

la mitad de los pacientes. Este hallazgo enfatiza la importancia crítica de la identificación temprana y el manejo agresivo de las complicaciones sistémicas en pacientes cirróticos. La detección de factores de riesgo como la presencia de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y la insuficiencia renal durante el ingreso podría ser clave para mejorar la supervivencia y orientar estrategias terapéuticas específicas.

Conclusiones: Los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 presentaron unos recuentos plaquetarios mayores que los pacientes con neumonía bacteriana con significación estadística los días 1 y 5 y unos mayores volúmenes plaquetarios medios con significación estadística los días 1 y 10. Debería considerarse la posibilidad que estos hallazgos pudieran tener relación con los estados procoagulante y/o proinflamatorio de los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2.

Martes, 14 de mayo de 2024

Pósteres orales

RESPIRATORIO II

17:30-19:00 - Sala 114

Moderadores: Sara Manrique Moreno/
Carles Subirà Cuyàs

422. COMPARACIÓN DEL RECuento PLAQUETAR Y EL VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO ENTRE LAS NEUMONÍAS BACTERIANAS Y LAS NEUMONÍAS POR SARS-CoV-2

Espinoza Portilla AM¹, Jiménez Bela MV², Tejeda Adell M¹, Cortés Navalón C¹, Micó Gómez ML¹, Arlandis Tomás M¹, Romero Gómez B¹, Gomar Vidal S¹, Fernández Cabrera JA¹ y de León Belmar J¹

¹Hospital de Manises, Valencia. ²Universidad Católica de Valencia, Valencia.

Objetivos: Un aumento del volumen plaquetar medio se ha considerado expresión de la presencia de procesos trombóticos y/o inflamatorios. Por este motivo nos planteamos el siguiente objetivo: Comparar el recuento plaquetar (RP) y el volumen plaquetar medio (VPM) en los días 0, 5 y 10 de ingreso en UCI entre los pacientes diagnosticados de neumonía bacteriana y por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal. Se reclutaron los casos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Manises. Los casos se recogieron los periodos 2020-2021 para las neumonías por SARS-CoV-2 y 2018-2019 para las neumonías bacterianas. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 y bacteriana dentro de los plazos establecidos, excluyendo a pacientes de los que no se pudo obtener la totalidad de los datos requeridos para el trabajo. Variables analizadas: edad, género. Determinaciones (días 1-5-10 de ingreso). Recuento plaquetar. Volumen plaquetar medio. Sobre las variables cuantitativas se realizó un test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas mostraron una distribución normal y se describieron mediante media y desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron mediante porcentajes. Para la comparación las variables cuantitativas se empleó la prueba t de Student.

Resultados: Analizamos un total de 200 pacientes con una edad media de 62,34 años (DE 12,4) con las siguientes distribuciones. Sexo: mujeres: 78 (39%); varones: 122 (61%). Tipo de neumonía: neumonía por SARS-CoV-2: 106 (53%); neumonía bacteriana: 94 (47%).

Recuento plaquetar (plaquetas/mL)			
DÍA	Neumonía SARS-CoV-2	Neumonía bacteriana	p
1	258.490	218.670	0,018
5	268.230	217.095	0,006
10	272.297	261.974	0,641

Volumen plaquetar medio (fL)			
Día	Neumonía SARS-CoV-2	Neumonía bacteriana	p
1	9,57	8,92	< 0,01
5	9,51	9,18	0,147
10	9,83	9,24	0,006

423. TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA SEGÚN MÉTODO CIAGLIA BLUE RHINO. NUESTRA EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

Gómez Martínez L, Bueno Vidales N², Escós Orta JO, Bueno Vidales N, Lafita López A, Ege González A, Blasco Lorente D, Ocabo Buil P, Franquesa González E y Arche Banzo MJ

Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ²Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Valorar los resultados de la realización de traqueostomías percutáneas en el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario San Jorge según método de Ciaglia Blue Rhino en el periodo comprendido entre mayo de 2002 y diciembre de 2023, así como, los criterios de selección de esta técnica.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos entre mayo de 2002 y diciembre de 2023. Se trata de una serie de pacientes en los que se ha decidido traqueostomía percutánea con el método Ciaglia Blue Rhino en función de sus características a nivel hemostático, cirugías cervicales previas, situación ventilatoria y/o anatomía cervical. Las variables principales analizadas han sido las siguientes: edad, sexo, APACHE II, patología responsable que motivó su ingreso en nuestra unidad, número de días de ventilación mecánica previos a la traqueostomía, mortalidad en pacientes a los que se aplica esta técnica y días de ventilación mecánica global en estos pacientes. También se ha realizado un análisis de la técnica, con estudio de las características principales que han propiciado la traqueostomía quirúrgica y las complicaciones precoces presentadas.

Resultados: 263 pacientes, 79 mujeres y 184 hombres. Edad entre 15 y 86 años. 116 traqueostomías quirúrgicas de entrada (se incluye pandemia por SARS-CoV-2 donde se realizaban por protocolo traqueostomías quirúrgicas). APACHE II medio: 18,25. Causa de ingreso en UCI: médica: 192 pacientes; control posquirúrgico: 53 pacientes; traumatológicos: 18 pacientes. Media de días de ventilación mecánica previa a traqueostomía: 14,7 días. Mortalidad: 65%, ningún paciente fallece en relación con la técnica. Media de días de ventilación mecánica: 38,1. Estancia media en UCI: 42,7 días. Dificultades técnicas: punción dificultosa (2 o más intentos): 7 ocasiones. No otras dificultades descritas en la literatura. Complicaciones: sangrado intraoperatorio leve: 9 pacientes; hemorragia posquirúrgica moderada: 1 paciente; hemorragia posquirúrgica grave: 1 paciente; reconversión traqueostomía quirúrgica: 3 ocasiones; fístula vena yugular anterior con reconversión a traqueostomía quirúrgica: 1 paciente; no otras complicaciones.

Conclusiones: La traqueostomía percutánea según método Ciaglia Blue Rhino es una técnica segura, rápida y fácil de realizar, con una escasa incidencia de complicaciones, que puede realizarse a la cabecera del enfermo, precisando menor infraestructura personal y material y pudiéndose realizar de manera más precoz que la traqueotomía quirúrgica.

424. COMPARACIÓN DEL ÁREA DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA ENTRE LA NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 Y BACTERIANA

Espinoza Portilla AM¹, Jiménez Bela MV², Tejeda Adell M¹, de León Belmar J¹, Romero Gómez B¹, Arlandis Tomás M¹, Cortés Navalón C¹, Carrasco Jaureguizar MDC¹, Fernández Cabrera JA¹ y Gomar Vidal S¹

¹Hospital de Manises, Valencia. ²Universidad Católica de Valencia, Valencia.

Objetivos: El ancho de distribución eritrocitaria (ADE) es un parámetro bioquímico que refleja la variabilidad en el tamaño de los glóbulos rojos circulantes. Se han observado incrementos del ADE tanto en estados procoagulantes como en estados proinflamatorios. Por este motivo consideramos de interés: Comparar el recuento eritrocitario (RE) y el ancho de distribución eritrocitaria (ADE) en los días 0, 5 y 10 de ingreso en UCI entre los pacientes diagnosticados de neumonía bacteriana y por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal. Se reclutaron los casos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Manises. Los casos se recogieron los periodos 2020-2021 para las neumonías por SARS-CoV-2 y 2018-2019 para las neumonías bacterianas. Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 y bacteriana dentro de los plazos establecidos, excluyéndose a los pacientes de los que no se pudo obtener la totalidad de los datos requeridos. Variables analizadas: edad, género. Determinaciones (días 1-5-10 de ingreso): recuento eritrocitario; ancho de distribución eritrocitaria. Sobre las variables cuantitativas se realizó un test de Kolmogórov-Smirnov. Las variables cuantitativas mostraron una distribución normal y se describieron mediante media y desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron mediante porcentajes. Para la comparación las variables cuantitativas se empleó la prueba t de Student.

Resultados: Analizamos un total de 200 pacientes con una edad media de 62,34 años (DE 12,4) con las siguientes distribuciones. Sexo: mujeres: 78 (39%); varones: 122 (61%). Tipo de neumonía: neumonía por SARS-CoV-2: 106 (53%); neumonía bacteriana: 94 (47%).

Recuento eritrocitario			
Día	Supervivientes	Exitus	p
1	4,41 millones/mm ³	4,19 millones/mm ³	0,070
5	4,00 millones/mm ³	3,85 millones/mm ³	0,151
10	3,96 millones/mm ³	3,84 millones/mm ³	0,319

Ancho de distribución eritrocitaria			
Día	Supervivientes	Exitus	p
1	14,80%	15,58%	0,019
5	14,85%	15,39%	0,081
10	15,15%	15,63%	0,184

Conclusiones: Los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 presentaron un ADE mayor que los pacientes con neumonía bacteriana el día del ingreso en UCI. En la determinación del día 5 se mantiene una tendencia similar que desaparece en la determinación del día 10 de ingreso.

425. COMPARACIÓN ENTRE TRAQUEOSTOMÍA PRECOZ VS. TRAQUEOSTOMÍA TARDÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA INGRESADOS EN UCI

Bujosa Ferragut D, Castellví Font A, Marco Sellés C, Muñoz Bermúdez R, Pérez Terán P, Masclans Enviz JR y Parrilla Gómez F

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Evaluar las diferencias sobre morbilidad y mortalidad de pacientes sometidos a traqueostomía (TQ) precoz (≤ 14 días desde la intubación) vs. pacientes sometidos a TQ tardía (> 14 días) en pacientes ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria aguda (IRA).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional y unicéntrico en una UCI polivalente y una UCI posquirúrgica. Se incluyeron pacientes con

necesidad de TQ por IRA y ventilación mecánica invasiva (VMI) prolongada ingresados entre 2020 y 2023. Se dividieron los pacientes en dos grupos según el tiempo desde la intubación hasta la TQ: en TQ-precoz si el tiempo era ≤ 14 días hasta la TQ, y TQ-tardía si el tiempo era > 14 días. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades y escalas de severidad al ingreso, así como datos sobre ventilación, manejo de la traqueostomía y del *weaning* respiratorio, complicaciones, morbilidad y tiempo de estancia hospitalaria. Se utilizaron t-test, Mann-Whitney o χ^2 según indicación.

Resultados: Se incluyeron 174 pacientes, 40% TQ-precoz y 60% TQ-tardía. El tiempo desde la IOT hasta la TQ fue menor en TQ-precoz (13 [11-17] vs. 19 [17-23] días, $p \leq 0,001$). Los pacientes con TQ-precoz tenían un IMC más elevado y eran menos fumadores. Las TQ-precozes se realizaron más de forma quirúrgica (24 vs. 8%, $p \leq 0,01$) y estaban en mayor proporción en modo volumen control (CV) al realizar la TQ (91 vs. 73%, $p \leq 0,05$). El grupo TQ-precoz presentó mayor tasa de neumonía asociada a VM (93 vs. 64%, $p \leq 0,001$) y de miopatía (83 vs. 64%, $p \leq 0,01$). El grupo TQ-precoz presentó más frecuencia de hemorragia tardía relacionada a la TQ (62 vs. 32%, $p \leq 0,05$). La mortalidad fue mayor en TQ-precoz (44 vs. 23%, $p \leq 0,01$), con menos días de VMI (29 [24-38] vs. 42 [33-55], $p \leq 0,001$) sin diferencias en la gravedad al ingreso. Tampoco se encontraron diferencias respecto a los días libres de hospitalización o de UCI entre los dos grupos.

Conclusiones: La TQ-precoz (≤ 14 días) se relaciona con menos días de VMI pero con un aumento de la mortalidad de los pacientes con IRA y VMI prolongada. Sin embargo, no hay diferencias en cuanto a la estancia en UCI y hospitalaria.

426. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES COVID-19 CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN LAS SEIS OLAS Y TRAS EL FIN DE LA PANDEMIA

Carrasco González E, Tornero Yezpe P, Ruiz Rodríguez A, Bayoumy Delis P, Fernández Gambín H, Rozúa López A, Pellicer Sánchez N, Valdés Socorro DA, Torrono Ferrández M y Carrillo Alcaraz A

Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Analizar las características clínicas y evolutivas de los pacientes ingresados en UCI por neumonía COVID-19 y evaluar si existen diferencias atribuibles al momento de ingreso.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyen todos los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda debida a neumonía COVID-19. Los resultados se expresan como número y porcentajes, media \pm desviación estándar y mediana (rango intercuartil). Las comparaciones mediante la J^2 de Pearson y ANOVA de un factor.

Resultados: Se analizaron 462 pacientes ingresados entre el 12-3-2020 y 1-11-2023. Las olas con mayor número de ingresos fueron la 2ª (124 pacientes) y la 3ª (118 pacientes). Las principales características de los pacientes se muestran en la tabla.

Conclusiones: Existen diferencias demográficas en el tratamiento y en la evolución clínica de los pacientes atendidos en UCI por neumonía COVID-19 en las diferentes olas de la pandemia. Se encontraron diferencias también en la mortalidad en UCI y en el hospital, aunque sin resultados estadísticamente significativos.

