias del TAPSE y proBNP en las primeras 24h fueron de 20,8 y de 451,6 respectivamente; a los 2 días de 22 y de 575; a los 4 días de 19,5 y 297,7 y a los 6 días de 20 y 204 (solo 1 paciente). La media del diámetro basal apical de VD a las 24h fue de 38, a los 2 días de 38,67, a los 4 días de 39 y al 6° día de 41.

Conclusiones: En los pacientes incluidos no se detecta disfunción del VD en relación con la VMI según los parámetros medidos aunque si se observan cambios en dichas medidas y cuantificaciones, dado el reducido tamaño de la muestra actualmente no se evidencian diferencias.

159. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS (PCR) INTRA-UCI CON RITMO DESFIBRILABLE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

López Carranza M, Loza Vázquez A, Lucena Calderón F, Palleja Gutiérrez E, Campanario García A, Vaquero Andreu S, Sánchez Román JA y Lesmes Serrano A. *Grupo de investigación: Registro de PCR Andalucía*

Hospital Virgen de Valme en Sevilla.

Objetivos: Analizar el tiempo de respuesta, mortalidad y recuperación neurológica de las PCR intra-UCI con ritmo desfibrilable en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en nuestro Hospital Universitario de 500 camas con una UCI polivalente de 14 camas. Las PCR intraUCI fueron recogidas en el Registro de Parada de Andalucía durante el periodo de mayo de 2012 a enero de 2018. Se realizó un análisis descriptivo de variables demográficas, tiempos de respuesta, mortalidad y resultado neurológico mediante escala CPC a largo plazo (1 año), analizando las variables cualitativas en porcentajes y las cuantitativas en medias $\pm DT$.

Resultados: En nuestra unidad atendemos un total de 935 pacientes/año, de los cuales el 22% son de etiología cardíaca. Durante los 6 años del periodo de estudio recogimos 60 PCR intra-UCI, 16 con ritmo desfibrilable (FV/TV), que suponen 3% de los pacientes/año. 14 hombres (87,5%) y 2 mujeres (12,5%). La edad media de los pacientes es de $62,81 \pm 11,7$ años con un rango de edades entre 36 y 79 años. En el 62,5% de los casos

el ritmo inicial es fibrilación ventricular y en el 37,5% Taquicardia ventricular sin pulso. La etiología de la PCR fue cardíaca el 88% de los casos. En todos los casos se realiza desfibrilación eléctrica manual siendo el tipo de onda aplicada bifásica en el 93,8% de las veces. El tiempo de respuesta transcurrido desde la parada hasta la desfibrilación eléctrica es de $1,5 \pm 1,03$ minutos. Durante la reanimación, la media de choques eléctricos aplicados es de $2,5 \pm 2,4$. En 8 pacientes (50%) se precisa un solo choque eléctrico, en 4 pacientes entre 2 y 4 descargas, y en 4 de los pacientes (25%) se les aplica 4 o más. 10 pacientes (62,5%) recuperaron circulación espontánea efectiva tras más de 20 minutos de reanimación, 4 pacientes (25%) recuperaron la circulación antes de 20 minutos y 2 pacientes fallecen sin recuperar circulación espontánea. La recuperación neurológica al alta de UCI fue CPC I-II 7 pacientes (44%), III-IV 6 pacientes (37%) y exitus 3 pacientes (19%). Mortalidad al año 53%.

Conclusiones: El tiempo de atención hasta la desfibrilación es adecuado, lo que supone que haya un mayor porcentaje de pacientes con buena recuperación neurológica al alta de UCI (CPC I-II). Los pacientes con peor recuperación neurológica (CPC III-IV) finalmente fallecieron durante el primer año.

160. ANEURISMA ABDOMINAL ROTO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Hernández Garcés H, López García E, Navarro Lacalle A, López Chicote C, Lizama López L, Ochagavía Barbarin J, Sotos Díaz I, Borrás Palle S, García Ochando L y Zaragoza Crespo R

Hospital Universitario Doctor Peset en Valencia.

Introducción: Conocer y describir las características de los pacientes ingresados por aneurisma abdominal roto en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos. Analizar posibles factores de riesgo de mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes admitidos entre el 1 de enero de 2011 y 31 de diciembre de 2017. Se evaluó la normalidad de las variables cuantitativas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, y se expresan mediante media (DE) o mediana (IQR). Las variables cualitativas se expresan mediante porcentajes. Se evaluaron las diferencias entre los pacientes fallecidos y no fallecidos mediante t-Student para variables cuantitativas y mediante chi-cuadrado para variables cualitativas. Los riesgos se expresan mediante OR y su intervalo de confianza 95% y se ajustaron a un modelo de regresión logística. Se consideró p significativa $< 0,05$. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS-17. Ingresaron 44 pacientes durante el periodo de estudio. Su edad fue $71,9 \pm 10,5$ años, con un SOFA SCORE $7,2 \pm 3,9$ y se transfundieron $6,5 \pm 4,0$ concentrados de hemáties durante las primeras 24 horas. La estancia en UCI fue de 5 (7,5) días y la hospitalaria de 9 (8,75) días. Predominio de pacientes varones 95,5%. HTA en 79,5%, DM en el 22,7%, cardiopatía isquémica crónica 18,2% y enfermedad pulmonar previa en el 20,5%. Estaban tratados con metformina el 9,1% y con estatinas el 43,2%. El abordaje fue quirúrgico en el 68,2% y percutáneo en el 31,8%. Desarrollaron coagulopatía postratamiento el 50%. Tratamiento exitoso en el 86,4%. Insuficiencia renal aguda o crónica reagudizada el 70,5%. Complicaciones en el 52,3%, siendo la más frecuente la isquemia de miembros inferiores en el 22,7% de todos los pacientes. Presentaron componente torácico el 4,5% y requirieron reintervención el 9,1%. La mortalidad en UCI fue del 38,6% y a los 28 días del 45,5%. Los pacientes fallecidos a los 28 días presentaban edades superiores $76 \pm 9,4$ frente a $69 \pm 10,4$ ($p 0,02$) y SOFA SCORE superior $9,8 \pm 3,6$ frente a $5,6 \pm 3,2$ ($p 0,01$). Se identificó como factor de riesgo de mortalidad a los 28 días la cardiopatía isquémica crónica previa con OR 6,81 (IC95% 1,18-39,25).

Conclusiones: Los aneurismas abdominales rotos suelen presentarse en personas de sexo masculino, con HTA previa. El abordaje más frecuente fue quirúrgico y la mitad sufrieron complicaciones. Los fallecidos presentaron scores de gravedad superiores y son más añosos. La cardiopatía isquémica previa supone un factor de riesgo de mortalidad a los 28 días.

161. EFECTO A CORTO PLAZO DEL LEVOSIMENDÁN EN EL STRAIN MIOCÁRDICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Keituqwa Yáñez I, Arcís Conesa A, Nicolás Franco S, Burruezo López A, Navarro Martínez J, Rodríguez González FJ y Mariblanca Nieves B

Hospital Rafael Méndez en Lorca.

Objetivos: Evaluar si el levosimendán produce cambios a corto plazo en el strain del ventrículo izquierdo (VI) obtenido por speckle tracking en pacientes con disfunción sistólica de VI.

Figura 1 Póster 161

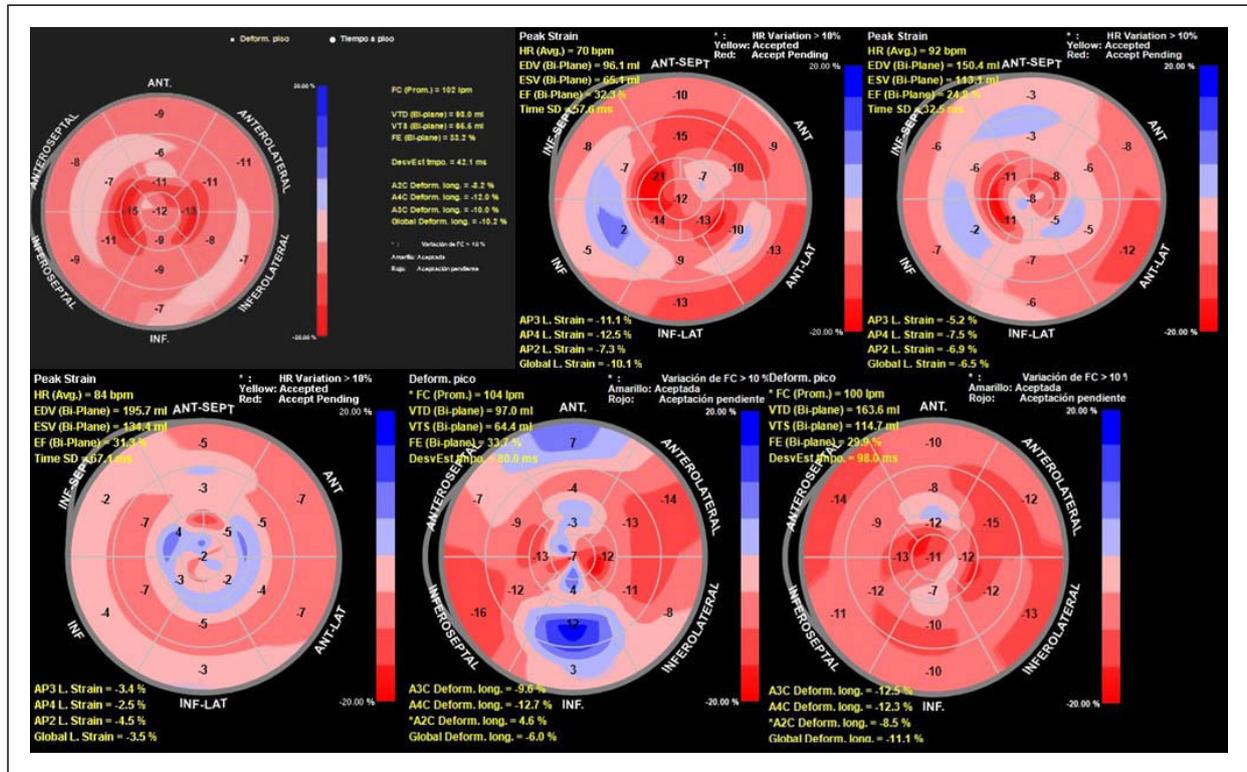
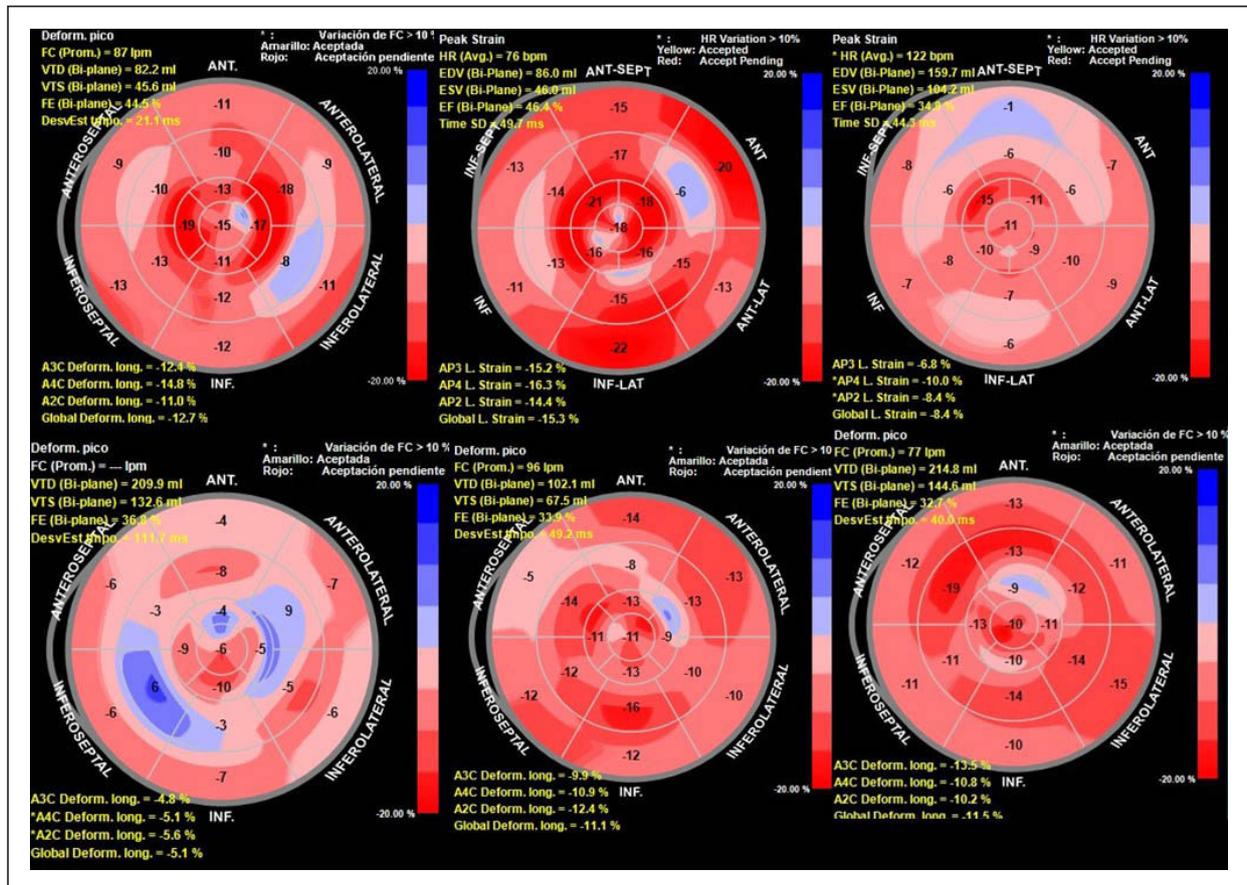


Figura 2 Póster 161



Métodos: Se incluyeron 6 pacientes consecutivos con una media de edad de $61,3 \pm 5,4$ años y fracción de eyección de VI menor al 40% con diagnóstico de insuficiencia cardíaca ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Rafael Méndez de Lorca y a los que se les trató con levosimendán. A todos ellos se les realizó estudio ecocardiográfico incluido estudio de strain miocárdico por speckle tracking previo al tratamiento con levosimendán y entre 48-72 horas de la finalización de la infusión del mismo.

Resultados: De los 6 pacientes en 5 de ellos la disfunción sistólica de VI tenían etiología isquémica y el caso restante era una miocardiopatía dilatada multifactorial. La media del strain global longitudinal (SGL) pre tratamiento fue de $-7,88 \pm 2,7\%$, siendo la media del SGL posterior al tratamiento de $-10,6 \pm 3,2\%$. El incremento en los valores de strain fue superior en los pacientes con disfunción sistólica de origen isquémico que en el caso de miocardiopatía dilatada no isquémica.

Conclusiones: EL strain obtenido por speckle tracking nos ha permitido evaluar de forma precisa la mejoría de la función sistólica longitudinal del VI en pacientes con insuficiencia cardíaca tratados con levosimendán, siendo este un parámetro robusto para la valoración completa y cuantitativa de la función ventricular izquierda.

162. AWAKE ECMO-VA EN SHOCK CARDIOGÉNICO: UNA EXPERIENCIA PROMETEDORA

Martín Badía I, Pagliarani Gil P, Pérez Vela JL, Renes Carreño E, Corres Peiretti MA, Delgado Moya F, Valiente Fernández M, Lesmes González de Aledo A y Montejo González JC

Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Describir los resultados del uso de ECMO-VA implantados en pacientes con shock cardiogénico (SC) despiertos y en ventilación espontánea (VE).

Métodos: Estudio descriptivo sobre una serie de casos de SC de diferentes etiologías ingresados en una UCI Cardiológica entre 2015 y 2018 que reciben soporte circulatorio mediante ECMO-VA implantados despiertos en VE. Se han analizado variables demográficas, etiología del SC, objetivo del soporte, complicaciones, estancia hospitalaria y supervivencia. Las variables cuantitativas se expresan como mediana (rango intercuartílico) y las cualitativas como porcentajes.

Resultados: Se incluyen 9 pacientes (77% hombres), con una mediana de edad de 50 (47-57) años. Mediana de APACHE-II de 16 (9-19) y de SAPS-II de 30 (25-32). La etiología del SC más frecuente ($n = 7$) fue la descompensación de insuficiencia cardíaca avanzada en pacientes pretrasplante (71% INTERMACS 1, 29% INTERMACS 2). Las otras: 1 infarto agudo de miocardio y 1 miocardiopatía séptica. El objetivo del soporte en los 8 primeros fue el puente a trasplante (78%) o a decisión (11%), de los cuales 6 (75%) llegan a recibir trasplante y 2 (25%) fallecen. En la miocardiopatía séptica fue puente a recuperación. En 7 (78%) se implantó balón de contrapulsación intraaórtico (5 previos y 2 durante la asistencia). La mediana de horas de asistencia fue de 192 (146-312). 8 (89%) tuvieron alguna complicación asociada a la asistencia: la más frecuente el sangrado pericánula (5), seguida de isquemia de miembros inferiores (3). Otras complicaciones: daño renal agudo en el 67% (5 antes y 1 tras la asistencia, con recuperación total en el 100%), neurológica en 55% (1 ictus isquémico, 4 síndromes confusionales) e infecciosa en 44% (3 asociadas a dispositivo intravascular, 1 urinaria). Destacar la ausencia de infecciones respiratorias y de debilidad del paciente crítico (incidencia del 23 y 20%, respectivamente, en nuestra serie general de ECMO-VA). La mediana de estancia en UCI fue de 16 días (14-19) y hospitalaria de 38 (34-65). La supervivencia en ECMO fue del 77,7%, en UCI del 55,5% y hospitalaria del 44,4%.

Conclusiones: El implante de ECMO-VA como soporte circulatorio en shock cardiogénico con el paciente despierto y en ventilación espontánea parece una opción viable con el objetivo de evitar la ventilación mecánica y la necesidad de sedación.

163. PARÁMETROS PRONÓSTICOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI TRAS UNA PARADA CARDIACA REANIMADA

Arroyo Díez M, Zabalegui Pérez A, Gero Escapa M, Perea Rodríguez ME, de la Torre Vélez P, Granados Sáenz de Tejada PB, Martínez Barrios M, Ossa Echeverri S, Fernández Ratero JA y Callejo Torre F

Hospital Universitario de Burgos en Burgos.

Objetivos: Describir los parámetros pronósticos de los pacientes ingresados en nuestra UCI por parada cardíaca reanimada (PCRr).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de las PCRr ingresadas en nuestra UCI en 2018. Test chi cuadrado (Fisher), t-Student o U de Mann-Whitney según características de la variable. Se analizaron los parámetros epidemiológicos, origen de la PCR, ritmo de PCR, tiempos de inicio (ti) y de duración de reanimación (dRCP), presencia de hipo/hipertensión en las primeras 12 horas (hipot12/HiperT12), aplicación de hipotermia terapéutica (hT^a) y se evaluó el pronóstico mediante el GOS extendido (GOSe) y la Escala de Rankin modificada (Rm) al alta de UCI (RmUCI), hospitalaria (Rmh) y de los supervivientes a los 6 meses (Rm6). Se definió como buen pronóstico (RmB) aquel Rm agrupado < 4 y de mal pronóstico (RmM) si el Rm agrupado ≥ 4 .

Resultados: 48 pacientes (90% de las PCR). 33% mujeres (16), edad media $66,54 \pm 14,13$ (DS). Origen: cardiopatía isquémica (CI) 20 (RmhB 53,8%), insuficiencia respiratoria (IR) 9 (RmhB 11,1%), insuficiencia cardíaca 5 (RmhB 40%), arritmia primaria 4 (RmhB 100%), TEP 2 (RmhB 0%), sepsis 2 (RmhB 0%), ACV hemorrágico 2 (RmhB 0%), otras 4 (RmhB 50%). Hipotermia terapéutica (hT^a) 21% (10). Mediana ti 2 min (RQ 0-5) y dRCP 10 min (RQ 7-20). Ritmo de PCR: asistolia 29% (14), DEM 21% (10), FV 42% (20), TV 8% (4). PCR Intrahospitalaria 50% (24). Testigo de PCR 81% (39). Exitus 46% (22) (A 71,4%, DEM 90%, FV15%, TV 0% - $p < 0,001$ -). El RmUCIB fue 35% (17), RmhB 46% (22) y Rm6B 100% (8). El GOSe presentó una correlación directa con el Rm. Si hT^a, RmhB/M 36/8% ($p < 0,05$) y si hT^a en CI 46/29% ($p < 0,05$). La dRCP $\geq / < 10$ min mostró $p = 0,011$ respecto a Rmh. Edad media para el Rmh fue $62,4/70,2$ ($p 0,028$). RmhB en asistolia correspondió al 14,3%, DEM 10%, FV 75% y TV 100% ($p < 0,01$). Los 6 pacientes con hipot12 fallecieron, la presencia de HiperT12 se correspondió con un Rmh del 50%. En la comparación del Rmh respecto a las variables de PCRr intra/extrahospitalaria, presencia o no de testigo y el ti ≥ 2 , el valor de $p > 0,05$.

Conclusiones: En nuestro registro, los parámetros que se relacionaron con RmhB fueron: la hT^a, el ritmo inicial (FV y TV respecto a A y DEM), la PCRr por CI respecto a IR. Los que se relacionaron con RmhM: tRCP ≥ 10 min, el ritmo inicial (A y DEM), la hipot12 (todos los pacientes con hipot12 fallecieron). El 46% de las PCRr ingresadas en nuestra UCI presentaron RmhB.

164. ECPR INTRAHOSPITALARIO: EVOLUCIÓN, PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES

García Sagastume A, García Redruello C, Touceda Bravo A, Segura Pensado M, Porral Sánchez B, Menor Fernández EM, Rodríguez Fernández MJ, Mosquera Rodríguez D, Freita Ramos S y Chico Carballas JI

Hospital Álvaro Cunqueiro en Vigo.

Objetivos: Analizar las causas, evolución clínica, complicaciones y mortalidad de pacientes que sufren PCR intrahospitalaria, y que son reanimados mediante ECPR (extracorporeal cardiopulmonary resuscitation) de acuerdo al protocolo de atención a la PCR de nuestro centro (Hospital Álvaro Cunqueiro).

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, que incluye a aquellos pacientes que sufren PCR presenciadas y refractarias a soporte cardiovascular avanzado convencional; siendo atendidas a nivel intrahospitalario en el período de 1 año, desde noviembre de 2017 a noviembre de 2018, y que son asistidas mediante soporte cardiopulmonario con ECMO. Se han estudiado variables demográficas, días de ingreso en UCI y de hospitalización total, causas de PCR, mortalidad, y morbilidad de acuerdo con resultados neurológicos de la escala CPC (Cerebral Performance Category) al mes, seis meses y al alta. Por otra parte, se han analizado también datos respectivos a la perfusión sistémica del paciente durante la PCR y su recuperación posterior, así como duración de la canulación VA y complicaciones del soporte con ECMO. El análisis estadístico ha sido realizado con SPSS.

Resultados: En este período de tiempo fueron reanimados siete pacientes en nuestro centro mediante ECPR: su media de edad fue de $54,8 \pm 17,7$ años. La estancia media en UCI y hospitalización total fue de $32,6 \pm 23$ y $42,2 \pm 28,4$ días respectivamente. La principal causa de PCR fue la cardiopatía isquémica (57,1%) seguido de TEP, miocarditis aguda y tormenta arritmica (14,3%). El tiempo medio de NoFlow (hasta inicio de RCP avanzada) fue de 6 ± 3 min, siendo el tiempo de LowFlow (durante la canulación) de 47 ± 18 min. El 57,1% (4 casos) se canularon en la UCI, mientras que el 42,9% (3 casos) en sala de hemodinámica. La supervivencia global ha sido del 42,9%, similar a la descrita en la literatura, con una óptima situación neurológica al alta hospitalaria en todos

los casos (CPC 1). Las principales causas de muerte fueron debidas a complicaciones peri-canulación (50% de los exitus) seguida de shock cardiogénico refractario y fracaso multiorgánico. Con respecto a las complicaciones durante el ingreso, las más frecuentes fueron las infecciosas, bacteriemia asociada a catéter (20%) y neumonía asociada a ventilación mecánica (20%).

Conclusiones: El uso de ECMO en PCR se relaciona con datos de supervivencia y resultados favorables respecto a función neurológica, lo que parece reflejar la importancia cada vez mayor de esta técnica en la práctica clínica.

165. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS BIOMARCADORES CARDIACOS Y LA HIPERTENSIÓN PULMONAR O DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR?

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

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Describir la relación entre los biomarcadores cardiacos y los hallazgos ecográficos (ETT) de los pacientes con TEP que ingresan en UCI.

Métodos: Análisis de cohorte retrospectivo de pacientes con ingreso por TEP en UCI de 2011 a 2018. Se excluyen los TEP como diagnóstico secundario. Se registran datos demográficos, ETT y biomarcadores cardiacos. Se utiliza la U de Mann-Whitney para comparar medianas.

Resultados: Se incluye 82 pacientes, 43% varones, edad 64 (44-77), APACHE-II 12 (8-17), fibrinólisis 42%, mortalidad hospitalaria 15%. ETT 84%. En las tablas se comparan los biomarcadores en función de los hallazgos ecográficos.

	TAPSE \geq 17 mm P50 (P25-P75)	TAPSE $<$ 17 mm P50 (P25-P75)	P
Tnl (ng/ml), n = 55	0,51 (0,09-0,77)	0,56 (0,15-1,6)	0,27
hs-cTnl (ng/l), n = 9	12 (5-20)	86 (20-150)	0,24
BNP (pg/ml), n = 30	198 (124-810)	112 (45-636)	0,37

	PSAP \geq 30 mmHg P50 (P25-P75)	PSAp $<$ 30 mmHg P50 (P25-P75)	P
Tnl (ng/ml), n = 55	0,16 (0,04-0,71)	0,15 (0,02-0,3)	0,42
hs-cTnl (ng/l), n = 9	12 (3-20)	86 (20-150)	0,14
BNP (pg/ml), n = 30	320 (90-504)	150 (70-703)	0,93

Conclusiones: La elevación de biomarcadores cardiacos en el TEP no se correlaciona con la hipertensión pulmonar ni con el fallo ventricular derecho, por lo que para su diagnóstico es necesario realizar ETT en la fase aguda a los pacientes con TEP.

166. PERFIL Y ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN SHOCK CARDIOGÉNICO QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INOTRÓPICOS EN LA UCI DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ EN LOS AÑOS 2017-2018

Rivas Gómez-Plana F, Morales Navarrete M, Oliva Fernández P, Recart Batrakova E, Laouchiri Mozo I, Tristancho Garzón A, Cabeza Cabeza F, Ponce Ponce P, Gallardo Carabajo V y Domínguez García P

Hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes en shock cardiogénico que ingresan en la UCI del hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) y que reciben tratamiento con inotrópicos (perfil de riesgo cardiovascular, etiología y tratamiento). Estudiar la mortalidad global de estos pacientes. Valorar mortalidad en los grupos tratados con distintos inotrópicos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 122 pacientes recogidos de la base de datos ARIAM, ingresados por shock cardiogénico entre 2017-2018 en la UCI HJRJ. Utilizamos SPSS con la prueba de hipótesis χ^2 .

Resultados: De un total de 122 pacientes con shock cardiogénico el 75% son hombres (mediana edad 65 años). Se analizan factores de riesgo cardiovasculares, siendo el más frecuente hipertensión arterial (65%), dislipemia (54%) y diabetes mellitus (44%). El 35% de estos pacientes presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica crónica; el 41%

eran fumadores. La etiología fundamental es el IAM (64%), siendo otras causas valvulopatías (2,4%), miocardiopatía (9,8%), muerte súbita (3,3), insuficiencia cardiaca descompensada (2,4%), taponamiento cardiaco (2,4%), miopericarditis (1,6%), arritmias (1,6%), Takotsubo (0,8%), otros (10,6%). Recibieron tratamiento con inotrópicos el 57,37%: 81,4% tratados con levosimendan, 18,5% con dobutamina y 4,27% con ambos. De los tratados con levosimendan el 86% presentaban FEVI gravemente deprimida ($p = 0$) (en los tratados con dobutamina el 46,2% tenían FEVI gravemente deprimida y el 30,8 moderadamente deprimida $p = 0,196$). El 31% necesitó ventilación mecánica no invasiva ($p = 0,01$) (siendo el 39% en los pacientes con dobutamina $p = 0,04$) y el 46% ventilación mecánica invasiva ($p = 0,003$) (54% en pacientes con dobutamina) ($p = 0,03$). Además, 10% de los tratados con levosimendan precisó la utilización de balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAO). La mortalidad global es del 21%, habiendo estudiado la mortalidad en ambos grupos, siendo mayor en los pacientes tratados con levosimendan (28,1%) que en los pacientes tratados con dobutamina (15,4%) ($p = 0,00$).

Conclusiones: 1. La mayoría de los shock cardiogénicos en nuestros pacientes son causados por IAM. 2. En nuestra unidad hay un porcentaje mayor de utilización de Levosimendan que de Dobutamina, aunque estos pacientes tienen un porcentaje más alto de mortalidad. 3. Tras el estudio de los datos, pensamos que esto es debido a un perfil de mayor gravedad inicial en estos pacientes (peor FEVI, mayor utilización de VMI y de BCIAO).

167. INFLUENCIA DEL TAMAÑO DEL HOSPITAL EN LA EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DEL PACIENTE CRÍTICO

Gómez R^a, Guía C^b, García Paredes T^c, Barrios Pérez A^d, González J^e, Solla Buceta MA^f, Rodríguez Giardini DP^g, Besteiro Grandío B^h, Keituaqwa Iⁱ y Zapata L^j. Grupo de investigación: GT cuidados cardiológicos, ICAUCI

^aHospital QuirónSalud Miguel Domínguez en Pontevedra. ^bCorporación Sanitaria Parc Taulí en Sabadell. ^cHospital Regional Universitario de Málaga en Málaga. ^dHospital Universitario de la Ribera en Alcira. ^eComplejo Hospitalario Universitario de Vigo en Vigo. ^fComplejo Hospitalario Universitario de A Coruña en A Coruña. ^gConsortio Sanitario de Terrassa en Terrassa. ^hClínica Juaneda Menorca en Ciutadella. ⁱHospital Rafael Méndez en Lorca. ^jHospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona.

Objetivos: Analizar la influencia del tamaño del hospital en el manejo y el pronóstico de la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) en UCI.