Tabla Póster 426

	1ª ola (n = 32)	2ª ola (n = 124)	3ª ola (n = 118)	4ª ola (n = 11)	5ª ola (n = 50)	6ª ola (n = 88)	Posterior (n = 39)	p
Edad, años	60 \pm 12	60 \pm 12	60 \pm 12	54 \pm 14	54 \pm 17	59 \pm 12	64 \pm 15	0,028
Hombres, n (%)	25 (78,1)	77 (62,1)	85 (72)	9 (81,9)	32 (64)	70 (79,5)	25 (64,1)	0,381
SAPS II	35 \pm 11	30 \pm 9	31 \pm 8	29 \pm 6	26 \pm 9	30 \pm 9	37 \pm 11	< 0,001
SOFA al ingreso	4,1 \pm 1,7	3,6 \pm 1,6	3,5 \pm 1	3,6 \pm 0,8	3,6 \pm 1,1	3,7 \pm 1,4	4,6 \pm 1,7	0,001
Índice Charlson	0 (0-2)	0 (0-2)	0 (0-2)	0 (0-1)	0 (0-1)	1 (0-2)	2 (1-2)	< 0,001
Inmunosupresión, n (%)	3 (9)	4 (3)	3 (2)	0 (0)	3 (6)	12 (13)	11 (28)	0,001
Alto flujo O2	8 (25)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	2 (4)	0 (0)	4 (10)	0,773
Soporte inicial, n (%)	17 (53)	120 (97)	113 (96)	11 (100)	48 (96)	87 (99)	29 (74)	
VMI	7 (22)	3 (2)	4 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	6 (15)	
Fracaso VNI, n (%)	6 (25)	28 (23)	37 (32)	1 (9)	13 (26)	29 (33)	5 (17)	0,722
Infección nosocomial, n (%)	9 (28)	32 (26)	46 (39)	1 (9)	13 (26)	39 (44)	9 (23)	0,304
Remdesivir	2 (6)	19 (5)	3 (2)	2 (18)	2 (4)	2 (2)	12 (31)	0,616
Tocilizumab	24 (75)	11 (9)	18 (15)	5 (45)	48 (96)	73 (83)	20 (51)	0,001
Corticoides	32 (100)	124 (100)	117 (99)	11 (100)	50 (100)	88 (100)	39 (100)	0,692
Mortalidad hospital, n (%)	6 (19)	21 (17)	23 (19)	1 (9)	9 (18)	22 (25)	9 (23)	0,203

427. LESIÓN POR INHALACIÓN EN EL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO: IMPACTO SOBRE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES, NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y MORTALIDAD

Canas Pérez I, Pérez Torres D, Cuenca Rubio C, Fernández Rodríguez L, Martín Luengo AI, Berezo García JÁ, Sánchez Ballesteros J, Blanco Schweizer P, Díaz Rodríguez C y Colmenero Calleja C

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Análisis comparativo de pacientes quemados sin y con lesión por inhalación (LPI). Estudio de la relación entre LPI e incidencia de infecciones, necesidad de ventilación mecánica (VM) y mortalidad. Identificación de factores asociados a mortalidad en la LPI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en Unidad de Cuidados Intensivos de Quemados (UCIQ), referencia regional para grandes quemados y con capacidad para ECMO, donde el diagnóstico de LPI se encuentra protocolizado. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por quemadura y/o LPI en el periodo 01/2017 a 06/2023. Resultados descritos como media ± DE, mediana (P₂₅-P₇₅) o frecuencia (%). Se aplica χ^2 o U de Mann-Whitney, según corresponda.

	Supervivientes N = 16	No supervivientes N = 7	p
EPOC, %	19	14	0,80
Patología psiquiátrica, %	31	29	0,90
APACHE-II	15 (9,5-21,5)	22 (20-26)	0,04
ABSI	6,5 (6-7,5)	11 (9-12)	< 0,01
Infección intra-UCIQ	63	71	0,68
Infección respiratoria	44	57	0,56
Días VM	12,5 (4,5-28,5)	10 (6-28)	1

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron 94 pacientes quemados, de los cuales 23 (24,5%) presentaron LPI. Características de pacientes sin vs. con LPI: edad 61 ± 19 vs. 56 ± 22 años, p = 0,28; varones 65 vs. 74%, p = 0,42; APACHE-II 15 (11-21) vs. 19 (11-23), p = 0,24; *Abbreviated Burn Severity Index* (ABSI) 7 (6-8) vs. 7 (6-9), p = 0,62; patología psiquiátrica 11 vs. 30%, p = 0,03; EPOC 3 vs. 17%, p = 0,01; fumador 28 vs. 48%, p = 0,08. Desenlaces de pacientes sin vs. con LPI: adquisición multirresistentes 23 vs. 17%, p = 0,60; infección intra-UCIQ 46 vs. 65%, p = 0,12; bacteriemia 17 vs. 22%, p = 0,60; infección respiratoria 24 vs. 48%, p = 0,03; infección piel o partes blandas 31 vs. 17%, p = 0,21. VM

58 vs. 100%, p < 0,01; días VM 10 (2-25) vs. 10 (5-28), p = 0,62. Estancia: UCIQ 24 (6-56) vs. 20 (6-40) días, p = 0,59; hospitalaria 29 (10-62) vs. 24 (6-47) días, p = 0,42. Mortalidad 15 vs. 30%, p = 0,11. En pacientes con LPI, se estudiaron factores asociados a mortalidad (tabla).

Conclusiones: En los pacientes quemados críticos, la presencia de EPOC y patología psiquiátrica se asociaron con el diagnóstico de LPI. La LPI se asoció con mayor incidencia de infección respiratoria y mayor requerimiento de VM, en comparación con pacientes quemados sin LPI. Identificamos una tendencia a mayor mortalidad en pacientes con LPI. La mortalidad observada en la LPI se asoció con la gravedad al ingreso (APACHE-II) y las características de la quemadura (ABSI).

428. DIFICULTAD PARA LA VALIDACIÓN DE UN NOMOGRAMA DE DETECCIÓN DEL RIESGO DE FRACASO DE VNI EN NEUMONÍA COVID-19

Hernández Garcés H¹, Bernal Julián F², Hermsilla Semikina IA², Tormo Rodríguez L², Granero Gasamans E², Viana Marco C² y Belenguer Muncharaz A¹

¹Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia. ²Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

Objetivos: El objetivo del estudio es determinar los factores riesgo de fracaso de ventilación no invasiva (VNI) a las 24 horas, así como elaborar y validar un modelo predictivo en el paciente que ingresa en UCI por neumonía (NAC) grave por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se eligió una cohorte inicial de 154 pacientes que ingresaron en UCI del Hospital Doctor Peset de Valencia desde marzo de 2020 hasta agosto de 2021, con el diagnóstico final de NAC COVID-19 y, que habiendo iniciado VNI como primer soporte ventilatorio en UCI, se mantuvo al menos 24 horas. Se excluyeron los pacientes que recibieron orden de no intubación (ONI) y los que fracasaron antes de las 24h. Se construyó un nomograma mediante regresión logística multivariante que se validó internamente mediante el test Hosmer-Lemeshow (HL) y el AUC. La AUC se utilizó para la validación externa en una cohorte de 229 pacientes ingresados durante el mismo periodo en UCI del Hospital General Universitario de Castellón, utilizando la AUC como método de validación. Se utilizó el paquete de software SPSS® 20.0.0 (Chicago, IL, Estados Unidos) y el software RStudio (versión 1.2.5019).

Resultados: El fracaso de VNI ocurrió en 58 (37,6%) pacientes de la cohorte de entrenamiento, y en 42 (18%) de la cohorte externa. La edad

Figura 1 Póster 428

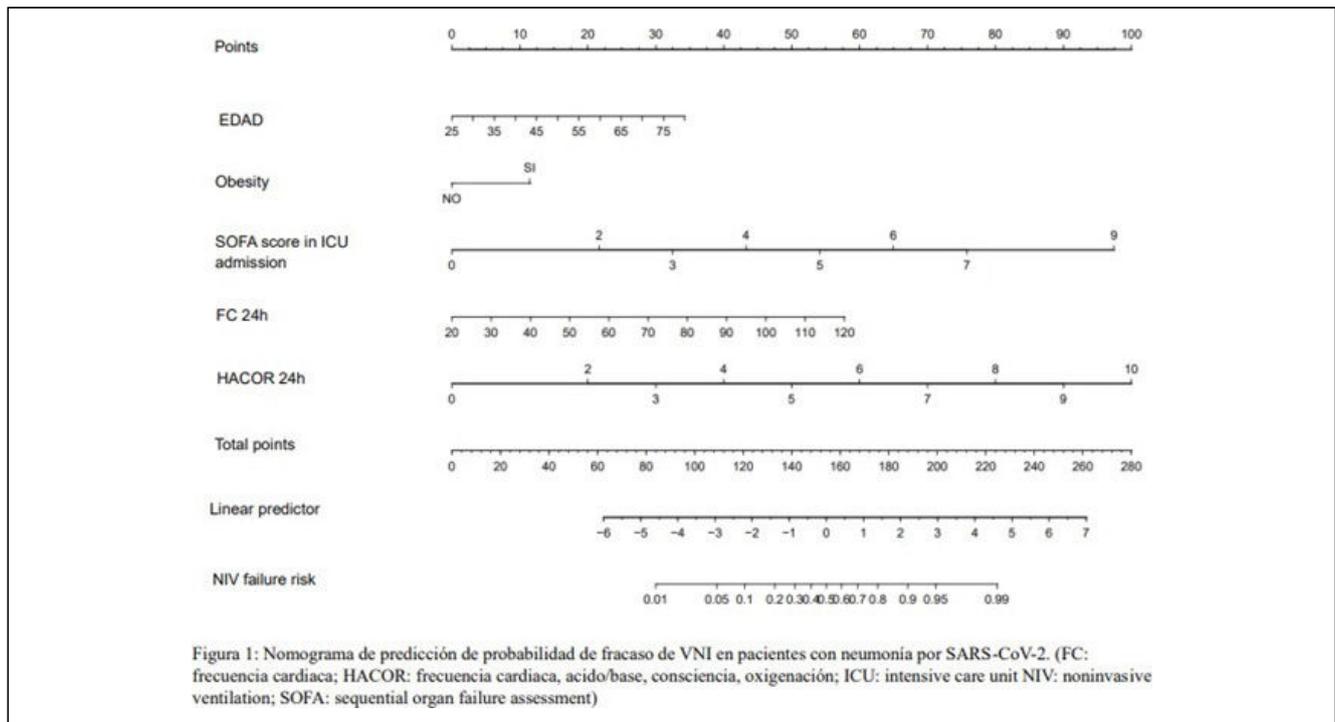
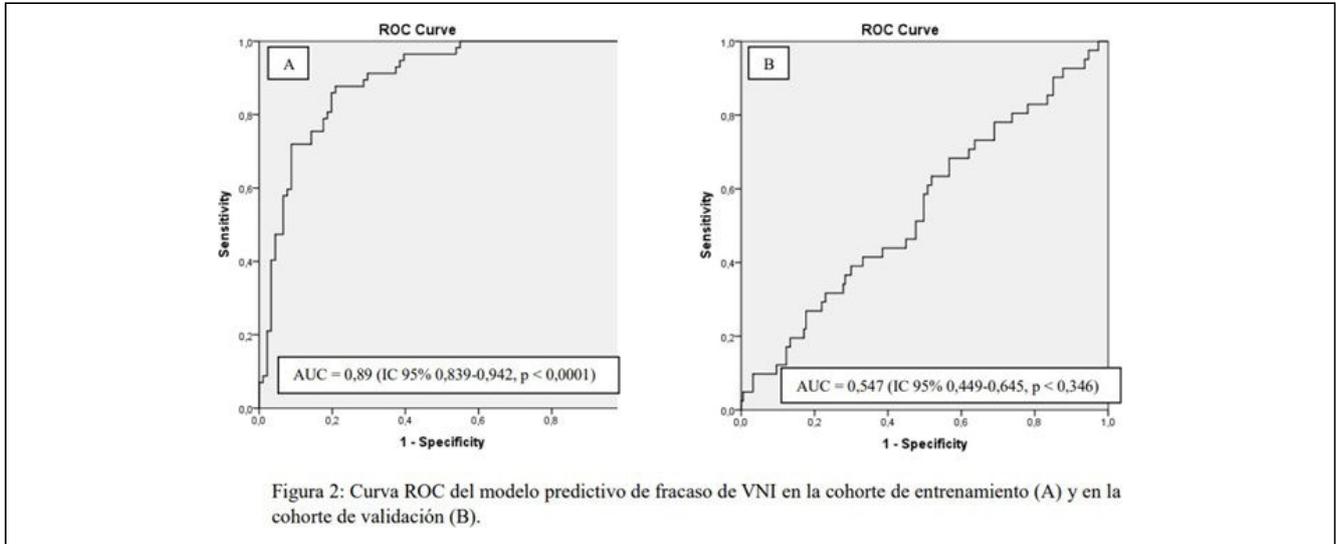


Figura 2 Póster 428



[OR 1,045 (1,005-1,095)], obesidad [2,212 (1,267-5,533)], SOFA al ingreso [2,006 (1,072-3,753)] y FC 1,050 (1,014-1,088)] y HACOR [1,76 (1,291-2,4)] a las 24 horas del inicio de VNI en la cohorte de entrenamiento fueron factores de riesgo independiente de fracaso de VNI. La calibración y discriminación de nuestro modelo fue buena, con un test HL 0,861 y un AUC 0,89 (IC95%: 0,839-0,942; $p < 0,0001$). Sin embargo, el AUC de nuestro nomograma (fig. 1) para la predicción de fracaso de VNI en la cohorte externa fue de 0,547 (0,449-0,645; $p = 0,346$).

Conclusiones: Edad, obesidad, SOFA al ingreso y, FC y HACOR a las 24 h son factores de riesgo de fracaso de VNI en NAC COVID-19. Nuestro modelo predictivo puede ser útil en la predicción de fracaso de VNI en COVID-19 en nuestro servicio, pero no puede ser extrapolado a otras unidades de medicina intensiva.

429. SÍNDROME POS-UCI EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE COVID 19. SEGUIMIENTO 3, 6 Y 12 MESES

Antuña Braña MT, Recena Pérez P, Fernández Ruíz D, Tuya de Manuel P, Ballarín Audina T, Díaz González C y López de Mesa C

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Conocer incidencia síndrome Pos-UCI en pacientes con neumonía COVID-19.