Métodos: Subanálisis del registro ICA-UCI, registro observacional multicéntrico nacional en el que participaron 33 hospitales. Se analizan todos los pacientes mayores de 18 años que ingresaron en UCI más de 24 horas con diagnóstico de ICA o que la desarrollaron durante su ingreso por otra causa. Se subdividen los hospitales según el número de camas siguiendo el criterio de otros grandes estudios nacionales en: < 200 ; $200-500$; > 500 . Los datos se expresan en media [IC95%]. Se realizó el estudio estadístico con el programa SPSS V.25 utilizando para las comparaciones t-Student, RR o chi-cuadrado según procediese. Valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos. Se realizó un estudio de regresión logística ajustado por gravedad y factores de confusión para el análisis de la mortalidad.

Resultados: Durante el período de estudio, abril a junio de 2017, ingresaron 627 pacientes con ICA. La edad media fue de 66,4 años [64,8-68,1], el 38% fueron mujeres, APACHE II 20,6 [19,3-21,9]. Los hospitales < 200 aportaron el 9% del total de enfermos, los $200-500$ el 60,7% y los > 500 el 30,3%. No existieron diferencias significativas en la incidencia de ICA en UCI entre los diferentes hospitales (13,4% frente a 13,8% y 15,8% respectivamente). Los pacientes que presentaron ICA fueron de mayor edad en los hospitales < 200 (72,6 [68,9-76,4] frente a 69,2 [67,2-71] frente a 67,6 [66,2-68,9]; $p = 0,021$), sin existir diferencias significativas en cuanto a gravedad al ingreso definida por APACHE II (16,3 [13,6-19,1] frente a 19,6 [17,7-21,4] frente a 18,9 [17,8-20,1]). La forma de presentación más frecuente de la ICA fue la congestión pulmonar (80,4%) y sistémica (50%) en los hospitales < 200 y la congestión pulmonar (79,5%; 82%) e hipoperfusión tisular (41,6%; 46,6%) en los hospitales $200-500$ y > 500 . Respectivamente, la monitorización hemodinámica invasiva fue 14,3% frente a 24,7% frente a 24,5 ($p = 0,2$), y la utilización de ecocardiografía 46,4% frente a 84,2% frente a 82,6% ($p < 0,001$). En cuanto al tratamiento precoz los hospitales < 200 utilizaron más diuréticos (98,2% frente a 83,5% frente a 86,4% $p = 0,014$) sin diferencias en cuanto a utilización de vasopresores ni inotropos. Los hospitales > 500

tuvieron una mayor proporción de ventilación mecánica invasiva (28,6% frente a 28,1% frente a 39%; $p = 0,02$) y los < 200 una menor proporción de utilización de VNI (19,6% frente a 38,1% frente a 34,6%; $p = 0,025$). No existieron diferencias significativas en los días de estancia en UCI ni hospitalaria entre los diferentes tipos de hospital. En el análisis multivariado de mortalidad a los 30 días el tipo de hospital no fue uno de los factores relacionados con la misma.

Conclusiones: No existen diferencias epidemiológicas de la ICA entre hospitales. En los hospitales > 500 los pacientes con ICA son de una mayor complejidad. No existen diferencias en cuanto a mortalidad.

168. EXPERIENCIA TAVI. SUPERVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA

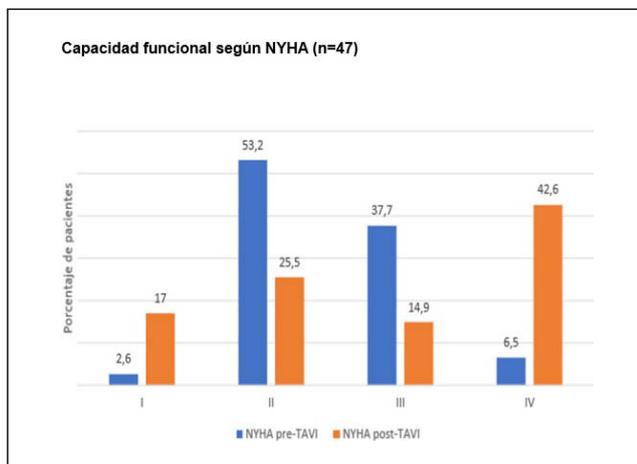
Rodríguez Mejías CM^a, Olivencia Peña L^a, Castán Ribas P^a, López Fernández A^a, Valencia Quintero JP^b, Puerma Jiménez J^a y García Delgado M^a. *Grupo de investigación:* Registro ARIAM Cirugía Cardíaca

^aHospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada. ^bHospital Santa Ana en Motril.

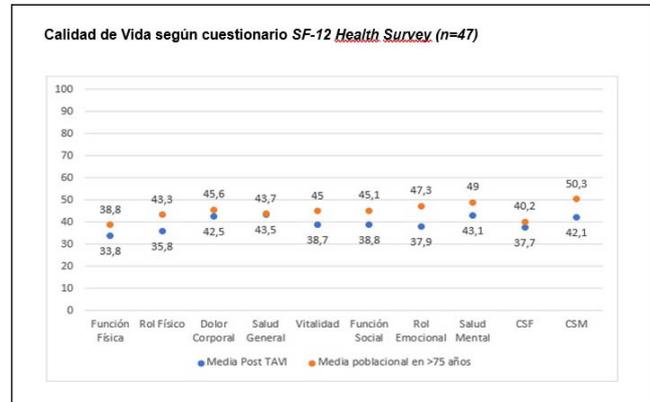
Objetivos: Analizar la supervivencia, grado de funcionalidad y calidad de vida tras implantación de TAVI transfemoral.

Métodos: Estudio longitudinal, unicéntrico, basado en el registro prospectivo ARIAM de cirugía cardíaca. Incluidos 77 pacientes sometidos consecutivamente a TAVI transfemoral desde enero de 2015 a diciembre de 2016. Tiempo de seguimiento desde 1,5 a 3,5 años, realizado vía telefónica. Análisis descriptivo de variables basales demográficas: edad, sexo, comorbilidades, riesgo quirúrgico (EuroSCORE) y grado NYHA. Supervivencia por el método Kaplan-Meier, la calidad de vida con el cuestionario SF-12 Health Survey y valoración funcional post-TAVI según NYHA. Usando test no paramétrico de Wilcoxon para NYHA pre y post, regresión de Cox para factores asociados a supervivencia y modelo de regresión logística multivariante para factores asociados a calidad de vida.

Resultados: Edad media $78,51 \pm 8,70$ años, 53,2% mujeres. NYHA medio $2,48 \pm 0,66$, EuroSCORE medio $15,23 \pm 9,20$ y EuroSCORE 2 medio $3,64 \pm 2,96$. Supervivencia al mes del 98,70% (IC95%: 96-100%), a los 6 meses del 90,90% (IC95%: 85-96%), al año de 80,52% (IC95%: 72-88%), a los dos años de 72,10% (IC95%: 63-80%) y a los tres años del 60,30% (IC95%: 50-69%). Fallecieron 25 pacientes, causas más frecuentes: insuficiencia cardíaca (16%) y hemorragia cerebral (16%). Respondieron al cuestionario de calidad de vida 47 pacientes; peores puntuaciones en nuestro estudio respecto de la media poblacional española para > 75 años; habiendo una diferencia pequeña en el componente sumario físico y una diferencia grande en el componente sumario mental. Los resultados de la capacidad funcional muestran recuperación (NYHA I) tan sólo en el 17% de los pacientes. No hallando asociación en las variables exploradas asociadas a supervivencia tras TAVI (edad, el sexo y NYHA).



Conclusiones: La implantación de TAVI transfemoral en nuestro centro, está teniendo muy buenos resultados en cuanto a supervivencia a corto y medio plazo, siendo del 98,70% en los primeros 30 días posprocedimiento. Los datos no son tan positivos en cuanto a la ganancia de calidad de vida y recuperación funcional, aunque cercanos a lo publicado hasta el momento.



169. SISTEMAS DE ASISTENCIA CARDIACA: OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) Y ASISTENCIA VENTRICULAR EN ADULTOS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)

Robles Arista JC^a, Amat Serna T^b, Alonso Muñoz G^a, Carmona Flores R^a, Pérez Manrique R^a, Ben Abdellatif I^a, Bueno Bueno M^a, Pozo Laderas JC^a y de la Fuente Martos C^a

^aHospital Universitario Reina Sofía en Córdoba. ^bComplejo Hospitalario de Jaén en Jaén.

Objetivos: La ECMO es un sistema de oxigenación extracorpórea que proporciona soporte cardíaco y/o respiratorio. Sus indicaciones son la insuficiencia respiratoria grave y el fallo cardíaco cuando el tratamiento médico fracasa. Existen dos formas: AV (soporte cardíaco) y la VV, en ambas se oxigena la sangre en el exterior del cuerpo. La asistencia ventricular es un sistema de soporte cardíaco. Hemos analizado nuestra experiencia en el uso de los soportes mecánicos en el paciente adulto en nuestra unidad.

Métodos: Estudio observacional prospectivo desde el primer implante de dichos dispositivos en el año 2009 hasta diciembre de 2018. Analizamos características del paciente, indicación, características del paciente, evolución y complicaciones. Realizamos un análisis descriptivo y relación de mortalidad según escores pronósticos.

Resultados: Se han implantado 82 ECMO y 6 asistencias ventriculares en adultos, el 67% varones con una edad media 47 ± 14 (17-74). Apache II 24 ± 6 y SOFA 9 ± 2 al ingreso. Indicaciones ECMO: Insuficiencia respiratoria aguda (N = 27): Edema de reperusión posttrasplante pulmonar 9 pacientes, soporte pretrasplante pulmonar 6 pacientes y síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) 12. Fallo cardíaco (N = 55): shock cardiogénico no isquémico 18 pacientes, causa isquémica 15, puente trasplante cardíaco 13, fallo salida circulación extracorpórea 5, disfunción injerto cardíaco 4 pacientes. 76 pacientes forma AV y la mediana de tiempo de duración 120 horas. Complicaciones: Sangrado 18 pacientes (6 fallecieron por shock hemorrágico), trombosis 6 pacientes, infecciones documentadas 27 pacientes (32%) y fallo renal con necesidad de terapias de sustitución renal 37 pacientes (44%), 34 con terapias continuas. Indicación de asistencia ventricular como puente al trasplante, cuatro ellas precisaron soporte inicial con ECMO. La mediana de ventilación mecánica fue 7 días y tiempo de estancia en UCI 9 días. La mortalidad global 76%, 55 pacientes durante la asistencia y 7 tras retirada. Se ha observado relación estadísticamente significativa entre la mortalidad y la puntuación Apache II (25 ± 6 frente a 20 ± 5 ; $p = 0,002$, OR 1,55 (1,86-8,02)) y SOFA (10 ± 3 frente a 8 ± 2 ; $p = 0,006$, OR 0,63 (0,53-0,05)) al ingreso.

Conclusiones: La ECMO y la asistencia ventricular son técnicas con importantes complicaciones que pueden condicionar la supervivencia del paciente. Existe relación entre la mortalidad y la puntuación APACHE II y SOFA sin existir relación con la indicación de ECMO ni las complicaciones.

170. PROCEDIMIENTO DE TAVI TRANSFEMORAL Y DISFUNCIÓN RENAL: INFLUENCIA DEL TIPO DE CONTRASTE INTRAVENOSO

Puerma Jiménez J, Chica Sáez V, Olivencia Peña L, Villagrán Ramírez F, Castán Ribas P y García Delgado M

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Analizar el desarrollo de disfunción renal tras el implante de válvula aórtica por vía percutánea y si existen diferencias según el tipo de contraste iv utilizado.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo, en el que se analizan los pacientes que son sometidos al procedimiento de implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) por vía transfemoral en el periodo de 1 año. Se recogen características demográficas, volumen y tipo de contraste utilizado, función renal antes y después del procedimiento, presencia de disfunción renal (clasificación AKIN), estancia y mortalidad. Se define nefropatía por contraste (NIC) al incremento de la cifra de creatinina basal al menos del 25%. Las variables cuantitativas se expresan como $x \pm \text{DEo}$ como mediana [RI] y las cualitativas como n° y porcentaje. Se realiza t de Student para comparación de v. cuantitativas y χ^2 para las v. cualitativas.

Resultados: Se incluyen 94 pacientes en el estudio, 58 (61,7%) de ellos mujeres, con una edad de $81,2 \pm 4,7$ años. Treinta y cinco pacientes (37,2%) tenían insuficiencia renal previa. La estancia en UCI fue de 2 [2,3] días; fallecieron 3 enfermos (3,2%). En todos los pacientes se realizó protocolo de profilaxis de NIC (hidratación + N-acetilcisteína) y se emplearon 2 tipos de contrastes yodados de baja osmolalidad: un monómero no iónico (C1: Iomeprol, $n = 43$ pacientes) y otro de tipo dímero no iónico de menor osmolalidad aún (C2: Iodixanol, $n = 51$ pacientes). El volumen de contraste administrado fue de 157 ± 69 ml. La tasa global de disfunción renal fue del 3,2%: dos pacientes en AKIN 1 y uno en AKIN 2. Sin embargo, en 6 pacientes (6,4%) el incremento de creatinina fue $> 25\%$ (NIC). No hubo diferencias en edad, sexo o tasa de insuficiencia renal previa según el tipo de contraste empleado. Hubo más pacientes con NIC, aunque no significativamente, con el contraste C1 que con el C2 (9,3% frente a 3,9%, $p = \text{NS}$), pero se administró más cantidad de contraste C1 que C2 (178 ± 55 frente a 138 ± 71 , $p < 0,01$).

Conclusiones: Considerando las características de los pacientes, la tasa de disfunción renal tras TAVI transfemoral es baja. El empleo de un contraste yodado de muy baja osmolalidad no parece reducir la nefropatía por contraste.

171. IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI) AUTOEXPANDIBLE EN PACIENTES NO CANDIDATOS A CIRUGÍA CARDIACA: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LOS 8 AÑOS DE EXPERIENCIA

Vara Arlanzón R, Arroyo Díez M, Martínez Barrios M, Montero Baladía M, Fernández Ratero JA, Badallo Arévalo O, Perea Rodríguez ME, de la Torre Vélez P, Carbajales Pérez C y Calvo Simal S

Hospital Universitario de Burgos en Burgos.

Objetivos: Analizar la mortalidad global de los pacientes ingresados en Medicina Intensiva después de la implantación de TAVI en un hospital terciario sin servicio de cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo durante un periodo de 8 años (2011-2018). Análisis estadístico de variables demográficas, comorbilidades, factores de riesgo en los pacientes sujetos a estudio. Implantación de TAVI autoexpandible y recapturable vía femoral, excepto un paciente que se realiza vía subclavia y un paciente por aortotomía. Procedimiento realizado bajo sedación y control hemodinámico por un especialista en medicina intensiva. Análisis de la mortalidad global, a los 30 días y la probabilidad de supervivencia. Recogida de variables en base de datos de Excel y análisis de los resultados con SPSS. Estimación de la supervivencia mediante tablas Kaplan-Meier.

Resultados: Durante el periodo de 2011 a 2018 se implanta TAVI a 103 pacientes. La mortalidad a los 30 días es 7%, al año 18%, con una mortalidad global dentro del periodo de estudio de 37%. La mortalidad durante el ingreso en UCI es del 4%. Con estos resultados se calcula la probabilidad de supervivencia: 50% a los 45 meses de la implantación de la TAVI. Agrupando las causas conocidas de mortalidad global, un 6,8% de los pacientes fallecen por complicación inmediata tras el implante de la TAVI, principalmente complicación vascular. En el seguimiento postimplante de TAVI, un 7% de los pacientes fallecen por insuficiencia cardíaca descompensada, 1,94% presentan BAV que provoca PCR y exitus; 1,94% fallecen por hemorragia grave y 3,9% por infección sistémica grave. Tener una neoplasia activa o curada se asocia con una mayor mortalidad global (OR 1,42, intervalo de confianza 95% [IC] 0,258-7,896; $p = 0,027$) sin encontrar relación estadística con el resto de comorbilidades estudiadas.

Conclusiones: La colocación de TAVI a pacientes no candidatos a cirugía cardíaca aporta una supervivencia aceptable, similar a los registros publicados hasta la fecha. La elección del paciente candidato a TAVI debe de ser rigurosa, comorbilidades específicas, como haber padecido una neoplasia, suponen un aumento en la mortalidad estadísticamente significativo.

Pósteres orales

16:45h a 18:15h

Traumatismos 1
Sala Sta. Catalina

Moderadores: Javier Homar Ramírez
y Luis Servia Goixart

172. ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DEL MECANISMO DE LESIÓN Y DE LA PRESENCIA DE TRAUMATISMOS ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS INGRESADA EN CUIDADOS INTENSIVOS POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO A LO LARGO DE 25 AÑOS

Chicote Álvarez E^a, González Castro A^a, Jiménez Alfonso AF^a, Ortiz Lasa M^a, Escudero Acha P^a, Arlabán Carpintero M^a, Peñasco Martín Y^a, Rodríguez Borregán JC^a, Campos Fernández S^a y Dierssen Sotos T^b

^aHospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^bUniversidad de Cantabria en Santander.

Objetivos: Analizar los cambios en el mecanismo de lesión y la presencia de traumatismo asociado al traumatismo craneoencefálico (TCE) en la población mayor de 65 años ingresada en Cuidados Intensivos con diagnóstico de TCE a lo largo de 25 años.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y comparativo llevado a cabo en una Unidad de Politraumatizados de 12 boxes en un hospital de tercer nivel a lo largo de 25 años (1991-2015). Se registraron variables demográficas, clínicas, mecanismo de

Figura 1 Póster 172

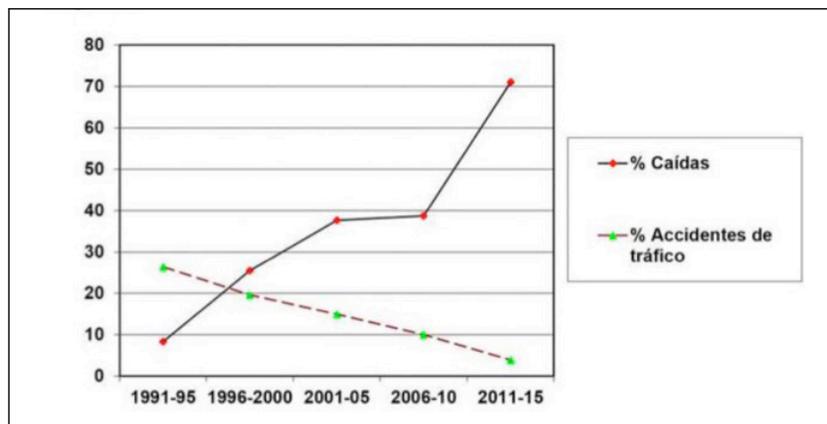
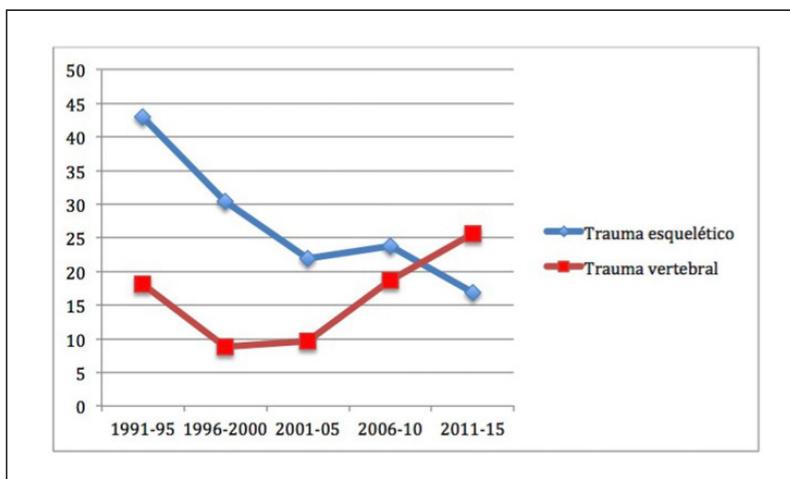


Figura 2 Póster 172



lesión que produjo el TCE y presencia o no de trauma asociado. Se ha realizado la estadística descriptiva representando las variables categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes, y las cuantitativas como media y desviación estándar. Para la realización de la estadística descriptiva se agruparon los enfermos en quinquenios. En el análisis comparativo se utilizó la χ^2 para evaluar la significación estadística de las variables categóricas, y de ANOVA para variables continuas.

Resultados: De 441 pacientes, el 60,54% fueron varones, con una edad media de 74,82 (6,52) años. El principal mecanismo de lesión fue la caída desde propia altura (36,71%) seguido por atropello (32,21%) y accidente de tráfico siendo ocupante de vehículo (15,09%). Un total de 241 pacientes (54,65%) presentaron algún otro trauma asociado, siendo el torácico el más frecuente (36,73%) seguido por el pélvico (19,27%) el vertebral (15,42%) y abdominal (10,43%). El análisis comparativo entre quinquenios reveló que el mecanismo de lesión ha cambiado: las caídas desde propia altura han pasado de representar un 8,33% en el periodo que abarca 1991-95 a más del 70% en el periodo 2011-15. Por el contrario, el porcentaje de accidentes de tráfico (ocupando un vehículo) ha descendido desde un 26,39% hasta un 3,95%. Respecto a la presencia de trauma asociado, se ha observado un descenso en la asociación del TCE con el trauma esquelético (43,88% en el primer periodo, pasando al 16,88% en el último) así como un aumento de la asociación del trauma craneoencefálico con el de columna vertebral (18,06% en el periodo 1991-1995 con un aumento hasta el 25,64% en el periodo 2010-2015).

Conclusiones: El mecanismo de lesión del TCE ha cambiado, siendo las caídas el más frecuente en la actualidad y disminuyendo los accidentes de tráfico. Se ha objetivado un aumento de la asociación del TCE con el trauma vertebral, pudiendo estar ambos fenómenos relacionados, siendo necesarios estudios dirigidos a valorar esta hipótesis.

173. ESTUDIO DE LA MORTALIDAD DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS

Chicote Álvarez E^a, González Castro A^a, Jiménez Alfonso AF^a, Escudero Acha P^a, Ortiz Lasa M^a, Arlabán Carpintero M^a, Campos Fernández S^a, Peñasco Martín Y^a, Rodríguez Borregán JC^a y Dierssen Sotos T^b

^aHospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^bUniversidad de Cantabria en Santander.

Objetivos: Analizar los factores asociados a mortalidad en la población mayor de 64 años ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos por Traumatismo Craneoencefálico (TCE).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes mayores de 64 años ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de TCE a lo largo de 25 años. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y evolutivos. Se realizó análisis descriptivo de la muestra y análisis de la mortalidad mediante regresión logística.

Resultados: Ingresaron 446 pacientes, con edad media de 74,82 ± 6,52 años. El 60,54% de los ingresos fueron varones y 39,46% mujeres. La mortalidad fue del 39,91%. Los pacientes más añosos presentaron mayor mortalidad con OR = 2,32 [IC95% = 1,54-3,49] en el grupo de 75-84 años y OR = 3,23 [IC95% = 1,56-6,70] en el grupo de > 84 años. Sin embargo, tras el análisis multivariante, el grupo de edad entre 75-84 años mantuvo la asociación significativa con la mortalidad, pero el grupo de > 84 años no alcanzó la significación estadística (p = 0,1485). Dentro de los motivos de ingreso, el deterioro neurológico (OR = 3,21 [IC95% = 1,47-7,01]) y la insuficiencia respiratoria (OR = 3,08 [IC95% = 1,14-8,33]) se asociaron a mayor mortalidad. La presencia de hematoma subdural tras sufrir TCE se asoció a una mayor mortalidad (OR = 2,06 [IC95% = 1,20-3,52]). Se observó mayor mortalidad en los pacientes con una puntuación en la Escala de Coma de Glasgow < 9 puntos (OR = 2,73 [IC95% = 1,31-5,68]) y en los pacientes con tensión arterial sistólica < 90 mmHg. (OR = 2,34 [IC95% = 1,04-5,26]) y > 140 mmHg. (OR = 2,54 [IC95% = 1,43-4,51]). La presencia de una frecuencia cardiaca < 50 latidos por minuto, la mayor puntuación en la escala Injury Severity Score (ISS) y T^a corporal < 36 °C se asociaron a mayor mortalidad (aunque no se mantuvo tras el análisis multivariante). La necesidad de ventilación mecánica durante el ingreso multiplicó por ocho la probabilidad de fallecer (OR = 8,45 [IC95% = 3,32-21,52]). Respecto a las variables analíticas, la presencia de una hemoglobina menor de 8 g/dL se asoció con una mayor mortalidad (OR = 4,60 [IC95% = 1,97-10,71]) en el análisis univariante.

Tabla 1: Relación del mecanismo de lesión, motivo de ingreso y lesiones presentadas por los pacientes con la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos.

	OR	IC	p	OR*	IC	p*
Mecanismo de lesión:						
R E F E R E N C I A						
Caída						
Accidente de tráfico	0,20	0,02-2,36	0,2025	2,57	1,06-6,19	0,0360
Atropello	0,45	0,04-5,11	0,5215	1,31	0,57-3,02	0,5291
Precipitación	-	-	-	0,80	0,27-2,31	0,6744
Agresión	-	-	-	1,96	0,28-13,76	0,4990
Motivo de ingreso:						
R E F E R E N C I A						
Vigilancia clínica						
Insuficiencia respiratoria	11,43	5,22-25,02	0,0000	3,08	1,14-8,33	0,0270
Inestabilidad Hemodin.	3,00	0,53-16,96	0,2138	3,34	0,44-25,09	0,2414
Deterioro neurológico	6,83	3,72-12,56	0,0000	3,21	1,47-7,01	0,0034
Lesión presentada:						
Fractura craneal	1,22	0,83-1,79	0,3168	1,11	0,67-1,84	0,6807
Contusión craneal	0,96	0,65-1,41	0,8415	1,31	0,79-2,18	0,2946
Edema cerebral	1,90	1,09-3,30	0,0229	1,62	0,77-3,40	0,2065
Hematoma epidural	0,62	0,23-1,62	0,3278	1,23	0,42-3,66	0,7047
Hematoma subdural	1,80	1,21-2,67	0,0035	2,06	1,20-3,52	0,0084
HSA	1,17	0,79-1,71	0,4364	1,12	0,66-1,91	0,6660

* OR*, IC* y p*: Ajustado por puntuación en la escala ISS (variable continua), puntuación en la escala APACHE II (variable continua) y año de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (variable continua).

Tabla 2: Relación del rango de edad, sexo y las comorbilidades presentadas por los pacientes con la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos.

	OR	IC	p	OR'	IC'	p'
Rango de edad:						
65-74 años			R E F E R E N C I A			
75-84 años	2,32	1,54-3,49	0,0001	2,25	1,31-3,86	0,0034
>84 años	3,23	1,56-6,70	0,0016	1,99	0,78-5,08	0,1485
Sexo (varón)	1,35	0,91-1,99	0,1354	1,15	0,69-1,90	0,5948
Comorbilidades:						
Diabetes	1,45	0,86-2,46	0,1640	1,24	0,61-2,51	0,5574
Cardiopatía	0,94	0,58-1,54	0,8130	1,27	0,66-2,48	0,4749
Neoplasia	1,95	0,79-4,82	0,1457	1,86	0,57-6,09	0,3052
Insuficiencia renal	0,31	0,04-2,64	0,2814	0,03	0,00-16,78	0,2721
Inmunodeficiencia	0,88	0,25-3,06	0,8438	2,10	0,45-9,90	0,3470
EPOC	1,63	0,86-3,07	0,1357	2,75	1,19-6,36	0,0182
Cirrosis hepática	0,77	0,07-8,59	0,8342	1,29	0,09-19,47	0,8518
Coagulopatía	0,83	0,40-1,73	0,6251	1,48	0,57-3,82	0,4236
Minusvalía	0,61	0,23-1,59	0,3098	2,11	0,66-6,73	0,2070
Hipertensión	0,65	0,43-0,97	0,036	0,65	0,37-1,14	0,1374

* OR', IC' y p': Ajustado por puntuación en la escala ISS (variable continua), puntuación en la escala APACHE II (variable continua) y año de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (variable continua).

Conclusiones: La mortalidad del TCE en la población añosa continúa siendo elevada. Factores relacionados con el paciente (edad) las lesiones asociadas (hematoma subdural), la situación clínica en el ingreso (escala de Coma de Glasgow, tensión arterial) motivo de ingreso y necesidad de ventilación mecánica se asociaron con mayor mortalidad.

174. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES MAYORES DE 64 AÑOS INGRESADOS EN UCI TRAS UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO VALORADA MEDIANTE LA ESCALA GOS A LOS 6 MESES

Chicote Álvarez E^a, González Castro A^a, Escudero Acha P^a, Ortiz Lasa M^a, Jiménez Alfonso AF^a, Peñasco Martín Y^a, Rodríguez Borregán JC^a, Campos Fernández S^a, Seabrook Maggio PA^a y Dierssen Sotos T^b

^aHospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^bUniversidad de Cantabria en Santander.

Relación entre comorbilidades presentadas por el paciente y evolución desfavorable a los 6 meses del traumatismo (Escala GOS < 6= a 3 puntos)

	OR	IC	p	OR'	IC'	p'
Diabetes	1,75	0,78-3,90	0,1734	1,65	0,65-4,15	0,2906
Cardiopatía	0,80	0,38-1,68	0,5491	0,79	0,35-1,79	0,5723
Neoplasia	0,93	0,23-3,83	0,9195	0,78	0,17-3,51	0,7472
Insuficiencia renal	0,46	0,05-4,18	0,4897	0,40	0,04-3,37	0,3613
Inmunodeficiencia	0,36	0,04-3,18	0,3610	0,35	0,04-3,37	0,3613
EPOC	0,49	0,13-1,81	0,2826	0,48	0,10-2,36	0,3629
Cirrosis hepática	1,88	0,12-30,44	0,6579	1,52	0,07-32,64	0,7908
Coagulopatía	1,34	0,49-3,67	0,5728	0,83	0,26-2,71	0,7607
Minusvalía	2,78	0,85-9,09	0,0908	4,53	1,19-17,25	0,0266

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Relación entre las variables clínicas (analizadas de manera categórica) y evolución desfavorable a los 6 meses del traumatismo (Escala GOS < 6= a 3 puntos)

	OR	IC	p	OR'	IC'	p'
Frecuencia cardiaca						
R E F E R E N C I A						
50-90 lpm						
<50 lpm	5,64	0,57-55,64	0,1386	4,62	0,44-48,09	0,2006
>90 lpm	0,83	0,43-1,58	0,5638	0,68	0,33-1,38	0,2855
ECG						
R E F E R E N C I A						
14-15 puntos						
9 a 13 puntos	1,16	0,55-2,44	0,7028	1,40	0,60-3,30	0,4358
<9 puntos	2,55	1,31-5,00	0,0061	1,59	0,62-4,12	0,3358

lpm: latidos por minuto; TAS: Tensión arterial sistólica; vpm: ventilaciones por minuto; °C: Grados Celsius; ECG: Escala Coma de Glasgow.