Métodos: Estudio prospectivo longitudinal. Incluye pacientes ingresados desde 1 diciembre 2021 a 31 marzo 2022, que aceptan el seguimiento a 3, 6 y 12 meses. Recogemos datos demográficos, epidemiológicos, clínicos, de resultado. Evaluamos calidad vida (EuroQol 5D), estado funcional (test marcha, dinamómetro); nutricional (MNA-SF); función cognitiva (test MoCA), función mental (escala HADS, escala PCL5). Variables cuantitativas expresadas como media (DE), mediana (mínimo-máximo), prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Comparadas con test ANOVA de muestras repetidas y test de Friedman y prueba *post hoc* con test de Wilcoxon. Variables cualitativas, expresadas como porcentaje. Significativa $p < 0,05$.

Resultados: Incluidos 12 pacientes (38% del total supervivientes). Mediana edad 64 (24-77). 73% varones. APACHE mediana 13 (5,7). SAPS 3 media $48 \pm 6,73\%$. 73% VM, media días 11 ± 11 . 45% soporte vasoactivo. 36% delirio, mediana días 4,5 (4-5). 73% sedación profunda, media días $7,6 \pm 6,4$. 54,5% BNM, media días $6,8 \pm 5,8$. 73% opiáceos, media días $9 \pm 5,8$. 73% midazolam, media días $7,4 \pm 6,4$. 27% debilidad muscular. Media fuerza mano dominante: 1ªV 27,4 (8,8); 2ª V 28,4 (9,8); 3ª visita 30,2 (9,5), ($p 0,214$). Fuerza en 3ªV 30,2 vs. 27,4 en 1ª V ($p 0,424$), y 28,4 en 2ªV ($p 0,642$). Test 6 min: 1ªV media 411 ± 91 ; 2ªV mediana 450 (174-525); 3ªV mediana 483 (187-561), ($p 0,04$). Diferencia entre 2ªV y 1ª V (-1,42, $p 0,155$), entre 3ªV y 1ª V (-1,95, $p 0,05$), entre 3ª V y 2ª V (-2,09, $p 0,04$). MoCA: 1ªV, mediana 28,5 (25-30); 2ªV mediana 29 (24-30); 3ªV 29,5 (18-30), ($p 0,966$). HADS: 1ªV mediana 4 (0-19); 2ªV mediana 3,5 (0-24); 3ªV mediana 2,5 (0-30), ($p 0,236$). PCL-5: 1ªV mediana 2 (0-49); 2ªV mediana 1 (0-45); 3ªV mediana 0,5 (0-53), ($p 0,140$). EQ-5D:

1ªV media 73,5 (14,73); 2ªV media 78 (18,44); 3ªV mediana 90 (40-100), ($p 0,178$). MNA-SF: 1ªV media 11,5 (2,07); 2ªV mediana 14 (10-14); 3ªV media 12,6 (1,35), ($p 0,135$). En 1ªV el 54% pacientes en riesgo nutricional; 2ªV 9% en riesgo nutricional; 3ªV 20% en riesgo nutricional, ($p 0,156$).

Conclusiones: No observamos diferencias significativas en todos los parámetros evaluados en nuestros pacientes a excepción de la valoración cardiorrespiratoria en la que si se observa diferencia significativa a expensas de la mejora del test de los 6 minutos entre 2ª y 3ª visita. Estado funcional es bueno, poca alteración del estado mental y cognitivo. A tener en cuenta que son pacientes con poco tiempo de sedación profunda, BNM y VM, así como pocos días con cuadro de delirio.

430. ¿MODIFICÓ EL COVID NUESTROS PROCEDIMIENTOS DE INTUBACIÓN? ANÁLISIS BASADO EN EL ESTUDIO INTUPROS

García Garmendia JL¹, Trenado Álvarez J², Gordo Vidal F³, Fisac Cuadrado L⁴, Gordillo Escobar E⁵, Abella Álvarez A³, García Prieto E⁶, López Martín C⁷, Jiménez del Valle JR⁵ y Garnacho Montero J⁵

¹Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla. ²Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona. ³Hospital del Henares, Madrid. ⁴Hospital Universitario de Burgos (C. A. U. de Burgos), Burgos. ⁵Hospital Universitario Virgen Macarena (C. H. U. Virgen Macarena), Sevilla. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁷Hospital Universitario Reina Sofía (C. H. U. Reina Sofía), Córdoba.

Objetivos: La pandemia COVID-19 obligó a los intensivistas a asegurar los procedimientos de intubación en situaciones de hipoxemia crítica. Analizamos si estos cambios en los procedimientos se incorporaron a los pacientes No-COVID intubados tras el inicio de la pandemia.

Métodos: Análisis *post hoc* del estudio prospectivo, multicéntrico INTUPROS (NCT03916224), sobre intubación en pacientes de UCI. Se compararon las características del procedimiento de intubación de los pacientes No-COVID antes y después del inicio de la pandemia. Las variables incluidas fueron: posición del paciente, utilización de maniobra de Sellick, dispositivo empleado, uso de accesorios, capnografía, método de preoxigenación, profesional operador, fármacos empleados, complicaciones mayores, intubación al primer intento y mortalidad. Se obtuvo la aprobación de los Comités de ética de los hospitales participantes. Las variables continuas se expresan como medianas (percentil 25-75) y las categóricas como porcentajes. Las variables cuantitativas se analizaron con U-Mann-Whitney y las cualitativas con chi-cuadrado, y se realizó un análisis multivariante con regresión logística. El nivel de significación fue $p < 0,05$.

Resultados: De los 1.837 pacientes incluidos, se descartaron los 322 con COVID-19, y se compararon los 1199 pacientes incluidos antes del inicio de la pandemia con los 316 pacientes NO-COVID tras el inicio de la pandemia. Las muestras fueron similares en sexo, edad, comorbilidades, SOFA, MACOCHA y motivo de intubación, mostrando durante la pandemia mayor peso [80 (68-90) vs. 75 (65-88) kg; $p = 0,032$] y menor APACHE II [19

(13-25) vs. 20 (15-26)]. En el análisis multivariante (tabla), las variables independientemente asociadas con la intubación en No-COVID-19 desde el periodo pandémico fueron un menor uso previo de la VNI y la nutrición enteral 24 h antes, menor uso del balón de resucitación para oxigenación con mayor uso de otros dispositivos no ONAF, mayor uso de videolaringoscopia al primer intento, menor uso de capnografía, mayor uso de midazolam, etomidato y succinilcolina y menor uso de fentanilo. La tasa de eventos adversos (41,0 vs. 42,7%; $p = 0,570$), y la mortalidad a los 28 días (35,0 vs. 34,0%; $p = 0,749$) no fueron diferentes.

VARIABLES EN ANÁLISIS MULTIVARIANTE	OR (CI 95%)	p
Uso previo de ventilación no invasiva	0.55 (0.44-0.76)	<0,001
Nutrición enteral 24 h antes	0.69 (0.48-0.99)	0.046
Pre-oxigenación con balón	0.48 (0.33-0.68)	<0,001
Pre-oxigenación con otros sistemas no ONAF	1.78 (1.03-3.07)	0,040
Uso de videolaringoscopia en el primer intento	2.52 (1.65-3.86)	<0,001
Uso de capnografía	0.53 (0.32-0.88)	0,013
Uso de midazolam	1.86 (1.36-2.56)	<0,001
Uso de etomidato	1.69 (1.23-2.31)	0,001
Uso de fentanilo	0.51 (0.38-0.69)	<0,001
Uso de succinilcolina	2.82 (2.03-3.92)	<0,001

Conclusiones: La pandemia COVID-19 modificó los procedimientos de intubación tanto en los pacientes COVID-19 como en los No-COVID-19, destacando cambios en la preoxigenación, mayor uso de videolaringoscopia y cambios en las medicaciones usadas. Estos cambios no redujeron la tasa de eventos adversos ni la mortalidad asociada en estos pacientes.

431. ECCO2R DE BAJO FLUJO EN PACIENTES INICIALMENTE NO CANDIDATOS A ECMO VENO-VENOSO, EN UN HOSPITAL TERCIARIO: ESTUDIO PRELIMINAR

Sánchez Cesteros C, Díaz Díaz JJ, Morales Sirgado RE, González Bautista L, Gómez-Lama Revilla JM, Lübke Vázquez F, San Martín Bragado M, Gallardo Santos E, Cabrera Sánchez M y Ruiz Santana S

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (C. H. U. de Gran Canaria Dr. Negrín), Las Palmas.

Objetivos: Describir las características de los pacientes investigados, analizar los parámetros fisiológicos, tasa de complicaciones con la terapia y mortalidad. Asimismo, cuantificar si se produjo variación en las presiones y en la hipercapnia.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de una serie de seis pacientes en insuficiencia respiratoria aguda tratados con ECCO2R de bajo flujo. Se incluyeron pacientes con SDRA y asma grave, en terapia desde febrero hasta julio de 2023. Se recogieron: edad, sexo, diagnóstico al ingreso en UCI, escalas de gravedad y mortalidad. Asimismo, se recogieron variables fisiológicas Pplateau, PEEP, PaO2FiO2, pH y pCO2, en 4 tiempos: previo a la terapia, a las 8 horas, a las 24 horas y después de 24 horas de la retirada de la terapia.

Resultados: La mediana de edad fue de 62,5 (RIQ: 48,5-74) años, la mitad mujeres. La mediana de APACHE II fue 19 (RIQ: 11,7-22,5) y de SOFA 7 (RIQ: 5-10). El diagnóstico fue SDRA en cuatro pacientes, tres por broncoaspiración y uno por neumonía comunitaria, solo hubo un paciente con coinfección por SARS-COV2. Hubo dos pacientes con estatus asmático. Todos precisaron ventilación mecánica invasiva. La mediana de tiempo desde el inicio de la ventilación mecánica hasta el inicio de ECCO2R fue de 12,5 (RIQ: 5,5-23,2) días. La mediana de estancia hospitalaria fue 59 (RIQ: 44,5-98,5) días y la mediana de estancia en UMI de 35 (RIQ: 24,7-84,2) días. La mediana de duración de la terapia fue de 2 (RIQ: 1-5) días. Se registró una bajada en la Pplateau, partiendo de una mediana antes de iniciar de 37,5 (RIQ: 35-41,2) cmH2O, a las 8 h de terapia de 34,3 (RIQ: 30-40,75) cmH2O, a las 24 h de 29 (RIQ: 26-33) cmH2O y de 26 (RIQ: 21,5-33,7) cmH2O a las 24 h de retirada la terapia. La mediana del pH antes del inicio fue de 7,26 (RIQ: 7,16-7,28), a las 8 h de 7,46 (RIQ: 7,41-7,47), y a las 24 h de 7,49 (RIQ: 7,36-7,51). El valor de pCO2 previo al inicio de la terapia fue de 82 (RIQ: 61,2-84,7) mmHg, a las 8 h 46,5 (RIQ: 43,5-56,7) mmHg y a las 24 h de 43 (RIQ: 41-53,5) mmHg. La tasa de complicaciones clínicas fue del 33%, y consistieron en un sangrado bronquial que precisó transfusión, en una paciente con coagulopatía y APACHE II de 12. El otro fue una sospecha de sangrado intracraneal (midriasis) que no pudo confirmarse con CT, en este caso no hubo coagulopatía pero sí trombopenia y su APACHE II fue de 24. Ambos pacientes fallecieron debido a la comorbilidad. Tasa de *exitus* del 33%.

Conclusiones: El ECCO2R se mostró eficaz para disminuir las presiones del ventilador, normalizar el pH y mejorar la hipercapnia. La tasa de complicaciones fue del 33% en pacientes con coagulopatía o trombocitopenia.

432. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MORBIMORTALIDAD DEL PACIENTE EN UCI

Malingre Gajino M, Mercado Castillo H, Isern de Val Í, Montes Aranguren M, Serrano Guiral S, Antón Juarros S, Lorenzo Álvarez R, Orduna Casla I, Serrano Martínez L y Marín Casajús O

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con diagnóstico de TEP a los que se les realiza trombectomía mecánica, así como su evolución clínica, complicaciones y morbimortalidad asociada.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo basado en una serie retrospectiva analizando todos los pacientes con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa desde el 1 de enero de 2018 al 31 de octubre de 2023. Como programa estadístico se ha empleado Jamovi versión 2.3.28.

Resultados: De un total de 113 pacientes con TEP, a 62 se les realizó trombectomía mecánica. De todos los pacientes, 15 (24,2%) padecían un TEP masivo con inestabilidad hemodinámica, mientras que 45 (72,6%) padecían un TEP submasivo, estables pero con signos de disfunción ventricular derecha. De los pacientes trombectomizados, 19 (30,6%) tenían contraindicación para realización de fibrinólisis sistémica. En 2 de los pacientes (3%), la trombectomía fue empleada como segunda línea tras fracaso de la fibrinólisis sistémica. En 47 pacientes (75,8%) se asoció fibrinólisis local intraarterial con urokinasa. Tras el procedimiento, se produjo una disminución media de 3,2 mmHg en la presión arterial pulmonar media. Como complicaciones, se presentó una complicación hemorrágica (1,6%) (hemoptisis secundaria a perforación de arteria pulmonar) y una arritmogénica (1,6%) (PCR en FV al canalizar la arteria pulmonar). Se realizó el test t de Student para las variables cuantitativas, observándose asociación estadística entre la trombectomía y una disminución de la estancia media hospitalaria ($p 0,002$) y en UCI ($p < 0,001$), con una estancia media en UCI de 3,79 días ($\pm 6,8$ días de desviación estándar). También se observa asociación estadística entre el procedimiento y con menos días de ventilación mecánica invasiva ($p < 0,001$), con una media de 1,3 días ($\pm 5,12$ días de desviación estándar). De los 62 pacientes trombectomizados, la mortalidad en < 30 días es de 8 pacientes (12,9%), solo uno de ellos (1,6%) secundario al procedimiento. Para las variables cuantitativas se realizó el test chi-cuadrado, observándose asociación estadística entre la trombectomía y una menor mortalidad < 30 días ($p 0,005$ con RR 0,50, IC 0,27-0,9).

Conclusiones: En nuestro centro se realiza trombectomía mecánica en pacientes estables sin evidenciarse aumento de la mortalidad ni de la morbilidad. Se ha observado una reducción de días de ventilación mecánica invasiva, estancia en UCI y hospitalaria en los pacientes con TEP a los que se realiza trombectomía mecánica.

433. DIFERENCIA ENTRE SONDAS ECOGRÁFICAS PARA ESTUDIO DE LA PLEURA ANTERIOR, RESULTADOS PRELIMINARES

Pascual Llopis J, Minaya F, Rodrigo N, Aguilar J, López N, San Blas C y Herrero E

Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar las diferencias en cuanto a rendimiento diagnóstico entre las sondas sectorial (2-3,5 MHz) y lineal (7,5-14 MHz) a la hora de estudiar la presencia o no de deslizamiento pleural en campos anteriores.

Métodos: Se ha diseñado y distribuido una encuesta a médicos intensivistas a través de internet (Google forms) con 28 vídeos anónimos de pacientes con y sin deslizamiento pleural, tanto con sonda sectorial como con lineal. En dicha encuesta, además de responder si se visualiza o no deslizamiento, se pregunta también con cuánta confianza realizan dicha afirmación. Previo a las imágenes se recoge información acerca de los participantes: años realizando ecografía pulmonar, qué sonda y preset utilizan para campos anteriores y con qué frecuencia realizan ecografía pulmonar

Resultados: Para esta fase preliminar se han obtenido 10 respuestas, obteniendo un total 280 observaciones. La media de años familiarizados

con ecografía pulmonar es de 5,3 años, utilizándola en la gran mayoría (80%) cuando hay cambios clínicos relevantes. La sonda lineal (90%), con presnet pulmón (100%) es la más utilizada para el estudio de campos anteriores. En general, la sensibilidad para detección de deslizamiento fue del 88%, especificidad del 75%, con valores predictivos positivos del 82% y negativos del 83%. Por separado, con la sonda sectorial se ha obtenido una sensibilidad del 88%, especificidad del 85%, VPP 88% y VPN 85%. Con la sonda lineal sensibilidad 88%, especificidad 65%, VPP 77% y VPN 81%. En cuanto al nivel de confiando, la media de confianza afirmando la presencia o no de deslizamiento fue de 7,9 en global, 7,5 para la sonda sectorial y 8,5 para la sonda lineal.

Conclusiones: El estudio de la pleura anterior se centra principalmente en la localización del deslizamiento pleural. Para ello tradicionalmente, y de forma muy extendida se ha usado la sonda lineal por sus características. En este estudio, con los primeros resultados obtenidos, el uso de sonda sectorial tiene un rendimiento diagnóstico similar o incluso superior a la lineal para la detección de deslizamiento pleural en campos anteriores. El empleo de la sonda sectorial para el examen de campos anteriores podría facilitar la exploración pleuropulmonar en general al poder realizar todo el examen empleando una única sonda.

434. COMPLICACIONES A LARGO PLAZO DE LAS TRAQUEOSTOMÍAS PERCUTÁNEAS VS. QUIRÚRGICAS

Casteres Cortiñas I

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Evaluar la incidencia de complicaciones a largo plazo de las traqueostomías percutáneas y quirúrgicas realizadas en nuestra UCI de 2020 a 2023 a partir de datos de la consulta de seguimiento del síndrome posucudados intensivos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohortes de pacientes traqueostomizados en UCI de enero-2020 a octubre-2023. Se establecen dos cohortes para el estudio comparativo, pacientes con traqueostomía percutánea (TQP) y pacientes con traqueostomía quirúrgica (TQQ). Variables principales: tipo de traqueostomía (TQ), disfonía, disfagia, complicaciones del traqueostoma (cicatriz y estenosis) y derivación a Otorrinolaringología (ORL). Variables secundarias: Edad, SAPS, APACHE, motivo de ingreso y de intubación orotraqueal (IOT), antecedentes ORL, días de IOT, días de TQ, días de ventilación mecánica y mortalidad. Se realiza un análisis descriptivo con el programa IBM SPSS. Las variables cualitativas se presentan mediante número y porcentaje y

se comparan mediante chi-cuadrado y las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar y se comparan mediante t-Student.

Resultados: Se incluyeron 152 pacientes, de los cuales, al 52,6% se le realizó TQP y al 47,4% TQQ. Se realizó seguimiento a 68 pacientes (45%), no realizándose en el resto por fallecimiento o porque no acudieron a consulta. De los que se siguieron, 14 (9,2%) presentaron disfagia, 12 (7,9%) cicatriz, 11 (7,2%) disfonía, y 1 (0,7%) estenosis. La disfonía es más frecuente en las TQP, aunque sin significación estadística. Por otro lado, la disfagia, la estenosis y la cicatriz son más frecuentes en las TQQ, siendo tanto la disfagia como la cicatriz, estadísticamente significativas (tabla 1). En el análisis por subgrupos de las variables analizadas no hay diferencias significativas (tabla 2).

Conclusiones: Objetivamos que las complicaciones a largo plazo de las TQ son frecuentes, siendo la principal, la disfagia, seguida de la cicatriz y la disfonía. La estenosis se podría considerar anecdótica, presentándose únicamente en un caso de TQQ. La frecuencia de las complicaciones varía según la técnica utilizada, siendo únicamente significativas la disfagia y la cicatriz, las cuales son más frecuentes en las TQQ. Estos resultados apoyan la necesidad de hacer un seguimiento a nuestros pacientes para poder diagnosticar estas complicaciones y derivarlos al especialista, así como poner en marcha medidas para prevenirlas intra-UCI.

435. EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL USO DE TERAPIA EXTRACORPÓREA DE ELIMINACIÓN DE CO₂ (ECCO2R) EN PACIENTES CRÍTICOS

Pérez Gutiérrez J, Cicuéndez Ávila RA, Posadas Pita G, Artola Blanco M, Curieses Andrés CM, Velasco García Á, Medina Díez S, Citores González R, Bouchotrouch González H y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de la terapia extracorpórea de eliminación de CO₂ (ECCO2R) en el aclaramiento de CO₂ y en el mantenimiento de una ventilación mecánica protectora definida por un volumen corriente < 6 ml/kg en pacientes adultos con insuficiencia respiratoria aguda grave hipercápnica por diferentes causas e ingresados en UCI, además de su seguridad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron adultos (mayores de 18 años) ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria aguda grave hipercápnica con colocación de terapia ECCO2R por diferentes causas durante el periodo comprendido entre mayo de 2020

Figura Póster 434

COMPLICACIONES	TIPO TRAQUEO	NÚMERO	PORCENTAJE	SIGNIFICACIÓN	PRUEBA
DISFONÍA	Quirúrgica	5 de 39	12,82%	p 0.059	Chi-cuadrado
	Percutánea	6 de 29	20,69%		
DISFAGIA	Quirúrgica	10 de 39	25,64%	p 0.042	Chi-cuadrado
	Percutánea	4 de 29	13,79%		
ESTENOSIS	Quirúrgica	1 de 39	2,56%	p 0.059	Chi-cuadrado
	Percutánea	0 de 29	0,00%		
CICATRIZ	Quirúrgica	12 de 39	30,77%	p 0.001	Chi-cuadrado
	Percutánea	0 de 20	0,00%		

Tabla 1

VARIABLES	TIPO TRAQUEO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	SIGNIFICACIÓN	PRUEBA
SAPS	Quirúrgica	57.33	15.430	p 0.775	T student
	Percutánea	58.06	15.945		
APACHE	Quirúrgica	18.17	6.431	p 0.191	T student
	Percutánea	19.60	6.895		
EDAD	Quirúrgica	64.34	10.496	p 0.322	T student
	Percutánea	65.91	9.015		
DÍAS IOT	Quirúrgica	15.89	8.682	p 0.181	T student
	Percutánea	17.48	5.789		
DÍAS CÁNULA	Quirúrgica	25.54	20.979	p 0.822	T student
	Percutánea	24.79	20.069		
DÍAS VM	Quirúrgica	37.57	24.323	p 0.553	T student
	Percutánea	39.68	19.478		

Tabla 2

y octubre de 2023. Usamos la membrana oxigenadora de 1,81 m² prefiltro (Patente B.BRAUN) con flujo de O₂ a 15 lpm con o sin asociación de terapia continua de reemplazo renal (TCRR). Se obtuvieron datos demográficos y clínicos de su historia clínica, además de gasometrías arteriales, volumen corriente ajustado a peso ideal (Vt/peso) y complianza dinámica (Cd) en tres momentos: previo a la colocación de la terapia ECCO2R, a las 24 h y a las 72 h. Se realizó la prueba estadística t para muestras relacionadas (o prueba t pareada).

Resultados: 23 pacientes recibieron terapia ECCO2R. Edad 66 años (rango 56-79). Varones 85%. Enfermedad pulmonar crónica 27%. Tabaquismo 37,5%. APACHE II 20,9 (rango 11-31). La principal causa de insuficiencia respiratoria fue el SDRA en un 79,2%, siendo COVID el 70,8%. Mortalidad UCI del 69,6%. Mortalidad a 28 días de 69,6% y a 90 días de 73,9%. 2 pacientes recibieron ECMOVV tras ECCO2R. Se inició la terapia con los siguientes parámetros gasométricos: pH 7,224, pCO₂ 72,0 ± 16,4, pO₂FiO₂ 125,4 ± 48,9. Parámetros ventilatorios: Vt/peso 6,49 ± 0,97 y Cd 21,25 ± 9,00. El flujo sanguíneo medio (Qb) de inicio de ECCO2R fue 330 ml/min (rango 280-450) y a las 72 h de 348 (rango 180-450). Días VM hasta ECCO2R 20,25 ± 22,6. Días de ECCO2R 7,5 ± 6,7. Días en UCI 54 ± 44. Días ingreso hospitalario 63 ± 52. Tras la administración de ECCO2R se comprobó mejoría estadísticamente significativa del pH a las 24 h en 0,155 (IC95% 0,108-0,202 p < 0,001) y a las 72 h de 0,143 (IC95% 0,087-0,199, p < 0,001); lavado de CO₂ a las 24h de 20,26 (IC95% 26,39-14,12, p < 0,001) y a las 72 h de 15,21 (IC95% 6,02-24,39, p < 0,003) y mejoría de la PaFi a las 72 h de 19,8 (IC95% 4,3-35,2, p < 0,015). Además, permitió una mejor ventilación protectora a las 72 h con una reducción de Vt/peso de 0,50 (IC95% 0,15-0,16, p < 0,008). No hubo problemas de seguridad.

Conclusiones: La terapia ECCO2R es una terapia eficaz y segura para la eliminación de CO₂ en el paciente crítico con repercusión en otros parámetros.

el más frecuente la fenitoína en un 39%. Se inicio terapia inicial con dos FAEs en el 42,5% de los pacientes siendo el más utilizado el brivaracetam (40%) o levetiracetam (60%) de manera concomitante con la lacosamida. El 66% de los pacientes precisaron de un 3 FAE (lacosamida 42%). En aquellos que se inició doble terapia con lacosamida como tercer FAE el más utilizado fue la fenitoína 21% seguido del valproico 15,7%. El 42,5% precisó de un cuarto FAE (perampanel 40%).

Conclusiones: El 68% de la muestra fueron hombres con una media de edad de 55 años. El EER más frecuentemente registrado fue el no convulsivo y las causas no estructurales las más observadas. Igualmente observamos que los fármacos más utilizados en primera línea fueron el levetiracetam y el brivaracetam. La fenitoína y la lacosamida fueron los más utilizados en 2º y 3º línea de tratamiento.

437. COMPLICACIONES CRANEOTOMÍAS FOSA POSTERIOR

Sánchez Rentero L, Navas Álvarez S, Díez Izquierdo C, Alcántara Flor AJ y Freire Aragón MD

Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz.

Objetivos: Describir las complicaciones tras craneotomía de fosa posterior programada ocurridas durante el posoperatorio en UCI, así como aquellos factores clínicos asociados a complicaciones neurológicas.

Métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo de pacientes posquirúrgicos tras craneotomía de fosa posterior programada en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022. Se ha realizado un análisis descriptivo de aquellas variables demográficas, características lesionales y complicaciones tanto neurológicas como sistémicas en el posoperatorio inmediato.

Resultados: Se analizaron a 18 pacientes intervenidos. 11 pacientes fueron varones y 7 mujeres, cuya edad media global fue de 49 años (35-64). El 50% de las cirugías fueron exéresis tumorales, 16,7% descompresiones trigeminales, 11,1% descompresiones secundarias a malformación Chiari I, 11,1% exéresis de MAV, 5,6% neurinoma del acústico y 5,6% cordoma de clivus. Un paciente fue reintervenido por neuralgia del trigémino. El 27,8% de los pacientes sufrieron complicaciones neurológicas: La más frecuente fue la hidrocefalia, con necesidad de colocación de DVE 60% seguida del bajo nivel de conciencia 20% y el embolismo aéreo 20%. El 22,2% de los pacientes precisaron tratamiento antihiperensivo/vasopresor. Observamos diabetes insípida en el 5,6% de los pacientes. Observamos una asociación estadísticamente significativa (p = 0,008) entre focalidad cerebelosa previa con complicaciones neurológicas en el posquirúrgico. No se observó ningún *exitus* tras 24 horas, los pacientes fueron trasladados a planta de Neurocirugía.

Martes, 14 de mayo de 2024

Pósteres orales

NEUROINTENSIVISMO V

17:30-19:00 - Sala 131 + 132

Moderadores: Aarón Blandino Ortiz / Kapil Laxman Nanwuani Nanwuani

436. USO DE FÁRMACOS ANTIÉPILEPTICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO Y SUPERREFRACTARIO (EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL DOCTOR BALMIS DE ALICANTE)

Mendazona Zufía I, Mataix M y Jaime FA

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Describir el uso de fármacos antiepilepticos en el estatus epileptico refractario (EER) y suprarrefractario (EESR). Describir las características epidemiológicas de la muestra.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes ingresados en la UCI del Hospital General Universitario de Alicante con diagnóstico de EER o EESR. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EER o EESR. Criterios de exclusión: pacientes que no recibieron fármacos antiepilepticos ni benzodiacepinas. Se recogen la 1ª, 2ª, 3ª y 4ª líneas de tratamiento de FAEs. Se realizó el análisis estadístico con Excel.