OR', IC' y p': Ajustado por puntuación en la escala ISS (variable continua), puntuación en la escala APACHE II (variable continua), año de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (variable continua), edad (variable continua) y sexo (variable dicotómica)

Evolución favorable o desfavorable según la escala GOS (GOS<3 puntos) a los 6 meses del traumatismo.

	N	%
Evolución favorable	49	31,61
Evolución desfavorable	106	68,39

Relación entre la lesión presentada debida al traumatismo y evolución desfavorable a los 6 meses del mismo (Escala GOS < 6= a 3 puntos)

	OR	IC	p	OR'	IC'	p'
Fractura craneal	1,13	0,64-1,99	0,6768	1,11	0,60-3,30	0,4358
Contusión craneal	1,97	1,11-3,50	0,0202	2,30	1,20-4,43	0,0124
Edema cerebral	1,17	0,46-2,95	0,7468	1,00	0,34-2,94	0,9977
HSA	2,10	1,18-3,72	0,0116	1,66	0,85-3,24	0,1373
Hematoma epidural	1,18	0,37-3,74	0,7815	1,32	0,39-1,65	0,5501
Hematoma subdural	2,16	1,19-3,92	0,0115	1,93	0,95-3,90	0,0686

*HSA: Hemorragia subaracnoidea.

Relación entre la necesidad de ventilación mecánica y evolución desfavorable a los 6 meses del traumatismo (Escala GOS < 6= a 3 puntos)

	OR	IC	p	OR'	IC'	p'
No	R E F E R E N C I A					
Sí	2,92	1,59-5,35	0,0005	2,08	0,98-4,40	0,0553

OR', IC' y p': Ajustado por puntuación en la escala ISS (variable continua), puntuación en la escala APACHE II (variable continua), año de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (variable continua), edad (variable continua) y sexo (variable dicotómica)

Objetivos: Analizar los factores asociados con mala evolución funcional en pacientes > 64 años ingresados en UCI por TCE valorada mediante escala GOS a los 6 meses.

Métodos: Estudio cohortes retrospectivo de pacientes > 64 años ingresados en UCI con TCE a lo largo de 25 años. Se realizó análisis descriptivo de la muestra y análisis de evolución funcional mediante regresión logística, considerándose mala evolución GOS ≤ 3 puntos.

Resultados: Ingresaron 446 pacientes con edad media 74,82 ± 6,54 años. El 60,54% fueron varones. La mortalidad fue 39,91%. El 68,39% presentaron evolución desfavorable a los 6 meses. La presencia de contusión craneal se asoció a peor evolución (OR = 2,30 [IC95% = 1,20-4,43] (p = 0,0124) El hematoma subdural presentó tendencia a una peor evolución sin ser estadísticamente significativo (p = 0,0686). La necesidad de ventilación mecánica se asoció a peor evolución, rozando la significación estadística (OR = 2,08 [IC95% = 0,98-4,40] p = 0,0553). La presencia de minusvalía previa al traumatismo se asoció a peor evolución (OR = 4,53 [IC95% = 1,19-17,25] p = 0,0266) El resto de comorbilidades no alcanzó la significación estadística. Los pacientes con menor puntuación en escala de Glasgow y con frecuencia cardiaca menor de 50 latidos por minuto tuvieron peor evolución, sin ser estadísticamente significativa.

Conclusiones: La evolución funcional de los enfermos que sobreviven a TCE es un aspecto importante, siendo desfavorable en un porcentaje elevado. Conocer factores predictivos de mala evolución como la ventilación mecánica o la presencia de contusiones craneales es importante por sus grandes costes al paciente y la sociedad.

175. REVISIÓN DE LA LESIÓN MESENTÉRICA EN EL TRAUMA GRAVE Y SU IMPACTO CLÍNICO

Gutiérrez Gutiérrez J, Ashbaugh Lavesiera R, García Fuentes C y Chico Fernández M. Grupo de investigación: Grupo de Investigación en Trauma y EmergenciasH120

Hospital 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Describir la prevalencia de traumatismo mesentérico en una UCI especializada en manejo del Trauma y el impacto clínico que tiene dicha patología en los pacientes con enfermedad traumática.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo entre los años 2011 y 2018 a partir de una base de datos prospectiva. Se incluyen pacientes que ingresan por trauma grave, con lesión traumática de mesenterio. Se excluyen pacientes con trauma penetrante. Se analizan

variables demográficas, epidemiológicas, parámetros clínicos, gravedad, complicaciones asociadas y evolución. El análisis descriptivo de los datos se realiza mediante hojas de cálculo, expresándose en frecuencias relativas, media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico según su distribución.

Resultados: Se revisan 2789 pacientes de los cuales 569 pacientes (20,4%) presentan traumatismo abdominal. Cumplen criterios de estudio 67 pacientes (2,4%). El 82,1% son varones, con una media de edad de 40,3 (DE 13,3). La mediana de gravedad expresada mediante ISS es de 26 (RI 14-40). El mecanismo más frecuentemente es la precipitación en un 17,9%. La presentación clínica más frecuente es dolor abdominal con patrón hemodinámico de estabilidad (52,24%). El 43% de los pacientes requieren intervención quirúrgica urgente (primeras 24 horas). De ellos, el 38,46% presentaron fracaso multiorgánico, el 19,23% precisaron soporte renal con terapias continuas y la mediana de días de ventilación mecánica es de 10,5 (RI 7-14). Se estima una mortalidad del 30,76%. De los pacientes que se manejan de forma conservadora, un 8,33% presentan uno o más fracasos orgánicos, la mediana de días de ventilación mecánica es de 0,5 (RI 0-3 y la mortalidad asociada del 13,88%. La mediana de estancia en UCI es de 6,8 (RI 2,9-19,7) en los pacientes intervenidos, respecto al 2,7 (RI 1,8-7).

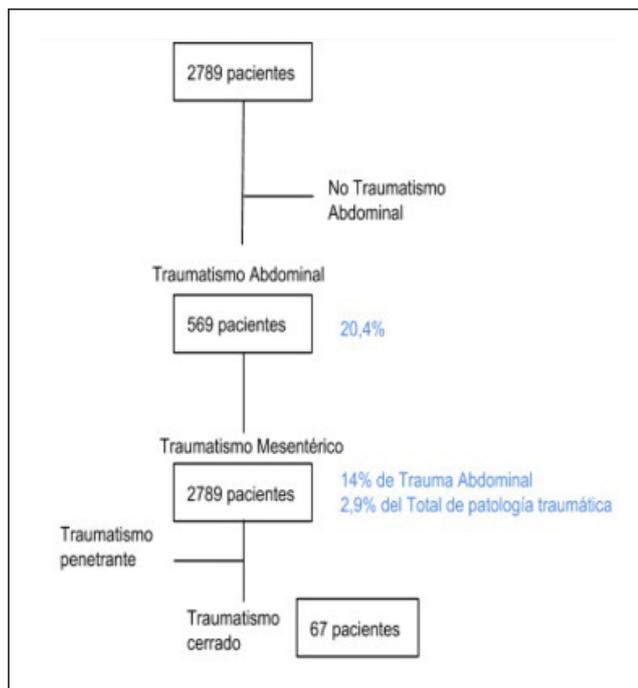


Figura 1. Selección de pacientes.

Conclusiones: La lesión mesentérica es poco frecuente pero asocia elevada morbimortalidad y consumo de recursos, precisando un elevado porcentaje intervención quirúrgica. Una exploración abdominal patológica en situación de estabilidad y signos sugerentes en la TC son los datos más relevantes para su sospecha diagnóstica.

176. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LAS CARACTERÍSTICAS ESTACIONALES Y TEMPORALES DE LOS PACIENTES TRAUMÁTICOS GRAVES INGRESADOS EN UCI SEGÚN EL REGISTRO RETRAUCI

Montserrat Ortiz N^a, Servià Goixart LI^a, Trujillano Cabello J^a, Badia Castelló M^a, Jiménez Jiménez G^a, Barea Mendoza J^b, Ballesteros Sanz MA^c, Sánchez Casado M^d, Llompart Pou JA^e y Chico Fernández M^b. *Grupo de investigación:* Grupo de trabajo de neurointensivismo y trauma

^aHospital Universitari Arnau Vilanova en Lleida. ^bHospital 12 de Octubre en Madrid. ^cHospital Marqués de Valdecilla en Santander. ^dHospital Virgen de la Salud en Toledo. ^eHospital Son Espases en Palma de Mallorca.

Objetivos: Analizar la estacionalidad y la evolución de las características de los pacientes traumáticos graves ingresados en las unidades de cuidados intensivos.

Métodos: Análisis retrospectivo del registro RETRAUCI entre los años 2013-2016. Se excluyen los pacientes con datos incompletos. Se analizan variables demográficas, gravedad lesional (ISS), intencionalidad del trauma y evolutivas de estancia y mortalidad en UCI. Metodología basada en análisis de series temporales SPSS. Se determinó si existía estacionalidad (descomposición trimestral y estimación curvilínea).

Resultados: Se incluyeron un total de 4.490 pacientes traumáticos ingresados en UCI. La edad media fue de 44,94 ± 18,95 años, varones 79,1% y una gravedad anatómica ISS 21,48 ± 12. La mortalidad en UCI fue del 9,1%, con una mortalidad global hospitalaria del 10,3%. Se observa una estacionalidad según la intencionalidad del trauma con un aumento de los accidentes de tráfico (coche, moto y bici) en los meses estivales y una disminución de las caídas en el mismo periodo.

Conclusiones: En los últimos años de seguimiento del estudio RETRAUCI se observa una disminución de la edad y gravedad de los pacientes ingresados en UCI con menor estancia y mortalidad. Se mantienen la misma intencionalidad pero esta varía según la estacionalidad del año.

177. FACTORES QUE MODIFICAN LA CINÉTICA DE LA PROCALCITONINA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE

Czapka Mital JD, Gutiérrez Gutiérrez J, González Fernández M, García Fuentes C, Prieto del Portillo IJ, Catalán González M, Chico Fernández M y Montejo González JC

Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Determinar la existencia de factores que condicionen las tasas de falsos negativos y falsos positivos de la procalcitonina (PCT) en el diagnóstico de infección de los pacientes con enfermedad traumática grave.

Métodos: Estudio observacional sobre cohorte prospectiva basada en un algoritmo de antibioterapia guiada por PCT aplicado en pacientes con enfermedad traumática grave y desarrollo de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) tras 72 horas del traumatismo, recogidos entre enero 2016 y diciembre 2018. Análisis estadístico con Stata 15 con variables cuantitativas expresadas con mediana (rango intercuartílico) y cualitativas como porcentajes.

Resultados: Se incluyen 142 pacientes, siendo el 88,7% varones, con una mediana de edad de 46 años (31,5-56,3) y una mediana de ISS de 33 (25-43). El algoritmo de antibioterapia guiada por PCT fue aplicado en 161 episodios de SIRS. La infección fue confirmada en 93 casos (57,8%), presentando la PCT una alta proporción de falsos negativos (32,3%). En función del foco, se observó más falsos negativos en los casos de traqueobronquitis

Tabla Póster 176	2013 (N = 896)	2014 (N = 1.181)	2015 (N = 1.160)	2016 (N = 1.753)	p
Edad	46,66 ± 19,11	47,1 ± 19,18	50,74 ± 20,22	49,63 ± 19,61	< 0,001
Sexo (m)	79	79,5	79,9	78,8	0,904
ISS	22,92 ± 12,45	21,59 ± 11,66	21,10 ± 12,27	19,85 ± 12,13	< 0,001
No intencional					
Tráfico	41,7	40,9	43,4	43,6	
Caída	27,3	26	25,9	26,4	
Laboral	6,5	7,9	9,3	7,3	0,138
Deportivo	5,0	6,8	6,1	7,4	
Intencional					
Agresión	6,8	6,3	4,2	4,3	
Autólisis	7,0	6,9	6,8	6,2	
Estancia UCI	9,86 ± 14,61	9,54 ± 11,14	8,41 ± 11,41	8,53 ± 13,71	< 0,001
Mortalidad UCI	12,6	10,3	8,0	7,9	< 0,001

(47,8%) y en las infecciones de herida quirúrgica o traumática (47,4%), y menos en las neumonías asociadas a ventilación mecánica (25,9%) y en las infecciones urológicas (25%), mientras que no hubo falsos negativos en las infecciones abdominales y en las bacteriemias por catéter. Según la repercusión clínica de la infección, se observó más falsos negativos en los pacientes sin sepsis (54,6%), respecto a los que desarrollaron sepsis (31,4%) o shock séptico (5,9%) ($p = 0,005$). También se objetivó un aumento de los falsos negativos a partir de la primera semana tras el traumatismo (51,1% frente a 14,6% en la primera semana, $p < 0,001$). No se han observado diferencias significativas secundarias a la gravedad de las lesiones, o por el uso de antibioterapia previa, transfusiones, cirugías o terapia de depuración renal. De los 68 pacientes que no presentaron infección se dieron 7 casos (10,3%) de falsos positivos, todos en una fase muy precoz tras el traumatismo, con ISS elevados e intervenciones quirúrgicas recientes.

Conclusiones: Determinar la existencia de factores que modifiquen la cinética de la PCT en los pacientes con enfermedad traumática grave puede ser útil para interpretar sus valores. En nuestra muestra se observaron diferencias en función del foco infeccioso, la repercusión clínica de la infección y el día de evolución tras el traumatismo.

178. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS QUE PRESENTAN HIPOCALCEMIA AL INGRESO

Rodríguez Vázquez PE, Utrilla Cid N, Muñoz Bonet O, Azcariz Bertrán MJ, Espinilla Martínez J, Méndez-Benegas Cid C, Calderón Rodríguez A, Carbayo Gorrión C, Mayor García D y Ramos Cuadra JA. *Grupo de investigación:* Rodríguez Vázquez Muñoz Bonet y Azcariz Bertrán

Hospital Universitario Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Analizar las características que presenta una muestra de pacientes politraumatizados con hipocalcemia al ingreso.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico y analítico de la hipocalcemia en los pacientes politraumatizados que ingresan en una UCI de referencia provincial. Los criterios de inclusión que se definieron fueron: ingreso en las primeras 24 horas del traumatismo, realización de una gasometría (arterial o venosa) al ingreso y estancia mínima de 24 horas en la unidad. Se escogió un período de estudio comprendido entre 2016-2017. Se encontraron 170 historias clínicas de las cuales 111 cumplieron los criterios de inclusión. Se comparó a los pacientes con hipocalcemia (calcio iónico ≤ 1 mmol/L) frente a los que no la presentaban (sí frente a no). Las variables cuantitativas se analizaron con t-Student o U-MannWhitney (según si cumplían criterios de normalidad o no) y las cualitativas con chi-cuadrado. Para el estudio se creó una nueva base de datos basada en datos del RETRAUCI.

Resultados: El 83,7% de los pacientes eran hombres. La hipocalcemia se presentó en 25 pacientes (22,5%). Los pacientes con hipocalcemia presentan mayor gravedad medida por Injury Severity Score (ISS) al ingreso (sí: $24,1 \pm 12,1$ frente a no: $18,2 \pm 9,2$; $p = 0,01$), mayor APACHE II (sí: $15,3 \pm 6,6$ frente a no: $11,15 \pm 7,0$; $p = 0,009$), menor Revised Trauma Score (RST) (sí: $10 (9-12)$ frente a no: $11,50 (10-12)$; $p < 0,001$) y menor concentración de hemoglobina al ingreso (sí: $10,6$ g/dl (9,4-14,2) frente a no: $13,9$ g/dl (12,7-15,0); $p = 0,019$). En cuanto a las características del traumatismo, en este estudio se ha observado una mayor prevalencia de hipocalcemia en aquellos pacientes que presentaban un traumatismo penetrante frente a aquellos que eran contusos (80,0 frente a 19,8%, $p = 0,002$, OR = 5 (2,2-7,2). Si analizamos los datos de acuerdo a la zona corporal del traumatismo, no se ha observado diferencias significativas en los diferentes tipos de traumatismos (traumatismo craneoencefálico, torácico, abdominal, pélvico, facial, etc.). En este estudio, tampoco se ha visto relación entre la edad o el sexo con la hipocalcemia que presentan al ingreso.

Conclusiones: Los pacientes politraumatizados con hipocalcemia al ingreso presentan mayor gravedad (medido por medio de APACHE- II, ISS, RST), menor hemoglobina y se ha visto asociación a traumatismos penetrantes. No hubo diferencias en cuanto al sexo o la edad del paciente. La incidencia de hipocalcemia en este estudio es del 22,5%.

179. INFLUENCIA DE UN ALGORITMO DE PROCALCITONINA EN EL MANEJO DE LA ANTIOTERAPIA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE

Czapka Mital JD, González Fernández M, Gutiérrez Gutiérrez J, García Fuentes C, Prieto del Portillo I, Catalán González M, Chico Fernández M y Montejo González JC

Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Analizar los resultados de la incorporación de un algoritmo de procalcitonina (PCT) para el manejo de la antibioterapia en el paciente con enfermedad traumática grave.

Métodos: Estudio observacional sobre cohorte prospectiva basada en un algoritmo de antibioterapia guiada por PCT aplicado en pacientes con enfermedad traumática grave y desarrollo de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) tras 72 horas del traumatismo. Se realiza una determinación inicial de PCT y un control a las 24 horas para establecer el pico máximo. A las 72 horas se realiza una tercera medición de PCT para valorar la respuesta al tratamiento empírico instaurado, y al 7º día una última determinación con objetivo de suspender la antibioterapia. Se recogen datos entre enero 2016 y diciembre 2018. Análisis estadístico con Stata 15 con variables cuantitativas expresadas con mediana (rango intercuartílico) y cualitativas como porcentajes.

Resultados: Se incluyen 142 pacientes, siendo el 88,7% varones, con una mediana de edad de 46 años (31,5-56,3) y una mediana de ISS de 33 (25-43). El algoritmo de antibioterapia guiada por PCT fue aplicado en 161 episodios de SIRS. En 27 casos (16,8%) no se inició antibioterapia al presentar las dos primeras determinaciones negativas y bajo riesgo de infección. En los casos en los que se inició antibioterapia presentaban PCT positiva 69 (51,5%), confirmando la infección en 63 (91,3%) y recibiendo una mediana de días de antibiótico de 7 (7-12). De los 65 casos con PCT negativa, destaca la confirmación de la infección en 30 (46,2%), sin diferencias significativas en el uso de antibióticos. A las 72 horas del inicio del algoritmo la PCT persistía elevada en 8 casos (6%), escalándose el tratamiento antibiótico. En 4 de ellos se aislaron microorganismos resistentes al tratamiento inicial y 2 requirieron control quirúrgico del foco. En estos pacientes la antibioterapia fue más prolongada con una mediana de 14 días (7-15). Con la determinación del 7º día se suspendió la antibioterapia en 77 casos (57,5%). No se describen fracasos relativos al no inicio o a la suspensión de la antibioterapia guiada por PCT.

Conclusiones: El uso de un algoritmo de PCT en pacientes con enfermedad traumática grave aporta información adicional para el manejo de la antibioterapia. En nuestra muestra permitió evitar el inicio de antibióticos en pacientes con bajo riesgo de infección, valorar la respuesta al tratamiento instaurado y facilitar la suspensión precoz de la antibioterapia de forma segura.

180. SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. APLICACIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Feo González M^a, Campos Fernández S^a, Ballesteros Sanz MA^a, Suberviola Cañas B^a, Burón Mediavilla FJ^a, Jiménez Alfonso AF^a, Cherchi Pepe MS^a, Sánchez Arguano MJ^a, Rodríguez Borregán JC^a y Miñambres García E^b

^aMedicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. ^bFacultad de Medicina, Universidad de Cantabria en Santander.

Objetivos: Valorar la simulación clínica como herramienta docente de la enfermedad traumática grave para alumnos de Medicina en sus prácticas en UCI y determinar las percepciones de alumnos sobre la idoneidad de la misma.

Métodos: Estudio piloto unicéntrico con estudiantes de 6º Medicina durante su rotación en Medicina Intensiva del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" en el curso académico 2017-2018. Se usaron Escenarios de simulación de alta fidelidad sobre enfermedad traumática grave con grupos de 8 alumnos. Cada caso clínico fue desarrollado por 2 alumnos. Se obtuvo la opinión de los alumnos a través de cuestionarios con una escala de Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo) y con preguntas abiertas. Las respuestas fueron anónimas. Las variables categóricas se expresan con valor absoluto y porcentaje y las cuantitativas mediante media y desviación estándar (SD) o mediana y rango intercuartil (IQR) dependiendo de la normalidad de las mismas. La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon se empleó para valorar el cambio en el desarrollo de actividades.

Resultados: Hubo 84 alumnos (64,5% mujeres). La edad media fue 24 años (DE 1,2). Todos ellos se encontraban cursando 6º curso de Medicina. Los medios disponibles y el diseño de la actividad fueron evaluados de modo positivo. Igualmente se subrayó la cercanía y accesibilidad del profesorado. El grado de confianza de los alumnos tras efectuar la actividad fue significativamente mayor que el previo (1 (IQR 1-2) frente a 4 (IQR 3-4); $p < 0,001$), resaltando la mayor capacidad para liderar y tomar decisiones ante un caso de enfermedad traumática grave. El resto de variables consideradas (manejo vía aérea, identificación paciente en coma, reconocimiento de inestabilidad hemodinámica, indicación colla-

Figura Póster 180

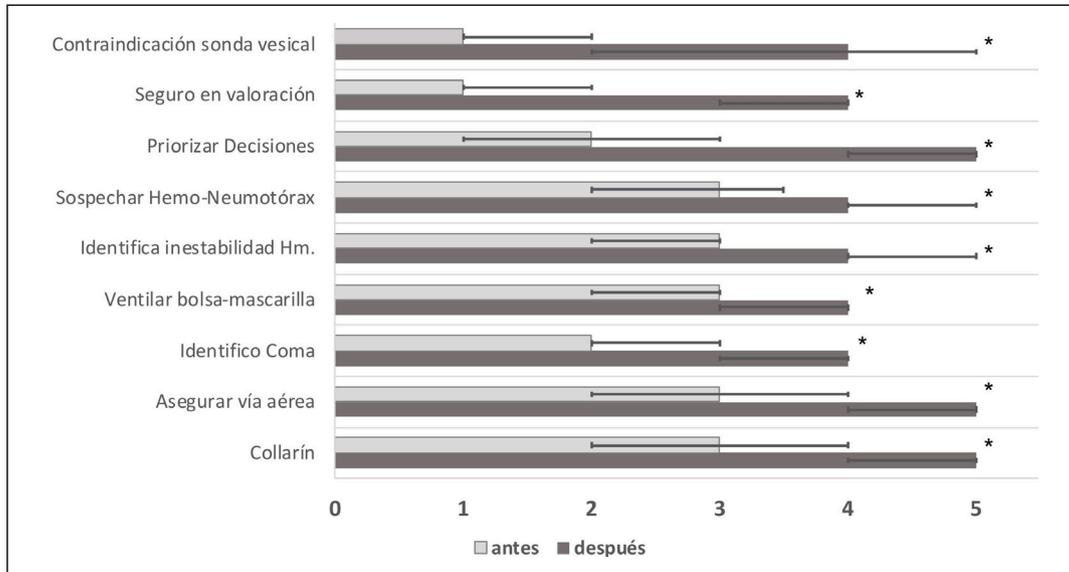


Figura 1. Evaluación de competencias en la asistencia al paciente politraumatizado antes-después del taller. La barra representa la mediana y la barra de error el rango intercuartil. * $p < 0,001$.

rín cervical, contraindicación sondaje urinario) mostraron un incremento significativo tras el taller ($p < 0,001$). Sugirieron incrementar la frecuencia de estas actividades y extender su empleo en los distintos cursos académicos. Remarcaron el interés y la posibilidad de conocer la especialidad de Medicina Intensiva.

Conclusiones: Nuestro estudio piloto sugiere la posibilidad de incluir la simulación clínica en la formación pregrado de los alumnos de Medicina. Posibilita la adquisición de habilidades prácticas, así como acercar al alumnado a la especialidad de Medicina Intensiva.

181. FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO INGRESADOS EN UCI

Azcariz Bertrán MJ, Utrilla Cid N, Rodríguez Vázquez PE, Espinilla Martínez JM, Méndez-Benegassi Cid C, Muñoz Bonet O, Mayor García MD, Calderón Rodríguez A, Parra Alonso S y Ramos Cuadra JA
C. Hospital Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Analizar mortalidad y factores asociados en pacientes con Traumatismo Craneoencefálico (TCE) ingresados en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados más de 24 horas con TCE en UCI. El periodo de estudio 2008-2018. Las variables categóricas se expresan: porcentajes; se comparan: chi-cuadrado, Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza (IC95%). Las cuantitativas se expresan: medias y desviación estándar; se comparan: t de Student, diferencia de medias (DM) e IC95%; si no siguen distribución normal: mediana, cuartiles y test de Mann-Whitney. En multivariante con regresión logística binaria estimaron las variables predictivas independientes de mortalidad. Realizado con el Registro ENVÍN.

Resultados: Durante el periodo se recogieron 607 pacientes con TCE ingresados en UCI. 383 (63,1%) TCE puros y 224 (36,9%) con traumatismos de otras localizaciones (TOL). El 76,2% varones. 328 (54%) requirieron ventilación mecánica (VM) y 196 (32,3%) cirugía urgente (CU). Fallecieron 74 (12,2%). No hubo asociación mortalidad frente a sexo (hombre 10,7% frente a mujer 15,8%; $p = 0,23$; OR = 0,63 (0,30-1,33)), ni con la asociación a TOL (TCE puro 13,6% frente a TCE asociado a TOL 9,8%; $p = 0,19$; OR = 1,44 (0,85-2,44)). Los fallecidos tenían mayor edad media ($58,4 \pm 20,8$ frente a $47,6 \pm 20,1$ años; $p < 0,001$; DM = 10,7 (5,9-15,6)), mayor APACHE-II en las primeras 24 horas (22 (18-25) frente a 11 (6-16); $p < 0,001$), menor Escala de Glasgow inicial (4 (3-7) frente a 11 (7-14); $p < 0,001$). La mortalidad fue mayor en diabéticos (25,0% frente a 10,2%; $p = 0,007$; OR = 2,95 (1,30-6,69)), con VM (21,3% frente a 1,4%; $p < 0,001$; OR = 18,5 (6,7-52,6)), con neumonía asociada a VM (21,4% frente a 11,3%; $p = 0,027$; OR = 2,15 (1,07-4,29)); y hubo tendencia a mayor mortalidad en los que requirieron CU (15,3% frente a 10,7%;

$p = 0,07$; OR = 1,50 (0,91-2,48)). No hubo diferencias de estancia media en UCI (5 (2-8) frente a 4 (2-10); $p = 0,41$) ni en los días de VM (5 (2-8) frente a 2 (7-13); $p = 0,27$). Las variables asociadas de forma independiente a la mortalidad fueron la edad (OR = 1,04 (1,01-1,06)), APACHE-II (1,13 (1,05-1,21)), escala de Glasgow (0,85 (0,72-0,99)) y la necesidad de VM (5,32 (0,93-30,4)).

Conclusiones: El TCE es una patología frecuente en nuestra UCI y asocia un importante consumo de recursos. Los factores que asociaron mayor mortalidad fueron: mayor edad, nivel de conciencia y gravedad inicial, la necesidad de CU, VM y la neumonía asociada a la ventilación. Con un escaso número de variables recogidas al ingreso es posible predecir apropiadamente la mortalidad.

182. ANÁLISIS DEL TRAUMATISMO AGRARIO QUE INGRESA EN UCI. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE GRAVEDAD

Badia Castelló M, Montserrat Ortiz N, Servià Goixart L, Florenza Abadía M, Ramon Coll N, Jiménez Jiménez G, Codina Calero J y Trujillano Cabello J
Hospital Universitario Arnau de Vilanova en Lleida.

Objetivos: Describir las características del accidente laboral en el entorno agrario en relación con el resto de población traumática atendida e identificar factores relacionados con la gravedad.

Métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes traumáticos ingresados desde el año 2013 al 2017. Se recogieron variables demográficas, diagnósticas, índices de gravedad mediante RTS (Revised Trauma Score), ISS (Injury Severity Score), MAIS (Maximum Abbreviated Injury Scale) y Glasgow al ingreso, mecanismo de lesión, atención prehospitalaria, estancia y mortalidad. Comparación de grupos mediante test de chi-cuadrado, test de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis y test de Friedman según tipo de variable. Variables expresadas como media \pm desviación estándar o mediana (intervalo intercuartil). Análisis multivariante mediante regresión logística y capacidad discriminativa mediante curva ROC.

Resultados: Se incluyeron 528 pacientes traumáticos con edad media de $52,4 \pm 20$ años y predominio de varones (78,6%). Describimos 41 pacientes (7,7%) con traumatismo agrario que según el mecanismo de lesión dividimos en accidente con vehículo agrícola, precipitación y aplastamiento. Claro predominio de varones (97,6% frente a 77%, $p < 0,01$). No obtuvimos diferencias en ISS ($19,6 \pm 9,8$ frente a $19,1 \pm 10,5$), atención prehospitalaria o nivel de Glasgow al ingreso. Ligero aumento de afectación torácica (MAIS ≥ 3 19,6% frente a 10,7%) y menor traumatismo craneal (MAIS ≥ 3 14,6% frente a 28,1%) aunque sin lograr diferencia significativa. Tampoco obtuvimos diferencias en mortalidad (7,3% frente a 8,6%). La atención médica prehospitalaria fue más frecuente en el grupo de aplastamiento respecto el grupo de accidente y precipitación (66,7%,

42,1%, 25% respectivamente con $p < 0,05$). El tener un accidente agrario no fue un factor de riesgo de mortalidad en el traumático OR 1,03 (0,22-4,77). La edad OR 1,04 (1,02-1,06), ISS OR 1,10 (1,05-1,14) y MAIS CAB ≥ 3 OR 5,39 (2,40-12,1) fueron factores que influyeron en mortalidad. Capacidad discriminativa de la curva ROC con ABC 0,88 (0,84-0,93).

Conclusiones: El accidente agrario es relativamente frecuente en nuestro ámbito con claro predominio en varones pero con estancia y mortalidad similares al resto de población traumática siendo la afectación torácica el área lesionada con más frecuencia. Dentro de los factores asociados a mortalidad, el accidente agrario no se relacionó con mayor riesgo de muerte. Fueron factores determinantes la edad, ISS y MAIS CAB ≥ 3 .

183. RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS QUE PRESENTAN HIPOCALCEMIA AL INGRESO

Rodríguez Vásquez PE, Utrilla Cid N, Azcariz Bertrán MJ, Muñoz Bonet O, Espinilla Martínez J, Méndez-Benegas Cid C, Moreno López J, Carbayo Gorriz C, Mayor García D y Ramos Cuadra JA. *Grupo de investigación:* Rodríguez Vásquez PE, Muñoz Bonet O, Azcariz Bertrán MJ *Hospital Universitario Torrecárdenas en Almería.*

Objetivos: Analizar los resultados clínicos que presentaban aquellos pacientes politraumatizados con hipocalcemia al ingreso.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico y analítico de la hipocalcemia en los pacientes politraumatizados que ingresan en una UCI de referencia provincial. Los criterios de inclusión que se definieron fueron: ingreso en las primeras 24 horas del traumatismo, realización de una gasometría (arterial o venosa) al ingreso y estancia mínima de 24 horas en la unidad. Se escogió un período de estudio comprendido entre 2016-2017. Se encontraron 170 historias clínicas de las cuales 111 cumplieron los criterios de inclusión. Se comparó a los pacientes con hipocalcemia (calcio iónico ≤ 1 mmol/L) frente a los que no la presentaban (sí frente a no). Para el estudio se creó una nueva base de datos basada en datos del RETRAUCI.

Resultados: Se observó que los pacientes con hipocalcemia presentaban mayor acidemia al ingreso, con un pH que tendía a ser menor ($7,2 \pm 0,1$ frente a $7,30 \pm 0,07$; $p = 0,05$), menor bicarbonato ($18,3 \pm 3,8$ mmol/L frente a $22,4 \pm 3,2$ mmol/L; $p < 0,001$), un mayor exceso de base ($-7,8 \pm 4,7$ frente a $-4,0 \pm 3,8$; $p < 0,001$) y una mayor concentración de ácido láctico ($2,6$ mmol/L ($1,7-3,0$) frente a $1,7$ mmol/L ($1,2-2,6$); $p < 0,03$). También se ha observado una mayor incidencia de ventilación mecánica (OR = 3,7 (1,2-10,8); $p = 0,012$) y duración de ventilación mecánica ($7,71 \pm 14,5$ días frente a $3,4 \pm 6,5$ días; $p = 0,006$); así como una mayor necesidad de drogas vasoactivas (48% frente a 10,7%; $p < 0,001$), mayor necesidad de concentrados de hematies (Sí: $3,06 \pm 2,19$ concentrados frente a No: $0,41 \pm 1,22$; $p = 0,001$), mayor necesidad de una cirugía en las primeras 24 horas (OR: 4,4 (1,7-11,6); $p = 0,001$) y mayor estancia media en UCI ($10,9 \pm 14,4$ días frente a $5,2 \pm 6,7$ días; $p = 0,006$). Por último, se ha observado una mayor tendencia a la mortalidad (OR: 3,0 (0,9-9,8); $p = 0,054$) en aquellos pacientes que presentaron hipocalcemia al ingreso.

Conclusiones: la hipocalcemia al ingreso del paciente politraumatizado se asocia, en este estudio, a una mayor necesidad de drogas vasoactivas, mayor necesidad de concentrados de hematies, mayor ambiente ácido del medio interno, mayor incidencia y duración de la ventilación mecánica, mayor necesidad de cirugía en las primeras 24h y mayor estancia media en UCI. La mortalidad pese a mostrar una tendencia a ser mayor en dicho grupo de pacientes, no es estadísticamente significativa.

184. UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE GRAVEDAD Y LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA AL INGRESO PARA PREDECIR LA NECESIDAD DE UNA CRANEOTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EL TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICO

Ortuño Andérez F, Giersig Heredia CM, Postigo Hernández C, García González I, Vidart Simón N, Duerto Álvarez J, Bringas Bollada M, Velasco López E, Requesens Solera M y Domingo Marín S

Hospital Clínico San Carlos en Madrid.

Objetivos: Predecir mediante escalas de gravedad (ISS, NISS, GCS) y el tipo y número de lesiones en el TC de ingreso la necesidad de realizar una craneotomía descompresiva (CD) tras un Traumatismo cráneo-encefálico (TCE).

Métodos: Estudio retrospectivo de 156 enfermos con TCE (de un total de 1,377 pacientes traumatizados) que ingresaron en UCI en el periodo 2014-2018. Variables cualitativas expresadas en número absoluto (distribución de frecuencias); cuantitativas en media \pm desviación estándar o mediana (percentil 25; percentil 75). Se presentan Odds Ratio (OR) ajustados y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Contrastes de hipótesis con rechazo de hipótesis nula con error alfa menor de 0,05. Test estadísticos utilizados: Kolmogorov-Smirnov, chi-cuadrado, t de Student y test de la mediana.

Resultados: 36 (23%) enfermos requirieron una CD. Todos portaban un catéter de PIC. Se instauró coma barbitúrico previo en 10 pacientes (27,8%). No hubo diferencias entre los grupos CD NO frente a SI en el ISS (25 [16;34] frente a 25 [25;32]), edad ($50,6 \pm 20,4$ frente a $48,2 \pm 17,8$ años), sexo (hombres/mujeres 96/24 [80/20] frente a 88/8 [77,8/22,2]), necesidad de VM (106 [88,3] frente a 35 [97,2]) o mortalidad hospitalaria (37 [30,8] frente a 11 [30,6]). La presencia de hematoma subdural y de contusión cerebral fue mayor en el grupo de las CD: 80,6% frente a 48,3% (OR = 4,4; IC95%: 1,8-10,8; $p < 0,001$) y 72,2% frente a 48,3% (OR = 2,7; IC95%: 1,2-6,2; $p < 0,012$) respectivamente. Un GCS menor de 8 (OR = 2,2; IC95%: 1-4,7; $p < 0,04$) o NISS mayor de 40 (OR = 2,4; IC95%: 1-5,3; $p < 0,02$) y la presencia de más de 3 lesiones en el TC inicial (OR = 2,1; IC95%: 1-4,6; $p < 0,04$) detectaba a los enfermos que iban a precisar una CD con más frecuencia.

Conclusiones: Las escalas de GCS y NISS y la existencia de 4 o más lesiones intracraneales en el TC son útiles para predecir la necesidad de una CD en el TCE. El hematoma subdural y la contusión cerebral son las lesiones traumáticas que la precisan con más frecuencia.

185. FACTORES ASOCIADOS A ESTANCIAS PROLONGADAS EN CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON ENFERMEDAD TRAUMÁTICA NO GRAVE (ISS < 16)

Morales Varas G, García Fuentes C, Mudarra Reche C, Gutiérrez Gutiérrez J, Sainz Cabrejas J, Bermejo Aznárez S, Barea Mendoza J, Montejo González JC y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Analizar factores relacionados a estancias prolongadas en cuidados intensivos de quienes ingresan con enfermedad traumática no grave con un Injury Severity Score (ISS) < 16.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo que analiza la serie histórica de la Unidad de Cuidados Intensivos de Trauma y Emergencia (UCITE) de un hospital terciario en el periodo comprendido entre 2013 y 2018. Se valoró a pacientes ingresados en UCITE, mayores de 18 años y con ISS menor de 16 en el momento del ingreso. Se analizaron aspectos demográficos, relacionados a la asistencia prehospitalaria, atención inicial y evolución en UCITE. Tras el análisis descriptivo e inferencial se realizó una regresión logística multivariante con el objetivo de controlar sesgos e interacciones. El análisis se llevó a cabo con el software estadístico STATA 13.

Resultados: Hubo un total de 6.767 ingresos, de los que obtuvimos una cohorte de 1.920 (28,4%) pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. La mediana de estancia fue de 0,68 días RIQ (0,65-1,68). 1.765 pacientes que corresponden al 91,9% (IC95% 90-93) tuvieron una estancia menor de 3 días. La mediana de edad fue de 36 años (RIQ 26-48). La mortalidad fue de 0,21% sin diferencia estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,135$). El 79,2% eran hombres y 20,8% mujeres. El análisis multivariante mostró que las estancias prolongadas (mayor de 3 días) se asoció con necesidad de ventilación mecánica OR 7,68 (IC95% 3,24-18,20), necesidad de drogas vasoactivas OR 9,19 (IC95% 3,43-24,67), necesidad de reintubación OR 24,60 (IC95% 2,25-26,42) y por cada punto de aumento del ISS dentro de esta cohorte se observó una OR de 1,21 (IC95% 1,09-1,36). Hubo factores como la edad, Glasgow Come Score (GCS), tensión arterial sistólica (TAS) al ingreso y localización anatómica del trauma en la cabeza, que si bien, en el análisis bivariante mostró un aumento del riesgo, tras el análisis multivariante no se reprodujo dicha asociación.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en UCI con enfermedad traumática y un ISS menor de 16 constituyen un importante número del total de ingresos. La mayoría presentan una estancia menor a tres días. Los factores relacionados con el manejo respiratorio y hemodinámico de los pacientes se asociaron a ingresos prolongados. Otros factores como la localización del trauma, GCS y tiempos desde el trauma parecen no influir en los resultados.

186. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE CALIDAD VIDA Y DE SUS DIFERENTES COMPONENTES, EN LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE CON INGRESO EN UCI

Delangue Van Der Kroff M^a, Aguilar Alonso E^b, Pola Gallego de Guzmán MD^c, Arias Verdú MD^d, Curiel Balsara E^d, Muñoz López A^d, Fernández Ortega JF^d, Quesada García G^d, Lara Aguayo P^b y Prieto Palomino MA^d

^aHospital Axarquía en Vélez Malaga. ^bHospital Infanta Margarita en Cabra. ^cHospital de Jaén en Jaén. ^dHospital Carlos Haya en Málaga.

Objetivos: Analizar la evolución de la calidad de vida (QOL) entre el 1^{er} año y 3-4 años del ingreso en UCI por traumatismo craneoencefálico (TCE).

Métodos: Cohortes prospectivo, TCE Hospital Carlos Haya entre 2004-2008. Evaluación QOL con cuestionario PAECC (Proyecto de Análisis Epidemiológico de Enfermos Críticos), actividades fisiológicas (comunicación oral, control de esfínteres, ingesta comida), vida diaria (movilidad, actividad laboral, etc.) y estado emocional. De 0 normal a 29 mayor deterioro.

Resultados: N = 531. Edad 40,35 ± 19,75 años, APACHE-II 17,94 ± 6,97, GCS ingreso 7,53 ± 3,83 puntos. Mortalidad hospitalaria: 28,6%. Mortalidad 1 año: 32,2% (perdidos: 6,6%). 3-4 años 33% (perdidos 16,2%) QOL 1º año: 9,44 ± 8,73 puntos (deterioro importante) y a los 3-4 años 6,77 ± 7,70 puntos, (p < 0,001). A los 3-4 años, casi el 90% han normalizado las actividades fisiológicas, salvo la comunicación oral (64,3%), y otro 17,2% con dificultad aunque con dialogo coherente. Al año bajo porcentaje en reinserción laboral y en capacidad para grandes esfuerzos, mejoran a 3-4 años sin alcanzar 50% de normalidad. Alto porcentaje en tolerancia a esfuerzos mínimos, movimientos de precisión y relaciones sociales al año y a los 3-4 años. Estado emocional presenta alto porcentaje de anormalidad.

Actividades fisiológicas básicas	Normal 1º año (%)	Normal 3-4 años (%)
Comunicación oral	54,8	64,3
Orina	79,1	84
Heces	81,9	88,2
Comida	81	88,7
Actividad vida diaria		
Movimientos precisos	83,1	89,9
Pequeños esfuerzos	71,2	82,4
Grandes esfuerzos	35,3	47,9
Caminar	63,8	75,6
Movilidad	46,6	68,1
Vestir	63,8	78,2
Laboral	28,5	41,2
Relación social	70,2	80,6
Estado emocional		
Bueno	41,1	49,2
Animo	40,2	50
Vitalidad	64,4	73,1

Conclusiones: TCE, al año presentan deterioro importante de la QOL mejorando a los 3-4 años. Al año presentan alto % normalidad de las actividades fisiológicas básicas, físicas de pequeño esfuerzo, relación social y movimientos de precisión y que aun mejora algo a los 3-4 años. Al año, normalidad en capacidad para realizar grandes esfuerzos, actividad laboral y aspectos subjetivos un porcentaje bajo que mejora a los 3-4 años, aunque no llega al 50%.

Pósteres orales

16:45h a 18:15h
Síndrome coronario agudo
Sala Cabrera

Moderadores: María Paz Fuset Cabanes
y Alberto Rodríguez Salgado

187. ¿HA CAMBIADO EL PERFIL DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DE ST CON LA INTRODUCCIÓN DE LA TROPONINA I ULTRASENSIBLE?

López García E, Ribes García S, López Chicote C, Sotos Díaz I, Navarro Lacalle A, Torres Robledillo K, Lizama López L, Ochagavía Barbarin J, Borrás Pallés S y Zaragoza Crespo R

Hospital Dr. Peset en Valencia.

Objetivos: Evaluar las diferencias en el perfil, manejo y evolución de los pacientes que ingresan en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) con el diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCA-SEST) tras el cambio de troponina I (Tpl) a Tpl ultrasensible (Tplus).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se comparan pacientes diagnosticados de SCAEST, durante el año previo frente al año posterior al cambio de la Tpl a Tplus. Se excluyeron los SCAESTs secundarios a causas no isquémicas. Se analizaron variables clínicas y analíticas, terapéutica y evolución en el ingreso y al año, en términos de reinfarto, mortalidad o reingreso de causa cardiaca. Análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y mediana (RIQ) para cuantitativas. Para evaluar diferencias significativas se utilizó un test no paramétrico en variables cuantitativas y el χ^2 para cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 285 pacientes, 68 se excluyeron al descartar SCAEST tipo 1, analizándose 217 restantes. 150 (69,1%) fueron hombres, mediana de edad 68 (59-77) años. 126 pacientes (58%) correspondientes al grupo de Tpl y el resto (91) al de Tplus. No hubo diferencias en los factores de riesgo o antecedentes entre grupos. La puntuación en las escalas de gravedad fue similar GRACE: 131 (106-163) puntos grupo Tpl frente a 131 (104-154) en Tplus; CRUSADE 28 (18-45) frente a 31 (19-45) o pacientes en Killip I: 102 (81%) frente a 72 (79%). No se observaron diferencias ecocardiográficas relacionadas con alteraciones segmentarias de la contractilidad 50% frente a 54% (p 0,57), o de disfunción ventricular 29% frente a 30% (p 0,87). Respecto al manejo, recibieron doble antiagregación el 94% en ambos grupos (p 1,0), y fondaparinux el 62% frente a 73% (p 0,1). Se realizó coronariografía desde UCI en 144 pacientes, con mayor frecuencia en el grupo Tplus 71 pacientes (78%) frente a 78 (59%) en Tpl (p 0,005), sin diferencias en el número de coronariografías sin lesiones significativas 19 (18%) en Tpl frente a 12 (14%) en Tplus (p 0,44). La estancia en el SMI fue mayor en el grupo de Tplus con 3 (2-4) días frente a 2 (2-3) días. En el seguimiento, no hubo mayor incidencia del evento combinado reingreso, reinfarto o muerte al año 23 (18%) pacientes en Tpl frente a 21 (26%) en Tplus.

Conclusiones: En nuestra serie, el cambio de Tpl a Tplus no se ha relacionado con un aumento en el número de ingresos, gravedad del paciente, ni en la evolución. Si observamos un incremento en el número de coronariografías precoces realizadas desde UCI tras la introducción de la Tplus así como de la estancia.

188. ANÁLISIS DE LAS COMUNICACIONES INTERVENTRICULARES TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ATENDIDAS EN NUESTRO CENTRO

Figueras Castilla A, Garcias Sastre MM, March Cladera C, Soliva Martínez L, Janer Maeso MT, Riera Sagrera M y Velasco Roca J

Hospital Universitari Son Espases en Palma.

Objetivos: Analizar las principales características, tratamiento y mortalidad de la comunicación interventricular (CIV) tras infarto agudo de miocardio (IAM) atendidas en nuestro centro.

	Total 2006-2018 (n = 32)	A 2006-2011 (n = 13)	B 2012-2018 (n = 19)	p
Edad (años), media ± DE	67 ± 11	70 ± 13	66 ± 10	NS
Sexo masculino, n (%)	24 (75)	8 (62)	16 (84)	NS
Tiempo hospitalización (días), mediana (RIC)	13 (3 - 27)	9 (1-33)	19 (4-28)	NS
Localización IAM, n (%)				
Inferior	23 (72)	8 (61)	15 (79)	NS
Anterior	9 (28)	5 (39)	4 (21)	
Revascularización percutánea, n (%)	27 (84)	12 (92)	15 (79)	NS
Shock cardiogénico, n (%)	26 (81)	11 (85)	15 (79)	NS
Asistencias mecánicas, n (%)				
BCPIAo	21 (66)	9 (69)	12 (63)	NS
ECMO	3 (9)	0	3 (16)	NS
Tratamiento CIV, n (%)				
Quirúrgico	19 (60)	6 (46)	13 (69)	NS
Percutáneo	1 (3)	0	1 (5)	
Médico	12 (37)	7 (54)	5 (26)	
Mortalidad intrahospitalaria, n (%)	17 (53)	8 (62)	9 (47)	NS
Postoperatoria	4 (21)	1 (17)	3 (23)	NS
Tratamiento médico	12 (100)	7 (100)	5 (100)	NS
Seguimiento (años), mediana (RIC)	4 (0-5)	5 (0-12)	4 (1-5)	NS
Mortalidad seguimiento*, n (%)	3/13 (23)	2/4 (50)	1/9 (10)	NS

*Perdidos = 1 en cada grupo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes adultos que ingresaron con el diagnóstico de CIV tras IAM. Las variables analizadas se compararon en dos periodos de tiempo (2006-2011 y 2012-2018). Las variables cuantitativas se expresaron con la media \pm DE. Las diferencias se compararon con el test t de Student. Las que no seguían una distribución normal como mediana y rango intercuartil (RIC) y para compararlas se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney. Las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje (%) y las diferencias se analizaron con el test de chi-cuadrado o el test de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes. En la tabla se presentan los resultados en el total de la muestra y por periodos de tiempo.

Conclusiones: La incidencia de la CIV no se ha reducido y la letalidad continúa siendo muy elevada, especialmente en los pacientes que no se intervienen quirúrgicamente.

189. VALORACIÓN INICIAL DEL IMPACTO DEL CÓDIGO INFARTO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Blanco López J, Rodríguez Serrano A, Umaña Monzón J, del Amo Nolasco B, López Lloret G, Vega Ocaña P, González Bautista L, Martín González JC y Jiménez Cabrera F

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

Objetivos: Valoración preliminar del impacto en aspectos epidemiológicos, clínicos y de gestión que el inicio del código infarto produce en la UMI.

Métodos: Pacientes ingresados con el diagnóstico de SCACEST en la UCI. Tipo de estudio: estudio observacional prospectivo. Periodo de es-

Figura 1 Póster 189

Valoración inicial del impacto del código infarto en UMI				
Grupos de estudio		SCACEST	SCASEST	
Grupo 1: Sin Código Infarto activo		100 (70,9%)	41 (29,1%)	
Grupo 2: Código Infarto activo		165 (73,7%)	59 (26,3%)	
Total Pacientes en el año 2018		265 (72,6%)	100 (27,4%)	

Parámetro	Grupo 1 (No Código Infarto)		Grupo 2 (Código Infarto)	
	Media	Mediana*	Media	Mediana*
Estancia UMI (Días)	2,29 \pm 1,21	1,99*	2,18 \pm 1,67	1,86*
Estancia UMI (Horas)	55,16 \pm 29,20	47,88*	52,39 \pm 40,10	44,81*
Estancia Hospital (Días)	7,29 \pm 1,21	6,99**	7,12 \pm 1,68	6,84**

p < 0,045* / 0,015**

Causas de no realización de ATC	N (%)	Factores de riesgo	(%)
Art. Coronaria sin lesiones	40	HTA	56
Error diagnóstico	20	Diabetes	29
Signos reperfusión	20	Dislipemia	43
Otros	20	Tabaco	63
		Obesidad	6
		Cocaina	3
		C. Isquémica prev.	11

Figura 2 Póster 189

Valoración inicial del impacto del código infarto en UMI					
Grupos	Servicio de Procedencia	n (%)	Grupos	Servicio de Alta	n (%)
Grupo 1: No Código IAM (Enero - Junio)	Urgencias Hospital	70 (70)	Grupo 1: No Código IAM (Enero - Junio)	Cardiología	83 (83)
	Otro Hospital	11 (11)		Otros Servicios	12 (12)
	Cardiología	1 (1)		C ³ Cardíaca	2 (2)
	Otros Servicios	18 (18)		Alta Voluntaria	1 (1)
	Total	100		Exitus	2 (2)
				Total	100
Grupo 2: Código IAM (Julio - Diciembre)	Hemodinámica (112-URG)	121 (73,3)	Grupo 2: Código IAM (Julio - Diciembre)	Cardiología	146 (88,5)
	Otros Hospital	20 (12,1)		Otros Servicios	1 (0,6)
	Cardiología (planta Hosp.)	6 (3,6)		C ³ Cardíaca	8 (4,8)
	Otros Servicios	18 (10,9)		Alta Voluntaria	2 (1,2)
	Total	165		Exitus	8 (4,8)
				Total	165

tudio: un año (2018). Grupos de estudio: Se realizaron dos grupos en función a que el ingreso fuera antes o después del inicio del código infarto. Grupo 1: pacientes ingresados con el D° de SCACEST previo a la instauración del código infarto (enero-junio). Grupo 2: pacientes ingresados con el D° de SCACEST tras la instauración del código infarto (julio-diciembre). Ámbito de estudio: Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de 3^{er} nivel con Hemodinámica. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y de gestión. Los datos se recogieron de la Hª Clínica Electrónica Hospitalaria (DragoAE), de la UMI (CCM) y del cuestionario on line del Código Infarto de Canarias (Codican). Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de chi-cuadrado y/o las pruebas t de Student y la U de Mann-Whitney.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 265 pacientes con el diagnóstico de SCACEST, 100 p. (37%) previos al inicio del código infarto y 165 p. (63%) posteriores al mismo. Desde julio del 2018, inicio del Código Infarto, se realizó angioplastia primaria (ATCP) al 72,7% (120) de los pacientes en los que se activo el código. La edad media fue de 59,53 \pm 11,15 a. (35-89). El 76% fueron varones. Los factores de riesgo analizados fueron: HTA, diabetes, dislipemia, hábito tabáquico, obesidad, cocaína y c. isquémica previa (fig. 1). No hubo diferencias significativas en los datos epidemiológicos, ni clínicos analizados entre grupos. Al analizar la estancia media de los pacientes se observaron pequeñas diferencias entre ambos grupos. Las causas de no realizar ATCP primaria tras la activación del CIAM se muestran en la figura 1. El Servicio de procedencia al ingreso y el al alta de UMI y la mortalidad por grupos se muestra en la figura 2. La mortalidad del grupo 2 (Código Infarto) se recoge tanto en hemodinámica (50%) como en UMI (50%). Solo hubo un reingreso.

Conclusiones: Con el inicio del Código Infarto el diagnóstico de SCACEST como motivo de ingreso en nuestra Unidad es más frecuente. En nuestra serie, el Código Infarto tiende a acortar la estancia media y modifica datos fundamentalmente de gestión.

190. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL SCA CON Y SIN ELEVACIÓN DE ST EN EL CAMPO DE GIBRALTAR. DATOS DEL REGISTRO ARIAM

Fernández Burgos I, Torcuato Barrera R, Álvarez Macías A, Salgado Villén M, Cobo Castellano P y Úbeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa en Algeciras.

Objetivos: Analizar las diferencias observadas entre pacientes con síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) y sin elevación de ST (SCASEST), en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital Punta de Europa, empleando los datos del registro ARIAM.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo, sobre una cohorte prospectiva, realizado en una UCI de 12 camas durante 6 años (2013-2018). Se compararon 2 grupos: SCACEST frente a SCASEST. Se han registrado variables demográficas, comorbilidades, factores de riesgo, Killip inicial, extensión, TIMI, GRACE, CRUSADE. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y numéricas (media y desviación típica). Comparaciones: test de la χ^2 (porcentajes), t de Student (medias). Significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 767 pacientes. SCACEST 362 (47,19%) frente a SCASEST 405 (52,80%): sexo hombre (76,8% frente a 70,6%, $p = 0,053$), edad (62,14 \pm 13,16] frente a 67,17 \pm 12,55], $p < 0,001$), HTA (39,2% frente a 52,1%, $p = 0,002$), fumador (46,1% frente a 32,6%, $p = 0,001$), DM (27,9% frente a 44,2%, $p < 0,001$), IAM previo (8,3% frente a 21%, $p < 0,001$), lesiones coronarias previas (8,6% frente a 18,8%, $p < 0,001$), insuficiencia cardíaca (IC) (1,1% frente a 9,6%, $p < 0,001$), accidente vascular cerebral (AVC) (3% frente a 8,1%, $p = 0,006$), enfermedad renal crónica (ERC) (1,4% frente a 11,4%, $p < 0,001$), realización de coronariografía (83,2% frente a 49,2%, $p < 0,001$), TIMI (3,44 \pm 2,71] frente a 2,72 \pm 1,41], $p < 0,001$), GRACE (155,86 \pm 38,63] frente a 147,86 \pm 46,03], $p = 0,021$), CRUSADE (28,78 \pm 15,45] frente a 35,97 \pm 18,66], $p < 0,001$). Arteria culpable ($p < 0,001$): arteria descendente anterior (35,7% frente a 45,6%), arteria coronaria derecha (40,9% frente a 18,3%). Diagnóstico ($p < 0,001$): angina inestable (2,5% frente a 44,2%), IAM (94,2% frente a 52,3%). Mortalidad 6,4% frente a 6,8% ($p = 0,756$). Tiempo primer contacto-realización de ECG (14,6 \pm 24,8] frente a 20,9 \pm 22,7], $p = 0,019$), primer contacto-UCI (149,9 \pm 284,3] frente a 493,5 \pm 674,0], $p < 0,001$), primer contacto-ICP (2.316 \pm 3.928,7] frente a 7.245,2 \pm 8.647,7], $p < 0,001$). En días: inicio síntomas-alta UCI (3,5 \pm 4,2] frente a 4,8 [5,7], $p < 0,001$), ingreso UCI-alta (3,3 \pm 3,9] frente a

4,2 \pm 5,5], $p = 0,006$), ICP-alta UCI (1,7 \pm 4,7] frente a 0,27 \pm 6,0], $p = 0,002$).

Conclusiones: Los pacientes con SCACEST presentaron menor edad y menor prevalencia de HTA, DM, IAM previo, IC, AVC, y ERC y mayor prevalencia de tabaquismo. En SCACEST, la arteria culpable más frecuente fue la CD y en SCASEST, la DA. Los indicadores de tiempo fueron peores en los SCASEST, excepto la estancia en UCI tras ICP.

191. ¿SE TRATA DE FORMA DIFERENTE A LA MUJER CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST POR SU SEXO?

Méndez-Benegassi Cid C^a, Muñoz Bonet O^a, Azcariz Bertrán MJ^a, Utrilla Cid N^a, Rodríguez Vázquez PE^a, Espinilla Martínez JM^a, Moreno López J^a, Calderón Rodríguez A^a, Ramos Cuadra JA^a y Ruiz Bailén M^a

^aC. Hospital Torrecárdenas en Almería. ^bHospital Ciudad de Jaén en Jaén.

Objetivos: Identificar las diferencias de género del síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) en la mujer, respecto a los tiempos de retraso, optimización del tratamiento de reperfusión y mortalidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI con SCACEST durante 1999-2018 recogidos en el Registro ARIAM. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes, realizando las comparaciones entre mujer y hombre con el test chi-cuadrado; y las cuantitativas en medianas y rango intercuartílico, y se compararon con prueba de Mann-Whitney. Para el ajuste por edad se utilizó la regresión logística binaria.

Resultados: En el periodo del estudio ingresaron en UCI 2.404 pacientes con SCACEST, de los cuales 599 fueron mujeres (24,9%). Las mujeres fueron mayores (71 años (60-78) frente a 61 (51-71); $p < 0,001$). Tuvieron mayores retrasos desde el inicio de los síntomas a la llegada a urgencias hospitalaria (140 minutos (75-296) frente a 126 (71-235); $p = 0,035$), desde el contacto con el sistema sanitario a la fibrinólisis (70 min (42-112) frente a 55 (30-88); $p = 0,001$), la llegada a urgencias hasta fibrinólisis (22 min (10-41) frente a 19 (8-35); $p = 0,044$), y desde la llegada a urgencias hasta el ingreso en UCI (69 min (30-135) frente a 49 (25-95); $p < 0,001$). Como reperfusión primaria, las mujeres reciben menos fibrinólisis (32,1% frente a 40,4%; $p < 0,001$; OR = 0,69 (0,57-0,84)), igual angioplastia primaria (35,4% frente a 33,0%; $p = 0,27$; OR = 1,11 (0,91-1,35)), y más no se reperfundieron (32,6% frente a 26,6%; $p = 0,005$; OR = 1,33 (1,09-1,62)). Tuvieron mayor mortalidad en UCI (8,6% frente a 3,8%; $p < 0,001$; OR = 2,36 (1,62-3,44)). Tras ajustar por la edad se mantuvieron esas diferencias: fibrinólisis (OR = 0,74 (0,60-0,91)), angioplastia primaria (OR = 1,17 (0,96-1,44)), ninguna reperfusión (OR = 1,15 (0,93-1,42)) y mortalidad (OR = 1,62 (1,09-2,39)).

Conclusiones: Las mujeres tienen mayores tiempos de demoras hasta su llegada al hospital, en los tiempos de asistencia prehospitalaria u hospitalaria hasta su tratamiento, o en la espera en urgencias hasta su ingreso en UCI. El tratamiento de reperfusión es menos óptimo, con menos fibrinólisis y mayor no reperfusión. La mortalidad en UCI es mayor en la mujer. Es preciso aumentar la concienciación y formación de la población y del personal sanitario sobre las características particulares del infarto en la mujer que provocan una mayor dificultad y retraso en su diagnóstico y optimización del tratamiento.

192. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES SOMETIDOS A FIBRINÓLISIS SISTÉMICA E INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Fernández Burgos I, Álvarez Macías A, Torcuato Barrera R, Salgado Villén M, Cobo Castellano P y Úbeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa en Algeciras.