Resultados: Se incluyen 47 pacientes de los cuales 31,9% eran mujeres y el 68,1% hombres con una media de edad de 55 años. Se registraron 59,5% pacientes con EE de tipo no convulsivo y un 40,5% de tipo convulsivo. El 46,81% EER y 53,19% como EESR. Se registraron 16 etiologías diferentes que se clasificaron en estructurales y no estructurales. Con causa estructural se registraron 22 pacientes (42,5%) en los que se utilizó una mediana de 4 FAEs (IQR 2). 25 pacientes se clasificaron con etiología no estructural y precisaron de una mediana de 3 FAEs (IQR 2). En cuanto a los antiepilepticos, el más utilizado como primer FAE en monoterapia fue el levetiracetam administrado en un 25,5% seguido del brivaracetam en un 23,4%. El 85% precisaron de un segundo FAE siendo

Tabla 1. Características y datos preoperatorios de los pacientes

Número de pacientes (n)	18
Hombres	11 (61.1%)
Edad	49 [35-64]
ASA, n (%)	
I	3 (16.7%)
II	13 (72.2%)
III	2 (11.1%)
FRCV n (%)	
HTA	7 (38.9%)
DM	2 (11.1%)
DLP	5 (27.8%)
Primera cirugía n (%)	17 (94.4%)
Focalidad neurológica previa n (%)	
Cefalea	7 (38.9%)
Crisis epilepticas	1 (5.6%)
Síndrome cerebeloso	5 (27.5%)
Alteraciones visuales	2 (11.1%)
Examen normal	3 (16.7%)
Tratamiento previo con esteroides n (%)	2 (11.1%)
Características patológicas de las lesiones n (%)	
Cirugía tumoral	9 (50%)
Descompresión Chiari I	2 (11.1%)
Neurinoma VIII	1 (5.6%)
MAV cerebelar	2 (11.1%)
Neuralgia del trigémino	3 (16.7%)
Cordoma de clivus	1 (5.6%)

Tabla 2. Complicaciones durante las primeras 24 horas tras la cirugía.

Complicaciones	n (%)
Neurológicas	5 (27.8%)
Deterioro del nivel de conciencia	1
Hidrocefalia	3
Embolismo aéreo	1
Hemodinámicas	4 (22.2%)
Hipotensión (PAM <60 mm Hg)	1
Hipertensión (PAM >110 mm Hg)	3
Metabólicas	1 (5.6%)
Diabetes insípida	1
Hiperglucemia	0
Necesidad trasfusional	0

Tabla 3. Factores asociados con complicaciones neurológicas.

	Sin complicación neurológica (n = 13)	Complicación neurológica (n=5)	p
Hombres n (%)	9 (69.2%)	2 (40%)	0.32
FRCV n (%)			
HTA	4 (30.8%)	3 (60%)	0.36
DLP	3 (23.1%)	2 (40%)	0.53
DM	1 (7.7%)	1 (20%)	0.49
ASA n (%)			
I	1 (7.7%)	2 (40%)	0.17
II	10 (76.9%)	3 (60%)	0.53
III	2 (15.4%)	0	1
Tratamiento preoperatorio con esteroides n (%)	2 (15.4%)	0	1
Primera cirugía n (%)	12 (92.3%)	5 (10%)	1
Focalidad neurológica previa n (%)			
Examen normal	3 (23.1%)	0	0.52
Cefalea	5 (38.5%)	1 (20%)	0.62
Sdme. Cerebeloso	1 (7.7%)	4 (80%)	0.008
Alteraciones visuales	2 (15.4%)	0	1
Características lesionales n (%)			
Tumoral	7 (53.8%)	2 (40%)	1
Chiari I	1 (7.7%)	1 (20%)	0.49
Neurinoma acústico	0	1 (20%)	0.28
MAV	1 (7.7%)	1 (20%)	0.49
Descompresión trigemino	3 (23.1%)	0	0.52
Cordoma clivus	1 (7.7%)	0	1

Conclusiones: Las craneotomías de fosa posterior son cirugías con complicaciones específicas, propias de la localización anatómica y técnica quirúrgica, que requieren del conocimiento de estas y el despistaje precoz para disminuir morbilidad.

438. COMPLICACIONES DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN PACIENTES SOMETIDOS A NEUROCIRUGÍA TUMORAL PROGRAMADA

Sánchez Rentero L, Díez Izquierdo C, Navas Álvarez S, Alcántara Flor AJ y Freire Aragón MD

Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz.

Objetivos: Describir las complicaciones neurológicas y sistémicas durante las primeras 24 horas tras cirugía programada de exéresis tumoral, así como los factores asociados con un evento neurológico.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos mediante cirugía programada de resección tumoral con ingreso posterior en UCI para control posquirúrgico en el Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). El periodo de observación abarcó del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Se realizó un análisis descriptivo de variables demográficas, clínicas, localización de lesión, y complicaciones neurológicas y sistémicas identificadas en las primeras 24 horas tras la cirugía.

Resultados: Se analizaron a 118 pacientes intervenidos. El 55,9% eran varones, siendo el 34,1% mujeres. La edad media de los pacientes era de 56 años (42-70). El 22,9% de pacientes fueron reintervenidos, siendo las estirpes tumorales más frecuentes gliomas (28,1%) y meningiomas (27,1%). El 19,5% de los pacientes presentaron al menos una complicación neurológica, siendo la más frecuente la aparición de déficit motor (47,8%). A nivel sistémico se observaron complicaciones hemodinámicas en un 16,1% precisando el uso de antihipertensivos endovenosos o vaso-

presores. A nivel metabólico el 17,4% presentaron diabetes insípida. Un paciente precisó reconexión a ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria posoperatoria. El 6,8% necesitaron trasfusión de hemoderivados en el periodo posquirúrgico. Observamos una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la aparición de complicaciones neurológicas posquirúrgicas las siguientes variables: alteraciones visuales previas a la cirugía, ser la primera intervención tumoral y las estirpes de adenoma hipofisario y neurinoma.

Conclusiones: La cirugía programada de exéresis tumoral son procedimientos frecuentes en nuestro medio no exenta de complicaciones inherentes a la localización y técnica quirúrgica, aunque en su mayoría de escasa gravedad/entidad como para justificar prolongación de ingreso en UCI.

Tabla 1. Características y datos preoperatorios de los pacientes

Número de pacientes (n)	118
Hombres	66 (55.9%)
Edad	56 [42-70]
ASA, n (%)	
I	6(5.4%)
II	69 (58.5%)
III	2 (11.1%)
IV	1 (0.8%)
FRCV n (%)	
HTA	47 (39.8%)
DM	19 (16.1%)
DLP	42 (35.6%)
Primera cirugía n (%)	91 (77.1%)
Focalidad neurológica previa n (%)	
Cefalea	21 (17.8%)
Crisis epilépticas	13(11%)
Síndrome cerebeloso	9 (7.6%)
Alteraciones visuales	16 (13.6%)
Déficit motor	15 (12.7%)
Déficit sensitivo	1 (0.8%)
Disfasia	11 (9.3%)
Examen normal	34 (28.8%)
Tratamiento previo n (%)	
Esteroides	40 (33.9%)
Anticongestivos	34 (28.8%)
Estirpe tumoral n (%)	
Meningioma	32 (27.1%)
Glioma	33 (28.1%)
Neurinoma	2 (1.7%)
Metástasis	13 (11%)
Neurocitoma	1 (0.8%)
Adenoma hipofisario	18(15.3%)
Desconocido	19 (16.1%)
Localización n (%)	
Frontal	35(29.7%)
Temporal	27(22.9%)
Parietal	22 (18.6%)
Occipital	5 (4.2%)
Fosa posterior	13 (11%)
Intraventricular	2(1.7%)
Intraselar	21 (17.8%)

Tabla 2. Complicaciones durante las primeras 24 horas tras la cirugía.

Complicaciones	n (%)
Neurológicas n (%)	23 (19.5%)
Deterioro del nivel de conciencia	4
Hidrocefalia	3
Disfasia	4
Nuevo déficit motor	11
Alteraciones visuales	1
Nuevo déficit sensitivo	1
Hemodinámicas n (%)	19 (16.1%)
Hipotensión (PAM <60 mm Hg)	6
Hipertensión (PAM >110 mm Hg)	13
Respiratorias n (%)	1 (0.8%)
Metabólicas n (%)	5 (4.2%)
Diabetes insípida	4
Hiperglucemia	1
Trasfusión de hemoderivados n (%)	8 (6.8%)

Tabla 3. Factores asociados con complicaciones neurológicas.

	Sin complicación neurológica (n = 95)	Complicación neurológica (n=23)	p
Hombres n (%)	52 (54.7%)	14 (60.9%)	0.59
FRCV n (%)			
HTA	38 (40%)	9 (39.1%)	0.93
DLP	33 (34.7%)	9 (39.1%)	0.69
DM	15 (15.8%)	4 (17.4%)	0.85
ASA n (%)			
I	4 (4.2%)	2 (8.7%)	0.38
II	59 (62.1%)	10 (43.5%)	0.1
III	31 (32.6%)	11 (47.8%)	0.17
IV	1 (1.1%)	0	0.78
Tratamiento preoperatorio n (%)			
Esteroides	35 (36.8%)	5 (21.7%)	0.17
Anticomiciales	28 (29.5%)	6 (26.1%)	0.74
Primera cirugía n (%)	78 (82.1%)	13 (56.5%)	0.009
Focalidad neurológica previa n (%)			
Examen normal	27 (28.4%)	7 (30.4%)	0.84
Cefalea	18 (18.9%)	3 (13%)	0.5
Déficit motor	10 (10.5%)	5 (21.7%)	0.16
Disfasia	9 (9.5%)	2 (8.7%)	0.9
Crisis epilépticas	9 (9.5%)	4 (17.4%)	0.27
Sdme. Cerebeloso	7 (7.4%)	2 (8.7%)	1
Déficit sensitivo	1 (1.1%)	0	1
Alteraciones visuales	16 (16.8%)	0	0.039
Supratentoriales n (%)	86 (90.5%)	20 (87.6%)	0.7
Localización n (%)			
Frontal	27 (28.4%)	8 (34.8%)	0.55
Temporal	19 (20%)	9 (39.1%)	0.053
Parietal	18 (18.9%)	3 (13%)	0.76
Occipital	4 (4.2%)	1 (4.3%)	1
Fosa posterior	9 (9.5%)	4 (17.4%)	0.28
Intraventricular	1 (1.1%)	1 (4.3%)	0.35
Intraselar	20 (21.1%)	1 (4.3%)	0.07
Estirpe tumoral n (%)			
Meningioma	24 (25.3%)	8 (34.8%)	0.36
Glioma	27 (28.4%)	6 (26.1%)	0.82
Metástasis	11 (11.6%)	2 (8.7%)	0.69
Neurocitoma	0	1 (4.3%)	0.19
Desconocido	15 (15.8%)	4 (17.4%)	1
Neurinoma	0	2 (8.7%)	0.037
Adenoma hipofisario	18 (18.9%)	0	0.022

439. CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL REFRACTARIA AL TRATAMIENTO MÉDICO

Tarré Ferré L¹, Sebastián Cernuda P¹, Sola Cassi M² y Fuster Bertolin C¹

¹Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ²Université de Québec à Montréal, Canadá.

Objetivos: La craniectomía descompresiva (CD) es el tratamiento quirúrgico de la hipertensión intracraneal (HIC) refractaria; puede realizarse precoz en las primeras 24 h (CDp) o de forma tardía (CDt). Su efectividad clínica sigue en discusión al disminuir la mortalidad a expensas de una elevada morbilidad. Persiste la incertidumbre respecto a los tiempos quirúrgicos adecuados. Describir demográfica y clínicamente los pacientes que requieren CD en la UCI. Determinar el efecto de la CD sobre la HIC. Evaluar si existen diferencias entre los diferentes tiempos de aplicación de la CD y las variables registradas.

Métodos: Estudio descriptivo observacional longitudinal y prospectivo de una cohorte de pacientes que requirieron CD e ingreso en UCI entre 05/2022 y 07/2023. Se recogen variables demográficas, clínicas y pronósticas. El análisis estadístico se realiza con el programario R.

Resultados: Se incluyeron un total de 13 pacientes, 62% varones con edad media de 36 ± 3,5 años. La severidad estimada por las escalas APACHE II y SAPS II fue de 24,1 ± 1 y 58,2 ± 2. El motivo de ingreso fue por traumatismo craneoencefálico (69%) y patología vascular cerebral (31%). La estancia media en UCI fue de 30 ± 4,5 días y 20,3 ± 2,5 días de ventilación mecánica (VM). El 76,9% se monitorizaron con catéter de presión intracraneal (PIC) y un 46,5% presentó HIC. Al comparar los diferentes tiempos quirúrgicos observamos, que la CDp es una medida efectiva para reducir la PIC, ya que ningún paciente presentó HIC posteriormente a la CD, mientras que los pacientes sometidos a CDt tuvieron PIC anormal a las 24 h y se mantuvieron con HIC una media de 3 ± 1,1 días hasta la intervención. Todos los resultados fueron estadísticamente significativos. Por contra, los pacientes sometidos a CDp requirieron más días de ingreso en UCI y de VM y obtuvieron peor puntuación en la escala GOSE al alta; asimismo, presentaron puntuaciones de gravedad más severas, peor GCS al ingreso y mayores anomalías pupilares (tabla).

	CD precoz (N=7)	CD tardía (N=6)	p valor
Variables demográficas			
Sexo, %			>0,05
Hombre	50%	80%	
Mujer	50%	50%	
Edad, a	39,9±3,9	29,6±6,2	>0,05
APACHE II y SAPS II	24,9±1,6 y 58,4±2,8	22,8±0,7 y 57,8±3	>0,05
Variables clínicas			
Alteración pupilar, %			>0,05
Ausente	25%	60%	
Presente (midriasis / anisocoria)	75%	40%	
GCS inicial	8,6±1,1	9,8±3,5	>0,05
DVE, %	0%	20%	>0,05
Monitorización PIC 12h, mmHg			>0,05
<22mmHg / <15 si CD	50%	25%	
>22mmHg / >15 si CD	37,5%	50%	
No monitorización	12,5%	25%	
Monitorización PIC 24h, mmHg			<0,05
<22mmHg / <15 si CD	85,7%	0%	
>22mmHg / >15 si CD	0%	75%	
No monitorización	14,3%	25%	
Días con HIC sostenida	0,13±0,13	3±1,14	<0,05
Variables pronósticas			
Días VM, d	25,4± 3,7	18,6±3,2	>0,05
Días ingreso en UCI, d	33,7±7,5	25,4±3,7	>0,05
Días hospitalización, d	74,8±34,1	54,8±10,9	>0,05
Centro al alta, %			>0,05
Domicilio	33,3%	0%	
Centro sociosanitario	0%	60%	
Guttman	66,7%	40%	
GOSE al alta, %			>0,05
Discapacidad moderada	12,5%	60%	
Discapacidad grave	60%	40%	
Estado vegetativo	12,5%	0%	
Mortalidad	25%	0%	>0,05

Conclusiones: La CD es efectiva como tratamiento para disminuir la HIC. Los pacientes con CDt estuvieron con HIC mantenida más tiempo, sin embargo, presentaron mejor funcionalidad al alta. La tendencia de los resultados sugiere que la CDp se realiza en pacientes de mayor gravedad y se asocia a un peor pronóstico vital y funcional, pudiendo responder a un mayor daño cerebral primario.

440. VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO COMO PREDICTOR DE DESARROLLO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Ruiz Lucea J, Martínez San José N, Yeregui Baztán L, Lasa Berasain P, Zabalza Goya A, Llorente Sánchez A, Vázquez Yoldi A, Artaza Beltrán de Heredia A, Candau Rodríguez C y Huarte Mañu D

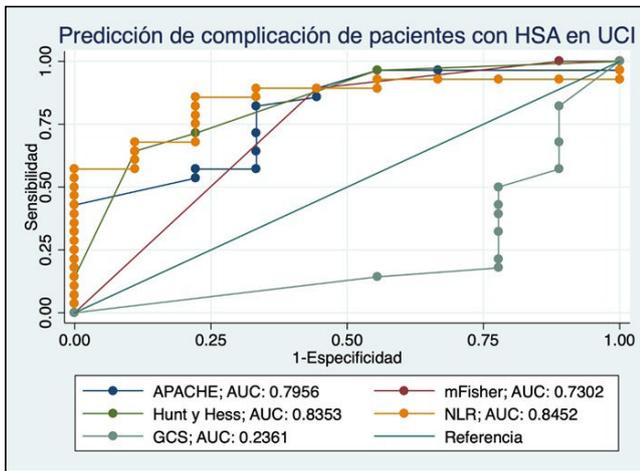
Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Comprobar la utilidad del índice neutrófilo/linfocito (INL) como predictor de complicaciones en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA), compararla con el resto de escalas predictoras de riesgo utilizadas y definir el punto de corte de INL a partir del cual aumenta el riesgo en nuestra cohorte.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Navarra (HUN) por HSA desde enero hasta diciembre de 2022. Se recogen diferentes variables demográficas, escalas predictoras de riesgo (APACHE, Hunt y Hess, Glasgow y Fisher modificada) y de morbimortalidad intra y pos-UCI. Las complicaciones estudiadas son

vasoespasmio, hipertensión intracraneal y/o fallecimiento. Se compara el área bajo la curva (AUC) para la predicción de complicaciones de las variables INL y el resto de escalas predictoras de riesgo recogidas, las ya mencionadas y se calcula el valor de corte óptimo de la curva ROC para predicción de complicación.

Resultados: Se recogen un total de 44 pacientes con HSA en el HUN, con una edad media de 58 años y predominio de sexo femenino (72,72%). Las comorbilidades principales son hipertensión arterial (HTA) en un 34% de pacientes y tabaquismo en un 25%. Las variables pronósticas estudiadas han sido INL con una media de 13,26, DE 2,96 (IC95%). La escala APACHE con media 14,75, DE 7,29, Hunt Hess (HH) 2,91 DE 1,31, Fisher modificado (Fm) 3,73 DE 0,54 y Glasgow (GSC) 10,39 DE 4,64. Se objetivó una prevalencia de vasoespasmio del 34%, hidrocefalia del 50% y fallecimiento del 23%. El área bajo la curva de las diferentes variables estudiadas para predicción de cualquiera de las tres complicaciones principales es: INL 0,8452 (con punto de corte óptimo en 8,6), APACHE 0,7956, HH 0,8353 y Fm 0,7302.



Conclusiones: En nuestra cohorte, el INL de la primera analítica de ingreso en UCI sirve como predictor en el desarrollo de complicaciones de HSA. Además, esta variable no es inferior a las principales escalas estudiadas y presenta el beneficio de ser más sencilla y objetiva. En esta muestra, un INL de 8,6 es el punto de corte para predecir un mayor riesgo de complicaciones en la evolución posterior. La utilidad de este índice apoya la relevancia de la respuesta inmune en la evolución de los pacientes con HSA. Son necesarios más estudios para definir el mecanismo causal y establecer diferentes enfoques terapéuticos.

441. IMPACTO DE LA PRECOCIDAD EN LA REALIZACIÓN DE ARTERIOGRAFÍA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA INGRESADOS EN NUESTRO SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

Torrens Sonet M, Cerdón Abalde A, Flores Orella MN, Díaz Tormo C, Martos Mendizabal M, Robles Conde I, Gomila Sintés C, Izura Gómez M y Mas Serra A

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Determinar el impacto del tiempo desde el ingreso hospitalario hasta la realización de arteriografía sobre la evolución en pacientes ingresados por hemorragia subaracnoidea espontánea (HSAe) en nuestro servicio de Medicina Intensiva (SMI), en términos de mortalidad, porcentaje de complicaciones neurológicas y estado funcional al alta del hospital.

Métodos: Se realiza un registro retrospectivo unicéntrico en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) polivalente de un hospital de tercer nivel. Se incluyen de forma consecutiva todos los pacientes adultos (> 18 años) con diagnóstico de HSAe ingresados en el SMI desde marzo de 2018 a julio de 2023. Se analizan otras variables demográficas, clínicas, así como datos de gravedad, resultados en términos de situación funcional al alta hospitalaria y mortalidad. El diagnóstico de la HSA se realizó mediante TC. Se clasifica a los pacientes en 3 grupos según el tiempo en horas desde el ingreso hospitalario hasta la realización de

arteriografía diagnóstico-terapéutica de sustracción digital (DSA): grupo 1 (< 6 h), grupo 2 (6-24 h) y grupo 3 (> 24 h). Los datos descriptivos se expresaron como media \pm desviación estándar (DE), frecuencias (%) o mediana con rango intercuartílico (RIQ). Las variables continuas se compararon mediante la prueba de t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney según procediera. Se utilizó la prueba chi-cuadrado para comparar variables categóricas.

Resultados: Se incluyen 116 pacientes con diagnóstico de HSAe, con edad media de 61,2 años (DE 12,9), de los cuales 68,1% (n = 79) son mujeres. En un 75% de estos pacientes (n = 87) se identificó un aneurisma culpable en angioTC al ingreso. Se realizaron un total de 89 arteriografías diagnósticas, 70 de ellas fueron confirmatorias tras imagen de aneurisma inicial en angioTC y otras 3 dieron el diagnóstico tras imagen inicial negativa. De los 73 pacientes con HSA aneurismática (HSAa) confirmada por DSA, la mediana de tiempo hasta la arteriografía fue de 9,5 horas (IQR 3,6-14,5). En función de este parámetro se clasificaron en grupo 1 (n = 26), grupo 2 (n = 40) y grupo 3 (n = 7). Los resultados en términos de complicaciones neurológicas, escala de Rankin modificada (mRS) al alta hospitalaria y de mortalidad en los distintos grupos se reflejan en la tabla.

	Grupo 1 (n=26)	Grupo 2 (n=40)	Grupo 3 (n=7)	p
Vasoespasmio, n ^o (%)	14 (53.9)	17 (42.5)	6 (85.7)	0.7
Resangrado, n ^o (%)	6 (23.1)	4 (10)	7 (100)	0.06
Crisis comicial, n ^o (%)	6 (23.1)	12 (30)	1 (14.3)	0.93
Hidrocefalia, n ^o (%)	20 (76.9)	26 (65)	6 (85.7)	0.73
Hipertensión intracraneal, n ^o (%)	19 (73.1)	24 (60)	6 (85.7)	0.79
Rankin, mediana [RIQ]	4 [3-6]	4 [2-5]	3 [2-4]	0.32

Conclusiones: La realización muy precoz (< 6 h) o precoz (6-24 h) de la arteriografía diagnóstico-terapéutica no incidió significativamente en la mortalidad, el mRS al alta hospitalaria ni la incidencia de complicaciones neurológicas en las HSAa incluidas en nuestro registro.

442. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN 1 AÑO

Vidal Vides N

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Objetivos: El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una entidad de especial significación debido a su prevalencia y a la elevada morbimortalidad asociada. El conocimiento de las complicaciones asociadas y su evolución es fundamental para la mejora continuada de su manejo.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes con diagnóstico de TCE ingresados en una UCI polivalente de 24 camas en un hospital de 3er nivel durante el año 2023. Para el estudio descriptivo utilizamos la biblioteca de código abierto Pandas del lenguaje de programación Python.

Resultados: Durante el periodo de estudio, han ingresado 65 pacientes (55 hombres, 10 mujeres), con edad media de 49 años (15-80). 35 pacientes presentaban un TCE leve (53%), 11 moderado (16%) y 19 grave (29%). La mayoría de los pacientes presentaban TCE cerrado, siendo abierto en un caso. 27 fueron puros y 38 tenían lesiones asociadas, siendo las más frecuentes las lesiones torácicas (57%), vertebrales (39%) y faciales (31%). Las lesiones intracraneales más frecuentes fueron el hematoma subdural (66%), HSA (49%) y las contusiones (41%). Precisarón intubación orotraqueal el 46% de los pacientes, con una duración media de 9,5 días (1-38). 11 pacientes presentaron hipertensión intracraneal. Precisarón intervención quirúrgica 19 pacientes (10 craneotomía y evacuación, 6 craneotomía descompresiva primaria, 3 otra neurocirugía). Entre las complicaciones neurológicas: 9% presentaron crisis comiciales precoces, 4,4% meningitis, 3% hidrocefalia, 20% agitación. De las complicaciones no neurológicas: infecciones en el 29% de los casos, siendo la más frecuente la traqueobronquitis (8 casos). Tuvieron shock 7,6% e insuficiencia respiratoria el 7,5%. Se realizó traqueotomía en el 10% de los pacientes. La estancia en UCI fue de 8 días (1-39). Al alta hospitalaria el 60% se fue a su domicilio. El 43% de los pacientes presentaban una puntuación de 0 en la mRS a su alta. Presentaron discapacidad severa a su alta el 9% de los pacientes. Fallecieron 6 pacientes (9%) todos ellos por muerte encefálica.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan por TCE son fundamentalmente jóvenes y varones. En nuestro Servicio fueron más frecuentes los TCEs leves con lesiones asociadas, siendo las más frecuentes las torácicas. Un porcentaje importante precisó de intervención neuroquirúrgica,

siendo la más frecuente la craneotomía con evacuación. Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciosas, siendo la traqueobronquitis la más común. Un importante porcentaje de pacientes presentó una buena situación funcional al alta de UCI.

443. ANÁLISIS DE LA REALIDAD DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Carballal de Vega AP, Pérez Cabo EM, Perea Rodríguez ME, Gero Escapa M, Abajo Miranda A, Gutiérrez Hernández M, Carrillo Auñón E, Varona Sáez de Ibarra R, Pajares Calvo M y Zabalegui Pérez A

Hospital Universitario de Burgos (C. A. U. de Burgos), Burgos.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes (pac) con hemorragia subaracnoidea (HSA) ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Burgos (HUBU). Analizar el abordaje terapéutico, la aparición de complicaciones y su tratamiento. Describir la mortalidad y las secuelas neurológicas de los pac.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los pac ingresados con HSA entre el 01-01-2021 y el 23-12-2023 en la UCI del HUBU. Se revisan variables clínicas y evolutivas y los abordajes diagnósticos y terapéuticos utilizados. Se extraen los datos del registro REMOS. A nivel estadístico las variables cualitativas se analizan según la distribución de porcentajes de tasas y chi-cuadrado; y las cuantitativas según la aplicación previa de test de normalidad, en media y desviación estándar.

Resultados: Se incluyen 41 pac con una edad media de 62 (\pm 13) años, siendo el 56,1% mujeres y con gravedad alta según las escalas Fisher (4 puntos el 70%), WFNS y Hunt-Hess (26,8% 5 en ambas) y APACHE II de 17,43 puntos de media. Factores de riesgo; HTA (31,7%), tabaquismo (26%), anticoagulantes/antiagregantes (26%). La presentación fue en reposo en el 75,6% de los pac con cefalea (80,5%), signos meníngeos (43,9%), deterioro de consciencia (39%) y PCR (2,4%). La etiología: aneurisma (An) (63,4%), MAV (45,5%) y perimesencefálicas (36,4%). Los An se situaron en la ACoA (42,3%) y la ACI (26,9%), presentando varios An el 22%. Los An fueron cerrados en 25,1 (\pm 16,3) h, mediante neurocirugía (4,5%) y radiología intervencionista (95,4%, con coils (86,3%)). Como complicaciones presentaron: resangrado (4,9%), vasoespasmo (VES) (31,7%), isquemia cerebral tardía (24,4%), hidrocefalia (24,4%), hipertensión intracraneal (HIC) (41,5%) y crisis (7,3%). El VES fue a los 5,92 d de media, en las ACM sobre todo, y se diagnosticó mediante varias pruebas, según protocolo de UCI, con DTC (92,3%), angioTC (53,8%) y arteriografía (53,8%). Se trató con nimodipino oral e HTA en el 100%, precisando de nimodipino intraarterial y angioplastia el 53,8%. La neuromonitorización se hizo con DTC (94%), sensor PIC (58,8%) y PtiO2 (17,2%). La mortalidad en UCI fue del 34,1% (60% muerte encefálica; 40% daño cerebral grave), y la encubierta del 4,8%. De los supervivientes el 36,6% presentaron un mRS 0-1 al alta de UCI y un 51,3% a los 6 meses.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pac son jóvenes y mujeres con HTA. Son más frecuentes las HSA por An en ACoA, siendo embolizadas en 24h y tratadas con nimodipino. Un tercio de los pac sufrieron VES y la mitad precisó de intervencionismo para tratarlo. La mortalidad y el mRS fueron similares a las series publicadas.