Objetivos: Analizar las diferencias observadas en función del tratamiento de reperfusión utilizado en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital Punta de Europa, empleando los datos del registro ARIAM.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo, sobre una cohorte prospectiva, realizado en una UCI de 12 camas durante 6 años (2013-2018). Se compararon 2 grupos: SCACEST frente a SCASEST. Se han registrado variables demográficas, comorbilidades, factores de riesgo, Killip inicial, extensión, TIMI, GRACE, CRUSADE. Análisis estadístico: variables

categorías (frecuencias y porcentajes) y numéricas (media y desviación típica). Comparaciones: test de χ^2 (porcentajes), t de Student (medias). Significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 293 pacientes con SCACEST. Se compararon los pacientes según la estrategia de reperfusión empleada: fibrinólisis $n = 247$ (84,3%) frente a ICP $n = 46$ (15,6%). No hubo diferencias en cuanto a edad, sexo, factores de riesgo cardiovasculares ni comorbilidades. Creatinina ($1,04 \pm 0,27$) frente a $1,21 \pm 0,56$, $p < 0,001$), TIMI ($3,06 \pm 2,45$) frente a $3,88 \pm 3,22$, $p = 0,024$), CRUSADE ($27,69 \pm 14,42$) frente a $32,62 \pm 20,03$, $p = 0,036$). El uso en UCI de clopidogrel (42 (17%) frente a 1 (2,2%) $p = 0,009$). Complicaciones infecciosas 2 (0,8%) frente a 3 (6,5%) $p = 0,006$. Realización de ecocardiograma 56 (23%) frente a 2 (4,3%) $p = 0,004$, desfibrilación 8 (3,3%) frente a 5 (10,9%) $p = 0,022$, ventilación mecánica invasiva (VMI) 6 (2,5%) frente a 4 (8,7%) $p = 0,033$. Destino al alta de la UCI ($p < 0,001$): planta 217 (87,9%) frente a 31 (67,4%), otro hospital 17 (6,9%) frente a 11 (23,9%), exitus 12 (4,9%) frente a 3 (6,5%). TIMI inicial: 0 66 (24,1%) frente a 19 (9,5%), I 98 (35,8%) frente a 80 (40,2%), II 70 (25,5%) frente a 65 (32,7%), III 40 (14,6%) frente a 35 (17,6%) $p = 0,001$. Mortalidad en UCI: $4,9\%$ frente a $6,5$, $p = 0,713$. Tiempo primer contacto-ingreso UCI (minutos) $91,1 \pm 150,4$ frente a $172,2 \pm 116,4$; $p = 0,005$. Estancia en UCI (días): $3,4 \pm 3,5$ frente a $2,1 \pm 3,2$; $p = 0,008$.

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas en cuanto a factores de riesgo, comorbilidades, complicaciones no infecciosas ni mortalidad. Los pacientes tratados con ICP primaria presentaron significativamente menor estancia en UCI.

193. ¿TIENEN MAYOR PERFIL DE GRAVEDAD NUESTROS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DE ST CON ELEVACIÓN DE TROPONINA I ULTRASENSIBLE EN RANGO ALTO?

López Chicote C, Sotos Díaz I, López García E, Ribes García S, Navarro Lacalle A, Torres Robledillo K, Lizama López L, Ochagavía Barbarin J, Borrás Pallé S y Zaragoza Crespo R

Hospital Dr. Peset en Valencia.

Objetivos: Analizar las características y evolución de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) con niveles más altos de troponina I ultrasensible (Tplus) respecto aquellos con menor elevación de este biomarcador.

Métodos: Estudio retrospectivo. Incluye pacientes ingresados por SCASEST durante 1 año, distribuidos en dos grupos según la elevación de Tplus, con punto de corte de 5LSN (750 pg/ml mujeres, 1.500 hombres). Grupo 1 pacientes con elevaciones $< 5\text{LSN}$ y grupo 2 $\geq 5\text{LSN}$. Se excluyeron pacientes con ascenso Tplus de otra causa. Se compararon las características, tratamiento y evolución en el ingreso, al mes y al año, en términos de reinfarto, mortalidad o reingreso de causa cardíaca. En el análisis descriptivo se usaron frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y mediana (RIQ) para cuantitativas y en el estadístico test no paramétricos en variables cuantitativas y en χ^2 cualitativas.

Resultados: De 121 pacientes con sospecha de SCASEST, 30 fueron excluidos. 61 (67%) fueron hombres, mediana de edad 68 (59-76) años. 36 pacientes (39%) en el grupo 1 y el resto en el grupo 2. No hubo diferencias respecto a escalas de riesgo, GRACE (mediana (RIQ)): 129 (98-152) grupo 1 frente a 131 (107-158) grupo 2; CRUSADE 31 (19-41) frente a 31 (19-51), o pacientes en Killip I: 28 (77%) frente a 44 (80%), ni en los factores de riesgo cardiovascular. Destaca el antecedente en insuficiencia renal en 1 paciente del grupo 1 (3%) frente a 8 (14%) en el 2 ($p < 0,05$). No hubo diferencias en la presencia de disfunción ventricular (20% frente a 36% $p < 0,1$) ni de alteraciones segmentarias de la contractilidad (44% frente a 61% $p < 0,1$). Recibieron doble antiagregación en igual proporción: 34 (94%) del grupo 1 frente a 52 (94%) del 2. Precisaron drogas vasoactivas 4 pacientes (7%) del grupo 2 frente a ninguno del grupo 1 ($p < 0,04$). Se realizó coronariografía en la misma proporción en ambos grupos, 78% , con ausencia de lesiones coronarias significativas en 8 pacientes (23%) en el grupo 1 frente a 4 (8%) del grupo 2 ($p < 0,06$). En el seguimiento, hubo mayor porcentaje de reinfarto al mes en el grupo 2 con 4 pacientes (7%) frente a ninguno en el 1 ($p < 0,04$), pero sin observarse diferencias en términos de mortalidad ni reingreso al mes ni al año.

Conclusiones: En nuestros pacientes, aquellos con elevación de Tplus $\geq 5\text{LSN}$ requirieron con mayor frecuencia soporte inotrópico y presentaron mayor tasa de reinfarto al mes. Destaca mayor proporción de pacientes sin lesiones angiográficamente significativas en aquellos con elevación enzimática $< 5\text{LSN}$.

194. VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES QUE SUFREN UNA COMPLICACIÓN MECÁNICA TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

López Vergara L, Cid Tovar I, Duerto Álvarez J, Giersig Heredia CM, Fariña González TF, Janeiro Lumbreras D, Vidart Simón N, Conesa Gil JA, Ortuño Andérez F y Sánchez García M. Grupo de investigación: Hospital Clínico San Carlos

Hospital Clínico San Carlos en Madrid.

Objetivos: Conocer la epidemiología y las variables asociadas a mal pronóstico en pacientes que sufren una complicación mecánica tras un infarto de miocardio (IAM).

Métodos: Estudio retrospectivo de las complicaciones mecánicas tras IAM que ingresan en UCI del HCSC de 2005 a 2018. Se analizaron sexo, edad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), cardiopatía isquémica y enfermedad renal previas, tipo de síndrome coronario agudo, clasificación Killip (I-II/III-IV), presentación clínica angina y rotura, realización de coronariografía (CNG), coronaria afectada, rotura al ingreso, necesidad de cirugía, re-rotura, mediastinitis, fracaso renal (FRA), necesidad de terapia continua de reemplazo renal (TCRR) y mortalidad. Las variables cualitativas se expresan como % y las cuantitativas como mediana y $p25$ - $p75$. El análisis de los factores de riesgo de mortalidad se realizó con χ^2 , t-Student y U de Mann Whitney. Se calcularon los odds ratio (OR) y los intervalos de confianza para un 95% de confiabilidad, considerando $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Como modelo predictor de mortalidad se usó un análisis de regresión logística binaria, y curva ROC.

Resultados: Muestra: 59 pacientes. Varones: 73% . Edad: 74 años (63 - 81). Factores de riesgo: HTA $64,4\%$, DM 24% , cardiopatía isquémica previa 29% . La mayoría fueron SCACEST (73%), con cuadro de angina típica (58%) y presentando a su llegada shock cardiogénico (66%). Rotura cardíaca al ingreso: 44% . CNG diagnóstica antes de la rotura: 61% . Territorios afectados: descendente anterior 41% , circunfleja 27% y coronaria derecha 32% . El 98% fueron intervenidas. Tipo de rotura: 78% pared libre, 12% septales y 2% músculo papilar. Otras complicaciones: re-rotura 10% , mediastinitis $1,7\%$, FRA 48% (68% precisaron TCRR). Mortalidad: 25% en UCI; 46% a los 3 meses. Análisis de variables predictoras de mortalidad mediante regresión logística binaria: rotura cardíaca al ingreso (OR 42 , IC $1,9$ - $985,7$; $p = 0,01$), edad (OR $1,07$; IC $1,002$ - $1,164$; $p = 0,032$), angina atípica (OR $5,38$; IC $1,05$ - $27,56$; $p = 0,044$) y TCRR (OR 33 ; IC $1,92$ - $574,13$; $p = 0,016$). Con este modelo se realizó una curva ROC de predicción de mortalidad, obteniendo un área bajo la curva de $0,90$.

Conclusiones: El IAM con complicación mecánica presenta elevada mortalidad. Los factores que se asociaron a mal pronóstico fueron la presencia de rotura cardíaca al ingreso, la angina atípica, la edad y la necesidad de TCRR. Juntos, presentaron una curva ROC de $0,90$ en la predicción de la mortalidad.

195. INFLUENCIA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA POR LAS UVI MÓVILES EN MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (STEMI) EN GUADALAJARA

Viejo Moreno R^a, Gálvez Marco MN^a, Cabrejas Aparicio A^a, Arriero Fernández N^b, Eguileor Marín Z^b, Álvarez Chamorro A^a, Tirado Fernández MA^b, Benito Puncel C^b y Marian Crespo C^b

^aGUETS-SESCAM en Guadalajara. ^bHospital Universitario Guadalajara en Guadalajara.

Objetivos: El objetivo del estudio fue investigar la influencia en el tratamiento y pronóstico de los pacientes atendidos por síndrome coronario agudo con elevación del ST por las UVI móviles (UVIm) frente a aquellos atendidos inicialmente en el servicio de Urgencias (SU) del H.U. Guadalajara.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con STEMI atendidos por UVIm y por el SU de enero de 2015 a septiembre 2018. Comparamos variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, tratamientos, tiempos, GRACE score, estancias y supervivencia al alta y a los 30 días. Variables cuantitativas se describirán como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. El contraste de hipótesis de estas se realizará mediante test de la t de Student si la distribución es normal y U de Mann-Whitney si se incumple el principio de normalidad. Las variables cualitativas se mostrarán mediante frecuencia en valor absoluto y porcentaje correspondiente. La asociación entre ellas se analizará mediante test χ^2 o test de Fisher según corresponda. La significación estadística se considerará en todo análisis con $p < 0,05$.

Resultados: 360 pacientes con STEMI. 219 (60,8%) fueron atendidos por UVI/m y 141 (39,2%) llegaron al hospital por sus propios medios. 280 (77,8%) fueron hombres y la edad media fue de 61,0 (RIC: 53,0-71,0) años. Hubo diferencias en el inhibidor de P2Y12 inicialmente administrado. El ticagrelor fue más frecuente administrado en los pacientes atendidos directamente en el hospital 94 (66,7%) frente a 82 (37,4%) ($p = 0,00$). El uso de morfina fue más frecuente en UVI/m (34,8%) frente a 121 (55,3%) pacientes ($p = 0,00$). Los pacientes atendidos por UVI/m presentan mayor gravedad mediante GRACE score 97,4 (87,2-107,5) frente a 119,9 (112,5-127,1) puntos ($p = 0,002$). La atención inicial de los pacientes con STEMI por UVI/m redujo los tiempos puerta balón 84,0 (76,2-100,0) frente a 73,6 (65,0-83,1) minutos, la estancia en UCI: 76,8 (37,4-191,0) frente a 44,8 (36,6-53,1) horas ($p = 0,02$), y se asoció con una menor mortalidad al momento del alta hospitalaria 13 (9,2%) frente a 8 (3,7%) ($p = 0,02$) y a los 30 días mismos 15 (10,6%) frente a 10 (4,6%) pacientes ($p = 0,02$).

Conclusiones: Alrededor del 40% de los pacientes con STEMI todavía acuden al hospital por medios propios. Las redes de código IAM basadas en la atención inicial por UVI/m con presencia de médicos permiten reducir el tiempo de ICP y disminuir la mortalidad de pacientes con SCACEST en Guadalajara.

196. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL PROTOCOLO DE TERAPIA FÁRMACO INVASIVA (FI) IMPLANTADO EN EL CAMPO DE GIBRALTAR. ARIAM ANDALUCÍA

Díaz Torres I^a, Valiente Alemán I^a, Domínguez Fernández I^a, Recuerda Núñez M^a, Fernández Coello S^a, Fortet Cortes D^a, Fregosi A^b, Romani X^c, Lobo Torres I^a y Rodríguez Yáñez JC^a. Grupo de investigación: ARIAM Andalucía

^aHospital Universitario Puerto Real en Puerto Real. ^bHospital Punta de Europa en Algeciras. ^cHospital de la Línea en La Línea de la Concepción.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad de un protocolo de terapia fármaco-invasiva (FI) implantado en un área sanitaria, el Campo de Gibraltar (CG), sin disponibilidad de Intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPP).

Métodos: Estudio observacional multicéntrico prospectivo, en el que se incluyeron consecutivamente todos los pacientes con SCACEST tratados con fibrinólisis (Fx) en el CG y trasladados a nuestra Unidad para coronariografía (C) e ICP, entre el 1 enero 2012 y 31 de diciembre 2016 e incluidos en el registro ARIAM Andalucía. Se consideró Fx eficaz (FxE) un grado de flujo TIMI 3 post Fx y Fx precoz (FxP) la realizada < 3h desde el inicio los síntomas. Se evaluaron las complicaciones hemorrágicas mediante la clasificación BARC (Bleeding Academic Research Consortium).

Resultados: Se incluyeron 341 paciente. Edad media: 59,35 ± 11,65; 189 SCACEST inferiores y 154 anteriores. Killip I (304) II (7) III (10) IV (22). El 81% de las Fx se realizó antes de las 3h con una mediana síntomas-aguja de 105 min. El TIMI III post Fx se consiguió en el 78,90% de los casos. 210 coronariografías en las primeras 24h (59 rescates) y 133 48-72h. ICP con éxito en 301 (88,3%). No se realizó por MINOCA en 9,6% (33). Fracaso en 0,9%. GRA-CE 148,4 ± 31,33. La Fx eficaz se asoció significativamente con la Fx precoz, $p < 0,001$. Complicaciones inherentes a la ICP 3,4% y hemorrágicas (BARC 0 (327); BARC-1 (6); BARC-2 (4); BARC 3-a (3); BARC3-b (2) y BARC3-c (1). 4,66%. Mortalidad periprocedimiento 2,3%. Mortalidad a los 30 días 6%.

Conclusiones: La excelencia y eficacia de la Fx tanto prehospitalaria como hospitalaria de los sistemas sanitarios del CG se baso en la precocidad de la misma. La eficacia del equipo de hemodinámica del HUPR completó el éxito del procedimiento fármaco-invasivo. La terapia TFI con fibrinólisis e ICP demostró ser una alternativa eficaz y segura a la ICP primaria para los pacientes del CG sin posibilidad de un tiempo síntomas-balón inferior a los 180 min.

197. IMPACTO DE LA FIBRINÓLISIS PRECOZ EN LA CONSERVACIÓN DE LA FRACCIÓN DE YECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA (FEVI) EN PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROTOCOLO DE TERAPIA FÁRMACO-INVASIVA. ARIAM ANDALUCÍA

Díaz Torres I^a, Valiente Alemán I^a, Domínguez Fernández I^a, Recuerda Núñez M^a, Fernández Coello S^a, Fortet Cortes D^a, Fernández Burgos I^a, García Cobo J^c, Benalcázar Arias JP^a y Rodríguez Yáñez JC^a. Grupo de investigación: ARIAM ANDALUCÍA

^aHospital Universitario Puerto Real en Puerto Real. ^bHospital Punta de Europa en Algeciras. ^cHospital de la Línea en La Línea de la Concepción.

Objetivos: Evaluación de la eficacia de la fibrinólisis mediante el cálculo de la FEVI en los pacientes sometidos a un protocolo de terapia

fármaco-invasiva (FI) implantado en un área sanitaria, el Campo de Gibraltar (CG) sin disponibilidad de Intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPP).

Métodos: Estudio observacional multicéntrico prospectivo en el que se incluyeron consecutivamente todos los pacientes con SCACEST tratados con fibrinólisis (Fx) en el CG y trasladados a nuestra Unidad para coronariografía (C) e ICP, entre el 1 enero 2012 y 31 de diciembre 2016 e incluidos en el registro ARIAM Andalucía. Se consideró Fx precoz (FxP) la realizada < 3h desde el inicio los síntomas. Se determinó la FEVI mediante ecocardiografía post fibrinólisis y/o mediante ventriculografía durante la coronariografía. Se consideró FEVI conservada > 55%, moderadamente deprimida 35-50% y gravemente deprimida < 30%.

Resultados: Se incluyeron 341 paciente. Edad media: 59,35 ± 11,65; 189 SCACEST inferiores y 154 anteriores. Killip I (304) II (7) III (10) IV (22). El 81% de las Fx se realizó antes de las 3h con una mediana de 105 min síntomas-aguja. Fx prehospitalaria 87 (25,36%). Se realizaron 190 ventriculografías y 130 ecocardiografías. 204 paciente tenían FEVI > 55% (63,9%). La FEVI conservada se relacionó significativamente con la Fx precoz. $p < 0,005$. No se encontraron diferencias significativas en la realización de la ICP en 24h o > 48h.

Conclusiones: La realización de la fibrinólisis en las 3 primeras horas favorece la conservación de la FEVI en los pacientes sometidos a terapia fármaco invasiva. La terapia TFI con fibrinólisis precoz demostró ser una alternativa eficaz a la ICP primaria para los pacientes del CG sin posibilidad de un tiempo inicio síntomas- balón inferior a los 180 min.

198. ¿ESTÁ JUSTIFICADA UNA CORONARIOGRAFÍA URGENTE EN TODOS LOS PACIENTES CON PARADA CARDIACA RECUPERADA?

López Domínguez A, Carrillo Cobarro M, Pérez Pérez B, Victoria Rodenas D, Gosálvez Bernal M, de Gea García JH, Sánchez Cámara S, Pascual de la Parte JI, Jara Rubio R y Gómez del Pulgar Villanueva A

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia.

Objetivos: Estudiar en los pacientes ingresados tras parada cardiaca recuperada (PCR) la correlación entre el ECG posparada y los hallazgos de la coronariografía precoz.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva los pacientes ingresados tras una PCR en la UCI durante un periodo de 3 años (2016-2018).

Resultados: Ingresaron 44 pacientes tras una PCR, siendo en un 77,3% de los casos (34 pacientes) secundaria a una patología cardiaca. De este conjunto de pacientes, 31 eran hombres (91%). La edad media fue de 59,8 ± 17,4 años. En cuanto a factores de riesgo, el 50% eran hipertensos, el 38,2% diabéticos, el 52,9% dislipémicos, el 8,8% tenían insuficiencia renal crónica y un 3% cardiopatía isquémica previa. En el 61,7% de los casos el primer ritmo objetivado fue chocable, y el más frecuente la fibrilación ventricular. Se realizó cateterismo precoz a 30 pacientes (88,2%), en el momento del ingreso a 27 y en las siguientes 24 h a 3. De los 30 pacientes a los que se les realizó, 23 tuvieron elevación del ST y en todos se objetivó enfermedad coronaria subsidiaria de intervención coronaria percutánea, 6 tuvieron descenso del ST presentando 4 coronarias normales y 2 enfermedad coronaria responsable del evento. Un paciente tuvo ECG normal y las coronarias fueron normales. El vaso responsable del cuadro más frecuente fue la D. anterior (40%), seguido de la circunfleja (33,3%) y la C. derecha (10%), encontrándose coronarias normales/sin hallazgos en un 16,7% de los casos. Se observó afectación monovasos en un 68%, de 2 vasos en un 28% y de 3 vasos en un 4%. En los casos en los que se objetivó oclusión coronaria se realizó intervencionismo coronario en un 92% mediante angioplastia más stent.

Conclusiones: Es recomendable la realización de una coronariografía urgente en todos aquellos pacientes con PCR tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las posibles lesiones por el alto porcentaje de lesiones coronarias críticas. Siempre en pacientes con elevación del ST y fuertemente considerado en aquellos con ECG anómalo. El vaso coronario responsable más relacionado con la PCR fue la D. anterior, presentándose en la mayoría de los casos como lesión única.

199. IMPORTANCIA DE ALCANZAR DE FORMA PRECOZ LA TEMPERATURA EN PARADAS CARDIACAS QUE SE SOMETEN A CONTROL DE TEMPERATURA

López Domínguez A, Carrillo Cobarro M, Gómez del Pulgar Villanueva A, Valer Rupérez M, Gosálvez Bernal M, de Gea García JH, Sánchez Cámara S, Pascual de la Parte JI, Victoria Rodenas D y Pérez Pérez B

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia.

Objetivos: Valorar si en los pacientes que sufren parada cardiaca recuperada (PCR) y se les realiza control de temperatura (Tª) es importante el tiempo que se tarda en instaurar la temperatura diana (TD) para el pronóstico neurológico y la mortalidad.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva los pacientes que ingresaron tras una PCR a los que se les aplicó control de Tª en la UCI, durante 3 años (2016-2018). Se dividieron los pacientes en 2 grupos, según si la TD se obtenía antes o después del tiempo medio.

Resultados: Ingresaron 44 pacientes tras PCR, sometidos a 37 a control de Tª (33 °C) durante 24h con el dispositivo Artisun. En todos se intentó alcanzar la TD lo más rápido posible. 91% de los pacientes fueron hombres. La edad media fue 56,8 ± 15,1 años. 51,3% eran hipertensos, 37,8% diabéticos, 54,1% dislipémicos, 10,8% tenían insuficiencia renal crónica y 2,7% c. isquémica previa. En el 48,7% el primer ritmo objetivado fue chocable, y el más frecuente la fibrilación ventricular. La Tª media al ingreso fue 35,6 ± 0,9 °C y la Tª media a los 60 min de terapia fue 34,9 ± 0,9 °C. El tiempo medio para alcanzar la TD fue 139,9 ± 65,5 min. Dentro del grupo de “enfriamiento rápido” (< 140 min) el tiempo de reanimación había sido menor (23,2 ± 2,6 min frente a 29,7 ± 3,7 min, p = 0,17), la mediana del GOS a las 48 h tras la hipotermia fue de 3 frente a 2 (p = 0,02) y hubo una tasa de mortalidad del 47% frente a 70% (p = 0,15). Dentro del grupo de “enfriamiento lento” presentaron cifras de lactato al ingreso mayores (5,9 ± 0,8) y mayor estancia en UCI (18,2 ± 10,3 días frente a 5,3 ± 8,9 días). En ambos grupos la Tª al ingreso fue similar. En el grupo de “enfriamiento rápido” hubo menos shock (64,71% frente a 85%), menos infecciones (35,3% frente a 50%) y menos días de ventilación mecánica.

Conclusiones: En aquellos pacientes que se someten a control de Tª tras PCR y se alcanza la TD de forma precoz existe una menor mortalidad, menor estancia en UCI y una mejor recuperación neurológica. En cuanto a las complicaciones, en los pacientes en los que se alcanzaba la TD antes se observó menor incidencia de shock e infecciones además de menos días de ventilación mecánica, aunque sin diferencias significativas.

200. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS ANGIOGRÁFICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LA UCI DE UN HOSPITAL COMARCAL

Torcuato Barrera R, Fernández Burgos I, Álvarez Macías A, Salgado Villén M, Cobo Castellano P y Úbeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa en Algeciras.

Objetivos: Analizar las diferencias observadas entre los pacientes con clínica de infarto agudo de miocardio (IAM) con y sin lesiones coronarias angiográficamente significativas (MINOCA) en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Punta de Europa, empleando los datos del registro ARIAM.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo, sobre una cohorte prospectiva, realizado en una UCI de 12 camas durante 6 años (2013-2018). Se han registrado variables demográficas, comorbilidades, factores de riesgo, enfermedades previas, medicación previa, diagnóstico inicial, Killip inicial, localización de IAM, escalas de estratificación (TIMI, GRACE) y de riesgo hemorrágico intrahospitalario (CRUSADE), arritmias, medicación en UCI, complicaciones y tiempos de atención y realización de procedimientos. Análisis estadísticos: variables categóricas (frecuencias y porcentajes), numéricas (media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: χ^2 (porcentajes), test t de Student (medias). Significación estadística con p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 767 pacientes. 564 varones (73,53%), 203 mujeres (26,47%). SCACEST n = 362 (47,2%), SCASEST n = 405 (52,8%). Comparación SCA no MINOCA n = 722 (94,1%) frente a MINOCA n = 45 (5,86%): sexo mujer (24,3% frente a 62,2%; p ≤ 0,001), DM (37,4% frente a 22,2%; p = 0,038), obesidad (14,5% frente a 26,7%; p = 0,021), historia previa de IAM (15,8% frente a 2,2%; p = 0,045), bradicardia sinusal (2,12% frente a 6,8%, p = 0,047), shock en UCI (9,2% frente a 0%; p = 0,033), angor recurrente (4,9% frente a 13,3%, p = 0,015). Peor Killip (p = 0,026): I (45,2% frente a 68,4%), II (27,7% frente a 21,1%), III (18,7% frente a 10,5%), IV (8,5% frente a 0%). Estancia en UCI (días): 3,8 ± 4,9 frente a 3,3 ± 2,8, p = 0,543. Estancia hospitalaria (días): 9,5 ± 8,3 frente a 13,9 ± 16,9, p = 0,308. Mortalidad 7,1% frente a 0%, p = 0,065. Regresión logística multivariante: sexo mujer (OR 7,47, IC95%, [3,80-14,68], p ≤ 0,001), edad (OR 0,97, IC95% [0,94-0,99], p = 0,016) y DM (OR 0,44, IC95% [0,21-0,94], p = 0,035). AUROC: 0,765 (IC95% 0,685-0,845).

Conclusiones: En nuestra Unidad, la prevalencia de MINOCA fue de 5,86%, similar a la descrita en la literatura. El sexo femenino, una menor edad y la ausencia de diabetes mellitus se asociaron de manera independiente al diagnóstico de MINOCA. No se observaron diferencias de mortalidad entre los MINOCA y los SCA con lesiones coronarias significativas.

201. SHOCK CARDIOGÉNICO COMO PRESENTACIÓN DE SCACEST. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES EN NUESTRO HOSPITAL

Domínguez Fernández MI, Fortet Cortés D, Recuerda Núñez M, Fernández Coello S, Valiente Alemán I, Domínguez Rivas MJ, Rodríguez Yáñez JC y Díaz Torres I. Grupo de investigación: ARIAM Andalucía Hospital Universitario de Puerto Real en Puerto Real.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados en nuestra Unidad con shock cardiogénico como clínica inicial de SCACEST, sus factores asociados y mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 31 pacientes recogidos en el ARIAM Andalucía, con diagnóstico de shock cardiogénico secundario a SCACEST, atendidos en nuestro Hospital entre 2016 y 2018.

Resultados: Las características de estos 31 pacientes eran: 18 hombres (58%) y 13 mujeres (42%). Se realizó ICP primaria 30 casos (96%) y 1 fibrinolisis (4%). Los vasos culpables fueron: coronaria derecha (CD) 15 (48%), descendente anterior (DA) 11 (35,4%), tronco coronario 3 (9%), y circunfleja 1 (3%). El TIMI inicial fue 0 en el 90%, consiguiéndose buen resultado angiográfico (TIMI 3) en 30 casos (90%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 60% (18), menor que la observada en este grupo en la provincia de Cádiz (65,9%), aunque sin diferencia significativa. De entre los 18 exitus, los vasos más afectados fueron la CD (8) y la DA (7). 13 (72%) precisaron ventilación mecánica y 16 (88%) vasoactivos. 2 de ellos fueron trasladados en las primeras 48 horas al Hospital de referencia para asistencia ventricular, falleciendo en los días posteriores.

Conclusiones: El shock cardiogénico inicial en el SCACEST presenta una elevada mortalidad a pesar de conseguirse la revascularización completa en ICP primaria urgente del vaso culpable. Son pocos los pacientes trasladados para asistencia ventricular a nuestro Hospital de referencia, y estos quizá ocurren de forma tardía. Sería deseable disponer en nuestra Unidad de dispositivos de asistencia ventricular de forma que se evitaran retrasos en el tratamiento y riesgos añadidos por trasladados en situación crítica.

Pósteres orales

16:45h a 18:15h
Organización/Gestión/Calidad 4
Sala Portixol 1

Moderadores: Francisco Fernández Dorado
y Francisco Baigorri González

202. LA REALIDAD SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL VOLUMEN TIDAL (VT) RECOMENDADO. PROPUESTA DE INDICADORES AUTOMÁTICOS A PARTIR DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA (SIC)

Gómez J^a, Manrique S^a, Sirgo G^a, Esteban F^a, Rodríguez A^c y Bodí M^c. Grupo de investigación: SIS.HJ23

^aHospital Universitari Joan XXIII/IISPV/URV en Tarragona. ^bHospital Universitari Joan XXIII/IISPV en Tarragona. ^cHospital Universitari Joan XXIII/IISPV/URV/CIBERES en Tarragona.

Objetivos: Evaluación de la adecuación del Vt en el paciente crítico a través de indicadores generados de forma automática a partir de los datos del SIC.

Métodos: Estudio de cohortes. Población: pacientes con VM. Periodo: 2015-2018. Criterios de exclusión: pacientes sin registro de altura, y/o APACHE II y/o altura < 140 cm. Variables: modalidad y parámetros de VM, variables clínicas y demográficas, scores de gravedad y evolución. Indicadores: 1. Tiempo VT inadecuado %T_OV (tiempo total Vt > 8 ml/Kg/Tiempo total VM x 100; Estándar propuesto: < 20%) y 2. Pacientes con VT ade-

cuado (nº pacientes con más del 80% del tiempo con $Vt < 8 \text{ ml/kg/n}^\circ$ pacientes con $VM \times 100$; Estándar propuesto: $> 90\%$). Peso ideal y $\%T_OV$ calculados automáticamente en el proceso de ETL (Extract, Transform and Load) con QlikView®. Análisis de cohortes por cuartiles extremos (Q1 frente a Q4) de acuerdo a $\%T_OV$. Análisis estadístico con R. χ^2 para variables categóricas y U de Mann-Whitney para variables continuas.