444. TCE EN PACIENTES ANTIAGREGADOS. ¿ES DIFERENTE?

Vidal Vides N

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Objetivos: Los pacientes que reciben tratamientos antiagregantes son cada vez más frecuentes. El objetivo de nuestro estudio es valorar si los pacientes que reciben dicho tratamiento tienen un pronóstico peor cuando sufren un Traumatismo Craneoencefálico (TCE).

Métodos: Analizamos los pacientes con diagnóstico de TCE que reciben medicación antiagregante, ingresados en una UCI polivalente de 24 camas en un hospital de 3er nivel durante el año 2023. Para el estudio utilizamos el test t de Student con muestras independientes para comparar medias entre grupos y el Z-test para proporciones para evaluar diferencias significativas en las tasas.

Resultados: En dicho periodo ingresaron 65 pacientes con el diagnóstico de TCE, de los cuales 11 tomaban antiagregantes (17%). Fueron 9 hombres y 2 mujeres. La edad media fue de 67 años (44-77), APII 11 (0-21), el mecanismo del TCE fue caída en 9 ocasiones y accidente de tráfico en 2 (1 moto y 1 bicicleta). Fueron en todos los casos TCE cerra-

do, puro en 6 casos (54%), las lesiones asociadas más frecuentes fueron torácicas (4 casos), faciales en 2 casos y vertebrales en 2. El tipo predominante de TCE fue leve (63%), siendo moderado el 10% y el grave el 27%. Las lesiones más frecuentes fueron el hematoma subdural (81%), la HSA (54%) y las contusiones (45%). Dos casos necesitaron intervención quirúrgica (una craneotomía con evacuación y una craneotomía descompresiva primaria). Entre las complicaciones neurológicas, un paciente presentó agitación y 2 crisis comiciales. La estancia media en UCI fue de 7,3 días (1-23). La situación funcional al alta del hospital de los 10 pacientes que se fueron a su domicilio fue la siguiente: mRS 0: 4 pacientes; mRS 1: 1 paciente; mRS 3: 3 pacientes; mRS 5: 2 pacientes. Un enfermo falleció. Tras realizar estudio comparativo con el grupo de pacientes sin antiagregación, encontramos diferencias significativas en la mayor edad del grupo con antiagregación (67/45, t-Score = 3,85, $p < 0,0003$) y un mayor porcentaje de caída como mecanismo del TCE (z-score = 2,04, $p = 0,02$).

Conclusiones: En nuestra serie no hemos podido demostrar que los pacientes que reciben tratamiento tengan un peor pronóstico tras sufrir un TCE. Únicamente encontramos diferencias significativas en la mayor edad de los mismos y en la caída como mecanismo del TCE.

445. PORFIRIA, UNA ENTIDAD A CONSIDERAR EN EL MANEJO DEL NORSE EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sánchez Jordán P, García Fernández G, Sella Gil I, Ros Valverde F, Quevedo Sánchez B, Liñán Gabaldón J, García Simón M, Segura Roca JM y Carbonell Monleón MN

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: Analizar la incidencia de porfiria como etiología del estado epiléptico refractario de inicio reciente (NORSE) ingresado en UCI, como entidad potencialmente tratable y con repercusión pronóstica.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo de una serie de casos basados en análisis de historias clínicas electrónicas. Se incluyeron los pacientes ingresados en UCI del Hospital Clínico de Valencia en un periodo de cuatro años (2020-2023) que cumplieran criterios de estatus epiléptico. Se recogieron variables relacionadas con diagnóstico etiológico.

Resultados: Se analizaron un total de 46 pacientes con diagnóstico de estatus epiléptico (EE), de los cuales únicamente 6 (13%) cumplían criterios de estatus epiléptico refractario o superrefractario de inicio reciente (NORSE). De estos, 3 (50%) tuvieron etiología metabólica (uno por intoxicación por litio y dos por porfiria aguda), 2 (33,3%) fueron criptogénicos o sin etiología, y el paciente restante (16,6%) fue debido a una isquemia cerebral multiterritorial. La tasa de mortalidad en UCI de estos pacientes fue del 50%. Un tercio de los NORSE fue secundario a porfirias agudas (4,3% del total de EE ingresados en UCI), con una supervivencia tras la instauración del tratamiento dirigido con hemina del 50%. Sin embargo, cabe señalar que a ningún otro paciente con NORSE criptogénico se le estudió esa etiología, por lo que no se puede descartar y tampoco tener una incidencia precisa de la patología.

Conclusiones: Los resultados observados sugieren que todavía no se tiene a la porfiria como diagnóstico diferencial, y por ende, no se solicitan los estudios oportunos. Cobra especial importancia en los pacientes con diagnóstico de NORSE, ya que parece ocupar un lugar no desdeñable en la etiología metabólica teniendo un tratamiento potencialmente curable.

446. SUPERVIVENCIA Y DEPENDENCIA FUNCIONAL DE PACIENTES CON ICTUS AGUDO ISQUÉMICO Y ASPECTS

Amaro Harpigny A, Galiano Gordillo JA, Pérez Calle M, Enciso Paniagua P, Tendero Herráiz I, Muriente Orio B, Bellón Ramos AM y Ruiz de Castañeda S

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Estudiar la supervivencia al alta de UCI, al alta hospitalaria y a los 6 meses, así como la dependencia funcional según el RANKIN, de pacientes diagnosticados de ictus agudo isquémico con ASPECTS ≤ 7 en la tomografía computarizada y tratados mediante trombectomía mecánica (TM).

Métodos: Estudio retrospectivo (enero 2015-mayo 2023) que incluye todos los pacientes sometidos a TM que ingresan en UCI de un hospital terciario universitario. Variables recogidas: edad, sexo, NIHSS al diagnóstico, tiempo síntomas-hospital y síntomas-recanalización, adminis-

tración de fibrinolítico, razón para realización de TM, puntuación TICl, tiempo ingreso UCI y hospital, destino al alta; supervivencia al alta de UCI, del hospital y a los 6 meses. Dependencia funcional según RANKIN al ingreso y a los 6 meses

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron en UCI 316 pacientes con ictus isquémico agudo tratados mediante TM. ASPECTS > 7 = 218 y ASPECTS < 7 = 98. En ASPECTS ≤ 7: edad media 70 ± 13 años; 43,6% (n = 41) varones, NIHSS al diagnóstico: 18 ± 5. Tiempo síntomas-hospital: 3 ± 2 h. Tiempo síntomas- recanalización: 4 ± 2h (30% ictus del despertar). Fibrinolisis en 27,7% (n = 26). La razón de TM en 77,7% (n = 73) fue por NIHSS favorable. Puntuación TICl de 3 (82%; n = 78). RANKIN medio al ingreso de 0 ± 1. Estancia en UCI 5 ± 8 días. Tiempo de hospitalización: 19 ± 20 días. Supervivencia en UCI: 84% (n = 79); hospitalaria 70% (n = 66). Un 40,4% (n = 38) fueron dados de alta a un centro rehabilitador. Supervivencia a los 6 meses 60% (n = 57). RANKIN a los 6 meses: 4 ± 2. Aunque no se procedió a la comparación estadística, en ASPECTS > 7: edad media 71 ± 12 años; 49,5% (n = 109); NIHSS al diagnóstico: 15 ± 6. Tiempo síntomas- hospital: 3 ± 3 h, tiempo síntomas- recanalización 5 ± 2 h (20% ictus del despertar). Fibrinolisis en 34% (n = 75). La razón de TM en 59,9% (n = 131) fue por NIHSS. favorable. Puntuación TICl de 3 (89%; n = 114). RANKIN medio al ingreso 0 ± 1. Estancia en UCI 2,8 ± 5,6. Tiempo de hospitalización: 15 ± 13 días. Supervivencia en UCI: 92,7% (n = 204); hospitalaria: 82,2% (n = 181). Un 22,2% (n = 49) fueron dados de alta a un centro rehabilitador. Supervivencia a los 6 meses: 78,6% (n = 173). RANKIN a los 6 meses de 2 ± 2.

Conclusiones: En pacientes con ASPECTS ≤ 7 y TM la supervivencia de UCI y a los 6 meses fue menor respecto al grupo de ASPECTS > 7 y se asoció con mayor dependencia funcional.

447. SUPERVIVENCIA Y PRONÓSTICO FUNCIONAL SEGÚN NIHSS EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR ICTUS ISQUÉMICO AGUDO Y SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Galiano Gordillo JA, Amaro Harpigny A, Pérez Calle M, Bellón Ramos AM, Enciso Paniagua P, Tendero Herraz I, Muriente Orio B y Ruiz de Castañeda Menéndez S

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Conocer la supervivencia en UCI, hospitalaria y a los seis meses del alta, y el pronóstico funcional de pacientes con ictus isquémico sometidos a trombectomía mecánica (TM) que ingresan en UCI de un hospital terciario en función de la puntuación NIHSS inicial.

Métodos: Estudio retrospectivo (enero 2015-mayo 2023) que incluye los pacientes ingresados en UCI tras TM por ictus isquémico. Variables recogidas: edad, sexo, NIHSS inicial, tiempo síntomas-hospital y síntomas-recanalización, administración de fibrinolítico, puntuación TICl, estancia en UCI y hospitalaria, destino al alta, así como la supervivencia al alta de UCI, del hospital y a los seis meses. Grupo A: NIHSS < 5; B: 5-25 y C: > 25. Parámetros cuantitativos expresados como media ± DE o mediana (IQ25-IQ75); cualitativos como valor absoluto (%).

Resultados: Se incluyeron 274 pacientes. Grupo A (n = 17; 6,2%): edad 66,1 ± 14,6 años, 8 (47%) varones. Tiempo síntomas-hospital 2h (1,5-4); síntomas-recanalización 4,5h (1,75-5,25). Siete (41,2%) recibieron fibrinolítico previo a TM. TICl tras TM: 3 (2-3). Estancia en UCI: 1 día (1-1). Supervivencia en UCI: 16 (94,1%). Estancia hospitalaria: 7 días (5-11) y supervivencia: 16 (94,1%). El 88,2% (n = 15) fueron dados de alta a domicilio y uno a un centro rehabilitador (5,88%). Supervivencia y RANKIN a los seis meses: 16 (92,1%) y 1 (0-2). Grupo B (n = 247; 90,1%): edad 71 ± 12,2 años; 117 (47,3%) varones. Tiempo síntomas-hospital 2 h (1,25-3,75); síntomas-recanalización 4h (3-6). Setenta y tres (29,5%) recibieron tratamiento fibrinolítico. TICl tras TM: 3 (2-3). Estancia en UCI: 1 día (1-3). Supervivencia en UCI: 223 (90,2%). Estancia hospitalaria: 13 días (7-22) y supervivencia: 192 (77,7%). Alta a un centro rehabilitador en el 28,7% (n = 71); a domicilio el 48,9% (n = 121). Supervivencia y RANKIN a los seis meses: 180 (72,8%) y 3 (1-6). Grupo C (n = 10; 3,65%): edad 75,6 ± 7,4 años; 5 (50%) varones. Tiempo síntomas-hospital 3 h (2-3); síntomas-recanalización 5 h (4-7). Dos (20%) pacientes recibieron tratamiento fibrinolítico. TICl tras TM 2 (2-3). Estancia en UCI: 2 días (1-3). Supervivencia en UCI: 7 (70%). Estancia hospitalaria: 12 días (3-22) y supervivencia: 5 (50%). Dos (20%) trasladados a un centro rehabilitador. Tres (30%) alta a domicilio. Supervivencia y RANKIN a los seis meses: 5 (50%) y 5 (4-6).

Conclusiones: La TM en valores extremos de NIHSS (< 5 y > 25) es poco frecuente. En NIHSS < 5 dio lugar a buenos resultados funcionales con una baja mortalidad. A pesar de TM, los pacientes con NIHSS > 25,

tuvieron una peor supervivencia y un mayor grado de dependencia funcional que aquellos con NIHSS < 25.

448. VENTRICULITIS ASOCIADA A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO (DVE) EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS

Molina Gómez MF, Ruiz-Oliva Cortés J, Núñez Casco JP, Pérez del Pozo P, Febles Díaz FJ, Cabo Sela AI, Gutiérrez SM, González Álvarez AF y Yagüe Zapico R

Hospital de León (C. A. U. de León), León.

Objetivos: Analizar los DVE en pacientes neurocríticos. Estos pueden presentar como complicación ventriculitis asociada al drenaje (VDVE) con incidencia del 10%. Su importancia radica en un diagnóstico adecuado.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con DVE en la UCI del Hospital de León durante el 2020-2023 (n = 95). Se analizó tipo de paciente, tipo de drenaje (recubierto o no de antibiótico), grado de manipulación, diagnóstico de VDVE (microbiológico o clínico + analítico), temprana o tardía (punto de corte: 10 días desde su colocación), gérmenes aislados y antibioterapia.