Resultados: Se incluyeron 1.071 pacientes. Edad mediana 64 años (51-73), APACHE II mediano de 25 (20-31), SOFA mediano de 7 (4-9) y 67,3% varones. El Vt mediano fue 0,53 L (0,49-0,58). Hubo un 15,8% de pacientes con VT adecuado. El $\%T_OV$ fue 63,2 (14,9 en Q1, 47,4 en Q2, 76,0 en Q3, y 95,5 en Q4). Una altura mayor (175 frente a 165 cm; $p < 0,001$), un peso ideal mayor (70,6 frente a 57,0; $p < 0,001$), una edad menor (59 frente a 67; $p < 0,001$), una proporción mayor de varones (85,4 v 43,7; $p < 0,001$), un APACHE II menor (24 frente a 26; $p = 0,013$) y un SOFA menor (6 frente a 7; $p = 0,036$) se asociaron a menor $\%T_OV$. La mortalidad global fue del 27,2%, sin diferencias entre Q1 (32,5%) y Q4 (31,3%). No hubo diferencias significativas en cuanto a días de estancia ni días de ventilación mecánica.

Conclusiones: El uso secundario de los datos del SIC permite obtener de forma automática indicadores precisos para evaluar VT en el paciente crítico. Nuestros resultados evidencian la no adecuación de la práctica clínica a las recomendaciones. Se requieren nuevos estudios para ajustar estos estándares.

Financiada por: FIS P116/00491.

203. ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Janer Maeso MT, Soliva Martínez L, Homar Ramírez J, Pérez Bárcena J, Llompert Pou JA, Riera Sagrera M, Guardiola Grau B, Figueras Castilla A y Ocón López M

Hospital Universitari Son Espases en Palma.

Objetivos: Búsqueda de acciones de mejora asistencial a través del análisis de calidad de la atención recibida por el enfermo traumático y neurocrítico ingresado en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el primer semestre del año 2017. El SMI de nuestro hospital cuenta con 32 camas. Es el centro de referencia para la sanidad pública de nuestra comunidad autónoma de la patología cardiovascular, traumática grave y neurocrítica. Cubre una población aproximada de 1 millón de habitantes. Se incluyeron pacientes con patología traumática, hemorragia subaracnoidea (HSA) o traumatismo craneoencefálico (TCE). De los "Indicadores de calidad en el enfermo crítico (actualización 2017)" de la SEMICYUC, se midieron los relacionados con la atención de dicho perfil de pacientes: indicadores del 28 al 36. Las variables analizadas se extrajeron del sistema de información clínica del servicio (ICIP, Philips, versión G.00.03). Los resultados se expresaron como porcentaje y se compararon con el valor estándar propuesto por la SEMICYUC.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron 97 pacientes susceptibles de medición. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla:

Indicador	Definición	Resultado	Estándar SEMICYUC
28	Trauma grave atendido por el SMI	100%	95%
29	Intubación en el TCE grave durante las primeras 24 h	100%	85%
30	Evacuación de hematoma epidural y/o subdural en el TCE	57%	85%
31	Monitorización presión intracraneal en el TCE grave con tomografía computarizada patológica	92%	95%
32	Mortalidad en el TCE grave	20%	< 35%
33	Osteosíntesis precoz fracturas diafisarias fémur	100%	95%
34	Fijación quirúrgica precoz de las fracturas abiertas	100%	95%
35	Diagnóstico precoz en la HSA	100%	90%
36	Administración de nimodipino en la HSA	100%	100%

Conclusiones: La mayoría de indicadores confirmaron una buena calidad asistencial. Dos acciones requirieron análisis más profundo para su mejora.

204. EVALUACIÓN DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN EL PACIENTE CRÍTICO SÉPTICO. INFORME DE UN CICLO DE MEJORA

Amaya Villar R^a, Parra Hidalgo P^b, Ferrete Araujo A^a, García Delgado H^a y Jiménez González P^a

^aHospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. ^bUniversidad de Murcia en Murcia.

Objetivos: Conocer la optimización del tratamiento antimicrobiano en el paciente crítico séptico, identificación de áreas de mejora y evaluación de la efectividad de las intervenciones realizadas.

Métodos: Se identificaron 6 criterios relacionados con la optimización del tratamiento antimicrobiano prescrito en estos pacientes con los que medir la calidad en la situación de partida y documentar la mejora conseguida: Elección correcta del tratamiento antimicrobiano (C1); Retraso en el inicio del tratamiento antimicrobiano (C2); Toma de muestras previas (C3); Adecuación de la dosis (C4); Duración correcta del antimicrobiano (C5); Optimización del tratamiento antimicrobiano con los datos microbiológicos (C6). Mediante un muestreo de conveniencia, durante tres meses, se llevó a cabo una evaluación interna, retrospectiva y cruzada de 30 historias clínicas de pacientes críticos sépticos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Tras el análisis se implantaron intervenciones para el cambio, mejora de la formación del personal, elaboración de protocolos y plan de difusión. A los 6 meses se realizó una reevaluación sobre otras 60 historias clínicas usando los mismos criterios que en la primera evaluación. En el análisis estadístico, se utilizó el "test del valor Z" de una cola.

Resultados: En la primera evaluación, todos los criterios mostraron un espacio de mejora. El grado de cumplimiento de estos criterios en la primera y segunda evaluación fue: C1 [86 ± (12,4) frente a 96 ± (4,9), $p < 0,029$]; C2 [86 ± (12,4) frente a 96 ± (4,9), $p < 0,048$]; C3 [73 ± (15,8) frente a 95 ± (5,5), $p < 0,001$]; C4 [80 ± (14,3) frente a 86 ± (8,7), NS]; C5 [70 ± (16,3) frente a 90 ± (7,5), $p < 0,008$]; C6 [83 ± (13,4) frente a 83 ± (9,5)]. Se experimentó una mejora para todos los criterios de la segunda evaluación, con excepción de uno de ellos, el C6, con un 83% de cumplimiento en las dos evaluaciones. Tres de estos criterios de calidad, el C1, C2 y C3 alcanzaron $\geq 95\%$ de los cumplimientos en la reevaluación.

Conclusiones: Los cambios introducidos en la metodología de trabajo, formación del personal, y en el plan de difusión son efectivos para mejorar la optimización del tratamiento antimicrobiano en el paciente crítico séptico.

205. INGRESO DE PACIENTES OCTOGENARIOS EN UCI: CONSUMO DE RECURSOS Y EFICIENCIA

Muñoz Bonet O, Azcariz Bertrán MJ, Méndez-Benegassi Cid C, Utrilla Cid N, Rodríguez Vásquez PE, Espinilla Martínez JM, Moreno López J, Rodríguez Castaño R, Guerrero Gómez FJ y Ramos Cuadra JA

C. Hospital Torrecárdenas en Almería.

Objetivos: Identificar las características del paciente octogenario ingresado en UCI, los recursos empleados y el resultado.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo de los pacientes octogenarios (O) ingresados en UCI durante más de 24 horas, en el periodo 2008-2018, comparándolos con los de menos de 80 (J). Las variables categóricas se expresaron en porcentajes, realizando las comparaciones con el test chi-cuadrado, Odds Ratio (OR) e intervalos confianza 95% (IC95); y las cuantitativas en medianas y rango intercuartílico, y se compararon con Mann-Whitney. Para el estudio se utilizó el ENVÍN.

Resultados: Ingresaron en UCI 6781 pacientes entre 18 y 95 años, siendo 559 (8,3%) ≥ 80 años. En los mayores predominaron las mujeres (O 50,8% frente a J 32,5%; $p < 0,001$; OR = 2,14 (1,72-2,67)). Tenían como antecedentes igual insuficiencia renal (8,1% frente a 7,0%; $p = 0,43$; OR = 1,17 (0,78-1,76)), y EPOC (6,3% frente a 6,0%; $p = 0,79$; OR = 1,06 (0,67-1,66)); y más diabetes (28% frente a 19,8%; $p < 0,001$; OR = 1,57 (1,23-2,02)). Tuvieron mayor APACHE-II (14 puntos (10-18) frente a 10 (6-18); $p < 0,001$). En ellos se realizó menos ventilación mecánica (VM) (17,5% frente a 29,5%; $p < 0,001$; OR = 1,96 (1,56-2,46)), cirugía urgente (6,1% frente a 12,2%; $p < 0,001$; OR = 0,46 (0,32-0,66)), tratamiento antibiótico (1,8% frente a 4,8%; $p = 0,001$; OR = 0,36 (0,19-0,68)), catéter venoso central (35,8% frente a 49,6%; $p < 0,001$; OR = 0,56 (0,47-0,67)), sonda urinaria (45,8% frente a 55%; $p < 0,001$; OR = 0,69 (0,58-0,82)), y sonda nasogástrica (15,2% frente a 23,8%; $p < 0,001$; OR = 0,57 (0,45-0,73)). Tuvieron menos días de VM (2 días (1-4) frente a 5 (2-12); $p < 0,001$) y neumonías asociadas a VM (2% frente a 11%; $p = 0,005$;

OR = 5,91 (1,44-24,3)). La estancia en UCI fue menor (2 días (1-3) frente a 3 (2-5); $p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en la mortalidad (13,4% frente a 11,1%; $p = 0,10$; OR = 1,24 (0,96-1,60)).

Conclusiones: Los pacientes octogenarios son predominantemente mujeres. Probablemente su ingreso en UCI fue seleccionado, pues presentaban similar comorbilidad. A pesar de tener mayor APACHE-II, en ellos se emplearon menos recursos de medidas terapéuticas, ventilación mecánica y cirugía. No obstante, los resultados incluso superan a los pacientes de menor edad, con menores neumonías asociadas a la ventilación y menor estancia en UCI; y siendo igual su mortalidad. El ingreso de pacientes octogenarios en UCI resulta eficiente en cuanto a consumo de recursos y resultados.

206. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA A LOS 9 MESES DEL ALTA DE UNA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Fuster Bertolín C, Murcia Gubianas C, Foradada Ubach S, Lorenzo Cárdenas L y Sirvent Calvera JM

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta en Girona.

Objetivos: 1. Conocer la calidad de vida de los pacientes que sobreviven a un ingreso en UCI a los 9 meses del alta mediante la encuesta SF-36 y así establecer la incidencia del síndrome post-UCI (PICS) en nuestra población de referencia. 2. Investigar si existen variables tanto previas al ingreso como intraUCI que determinen mayor riesgo para la presencia de PICS.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de una cohorte de pacientes durante los meses de marzo y abril del 2018. Registramos datos demográficos y de comorbilidad (Barthel, Charlson), psicopatología y tratamiento psicofarmacológico previos, motivo de ingreso y gravedad inicial (APACHE II y SAPS II). Por otra parte, se documentaron los días de ingreso en UCI, necesidad de ventilación mecánica, complicaciones infecciosas y cognitivas, mortalidad en UCI y hospitalaria. Finalmente, registramos dosis máximas de benzodiazepinas, administración de corticoides, relajantes musculares o ansiolíticos por vía enteral. En una segunda fase, a los 9 meses del alta, se contactó telefónicamente con los pacientes que seguían vivos y se realizó la encuesta.

Resultados: De un total de 50 pacientes, 29 seguían vivos a los 9 meses. De éstos, 24 contestaron la encuesta. La frecuencia de PICS hallada fue del 25%. Los resultados de la encuesta SF-36 mostraron que el 95% de los pacientes obtuvieron valores comprendidos entre 56,1 y 75,4% (IC), mostrando un estado global positivo de salud. Por otro lado, cabe destacar una relación estadísticamente significativa entre la presencia de psicopatología previa y una menor puntuación en el SF-36. Por el contrario, no podemos asociar ningún factor intraUCI con un peor valor de SF-36.

Conclusiones: El PICS en nuestra UCI es una entidad con una incidencia comparable a la observada en otros estudios similares. Actualmente no podemos demostrar que ningún factor intraUCI se relacione con una peor calidad de vida evaluada mediante la encuesta SF-36. El único factor que se relaciona de una forma estadísticamente significativa con la presencia de PICS es la existencia de psicopatología previa.

207. SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS POR PARTE DE INTENSIVISTAS FUERA DEL ENTORNO DE LA UCI

Marqueta Juanicorena A, Costa Quintela L, Calvo Monge M, Rodríguez Calero G, Rodríguez Fernández M, Mas Bilbao N y Olaechea Astigarraga PM

Hospital Galdakao Usansolo en Galdakao.

Objetivos: Describir la experiencia a lo largo de los últimos 25 años de la sedoanalgesia en los pacientes que se someten a diferentes procedimientos fuera del entorno de la UCI.

Métodos: Estudio descriptivo basado en la búsqueda y análisis de datos de los procedimientos programados y urgentes realizados bajo sedoanalgesia por parte de los intensivistas fuera del entorno de la UCI en el Hospital Galdakao Usansolo en el periodo de 1996-2017.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 35.834 procedimientos de los cuales el 98,15% fueron endoscópicos, desglosados de la siguiente forma: 26.185 colonoscopias, 5.878 gastroscopias y 3.111 colangiopancreatografías retrogradas endoscópicas. Destacar que la cantidad de procedimientos realizados bajo sedoanalgesia por intensivistas ha ido en aumento, siendo más llamativo desde el 2009, año en el cual se inició la experiencia piloto para el Screening de Cáncer Colorrectal en nuestra comunidad, llegando a la extensión completa a inicios del 2014 y con un total de 4.014 procedimientos en el año 2017. El total de

pacientes ingresados ha permanecido estable en los últimos años (alrededor de 1.000 pacientes al año), apreciándose el claro aumento en la repercusión sobre el trabajo diario de nuestro servicio. En la figura hemos querido reflejar el impacto que ha tenido la sedoanalgesia en procedimientos endoscópicos en nuestro servicio desde el 2004, donde se ha representado el porcentaje de pacientes sometidos a procedimientos de sedoanalgesia en relación al total de pacientes atendidos (ingresados y no ingresados), que en los últimos años superan el 75%.

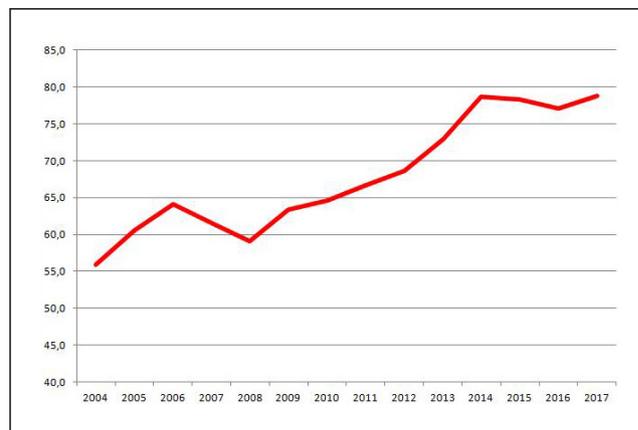


Figura 1. Porcentaje de pacientes sometidos a sedoanalgesia en procedimientos endoscópicos fuera de UCI, en relación al total de pacientes atendidos por los Médicos Internistas (pacientes ingresados y no ingresados).

Conclusiones: El número de procedimientos bajo sedoanalgesia por intensivistas ha ido en aumento en los últimos años, algo que comenzó a ser una actividad ocasional y que actualmente juega un papel importante en nuestra actividad.

208. FACTORES PREDICTORES DE REINGRESO EN UCI. ESTUDIO PRELIMINAR

Altaba Tena S^a, Mateu Campos ML^a, Rodríguez Portillo JH^a, Escudero Martínez E^a, Ferrándiz Sellés MD^a, Gil Tomás A^a, Recatalá Mora M^a y Viana Marco C^a

^aHospital General Universitario de Castellón en Castellón de la Plana.

^bUniversidad Jaume I en Castellón de la Plana.

Objetivos: Determinar aquellos factores que predicen una mayor probabilidad de reingreso en UCI tras el alta a la sala de hospitalización.

Anexo 1				
	REINGRESO SI (n=138)	REINGRESO NO (n=7635)	OR (IC 95%)	P
EDAD (años)	63,96±13,81	61,97±15,91	1,01(0,99-1,02)	0,146
SEXO (% femenino)	59 (43,7)	2744 (37,6)	1,04 (0,94-1,45)	0,527
APACHE II	13,25±9,11	7,57±7,04	1,07 (1,05-1,09)	0,000
SAPS 3	56,55±16,03	44,38±13,61	1,05(1,04-1,06)	0,000
TRAQUEOTOMIA (%)	5 (3,62)	45 (1,91)	1,93 (0,75-4,95)	0,206
VMI (%)	54 (39,13)	1855 (24,62)	1,24 (1,05-1,47)	0,021
VMNI (%)	34 (24,64)	789 (10,09)	2,91 (1,96-4,32)	0,000
TCRR (%)	5 (3,62)	209 (2,73)	1,33 (0,54-3,30)	0,548
ESTANCIA UCI (días)	8,57±12,24	3,73±8,09	1,02(1,01-1,03)	0,0001
ESTANCIA HOSPITAL (días)	37,35±30,47	14,81±17,38	1,03 (1,02-1,04)	0,000
MORTALIDAD EN UCI (%)	27 (19,57)	170 (2,23)	10,68 (6,83-16,70)	0,000
MORTALIDAD HOSPITAL (%)	34 (32,08)	441 (6,33)	6,99 (4,60-10,63)	0,000

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se analizó una cohorte de pacientes dados de alta de UCI a la planta de hospitalización

durante el periodo comprendido entre los años 2012 y 2018. Se obtuvieron datos de variables demográficas, variable relacionadas con el ingreso en UCI y hospitalario, scores de gravedad (SAPS 3 y APACHE II), estancia en UCI y estancia hospitalaria, así como estado al alta de UCI y hospital. El análisis estadístico se realizó con Stata para Mac, versión 14.2.

Resultados: En el periodo comprendido entre enero de 2012 y noviembre de 2018 un total de 7.773 pacientes fueron dados de alta de UCI a la planta de hospitalización. Un total de 141 (1,81%) pacientes reingresaron en UCI durante el mismo episodio hospitalario. El reingreso en UCI se asoció con el uso de la ventilación mecánica tanto invasiva (OR 1,24 IC95% 1,05-1,47 p = 0,021) como no invasiva (OR 2,91 IC95% 1,96-4,32, p = 0,000) y a una mayor gravedad valorada por Apache II (OR 1,07 IC95% 1,05-1,09, p = 0,000) y SAPS 3 (OR 1,05 IC95% 1,04-1,06, p = 0,000). La estancia en UCI como hospitalaria, así como la mortalidad en UCI y hospitalaria fue significativamente mayor en los pacientes que reingresaron.

Conclusiones: Los pacientes que reingresan en UCI tienen estancias más prolongadas y una mayor mortalidad, con el consecuente aumento de recursos. El reingreso de pacientes en UCI se asocia con la gravedad, así como en el uso de la ventilación mecánica, invasiva y no invasiva. Identificar aquellas variables que predicen una mayor probabilidad de reingreso podría facilitar la valoración del momento más idóneo para el alta de UCI a las plantas de hospitalización.

209. ANÁLISIS DE LA OCUPACIÓN DE CAMAS DE UNA UCI Y SU RELACIÓN CON LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS

Esparza Artanga L^a, García de Vicuña Bilbao D^b, Barado Hualde J^a, Azcarate Camio C^b y Mallor Giménez F^b. *Grupo de investigación:* DECYL

^aComplejo Hospitalario de Navarra en Pamplona. ^bUniversidad Pública de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Análisis relacional del nivel de ocupación de camas de la UCI con respecto a los ingresos y las altas y de su posible efecto modificador de la duración de la estancia de los pacientes.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo de los pacientes ingresados desde el 1 de octubre de 2015 al 30 de abril de 2018 en la UCI-A del Complejo Hospitalario de Navarra, con 24 camas. Se recogen además las variables edad, APACHE II al ingreso y tipo de ingreso (postquirúrgico programado, posquirúrgico urgente, paciente médico de urgencias, politrauma, hospitalizado en servicio médico y en servicio quirúrgico). Se analiza mediante matrices de transiciones de cadenas de Markov las probabilidades del cambio de ocupación de camas de forma global y según un nivel de ocupación. Se calcula el porcentaje de cada cambio en el nivel de ocupación con respecto al total de posibles cambios que se producen (tabla 1), es decir, estando con 17 camas ocupadas el pasar a 19 camas al día siguiente representa el 0,74% del total de todos los posibles cambios para todas las camas y ocupaciones. Y el porcentaje de cada cambio teniendo en cuenta solo los movimientos que se dan en un nivel de ocupación determinado (tabla 2), de todos los cambios que se dan con 17 camas ocupadas, el pasar de al día siguiente a 19 tiene una probabilidad del 11,3%. Se realiza análisis multivariante de la relación entre la duración de la estancia y las camas ocupadas al alta de los pacientes, ajustando por el resto de las variables estudiadas. Significación estadística p < 0,05.

Resultados: Se analizan 2.217 pacientes. Media de edad de 62,9 años (DE 14,8), APACHE II de 14,2 (DE 8,1), estancia de 7,7 días (DE 12,7, mediana 3,0) y ocupación en el momento del alta de 19,4 camas (IC 19,3-19,6, mediana 20), con un 17,2% de > 22 camas ocupadas y un 8,2% de > 23 camas. En el análisis de las probabilidades de las transiciones en la ocupación de camas, se observa que, dada una ocupación inicial, lo más probable es mantenerse al día siguiente en ese mismo nivel. Además, dado un nivel de ocupación, hay más probabilidad de ingresar a un nuevo paciente que de dar un alta hasta llegar a 21 camas, en donde la tendencia se invierte siendo estadísticamente significativo. El análisis multivariante en cuanto a la duración de la estancia resultó significativo únicamente para ocupaciones < 23 camas (-2,4 días, IC -4,5- -0,2). También resultaron significativas el APACHE II (0,2, IC 0,1-0,3), el paciente quirúrgico urgente (3,2, IC 1,1-5,3), el politrauma (6,4, IC 3,9-9,0) y el paciente médico ingresado (3,6, IC 1,5-5,8).

Conclusiones: Por encima de un 85% de ocupación se objetiva una gestión de las camas, que implica un triaje en los ingresos y las altas. La

Figura 1 Póster 209

CAMAS	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
10	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
11	0,00%	0,21%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
12	0,00%	0,00%	0,74%	0,11%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
13	0,00%	0,11%	0,00%	2,02%	0,21%	0,11%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
14	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	1,51%	0,32%	0,21%	0,21%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,21%	3,25%	0,32%	0,11%	0,21%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
16	0,00%	0,00%	0,00%	0,32%	0,32%	0,21%	5,41%	0,42%	0,21%	0,42%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
17	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,21%	0,21%	4,76%	0,42%	0,11%	0,74%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
18	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,32%	0,42%	3,32%	1,17%	0,42%	0,21%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,32%	0,64%	0,96%	11,46%	1,45%	0,21%	0,32%	0,13%	0,00%	0,00%	0,00%
20	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,32%	0,11%	0,32%	0,64%	10,51%	1,06%	0,32%	0,42%	0,13%	0,00%	0,00%
21	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,21%	0,64%	0,42%	8,39%	0,56%	0,13%	0,13%	0,00%	0,00%
22	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,21%	0,21%	0,64%	0,74%	7,52%	0,64%	0,00%	0,13%	0,00%
23	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,21%	0,21%	0,21%	0,32%	6,26%	0,85%	0,13%	0,13%
24	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,21%	0,00%	0,32%	0,32%	2,76%	0,13%	0,13%
25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,32%	0,00%	1,49%	0,00%
26	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,13%	0,42%

Tabla 1. Matriz de transiciones de los porcentajes de cambio de ocupación con respecto al total de cambios que se producen

Figura 2 Póster 209

CAMAS	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
10	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
11	0,00%	96,67%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
12	0,00%	0,00%	77,78%	11,11%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
13	0,00%	4,17%	0,00%	79,17%	8,33%	4,17%	4,17%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
14	0,00%	0,00%	0,00%	5,70%	65,03%	11,11%	7,41%	7,41%	0,00%	3,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15	0,00%	0,00%	2,38%	0,00%	4,76%	70,53%	7,14%	2,38%	4,76%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
16	0,00%	0,00%	0,00%	4,35%	4,35%	2,90%	72,91%	5,86%	2,90%	5,86%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
17	0,00%	0,00%	1,61%	0,00%	0,00%	5,23%	5,23%	72,58%	6,45%	11,29%	1,61%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
18	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,23%	4,30%	74,16%	11,93%	4,30%	2,15%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,88%	0,00%	2,04%	6,12%	71,63%	9,52%	1,38%	2,04%	0,88%	0,00%	0,00%	0,00%
20	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,27%	0,76%	2,27%	4,50%	75,00%	7,58%	3,79%	3,00%	0,76%	0,00%	0,00%
21	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,97%	0,00%	1,94%	5,83%	3,88%	76,10%	8,74%	0,97%	0,97%	0,00%	0,00%
22	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,15%	2,15%	6,45%	7,53%	74,19%	6,45%	0,00%	1,08%	0,00%
23	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,56%	2,56%	2,56%	3,85%	75,64%	10,01%	1,28%	1,28%
24	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,56%	0,00%	8,33%	8,33%	72,22%	2,78%	2,78%
25	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,56%	16,67%	0,00%	77,78%	0,00%	0,00%
26	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	16,67%	0,00%	16,67%	66,67%

Tabla 2. Matriz de transiciones de los porcentajes de cambio de ocupación con respecto a un nivel de ocupación determinado

influencia del nivel de ocupación en la duración de la estancia de un paciente solo es significativa en el nivel de máxima ocupación.

Financiada por: AEI/FEDER, UE (MTM2016-77015-R).

210. IMPACTO DE LA FRAGILIDAD EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON CIRUGÍA MAYOR ABDOMINAL, MAYORES DE 70 AÑOS QUE INGRESAN EN UNA UCI QUIRÚRGICA

Ruiz de Gopegui Miguélena P^a, Martínez Lamazares T^a, Miguélena Hycka J^b, Esteban Molina A^a, Chamorro Peiro M^a, Claraco Vega LM^a, Monge Sola L^a, Fuster Cabré M^a, Gurpegui Puente M^a y Miguélena Bobadilla JM^a

^aHospital Universitario Miguel Servet en Zaragoza. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal en Madrid.

Objetivos: Conocer la influencia de la fragilidad en el pronóstico de los pacientes que son sometidos a cirugía mayor del aparato digestivo y que precisan ingreso en UCI Quirúrgica.

Métodos: Se trata de un trabajo prospectivo en el que se seleccionaron todos los pacientes mayores de 70 años sometidos a cirugía del aparato digestivo (urgente o programada) admitidos en UCI desde el día 1-6-2018 hasta el día 15-12-2018. En el momento de admisión a UCI se aplicaron dos test de fragilidad: el Modified Frailty Index (mFI) (basado en antecedentes patológicos) y el Clinical Frailty Scale (CFS) (basado en el juicio clínico y en la entrevista con el paciente y/o familiares); y se calculó el APACHE II. Se siguieron los pacientes hasta el alta hospitalaria. Las complicaciones quirúrgicas se tabularon según la clasificación de Clavien-Dindo.

Resultados: Se analizaron 50 pacientes. Fallecieron 18. De ellos, 15 lo hicieron en UCI y 3 en planta. De los 32 supervivientes, 5 fueron dados de alta a hospital de crónicos. La CFS es una variable discreta y ordinal. De los 18 pacientes fallecidos, la media de la CFS fue 3,67 y la mediana: 3,5. De los 32 supervivientes, la media de la CFS fue 3,19 y la mediana 2,5. La diferencia entre la mediana de ambos grupos fue estadísticamente significativa con $p = 0,046$ mediante el test de Mann-Whitney. El mFI es una variable continua; la media en los fallecidos fue 0,29; y la media en los supervivientes fue 0,20. No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los pacientes tabulados como frágiles según la CFS (puntuación igual o mayor a 4) fueron 19, de ellos fallecieron 10 (mortalidad 51%). Su APACHE II medio al ingreso fue 21 (mortalidad esperada 30%). 26 pacientes se intervinieron de forma urgente, con mortalidad del 50%.

Conclusiones: Se trata de una muestra pequeña, pero mayor puntuación en escalas de fragilidad se relaciona con peores resultados. Siendo la CFS estadísticamente significativa para predecir mortalidad en pacientes mayores de 70 años que son sometidos a cirugía mayor digestiva. El APACHE II infravalora la mortalidad esperada de los pacientes frágiles. La cirugía urgente en pacientes frágiles supone alta probabilidad de éxitos.

211. UTILIZACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DEL REGISTRO ENVIN PARA ADAPTAR MODELOS PRONÓSTICOS ANTIGUOS COMO SAPS II Y APACHE II A NUESTRO MEDIO

Ruiz García MI^a, Gordillo Resina M^a, Aguilar Alonso E^b, Pérez Mesa E^a, Machado Casas J^a, Pola Gallego de Guzmán MD^a, Castillo Rivera AM^a, Rojas Amezcua M^b, Brea Salvago JF^a y Molina de la Torre N^a

^aHospital Jaén en Jaén. ^bHospital Infanta Margarita en Cabra.

Objetivos: Utilizar el Registro ENVIN, para análisis de mortalidad.

Métodos: Registro ENVIN de cada Unidad puede ser descargado en formato Access. Su Tabla 1 contiene gran cantidad de datos, como edad, índices pronósticos, fecha de ingreso y alta, ventilación mecánica, nutrición, catéteres y sondajes y mortalidad. Esa tabla al ser exportada a cualquier programa estadístico, puede ser transformada y analizada con objetivos diferentes a los habitualmente analizados en el Registro ENVIN. Análisis de mortalidad se realiza con los índices pronósticos. Regresión logística y evaluación de discriminación con curva ROC.

Resultados: UCI de Jaén, desde 2010 se incluye a todos los pacientes ingresados más de 24 horas. $N = 3.893$, edad: $62,52 \pm 14,86$ años, APACHE II: $14,49 \pm 9,03$ puntos y SAPS II: $34,63 \pm 17,31$ puntos. El 33,4% ingresaron por infarto agudo de miocardio que fue el diagnóstico más frecuente, 7,7% por arritmia cardíaca, 6,9% por shock séptico, 3,2% por PCR, 2,4% por pancreatitis. El 28,4% precisaron ventilación mecánica (VM) el 1º día de ingreso, 27,8% al 2º día y un 10% mantenían VM tras 14 días de estancia. Mortalidad esperada según APACHE II: 32,38%; según SAPS II: 22,82%. Mortalidad hospitalaria: 20,15% y en UCI: 14,4%. Análisis

multivariable con regresión logística (variable dependiente la mortalidad hospitalaria e independientes APACHE II, diagnósticos y VM 2º día). Curva ROC: 0,86 (0,85-0,88) y la del APACHE II solo fue de 0,82 (0,81-0,84). Con el SAPS II y el nuevo modelo que incluyó también diagnóstico y VM 2º día tuvo curva ROC similar al previo 0,86 (0,85-0,88) y para SASP II 0,809 (0,79-0,82).

Conclusiones: Con los datos almacenados en el registro ENVIN tras transformarlo en una base de datos susceptible de ser analizado con programas estadísticos, es posible construir un modelo de predicción de mortalidad con los datos almacenados de APACHE; SAPS II, ventilación mecánica y diagnóstico. Este modelo discrimina bastante mejor que los índices pronósticos por sí solos y puede permitir en el futuro hacer adaptaciones al tiempo actual de sistemas pronósticos antiguos que puedan usarse para control de calidad.

212. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LOS PROYECTOS ZERO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO

Santapau Travería A, Pavia Pesquera MC, Díaz de Antóñana Sáenz V, Monfort Lázaro E, Camino Ferró H, Macías Pascual M, Calvo Martínez A y Martínez Camarero L

Hospital San Pedro en Logroño.

Objetivos: Evaluar el cumplimiento de los objetivos de los Proyectos Zero en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) del Hospital San Pedro (HSP) de Logroño.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo y longitudinal de todos los pacientes ingresados en la UMI del HSP de Logroño desde el día 01/01/2018 hasta el 31/12/2018 mediante el registro ENVIN, analizando el número de infecciones por 1.000 días de catéter venoso central (CVC), neumonías por 1.000 días de ventilación mecánica (VM), tasa de gérmenes multirresistentes por cada 100 pacientes y ratio de infecciones por 1000 días de sondaje urinario.

Resultados: Proyecto Bacteriemia Zero. La tasa de infecciones por 1000 de CVC fue de 3,62, superior al objetivo de 2018 que era ≤ 3 . Proyecto Neumonía Zero. El número de neumonías asociadas a VM fue de 6,2, ligeramente inferior al objetivo de 2018 que era ≤ 7 . Proyecto Resistencia Zero. La tasa de gérmenes multirresistentes al ingreso en UMI fue de 1,43 y durante el ingreso fue de 0,44 por 100 pacientes. Se cumplió el objetivo de 2018 que era $< 5\%$. Proyecto ITU Zero. El ratio de infecciones por 1.000 días de sonda urinaria fue superior al objetivo 2018 ($< 2,7$) con 3,55 infecciones. El ratio de utilización de sonda urinaria fue de 0,66, cumpliendo el objetivo 2018 que era $\leq 0,7$.

Conclusiones: Al ser la primera vez que se realiza el análisis de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria durante 12 meses a través del programa ENVIN, hemos observado puntos de mejora en nuestra actividad asistencial. Por ello estamos desarrollando actividades enmarcadas en los Proyectos Zero para mejorar, especialmente las bacteriemias asociadas a CVC y las infecciones urinarias asociadas a sonda urinaria.

213. EXPERIENCIA CON LAS SESIONES DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 22 MESES

Balandín Moreno B^a, Pérez Redondo M^a, Alcántara Carmona S^a, Valdivia de la Fuente M^a, Ballesteros Ortega D^a, García Sanz J^a, Rodríguez Villamizar P^a, Pérez Pérez L^a, Pérez Lucendo A^b y Fernández Muñoz R^a

^aHospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda en Madrid. ^bHospital Universitario La Princesa en Madrid.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en la realización de sesiones estructuradas de mortalidad (SM) en una UCI de un hospital de tercer nivel. Valoración por parte del personal sanitario (PS) de la utilidad de las SM.

Métodos: Las SM se realizan mensualmente, con asistencia mayoritaria del PS. Se analizan todos los pacientes fallecidos del mes anterior. Cada caso clínico (CS) se adjudica a un médico residente y un adjunto, los cuales realizan un análisis del CS cumplimentando el formulario de la figura 1 y exponen las conclusiones en la SM. En la serie analizada se detallan los eventos adversos (EA) y circunstancias implicadas más relevantes en el fallecimiento del paciente. Se cumplimentó una encuesta de evaluación sobre la utilidad de las SM entre el PS al final del periodo estudiado.

Figura 1 Póster 213

REVISIÓN HISTORIA CLÍNICA	
SESIÓN DE MORTALIDAD UCI MÉDICA	
PACIENTE _____ NHC _____ FECHA INGRESO UCI ____/____/____ FECHA ÉXITUS ____/____/____ DÍA DE LA SEMANA _____ FESTIVO SI NO _____	SEXO V M _____ EDAD: _____ DÍAS DE INGRESO EN UCI: _____
PROCEDENCIA: OTRO CENTRO URGENCIAS (COMUNIDAD) PLANTA QUIRÚRGICA PLANTA MÉDICA	¿EXISTIÓ DEMORA DIAGNÓSTICA (HOSPITALARIA)? _____ ¿EXISTIÓ DEMORA TERAPÉUTICA (HOSPITALARIA)? _____ ¿EXISTIÓ ALGÚN PROCEDIMIENTO QUE DESENCADENARA EL FALLECIMIENTO? ESPECIFICAR _____ ¿EXISTIÓ ALGÚN PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO RELEVANTE PENDIENTE DE REALIZAR? ESPECIFICAR _____ ¿HUBO EXCESOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS? _____ CAUSA INMEDIATA DE LA MUERTE _____ LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (NO DONANTES) PCR NO ESPERADA DONANTE DE ÓRGANOS MUERTE ENCEFÁLICA DONACIÓN ASISTOLIA CONTROLADA ¿HUBO MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN? _____ ¿CONSTA EN LA HISTORIA SI LA FAMILIA FUE INFORMADA DEL PRONÓSTICO AL INGRESO? _____ ¿FAMILIARES DEMANDANTES O CONFLICTIVOS? _____ ¿EL ÉXITUS ERA PREVISIBLE? _____ ¿EL ÉXITUS ERA EVITABLE? _____
EVALUACIÓN CLÍNICA EN UCI: APACHE II _____ DIAGNÓSTICO AL INGRESO _____ OTROS DIAGNÓSTICOS RELEVANTES _____ PROCEDIMIENTOS INVASIVOS _____ VENTILACIÓN MECÁNICA TRAQUEOTOMÍA CIRUGÍA ARTERIOGRAFÍA / CATETERISMO	EVALUACIÓN POST-FALLECIMIENTO: ¿SE SOLICITÓ AUTOPSIA? _____ ¿SE CONCEDIÓ LA AUTOPSIA? _____ RESULTADO _____ RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POSTMÓRTEM INFORME DE ÉXITUS _____
EVALUACIÓN DEL FALLECIMIENTO: ¿CUÁL ERA EL PRONÓSTICO DE MUERTE AL INGRESO HOSPITALARIO? BAJO MEDIO ALTO ¿CUÁL ERA EL PRONÓSTICO DE MUERTE AL INGRESO EN UCI? BAJO MEDIO ALTO	COMENTARIOS: _____

Figura 1. Formulario de recogida de datos para casos clínicos de pacientes fallecidos.

Tabla 1. Principales características de los pacientes fallecidos analizados en las sesiones de mortalidad.

VARIABLES	Número de pacientes (%)*
Número	160
Edad (años) ± DS	64 ± 14.2
Varones	85 (56.2)
APACHEII al ingreso en UCI	25.5 ± 8.5
Procedencia	
Urgencias / Comunidad	77 (48.1)
Hospitalización médica	37 (23.1)
Hospitalización quirúrgica	16 (10)
Otros centros	30 (18.2)
Diagnóstico de ingreso en UCI	
Neurológico ^a	41 (25.6)
Sepsis / Shock séptico	28 (17.5)
Parada cardiorrespiratoria	26 (16.3)
Insuficiencia respiratoria	21 (13.1)
Shock hemorrágico	15 (9.4)
Traumatismo	6 (3.8)
Otros	23 (14.3)
Inmunosupresión	40 (25)
Ventilación mecánica	150 (93.7)
Maniobras de reanimación cardiopulmonar	25 (15.6)
Otros procedimientos invasivos	73 (45.6)
Causa del fallecimiento	
Limitación del esfuerzo terapéutico ^b	81 (50.6)
Fracaso multiorgánico	42 (26.2)
Muerte encefálica	26 (16.2)
Parada cardíaca no esperada	11 (6.8)
Día de la semana del éxitus	
Diario	117 (73.1)
Festivo	43 (26.8)
Días de ingreso en UCI (días) (RIQ)	2 (1 - 8)

*Referido al número de pacientes en los que se cumplimentó el formulario de recogida de datos.

Abreviaturas: DS, desviación estándar; RIQ, rango intercuartil

^aIctus hemorrágico e isquémico ^bIncluidos ingresos programados para donaciones en asistolia controlada

Resultados: De febrero 2017 a noviembre 2018 ingresaron en UCI 1354 pacientes, 196 fallecidos. Las principales características de los CS analizados se registran en la tabla 1. En 15 CS se consideró que el éxitus no era previsible al ingreso. Se objetivaron complicaciones derivadas de procedimientos invasivos (EA no prevenible) en 14 ocasiones (7,1%). En 23 ocasiones (11,7%) se detectaron EA que pudieran considerarse potencialmente prevenibles (demoras terapéuticas/diagnósticas en 10; organizativas en 6; farmacológicas en 5; técnicas/equipamiento en 2). En 19 CS se consideró que existieron excesos diagnósticos y/o terapéuticos. Se solicitó la autopsia en el 6,6% de los CS. Se realizaron sesiones clínicas (4) y reuniones multidisciplinares (2) a propósito de los CS más relevantes. El 77% de los encuestados consideraron las SM como útiles/muy útiles y el 15% imprescindibles.

Conclusiones: Las sesiones de mortalidad en nuestro medio son muy útiles. Ofrecen la oportunidad de mejorar la comunicación entre el personal sanitario por su carácter multidisciplinar y analizar de forma crítica nuestra práctica clínica diaria. Permiten detectar complicaciones y eventos adversos potencialmente fatales, pudiendo contribuir a mejorar la calidad asistencial y la seguridad de nuestros pacientes. Las sesiones de mortalidad tienen muy buena aceptación entre el personal sanitario, especialmente por su carácter docente.

214. MEJORANDO LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS. SEGUIMIENTO EN PLANTA DE PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA AL ALTA DE UCI. ESTUDIO DESCRIPTIVO 2017-2018

Campos Fernández S, Ruiz Ruiz AM, Lorda de los Ríos MI, Berrazueta Sánchez de la Vega A, Lanza Gómez JM y Rodríguez Borregán JC
 Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: La complejidad de los pacientes críticos hace que el momento de su traslado a planta de hospitalización convencional se elija cuando el nivel de cuidados sea menor. Entre los factores que aportan complejidad, está la necesidad de traqueostomía percutánea durante su ingreso. Describimos aquí nuestra experiencia en el seguimiento en planta de estos pacientes y su impacto en los reingresos.

Métodos: Estudio descriptivo de los reingresos en pacientes traqueostomizados médicos y quirúrgicos tras su traslado a planta de hospitalización desde UCI. Este seguimiento se realiza por parte de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) y Servicio extendido de cuidados intensivos (SECI), pertenecientes al Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Resultados: Entre enero y septiembre de 2017, hubo 66 salidas de UCI, correspondientes a 55 pacientes, con traqueostomía percutánea o quirúrgica realizada durante el ingreso para facilitar el destete de VM. Hubo 8 reingresos, 7 relacionados con insuficiencia respiratoria y secreciones respiratorias (10,6%), y un caso relacionado con complicación de la patología de base. La media de días hasta el reingreso fue de 7 días (menos 24 horas-20 días). Sin mortalidad en UCI. Desde septiembre de 2017 se cambió el plan de seguimiento y aquellos pacientes de mayor complejidad, incluidos aquellos con traqueostomía, eran seguidos en planta hasta su decanulación o traslado a otro centro hospitalario. Además, se estableció un seguimiento multi e interdisciplinar por los Servicios de Medicina Intensiva, ORL, Nutrición y Rehabilitación. Así como un curso de Formación Continuada para el personal de enfermería de las plantas que recibían estos pacientes (Neurocirugía, Neumología, Neurología, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía Torácica). A lo largo de 2018, hubo 46 salidas de UCI con traqueostomía percutánea o quirúrgica, con un solo reingreso (2,2%) motivado por complicación de la misma (en menos de 24 horas), sin mortalidad en UCI.

Conclusiones: La identificación de los pacientes con riesgo de reingreso, el establecimiento de un plan de seguimiento multidisciplinar y la formación del personal, son imprescindibles para mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes críticos, en este caso, traqueostomizados.

215. CONCORDANCIA ENTRE EL ONCÓLOGO Y EL INTENSIVISTA EN LA INSTAURACIÓN DE MEDIDAS AGRESIVAS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Escudero Acha P, González Castro A, Rodríguez Borregán JC, Peñasco Martín Y, Chicote Alvarez E, Jiménez Alfonso A, Ortiz Lasa M, Campos Fernández S, Seabrook Maggio P, Arlaban Carpintero M

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Analizar a través de un estudio comparativo, la concordancia entre la valoración realizada por el oncólogo de los enfermos ingresados en planta y la valoración realizada por los intensivistas.

Métodos: Se realizaron durante un periodo de 6 semanas, sendos cortes transversales para identificar aquellos pacientes ingresados a cargo del servicio de Oncología en un hospital de tercer nivel. De la muestra de enfermos, se seleccionaron aquellos pacientes que en la historia clínica tenían realizada la valoración por el oncólogo como "enfermo susceptible de medidas agresivas" o no. Los enfermos reclutados, fueron presentados como casos clínicos a 3 intensivistas de diferente edad, antigüedad en el servicio y condición laboral. De la valoración de los 3 intensivistas se formó una decisión de consenso en los casos valorados que se enfrentó a la decisión tomada por el oncólogo. Para valorar la concordancia inter-observadores se utilizó el índice Kappa de Cohen, estableciendo la significación estadística en un valor de $p < 0,05$.

Resultados: En los seis cortes efectuados de forma consecutiva semanalmente, había un total de 66 enfermos ingresados en la planta de oncología. De todos ellos, se había reflejado en la historia clínica la decisión de considerar al enfermo subsidiario de medidas agresivas en 19 casos (28,78%). El oncólogo consideró a 16 de estos enfermos (84%) candidatos a aumentar la agresividad en el tratamiento si fuera necesario. En el 68,4% de las ocasiones existía acuerdo entre la decisión tomada por el oncólogo y la consensuada por los intensivistas. El índice Kappa estableció un valor de concordancia de 0,34 (IC95%: 0,18-0,67; $p = 0,47$).

Conclusiones: Los datos presentados evidencian un nivel discreto de concordancia a la hora de valorar el aumento de las medidas de tratamiento entre el oncólogo y el intensivista. Este dato ofrece un amplio campo de acercamiento entre ambos profesionales.

216. LA REALIDAD SOBRE LA MOVILIZACIÓN PRECOZ; EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN A PARTIR DEL SIC

Magret Iglesias M, Perelló González P, Gómez Álvarez J, Mariné Vidal J, Moya Francés D, Reynalds Hidalgo I y Bodí Saera M

Hospital Universitari Joan XXIII en Tarragona.

Objetivos: Evaluar la adherencia al protocolo de movilización precoz (MP) en una UCI a través del Sistema de Información Clínica (SIC).

Métodos: Estudio descriptivo en una UCI polivalente de 30 camas durante un periodo de dos años (enero 2017-diciembre 2018). Se incluyeron los pacientes que cumplían los criterios de inclusión al protocolo MP. Las variables analizadas: sexo, edad, APACHE II, motivo de ingreso de la SEMICYUC, días de estancia, proporción de días de MP, día de inicio de MP, MRC y nivel de MP. Se analizaron las razones por las que no se realizó MP. Los datos se extrajeron del SIC mediante procesos de extracción, transformación y carga (ETL) con la herramienta de software Qlikview®. La minería de los datos se realizó con R.

Resultados: De los 1.961 pacientes ingresados en UCI en el período de estudio, 819 (41,76%) requirieron VMI, de los cuales 510 recibieron VMI > 48h y 272 cumplieron los criterios de inclusión; suponiendo un total de 3940 estancias. La mayoría eran hombres (72,06%), con una edad mediana de 63 (53-72) años, un APACHE II mediano de 24 (18-29) un SOFA mediano de 7 (5-9) y una estancia mediana de 10 (6,8-17,3) días. El motivo de ingreso SEMICYUC más frecuente fue la insuficiencia respiratoria 21,7%, seguida de la monitorización y vigilancia post-operatoria 20,22%, y shock séptico 19,12%. La media de proporción de días de MP respecto a la estancia total fue del 25%. Las causas por las que no se realizó; 47,2% de los casos por no cumplir los criterios de estabilidad clínica, 38,9% por ser días festivos, 4,4% por falta de personal, 3,1% por no encontrarse el paciente en UCI o rechazar la fisioterapia y 6,4% se desconoce la causa. En el 26% de los pacientes con criterios de inclusión no se inició nunca; 58% no cumplían criterios de estabilidad clínica, 1% por falta de personal, 28% por ser días festivos y en el 16% se desconoce la causa. La mediana de día de inicio de MP fue al 5,8 día y los pacientes a los que no se les inició tuvieron una estancia mediana de 6,13 días. Se analizó el número de pacientes a los que se realizó el MRC y el nivel de MP que alcanzaron, a 96 (35,29%) y 151 (65,51%) pacientes respectivamente. De los 151, la proporción de pacientes que llegaron a cada nivel fue; 11,26% (17) nivel I, 21,85% (33) nivel II, 7,95% (12) nivel III, 20,53% (31) nivel IV y 38,41% (58) nivel V.

Conclusiones: La evaluación del proceso nos ha permitido analizar la adherencia al protocolo de MP observando que su implementación es del 74%. Los resultados nos permiten identificar las acciones de mejora, ajustar las indicaciones y monitorizar su impacto.

Pósteres orales

16:45h a 18:15h

Miscelánea 1

Sala Calvia

*Moderadores: Alberto Hernández Tejedor
y Josep Trenado Álvarez*

217. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES QUE INGRESAN EN POP INMEDIATO EN UNA UCI

Ortiz Lasa M, González Castro A, Peñasco Martín Y, Escudero Acha P, Chicote E, Jiménez A, Rodríguez Borregán JC y Blanco Huelga C

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que ingresan en el POP inmediato de un trasplante renal en una UCI de un hospital terciario.

Métodos: Diseño: estudio observacional y descriptivo durante un periodo de 12 meses en una UCI de 32 camas de un hospital terciario.

Resultados: Se analizaron un total de 35 pacientes, un 68,6% eran varones con una edad media de 56,37 años (DE \pm 11,68). Al ingreso presentaban un APACHE II medio de 16,71 (DE \pm 4). La estancia media en UCI fue de 2,97 días (DE \pm 1,22) y hospitalaria de 20,03 (DE 14,67). En el 82,9% de los casos era el primer trasplante siendo la causa más frecuente la nefropatía diabética (31,4%) seguido de la glomerulonefritis, poliquistosis renal, nefritis intersticial por uropatía obstructiva y nefroangioesclerosis hipertensiva con un 11,4%, 11,4%, 8,6% y 5,7% respectivamente; mientras que el 17,1% era su segundo trasplante, siendo la causa fundamental la pérdida del injerto por rechazo agudo. La procedencia del órgano en 33 pacientes (94,3%) de injerto de cadáver y 2 (5,7%) de donante vivo. En cuanto a las comorbilidades en el 91,4% de los casos eran hipertensos,

48,6% dislipémicos, 45,7% diabéticos, 14,3% obesos y el 17,1% presentaban cardiopatía isquémica. Durante el ingreso en UCI el 11,4% requirieron ventilación mecánica, el 28,6% administración de drogas vasoactivas, el 28,6% administración de diuréticos y el 37,1% transfusión de hemoderivados. Además el 20% requirieron al menos 1 sesión de diálisis siendo la causa más frecuente, un 50% oliguria. Se realizó ecografía de control las primeras 24-48 horas, siendo en el 54,3% de los casos normal. Como hallazgos ecográficos se objetivó en 22,9% presencia de hematoma perirenal, 14,3% hallazgos sugestivos de necrosis tubular aguda, y en 2,9% respectivamente estenosis parcial de arteria renal, trombosis de vena esplénica e infarto polar renal. Durante el ingreso en UCI en un 22,9% de los casos sufrieron complicaciones infecciosas. La supervivencia en UCI fue del 100%, mientras que durante la hospitalización sucedió un fallecimiento por un síndrome coronario agudo. Al año de seguimiento viven 34 de 35 trasplantados. **Conclusiones:** El trasplante renal es el tratamiento de elección en la enfermedad renal crónica en estadio final. Se obtienen buenos resultados mejorando la calidad de vida frente a la diálisis y en relación a la mortalidad.

218. MONITORIZACIÓN DE LA ELASTANCIA ARTERIAL DINÁMICA MEDIANTE EL ANÁLISIS DEL CONTORNO DEL PULSO ARTERIAL DURANTE LA FASE AGUDA DEL SHOCK SÉPTICO

Ruvelta Rabasa P, Arriero Fernández N, Egileor Martin Z y García Molpeceres R
Hospital Universitario de Guadalajara en Guadalajara.

Objetivos: 1) Monitorizar la elastancia arterial dinámica (Eadyn = PPV/SVV) en pacientes en shock séptico mediante el análisis del contorno del pulso arterial (PCA). 2) Describir factores hemodinámicos asociados con la Eadyn.

Métodos: Cohortes prospectivo. Pacientes en shock séptico respondedores a volumen. En ritmo sinusal y ventilación mecánica. Excluidos: SDRA, arritmias, y fallo ventricular derecho o izquierdo. Dependientes a volumen (SVV > 15%) y 'leg raising test' positivo. Ritmos de infusión de volumen y NA para alcanzar una PAM ≥ 70 mmHg. Para el PCA se utilizó el transductor Pro_AQT (Getinge®) conectado a un catéter arterial radial, y el monitor Pulsioflex (Getinge®). Registro continuo digital de los datos cada 12 segundos, en hojas de cálculo Excel para cada paciente y exportados para su depuración y procesamiento al programa estadístico 15/C 15.1. Se registraron dos periodos de tiempo (2 y 10 minutos). No se modificó la dosis de sedoanalgesia, infusión de NA ni los parámetros ventilatorios durante el registro de los datos. Test descriptivos no para-

métricos y de rangos de Spearman así como 2 modelos de regresión múltiple para efectos fijos (factores vasculares y cardiacos), usando los valores de los registros de 10 minutos. Cálculos estadísticos efectuados con el programa Stata 15/IC 15.1.

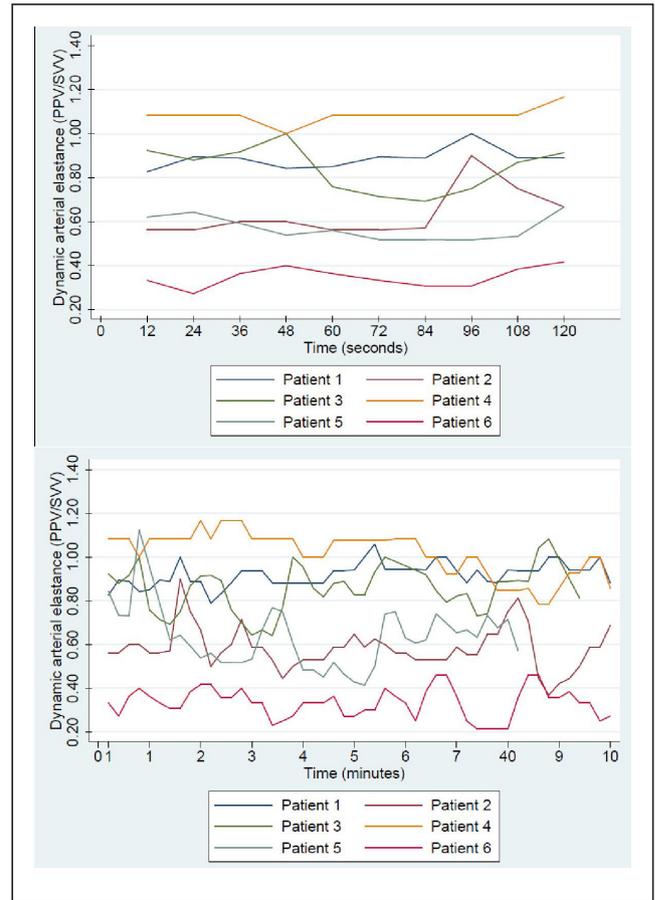


Figura 2 Póster 218

Eadyn	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Age	0	(omitted)			
Sex	0	(omitted)			
Nora	0	(omitted)			
HR	.0186485	.0049479	3.77	0.000	.0089071 .0283898
CO	-.0905523	.1622457	-0.56	0.577	-.4099799 .2288754
SV	-.0058229	.0140453	-0.41	0.679	-.0334751 .0218293
SW	.0255213	.0097974	2.60	0.010	.0062322 .0448104
CPO	-1.061793	.6624868	-1.60	0.110	-2.36609 .2425035
_cons	-.7806356	.4903988	-1.59	0.113	-1.746127 .1848563

Eadyn	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Age	0	(omitted)			
Sex	0	(omitted)			
Nora	0	(omitted)			
MAP	.0066096	.0031341	2.11	0.036	.0004393 .01278
PP	-.0021556	.0022904	-0.94	0.347	-.0066648 .0023537
SVR	-.0001938	.0002113	-0.92	0.360	-.0006098 .0002222
CaNet	.6138844	.1762128	3.48	0.001	.2669585 .9608103
EaEf	.5831929	.1119362	5.21	0.000	.3628141 .8035716
_cons	-1.1245	.3661283	-3.07	0.002	-1.84533 -.4036709

Resultados: 6 pacientes (5 V, 1 M), edad 68 (38-78), dosis de NA 0,58 (0,20-1,74) $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{x}'$. VM con VT 6-8 ml/Kg. Aunque los valores globales de la Eadyn 0,73 (0,55-0,91) frente a 0,75 (0,53-0,94) fueron similares en los registros de 2 y 10 minutos, los valores individuales variaron ampliamente durante los registros de 10 minutos (fig. 1). Hubo correlación entre la Eadyn y la edad, y con todos los factores estudiados (incluidos la elasticidad arterial efectiva y la distensibilidad arterial neta). No hubo correlación con la dosis de NA ($r = -0,11$; $p = 0,064$). Los modelos de regresión múltiple para efectos fijos y la contribución ajustada de los factores vasculares y cardíacos se muestran en la figura 2.

Conclusiones: La monitorización continua de la Eadyn mediante el PCA es útil para la toma de decisiones clínicas durante la fase precoz del shock séptico, y sería útil su incorporación en monitores. Los resultados muestran que este valor se mantiene estable durante cortos periodos de tiempo, variando bastante en registros más largos reflejando cambios súbitos en las propiedades de los factores hemodinámicos. El acoplamiento matemático inherente al uso del algoritmo de Wesseling también puede afectar los resultados. Los factores hemodinámicos ajustados por regresión múltiple describen su contribución a los valores de la Eadyn.

219. EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (FEVI) CON IVT DEL TSVI Y SM TISULAR

Mancilla Arias AM^a, Pineda González A^b, Granado Martínez D^a, Godoy Boraita S^a, Pereira MS^a y Mancha R^a

^aHospital de Mérida en Mérida. ^bHospital San Pedro de Alcántara en Cáceres.

Objetivos: el objetivo de este estudio es establecer el grado de correlación que existe entre los distintos parámetros ecocardiográficos para evaluar la FEVI, tales como son, la integral velocidad tiempo del tracto de salida del ventrículo izquierdo (IVT TSVI) y con el TDI la velocidad sistólica de desplazamiento del miocardio (Sm del anillo mitral).

Métodos: Estudio observacional descriptivo que incluyen a 31 pacientes que ingresaron el periodo de 6 meses del 2017 una Uci polivalente, a los cuales se le realizó durante el ingreso ecocardiografía transtorácica (ETT).

Resultados: 31 pacientes fueron incluidos, de los cuales el 74% corresponde a hombres y el 26% mujeres, la edad media fue de 55,8 años, dentro de los scores de gravedad, la media de puntuación de escala SOFA de 5,13 (DE 3,45), APACHE 17,19 (DE 5), índice morbilidad de Charlson con una media de 2,5 (DE 3,23). Las distintas causas por las que ingresaron fueron: cardíaca en el 61,29%; infeccioso 22,5%, los posquirúrgicos 16,12%, politraumatismo 12,90%, renal 6,45%, hemorrágica 9,67%, gineco-obstétrico 9,6%, endocrino 9,6%, digestivo 6,45%, y en un 3,22% de causa hematológica, toxicológica y neurológica. Dentro de los parámetros ecocardiográficos para evaluar la FEVI, se dividió en cuatro grupos en base al porcentaje de FEVI por Simpson: el grupo 1 (FEVI < 35%), grupo 2 (35-40%), grupo 3 (40-50%) y grupo 4 (> 50%) la correlación entre la FEVI y IVT TSVI después de dividir los grupos por FEVI; en el grupo 1 la IVT media y mediana fueron de 12 y la onda Sm media 3, mediana de 2, en el grupo 2 la IVT media de 16 y mediana 12, la onda Sm la media y mediana de 4,5, en el grupo 3 la IVT media 21, mediana 17, y el grupo 4 media de 21,6 y mediana 23. En el grupo 3 y 4 la onda Sm la media de 7 y mediana 8. De los pacientes que ingresaron en situación de disfunción multiorgánica (DMO) corresponde al 32% con peor FEVI al ingreso. Durante la realización de ETT el 35,5% tenía vasopresores, el 9,6% inotropos negativos, vasodilatador periférico en el 22,6% y en ventilación mecánica invasiva el 45,15%. La muerte ocurrió en el 1%.

Conclusiones: Distintos parámetros ecocardiográficos sencillos y prácticos nos pueden ayudar a valorar la función sistólica del VI, con métodos diferentes a los convencionales como FEVI por Simpson, dada la complejidad del paciente crítico. En nuestro estudio parece asociarse

de la siguiente manera, en el grupo con FEVI > 40% la IVT 14 cm (DE 1,2), con FEVI > 50 la IVT 21,66 cm (DE 1,5) en los dos grupos la onda Sm fue de 8 (DE 2) y en el grupo con FEVI < 40% la IVT de 12 cm (DE 0,5) y el Sm de 2 (DE 2,5). Dentro del grupo de pacientes con FEVI < 40% están los de causa cardíaca y en pacientes que ingresan en situación de DMO.

220. VALORACIÓN HEMODINÁMICA POR ECOCARDIOGRAFÍA Y BIOIMPEDANCIA CARDIACA: ESTUDIO PILOTO

Losada Martínez V, Ferrigno Bonilla G, Tejero Pedregosa A, González Salamanca A, Monge Donaire D, Rodrigo Castroviejo N, Beltrán Bernáldez R, Marcos Gutiérrez A, Cortés Díaz S y Ochoa Sangrador C
Complejo Asistencial de Zamora en Zamora.

Objetivos: Comparar la estimación de VL (volumen latido) y GC (gasto cardíaco) mediante métodos no invasivos en pacientes críticos. Determinar si existe correlación entre indicadores de precarga cardíaca y función sistólica entre ambos métodos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se realiza estudio ECO (ecocardiográfico) y BP (monitorización por bioimpedancia cardíaca) de forma seriada a pacientes adultos ingresados en UCI. Se recogen valores de VL y GC; parámetros de función sistólica: IA (índice de aceleración aórtica), HI (Heather Index, contractilidad), IV (índice de velocidad aórtica); parámetros de precarga: VD (volumen telediastólico), VCI (diámetro de vena cava inferior) y CFT (contenido de fluido torácico). Se exploran correlaciones entre parámetros.

Resultados: Se estudiaron 7 varones adultos, recibiendo ventilación mecánica invasiva un 57,1% y con soporte vasoactivo un 28,6%. Las características demográficas y estudio hemodinámico se muestran en la tabla. No se observó correlación entre los valores de VL y GC, ni entre los parámetros de contractilidad o precarga cardíaca. La determinación del VL y GC por BP tiende a sobreestimar respecto a la ECO: +9,7 (-2,5 a 21) ml $p = 0,1$; +0,6 (-0,6 a 1,3) l/min $p = 0,07$.

Conclusiones: En nuestra muestra no existe correlación en la valoración hemodinámica seriada por ecocardiografía y bioimpedancia cardíaca. La bioimpedancia cardíaca podría sobreestimar el VL y GC respecto a la ecocardiografía.

221. EXPERIENCIA DE FILTRO ELIMINADOR DE CO2 (ECCO2R) INTEGRADA EN TDEC PARA PACIENTES CON SDRA GRAVE Y SDMO EN UCI DE TERCER NIVEL

García Cruz MC, Díaz Sese R, Gómez García B, Marcote Denis B y Salas Martín J

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: En nuestros pacientes la terapia ECCO2R se planteó como base a poder realizar ventilación mecánica ultraprotectora ($V_t < 6 \text{ ml}/\text{kg}$) y evitar Pplateau (Pplat) elevadas que indujeran lesión pulmonar, manteniendo las Pplat en límites adecuados (20-25 cm H₂O), evitando la hipercapnia y la acidosis respiratoria.

Métodos: Pacientes ingresados en UCI desde urgencias con diagnóstico: paciente A) 73 años edad, SOFA inicial 7, diagnóstico NAC grave CURB-65 4 y paciente B) 33 años, SOFA inicial 8 diagnóstico traumatismo torácico grave que precisa neumectomía total izquierda. Ambos pacientes dentro de su SDMO precisaron de técnicas de depuración extrarrenal continua (TDEC). Desde un primer momento con ventilación mecánica protectora ($V_t < 6 \text{ ml}/\text{kg}$) que no permitió el control de hipoxemia ni de acidosis respiratoria e hipercapnia. Se procedió a implementar el filtro PrismaLung a la TDEC para su control. Se recogieron datos gasométricos y parámetros del flujo O₂ y sanguíneo en TDEC.

Resultados: Obtuvimos los siguientes resultados: Paciente A): pH mínimo (mín) 6,87, máximo (máx) 7,35; media 7,16 y DE 0,08; para PCO₂ mín 51, máx 123 y media 77,21 y DE 13,68; para PO₂ mín 51, máx 154 y media de 77,42 y DE 22,83; para flujo sangre (ml/min) mín 300, máx 400

Tabla Póster 220

Edad	APACHE II	VL ECO	VL BP	GC ECO	GC BP	VD	VCI	CFT	FEVI	IA	HI	IV
58,6 (40,1-77)	17 (7,7- 26,3)	53,1 (41,4-64- 9)ml	62,9 (54,3- 71,4)ml	3,4 (2,6- 4,2) l/min	4 (3,3- 4,7) l/min	104,3 (75,9- 132,6) ml	2 (1,7- 2,3) cm	42,8 (32-52,6) 1/kOhm	52,3 (43,5- 61)%	63,6 (47,1- 80,1) 1/100/s ²	5,2 (4,1- 6,4) Ohm/s ²	26,6 (22,8- 30,3) 1/1000/s

224. OTROS MÉTODOS NO INVASIVOS DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

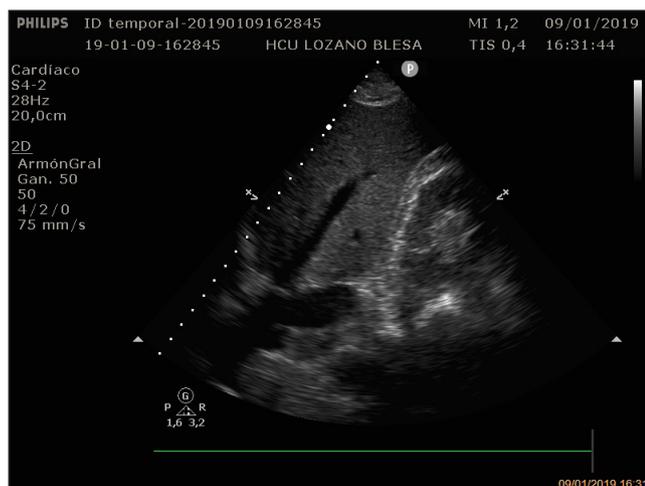
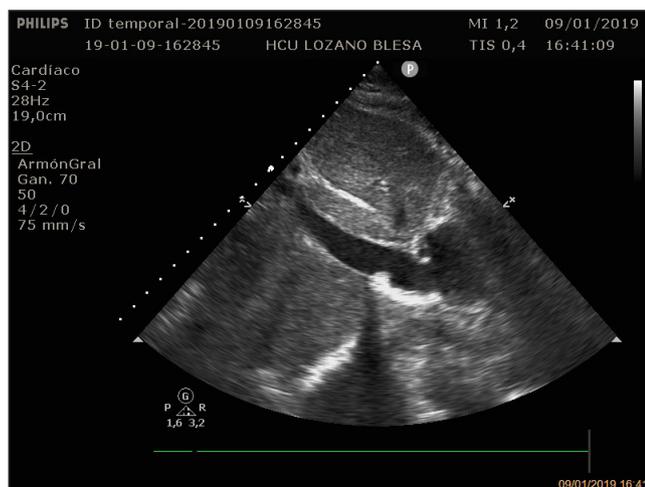
Asín Corrochano M, Edroso Jarne P, Ocabo Buil P, Matute Guerrero A, Lozano Gómez H, Mora Rangil P, Arche Banzo MJ y Abanses Moreno P

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en Zaragoza.

Introducción: La medición de la presión venosa central (PVC), estimada por el diámetro y el porcentaje de colapso de la vena cava inferior (VCI) mediante ecografía transtorácica en plano subcostal, constituye un método validado para la estimación de la precarga de la aurícula derecha (AD). Sin embargo, en muchos pacientes no se consigue obtener un plano subcostal óptimo (características del paciente inherentes a la UCI, drenajes, heridas quirúrgicas...). El estudio ecográfico en la línea axilar posterolateral derecha permite visualizar la VCI en parte de su recorrido, siendo éste un plano poco estudiado en la actualidad como opción alternativa para la medición de la presión de la AD.

Objetivos: Valorar si existe una concordancia en la medición de la PVC mediante el empleo de los 2 planos ecográficos: plano subcostal y plano en la línea axilar posterolateral derecha.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se realiza una ecografía a la cabecera del paciente valorando el diámetro máximo y mínimo de la VCI durante el ciclo respiratorio y el porcentaje de colapso de la misma en los planos mencionados para la estimación de PVC. Se realizó una selección aleatoria de pacientes ingresados en una UCI polivalente de 34 camas de un hospital de tercer nivel durante un periodo de 3 meses. Estudio estadístico mediante el programa estadístico SPSS. Comprobación de la normalidad de la muestra. Test estadístico utilizado, t Student.



Resultados: N = 30. Edad $68,1 \pm 13,2$. 30% mujeres, 70% hombres. Motivo de ingreso: 17% coronarios, 10% shock séptico, 13% politraumatizado,

17% neurocrítico, 30% insuficiencia respiratoria, 3% cirugía abdominal, 10% otras causas. El 50% se encontraban bajo tratamiento con ventilación mecánica (VM) y el 16,7% requerían drogas vasoactivas (DVA) durante el estudio ecográfico. En este estudio no se encontraron diferencias significativas ni en el diámetro ($p > 0,05$) (IC -1,02-2,5) ni en el colapso de la VCI ($p > 0,05$) (IC95% -1,11-3,7) medidos por ambos métodos ecográficos (plano subcostal y plano de línea axilar posterolateral derecha).

Conclusiones: Existe concordancia en la medición de la PVC mediante el diámetro y el colapso de la VCI obtenidas en línea axilar posterolateral derecha y en plano subcostal. En nuestros resultados, este nuevo plano de estimación de la PVC constituye una alternativa de gran utilidad en pacientes críticos en los que el acceso subcostal no es óptimo.

225. INICIO DE UN PROGRAMA DE CITORREDUCCIÓN E HIPEC EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL. EXPERIENCIA Y SOPORTE DE CUIDADOS EN UNA UCI

Ferrero Calleja J, Rodríguez Villar AI, Yagüe Huertas M, Gutiérrez García A, Barja Tur D, Nieto Muñoz M, García Torrejon MC y Cortés Guiral D. Grupo de investigación: UCI Hospital Universitario Infanta Elena

Hospital Universitario Infanta Helena en Valdemoro.

Introducción: El tratamiento con quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) implica la administración de quimioterapia a altas dosis y temperaturas dentro de la cavidad abdominal y, conjuntamente con la cirugía radical citorrreductora (CRS), constituye el estándar de tratamiento actual en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal.

Objetivos: Validar un protocolo de manejo de pacientes sometidos a CRS + HIPEC en nuestro centro, así como los resultados dentro del postoperatorio y estancia en UCI. **Métodos:** Estudio observacional prospectivo en una UCI polivalente de 8 camas durante 2 años con pacientes sometidos a citorreducción e HIPEC.

Resultados: Se incluyen 15 pacientes con enfermedad neoplásica previa (9 mujeres y 6 varones) con un APACHE II medio de $16,5 \pm 7,3$; y comorbilidad medida mediante el I. Charlson del $10,6 \pm 1,6$. Un 27% presentó enfermedad recurrente, siendo el tumor predominante de etiología digestiva (colorrectal 11 pacientes, pseudomixoma peritoneal 1, mixoma apendicular 1), ginecológica (tipo ovario 1) y primaria peritoneal 1. La media de edad fue de 68 años. El tiempo del procedimiento quirúrgico fue una media de 8 h. Dado el sinergismo entre la hipertermia y algunos quimioterápicos con ventajas farmacocinéticas en su administración peritoneal, nos encontramos que los más utilizados fueron el oxaliplatino (7), mitomicina-C (6) y cisplatino (2). En relación con la forma de administración intraperitoneal de estos citostáticos un 67% desarrolló cuadro hiperdinámico con necesidad de vasopresores y expansión volumétrica con cristaloides mayor a 5 litros durante el periodo quirúrgico posterior a la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. De la totalidad de los casos que ingresaron en UCI, un 73% sufrieron complicaciones; principalmente shock hiperdinámico (47%), derrame pleural (33%), apertura diafragmática y fenómenos aplásicos (27%), y disfunción multiórgano (13%). Un 20% precisaron reintervención en el contexto de complicaciones asociadas a la cirugía. La media de estancia en UCI fue de 9 días y la hospitalaria 21 días, siendo la supervivencia general hasta el momento actual del 87%.

Conclusiones: Gracias a la creación de un protocolo multidisciplinar con competencias definidas entre los distintos servicios implicados, y la formación específica del personal adscrito a los mismos; nos hemos constituido actualmente como uno de los centros hospitalarios españoles de referencia.

226. VALORACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DINÁMICO DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA CON LA UTILIZACIÓN DE NUEVOS LÍQUIDOS DE DEPURACIÓN

González Fernández M^a, Molina Collado Z^a, Barea Mendoza JA^a, Arias Verdú D^b, Herrera Gutiérrez ME^b y Sánchez-Izquierdo Riera JA^a. Grupo de investigación: Hospitales 12 de Octubre y Carlos Haya

^aHospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. ^bHospital Universitario Carlos Haya en Málaga.

Objetivos: Describir la utilidad y las características de uso de los nuevos líquidos de depuración en un protocolo dinámico de depuración renal (TDE); comparar el sistema citrato/calcio para el mantenimiento de los circuitos extracorpóreos con los sistemas basados en la heparina.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes realizado en dos hospitales universitarios españoles tras el cambio de composición de los líquidos de depuración. Se recogen de forma prospectiva los datos de los pacientes que reciben TDE durante el año 2018 (con la introducción de unos nuevos líquidos de intercambio) y se comparan con una serie contemporánea que utiliza el mismo protocolo dinámico unificado de manejo. Se valora motivo del tratamiento, dosis diaria, días de tratamiento, vida media de los sistemas, tipo de anticoagulación, dosis de citrato/calcio, número y momento de cambios de dosificación, evolución electrolítica, coste y complicaciones. Se solicita consentimiento para la utilización de los datos. El análisis estadístico se lleva a cabo con el paquete estadístico Stata 15.

Resultados: Se analizan los datos de 176 pacientes (86 en 2018), lo que supone 1.056 días de terapia total. Datos medios con desviación estándar: la duración de la TDE fue de 5,2 (DE 8) días. Dosis inicial de difusión de 1.462 (DE 507) ml/h, de convección de 874 (DE 607) ml/h y extracción de 99 (DE 69) ml/h. Indicación de TDE: manejo de volumen el 73% y manejo de electrolitos el 24% de los casos. Se utilizó citrato en el 35% de los casos (534 días de tratamiento). La dosis total de terapia fue descendiendo en la evolución de los pacientes (2.953 ml/h hasta 2.383 ml/h, $p < 0,05$). El control electrolítico se consideró adecuado en todos los casos del nuevo protocolo, no hubo que suplementar en ningún caso. Observamos un incremento de la duración de los sistemas cuando se utilizó citrato/calcio (70,2 frente a 53,1 horas, $p < 0,05$). El coste del tratamiento disminuyó en un 20% con los nuevos líquidos. No hubo complicaciones significativas.

Conclusiones: Nuestro protocolo dinámico de manejo de las TDE parece adecuado en nuestra población. La utilización de los nuevos líquidos de TDE resulta segura y eficiente. El uso de citrato/calcio incrementa la duración de los circuitos.

227. EVALUACIÓN DE LA MIOCARDIOPATÍA SÉPTICA AL INGRESO EN UCI MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA

Carbonell García R, Ferré Mas C, Cartanya Ferré M, Leache Irigoyen J, Oliva Zelaya I, Bodí Saera M y Villavicencio Luján C

Hospital Universitario Joan XXII, UCI en Tarragona.

Objetivos: Evaluar la incidencia y características de la miocardiopatía séptica al ingreso en UCI.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, en una UCI polivalente de 29 camas durante un período de 9 meses. Se incluyeron 32 pacientes con diagnóstico de shock séptico en las primeras 12 horas de ingreso en UCI, analizándose características clínicas, demográficas, hemodinámicas y ecocardiográficas. Se compararon los pacientes según la presencia de miocardiopatía séptica, así como los patrones de presentación según su fracción de eyección. Definiciones: Miocardiopatía séptica (MCS): disfunción cardíaca aguda, no isquémica, en pacientes con sepsis. Disfunción sistólica (DS): Fracción de eyección (FE) $< 50\%$. Disfunción diastólica (DD): $E/A \leq 0,8$ o $2 > E/E' > 14$. Disfunción de ventrículo derecho (DVD): TAPSE < 16 mm. Patrón hiperdinámico: FE $> 60\%$, hipodinámico: FE $< 50\%$, normodinámico: FE 50-60%.

Resultados: La media de edad fue $61 \pm 12,9$ años, SOFA medio de $6,8 \pm 2,7$. El foco de sepsis más frecuente fue el abdominal (46,9%), siendo la mortalidad en UCI de 9,4%. La evaluación ecocardiográfica fue posible en el 100% de los pacientes, siendo el porcentaje de realización elevado (mayor al 50%) para las siguientes valoraciones: FE visual 90%, E/E' lateral 87,5%, dVCI 72%, VTI 71,8%, TAPSE y vVCI 68,7%, S' VI 65,6%, la FE por Simpson monoplano (59,3%). El 66,6% de pacientes presentaron MCS y cuando se caracterizó de forma específica presentaron DS el 55%, DD el 25% y DVD el 9,4%. Se observó que aquellos con MCS presentaron de manera significativa menor gasto cardíaco ($3,3 \pm 1,2$ frente a $6,6 \pm 2,6$ L/min, $p = 0,041$), menor FE por Simpson ($38,5 \pm 14$ frente a $66 \pm 5,4$, $p = 0,001$) así como mayor dosis de vasopresores ($0,87 \pm 0,57$ frente a $0,43 \pm 0,35$ ug/Kg/min, $p = 0,027$). Según el patrón de presentación el 53% fueron hipodinámicos, el 22% hiperdinámicos y el 18,8% normodinámicos. No se encontraron diferencias significativas entre dichos grupos.

Conclusiones: La ecocardiografía transtorácica permitió la evaluación del estado cardiovascular de forma precoz y precisa en la totalidad de los pacientes, siendo posible la caracterización de la MCS según la función sistólica y diastólica del VI así como la función del VD en más del 60% de pacientes. Dicha caracterización permitió comprobar que la MCS es una entidad frecuente que se asocia de manera significativa a una FE y GC bajos así como una mayor utilización de vasopresores en las primeras 12 horas de ingreso en UCI.

228. DINÁMICA Y UTILIDAD DE LA DOSIFICACIÓN DEL SISTEMA CITRATO/CALCIO PARA EL MANTENIMIENTO DE CIRCUITOS EXTRACORPÓREOS CON LA UTILIZACIÓN DE NUEVOS LÍQUIDOS DE DEPURACIÓN

Molina Collado Z^a, González Fernández M^a, Barea Mendoza JA^a, Arias Verdú D^b, Herrera Gutiérrez ME^b y Sánchez-Izquierdo Riera JA^a. Grupo de investigación: Hospitales 12 de Octubre y Carlos Haya

^aHospital Universitario 12 de Octubre en Madrid. ^bHospital Universitario Carlos Haya en Málaga.

Objetivos: Describir la dinámica de uso del sistema citrato/calcio para el mantenimiento de los circuitos extracorpóreos con la incorporación al protocolo de nuevos líquidos de tratamiento.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes realizado en dos hospitales universitarios españoles. Se recogen de forma prospectiva los datos de los pacientes sometidos a TDE con citrato/calcio durante el año 2018 (con la introducción de nuevos líquidos de intercambio) y se comparan con una serie contemporánea que utiliza otros líquidos con el mismo protocolo dinámico unificado de manejo. Se valora motivo del tratamiento, dosis diaria, días de tratamiento, vida media de los sistemas, dosis de citrato/calcio, número y momento de cambios de dosificación, evolución electrolítica, coste y complicaciones. Se solicita consentimiento para la utilización de los datos. El análisis estadístico se lleva a cabo con el paquete estadístico Stata 15.

Resultados: Se analizan los datos de 62 pacientes (30 en 2018), lo que supone un total de 534 días de terapia. La duración media de la TDE fue de 6,2 días (DE 6). Dosis de difusión de 1.337,5 ml/h (DE 509), de convección de 778 ml/h (DE 555) y extracción de 109 ml/h (DE 68). Indicación de TDE: manejo de volumen el 75% y manejo de electrolitos el 23% de los casos. La dosis total de terapia fue descendiendo en la evolución de los pacientes (2711 ml/h hasta 2.090 ml/h. $p < 0,05$). La dosis media de citrato fue de 3,15 mmol/l (DE 0,43) y de calcio 1,4 mmol/l (DE 1,02), con una reducción en los cambios de la dosis de citrato/calcio a partir de las 24 horas de tratamiento ($p < 0,05$). El control electrolítico se consideró adecuado en todos los casos, aunque con los nuevos líquidos no hubo que hacer aportes externos de fósforo y magnesio ($p < 0,05$). Fosforemia 4,21 (DE 2) y magneemia 2,05 (DE 0,4). El coste del tratamiento disminuyó en un 20%. No hubo complicaciones significativas. En ningún caso hubo que suspender la terapia por signos de acumulo de citrato.

Conclusiones: Nuestro protocolo dinámico de manejo del citrato/calcio con los nuevos líquidos en las TDE parece adecuado en nuestra población. Su uso incrementa la seguridad de los pacientes y resulta más coste-efectivo.

229. COMPLICACIONES DEL POSTOPERATORIO PRECOZ Y MORTALIDAD DE LA CIRUGÍA HEPÁTICA EN NUESTRO MEDIO

Matute Guerrero A, Asín Corrochano M, Ocabo Buil P, Edroso Jarne P, Lozano Gómez H, Sánchez Polo C y Zalba Etayo B

Hospital Clínico Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: Conocer las complicaciones más frecuentes, mortalidad y motivo de exitus de los pacientes ingresados en UCI en el postoperatorio precoz de cirugía hepática.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo desde enero de 2016 a noviembre de 2018 de las hepatectomías realizadas en un hospital terciario. Se realiza contraste de hipótesis, comparación de medias aplicando los test de chi cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney con SPSS 19,0.

Resultados: 42 pacientes con edad media de 65 años, de los cuales un 78,6% hombres, con APACHE inicial de 10,05 (DE 5,4) y estancia media en UCI de 4,10 días (DE 7,9). Se realizó cirugía hepática mayor en un 54,4% de los casos, frente al 55,6% de cirugía hepática menor. El 45,2% presentaron complicaciones en el postoperatorio, diagnosticando dicha complicación en un 21,4% durante su estancia en UCI. Las complicaciones más prevalentes detectadas han sido: absceso hepático 16,7%, derrame pleural 16,7%, fistula biliar 7,1%, insuficiencia hepática 7,1% e insuficiencia renal 7,1%. De las variables analíticas analizadas se ha objetivado una disminución de la actividad de protrombina (AP) y un aumento de bilirrubina total al 5º día postoperatorio. La mortalidad registrada ha sido del 16,7% del total de pacientes, siendo el motivo más frecuente de exitus el fallo hepático fulminante con un porcentaje del 7,1%. Hemos observado que existen diferencias significativas en la presencia de complicaciones cuando se

trata de resección hepática mayor ($p < 0,025$). De todas las complicaciones enumeradas anteriormente, la única que presenta una asociación estadísticamente significativa con la mortalidad fue el desarrollo de insuficiencia hepática ($p < 0,001$). Analíticamente la disminución de actividad de protrombina al 5º día postoperatorio se correlacionó con un aumento de mortalidad ($p < 0,002$).

Conclusiones: 1. Las complicaciones más frecuentemente halladas en el postoperatorio de cirugía hepática son absceso, derrame pleural, fistula biliar, insuficiencia hepática e insuficiencia renal. 2. La resección hepática mayor determina la presencia de complicaciones. 3. La causa fundamental de mortalidad es el fallo hepático fulminante. 4. El desarrollo de una insuficiencia hepática aguda y el descenso de actividad de protrombina al 5º día postoperatorio se correlacionan con un aumento de mortalidad.

230. UTILIDAD DEL ACLARAMIENTO DE LACTATO COMO FACTOR PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ACIDOSIS LÁCTICA POR METFORMINA QUE REQUIEREN INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Saiz Cortés X, Ortiz Ballujera P, Sebastián Cernuda P y Sirvent Calvera JM

Hospital Dr. Josep Trueta en Girona.

Objetivos: Determinar si el aclaramiento del lactato en las primeras 6 horas podría resultar de utilidad como marcador precoz de la evolución y recuperación de la función renal en el paciente con acidosis láctica por metformina con criterios de gravedad.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo, con un total de 9 pacientes ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel por acidosis láctica por metformina durante un periodo de 3 años (2016-2019). Se ha registrado la gravedad al ingreso (APACHE II, SOFA), nivel de consciencia, inicio de terapia continua de sustitución renal (TCSR) < 24 horas, presencia de insuficiencia renal crónica (IRC) previa, creatinina al ingreso y al alta, y lactato al ingreso y a las 6, 24 y 72 horas. Por otro lado, también se ha considerado los días de ventilación mecánica (VM), días de TCSR, días de ingreso en UCI, necesidad de drogas vasoactivas (DVA) y mortalidad.

Resultados: Se trata de una muestra de 9 pacientes, con edad media de 52 años (± 7) y la mayoría son hombres (68%, 6). Únicamente 1 paciente presenta insuficiencia renal crónica (IRC, 11%). Todos los pacientes se han sometido a TCSR en las primeras 24 horas y todos están vivos al alta de UCI, con una función renal prácticamente normalizada. El aclaramiento de lactato es efectivo en el 44% de los pacientes a las 6 horas, en el 88% a las 24 horas y en el 100% a las 72h. Si consideramos los valores absolutos de lactato, éste resulta patológico en el 100% (9) de los casos a las 6 horas, en el 88% (8) a las 24 y en el 33% (3) a las 72h.

Conclusiones: Los pacientes con aclaramiento ineficaz a las 6 horas parece que presentan peor índices SOFA y APACHE II, sin repercusión en los días de ingreso, de VM, de TCSR, de recuperación de la función renal ni la mortalidad. El aclaramiento del lactato a las 6 horas no parece un marcador de predicción pronóstica en la evolución de los pacientes con acidosis láctica por metformina. El promedio de días de TCSR es de 48 horas, con recuperación de la creatinina basal el 77% de los pacientes.

231. EL SUEÑO EN LA UCI. ¿QUÉ PENSAMOS?

Fernández Ferreira A^a, Priego Sanz J^b, González Prado S^a, Combarros Méndez DM^b, Vila Fernández MD^a y López Ciudad VJ^b

^aHospital Álvaro Cunqueiro en Vigo. ^bComplejo Hospitalario Universitario Ourense en Ourense.

Objetivos: Describir la percepción del sueño en la UCI por parte de sus profesionales.

Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo sobre la percepción del sueño en la UCI de 2 centros de 3º nivel (Complejo Hospitalario Universitario de Ourense y Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo). Se realizó una encuesta anónima durante Diciembre de 2018 al personal de la UCI (médicos y enfermeros) donde se recogieron variables demográficas y la percepción del sueño en UCI.

Resultados: Contestaron 114 encuestas (CHUO 54,4% y HAC 45,6%). El 76,3% fue personal de enfermería con una edad 31-45 años (53,5%). El 43% eran empleados fijos y un 39,5% tenían > 10 años de experiencia en UCI. Son UCIs de 22 y 30 camas con boxes variables (abiertos, cerrados

y con luz natural). El ratio de enfermera paciente es oscilante (1:2 y 1:3). La percepción de pacientes en ventilación mecánica invasiva oscila entre 25-50% (24,6% de los encuestados) y 50-75% (30,7% de los encuestados). El horario de visita en ambas UCIs es solo diurno (entre 6-12h en ambos centros). La percepción del sueño es: nada satisfactoria 15,9%; poco satisfactoria 68,1%; neutra 12,4%; satisfactoria 3,5% sin encontrar diferencias significativas entre ambas unidades ($p = 0,137$) a pesar de las diferencias arquitectónicas. A pesar de no tener un protocolo estandarizado para la optimización del sueño, el 77% de los encuestados emplean medidas no farmacológicas. Según la encuesta se realizan: reducción del ruido nocturno (69,1%), optimización de toma de constantes nocturna (67%), optimización de la luz (66%) y optimización en la administración de fármacos nocturno (39,2%). Ambas UCIs cuentan con sonómetro con feedback. La mayoría de los profesionales opinan que se administran fármacos para inducir el sueño solo de forma ocasional (83,2%).

Conclusiones: El 84% de los profesionales creen que el sueño en la UCI no es satisfactorio independientemente de las medidas que aplicamos. Aunque ya se realizan medidas para promover el sueño de forma individual, el desarrollo de protocolos es fundamental para su homogeneización y promoción. Podría ser interesante el impacto del acompañamiento familiar durante la noche en el sueño de los pacientes.

MARTES, 11 DE JUNIO

Comunicaciones orales

08:30h a 10:00h
Infecciones/Sepsis/Fracaso multiorgánico 2
Auditorio Mallorca
Moderadores: Xavier Nuvials Casals
y Leonardo Lorente Ramos

232. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON MACRÓLIDOS SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA GRAVE POR VIRUS INFLUENZA

Claverias L^a, Papiol E^b, Vidaur L^c, Díaz E^d, Marín-Corral J^e, Bodí M^f, Reyes LF^g, Martín-Loeches I^h, Restrepo MIⁱ y Rodríguez A^f. Grupo de investigación: GETGAG

^aHospital Verge de la Cinta en Tortosa. ^bHospital Vall d'Hebron en Barcelona. ^cHospital de Donostia en San Sebastián. ^dHospital Universitari Parc Taulí en Sabadell. ^eHospital del Mar en Barcelona. ^fHospital Universitari Joan XXIII en Tarragona. ^gUniversidad de la Sabana en Chia. ^hSt James's University Hospital en Dublin. ⁱSouth Texas Veterans health Care System en San Antonio.

Objetivos: Evaluar el impacto del tratamiento con macrólidos sobre el pronóstico de pacientes críticos con neumonía viral grave.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo, observacional y multicéntrico en pacientes críticos con neumonía viral confirmada. Se incluyeron pacientes ingresados en 181 Unidades de Cuidados Intensivos entre junio de 2009-abril de 2018. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, nivel de gravedad, variables clínicas y analíticas y tratamiento antibiótico recibido. Se consideraron solo pacientes que recibieron tratamiento antibiótico combinado, comparando los que recibieron macrólidos (M) con los que recibieron otras combinaciones (O). Las diferencias entre grupos se analizaron usando el test de chi-cuadrado (variables discretas) y el test de t-Student (variables continuas). Se realizó análisis multivariado mediante regresión logística binaria para determinar que variables estaban independientemente asociadas con mortalidad. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.