Resultados: La hemorragia subaracnoidea (HSA) fue la patología más frecuente (40%) que llevó a la colocación de DVE, seguida del ictus hemorrágico (35,7%). Desarrollaron VDVE 14 (14,7%) de la muestra, sin diferencias en precoz o tardía. Evidenciamos VDVE en 17% de los DVE urgentes frente al 0% de los programados. El microorganismo aislado más frecuente fue *S. epidermidis* (50%) seguido de *K. pneumoniae* BLEE (20%), en el 28,5% de los casos no se identificó germen causal. El antibiótico más usado fue linezolid (64%) seguido del meropenem (35,7%) en monoterapia o en combinación según hallazgos microbiológicos. En 43 casos fue utilizado DVE recubierto con antibiótico, 39 sin recubrimiento y 13 desconocidos. Observamos una incidencia VDVE del 9,3% en los que se utilizó DVE con recubrimiento antibiótico y un 15,3% sin el mismo. Se estudió el grado de manipulación de los DVE clasificándolos según el grado de manipulación: 1. Sin manipulación: 25 pacientes (VDVE 0%), 2. Manipulación de 1-5 veces: 58 pacientes (13,7%), 3. Manipulación de 6-10 veces: 9 pacientes (55,5%) y 4. Manipulación de > 10 veces (100%). Del total, 73 pacientes (76,8%) presentaban sangrado intraventricular concomitante a la hidrocefalia que requirió la derivación de LCR; el 19,1% desarrolló VDVE, lo que implica el total de VDVE de nuestro estudio. En quirófano se colocaron 86 DVE frente a 9 colocados a pie de cama, evidenciándose mayor incidencia de VDVE en los insertados a pie de cama: 2 casos (22%) con respecto a 11 casos en los insertados en el quirófano (12,8%).

Conclusiones: La HSA es la principal indicación de colocación de DVE, y el sangrado intraventricular aumenta la incidencia de VDVE. La colocación urgente de DVE, la ubicación a pie de cama, la manipulación frecuente y la falta de recubrimiento antibiótico son factores de riesgo de VDVE. Estos hallazgos deben orientar a estrategias clínicas para mejorar los resultados de pacientes que requieren este procedimiento neuroquirúrgico.

Martes, 14 de mayo de 2024

Pósteres orales

VENTILACIÓN MECÁNICA II

17:30-19:00 - Sala 130 + 129

Moderadoras: Ana Abella Álvarez/

María Martínez Martínez

449. FACTORES DE RIESGO PARA FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL SÍNDROME OBESIDAD HIPOVENTILACIÓN

Torrano Ferrández A, Higón Cañigral Á, Carrasco González E, Martínez Martín G, Torrano Ferrández M, Maíquez Sánchez L, Tornero Yezpe P, López Gómez L, Rozua López A y Carrillo Alcaraz A

Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo relacionados con el fracaso de la ventilación no invasiva (VNI) en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica agudizada (IRCA) debido a síndrome de obesidad hipoventilación.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, sobre base de datos prospectiva, en el que se incluyeron todos los pacientes con IRCA debido a síndrome de obesidad hipoventilación ingresados en UCI desde 1997 hasta 2022 y que recibieron VNI. Todos los pacientes fueron tratados con BiPAP y mascarilla orofacial. Se define fracaso de la VNI como la necesidad de intubación o muerte en UCI. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y evolutivas. Las variables se expresan como medias ± desviación típica o mediana (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Los factores independientes de mortalidad fueron identificados mediante regresión logística, presentando *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Fueron analizados 226 pacientes. La edad media fue de 72,5 ± 11,9, 169 (74,8%) mujeres. El SAPS II era de 40 ± 11. La causa de la descompensación fue infección respiratoria (64,2%) y cardiaca (16,8%). El valor de la escala de coma de Glasgow al ingreso era de 12,8 ± 3, la frecuencia respiratoria de 28 ± 8, pH arterial 7,22 ± 0,08, PaCO₂ 83 ± 19, y PaO₂/FiO₂ 170 ± 37. El nivel de IPAP y EPAP fue de 19 ± 4 y 7 ± 1 cmH₂O, respectivamente. La duración de la VNI fue de 39 horas de mediana (24-60). Hubo 12 (5,3%) fracasos de la VNI y 15 (6,6%) muertos en hospital. De los pacientes con fracaso de VNI, la mortalidad hospitalaria fue del 33% y del 5,2% en los éxitos (p = 0,005). Los factores predictivos independientes para fracaso de la VNI fueron la edad (OR 0,92; IC95% 0,87-0,98) y la puntuación en la escala HACOR a la hora de la VNI (OR 1,43; IC95% 1,22-1,66).

Conclusiones: Los pacientes con IRCA debido a síndrome obesidad hipoventilación pueden ser tratados con VNI con una alta tasa de éxito pese a la presencia de hipercapnia grave. Los factores de riesgo para el fracaso de VNI son un mayor deterioro de las constantes fisiológicas hemodinámicas, respiratorias y hemodinámicas medidas por la escala HACOR y una menor edad.

450. CAPACIDAD DE LA RELACIÓN (PAO2/FIO2)/PEEP PARA PREDECIR EL FRACASO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Sánchez Zafra S, Sigona-Giangreco IA, Hernández Garcés H, Belenguer Muncharaz A, Giner Brocal E, Alcalá Gallardo CA, Chavero García T, Chacón Betancourt EB y Zaragoza Crespo R

Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.

Objetivos: Evaluar la capacidad predictiva de la relación (PaO₂/FiO₂)/PEEP para predecir el fracaso de VMNI en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo realizado en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre de Valencia. Los pacientes incluidos fueron los mayores de 18 años con diagnóstico de neumonía grave por SARS-CoV-2 que recibieron como primer soporte respiratorio VMNI. Se excluyeron los pacientes con orden de no intubación y los que recibieron un soporte diferente a VMNI al ingreso. Se midió (PaO₂/FiO₂)/PEEP al ingreso, a la 1 h, 12 h y 24 h del inicio de VMNI. El fracaso de VMNI fue definido como la necesidad de intubación orotraqueal. Se analizó la normalidad de las variables con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Las normales se analizaron mediante media y t de Student, y las no normales mediante mediana con rango intercuartilico y U de Mann-Whitney. La capacidad predictiva se determinó mediante el área bajo la curva (AUC) con la construcción de curvas ROC. Se evaluó la sensibilidad y especificidad del punto de corte elegido en función del mejor índice de Youden.

Resultados: El periodo de estudio fue de marzo de 2020 a agosto de 2021. Fueron incluidos 166 pacientes, con mediana de edad de 62 años (53-70) y de los cuales 121 (73%) fueron hombres. Los pacientes del grupo fracaso, presentaron al ingreso, a la 1 h, 12 h y 24 h una (PaO₂/FiO₂)/PEEP de 6,9 ± 2,9, 6,9 (5,3-10), 7,2 (6,2-10,7) y 7,4 (5,4-10,9) respectivamente. En todos estos tiempos, hubo diferencias estadísticamente significativas en comparación con los del grupo éxito de VMNI. En la tabla 1 observamos como el AUC va aumentando según avanzan las horas desde el inicio de la VMNI, hasta un máximo de 0,8 para la (PaO₂/FiO₂)/PEEP a las 24 h. Con una sensibilidad del 60% y especificidad del 86% para un punto de corte de 8,64.

Conclusiones: La relación (PaO₂/FiO₂)/PEEP presenta su mejor capacidad predictiva a las 24 h del inicio de VMNI.

451. EFICACIA EN DOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA DEL EMPLEO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES AGUDA HIPOXÉMICA POR COVID-19: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Belenguer Muncharaz A¹, Bernal Julian F², Hermsilla Semikina I², Hernández Garcés H¹, Tormo Rodríguez L², Granero Gasamans E² y Viana Marco C²

¹Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia. ²Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

Objetivos: Se analizó la eficacia de la VNI como principal terapia respiratoria en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2. El objetivo primario estudió la necesidad de intubación en UCI. Los objetivos secundarios fueron: evolución de los parámetros de oxigenación, duración de la ventilación, de la estancia en UCI y hospitalaria, y, por último, mortalidad en UCI, y hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en dos UCI médico-quirúrgicas desde marzo de 2020 a agosto de 2021. El estudio fue aprobado el CEIM (código 66/20) del centro investigador. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, ingresados por neumonía por SARS-CoV-2, y que precisaron VNI. Fueron excluidos aquellos que únicamente recibieran ONAF o ventilación mecánica invasiva durante su estancia, IRA hipercapnia, o se estableció orden de no intubación. Se emplearon como modo ventilatorio: CPAP en la BiPAP V60 o presión de soporte (PSV) sobre PEEP en los respiradores de críticos. Se emplearon interfaces orofaciales como helmet. Variables categóricas expresadas en porcentajes, y numéricas en medianas (con rango intercuartil 25-75) o medias ± DE. Análisis muestras repetidas de Friedman para evolución de frecuencia respiratoria y cociente PaO₂/FiO₂. Significancia estadística si p < 0,005. Paquete estadístico SPSS 22.0.

Resultados: Se analizaron un total de n = 428 pacientes sometidos a VNI que en su mayoría eran hombres de 59 ± 12 años de edad, con HTA (47%), y procedentes de planta (78%), donde habían recibido principalmente oxigenoterapia convencional (63%). Al ingreso en UCI, destacó la hipoxemia grave (76% con PaO₂/FiO₂ < 150) acompañada de taquipnea, sin repercusión sistémica, como muestra la baja puntuación SOFA (4 ± 1 puntos). Se empleó mayormente respiradores específicos de VNI en modo CPAP (65%), y respiradores de críticos en modo bipap (34%). La interfase más usada fue el helmet (60%). Se pudo apreciar una reducción significativa de la frecuencia respiratoria al inicio, a la hora y a las 24 horas de la VNI. Igualmente se observó un aumento significativo de la PaO₂/FiO₂ en estos periodos analizados. El fracaso de la VNI y necesidad de intubación fue en 133 (31%) pacientes. La mortalidad global fue de 75 (17%) pacientes.

Conclusiones: El empleo de VNI como primera terapia respiratoria en nuestra muestra de pacientes mostró unos resultados satisfactorios que justificarían un empleo más difundido de dicha técnica.

Figura Póster 450

(PaO ₂ /FiO ₂)/PEEP	AUC	Punto de corte	Índice de Youden	Sensibilidad	Especificidad
INGRESO	0.64 (0.56-0.73)	7.73	0.27	71	55
1H VMNI	0.76 (0.68-0.83)	7.45	0.46	65	81
12H VMNI	0.77 (0.69-0.85)	8.04	0.52	65	87
24H VMNI	0.8 (0.79-0.87)	8.64	0.46	60	86

452. DIFERENCIAS EN LA MECÁNICA RESPIRATORIA SEGÚN EL GRADO DE OBESIDAD EN PACIENTES CON SDRÁ PRIMARIO POR SARS-CoV-2

Mateo Marquina L, Martos Mendizábal M, Gomila Sintés C, Flores Orella M, Cerdón Abalde A, Segarra A, Morales Alarcón M, Izura Gómez M, Rodríguez Farré N y Morán Chorro I

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Describir las diferencias en parámetros ventilatorios y mecánica respiratoria según el grado de obesidad en pacientes con SDRÁ primario por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico realizado en un servicio de medicina intensiva (SMI) de un hospital universitario. Se incluyeron 84 pacientes con SDRÁ secundario a neumonía por SARS-CoV-2 entre marzo de 2020 y marzo de 2023. Se recopilaron en las primeras 48 horas de ventilación mecánica datos de mecánica respiratoria obtenidos del respirador y de la monitorización con balón esofágico. Se crearon 4 grupos: uno de pacientes no obesos y tres de obesos según el índice de masa corporal (IMC): Grado 1 (30-34,9); Grado 2 (35-39,9) y Grado 3 (≥ 40). La comparación se realizó entre cada grupo de pacientes obesos respecto al de no obesos. Los resultados se expresan como mediana y rango intercuartílico con un intervalo de confianza del 95% y un valor de significancia estadística de $p \leq 0,05$.

Resultados: No observamos diferencias significativas en cuanto a sexo, gravedad de SDRÁ, indicación de pronó, intercambio gaseoso o parámetros ventilatorios basales (volumen tidal (VT) de 6 mL/PBW y frecuencia respiratoria (FR)). Los principales resultados se muestran en las tablas. Los niveles basales de PEEP se ajustaron de forma clínica con presión esofágica (Peso), siendo más alta a mayor IMC. Observamos un aumento prácticamente lineal en la *plateau* (Pplat) con valores de *driving pressure* (DP), de *compliance* del sistema respiratorio (Crs) y de *compliance* pulmonar (CL) invariados. Los pacientes obesos de grado 1 y 2 tuvieron una estancia más corta en el SMI; además los de grado 1 también acortaron la estancia en el hospital. Los pacientes de grado 3 eran los más jóvenes y tenían una presión de apertura de vías aéreas (AOP) significativamente más alta que los no obesos. Aun así, tenían el mismo grado de gravedad y duración de estancia en el SMI y el hospital que los no obesos. No observamos diferencias significativas en la *compliance* de la pared torácica (Ccw) o en la ratio de reclutamiento (R/I) entre los grupos de obesos y el de no obesos.

	No obeso (BMI < 30) (n=36)	Obeso clase 1 (BMI 30-34,9) (n=26)	Obeso clase 2 (BMI 35-39,9) (n=12)	Obeso clase 3 (BMI >40) (n=10)	p
Datos demográficos					
Edad, años	65 (59-75)	63 (54-72)	57 (51-64)	50 (41-61)	0.40* 0.03† <0.001‡
Sexo, H n(%)	28 (78)	17 (65)	6 (50)	8 (80)	0.30* 0.14† 0.75‡
APACHE II	10.5 (7.5-12.5)	15.5 (10-18)	12 (8-16)	11 (6-11)	0.002* 0.27† 0.90‡
Parámetros ventilatorios					
VT, mL	376 (343-410)	374 (330-420)	361 (322-415)	382 (320-440)	0.87* 0.56† 0.99‡
VT 6 mL·KgPBW	384 (372-412)	382 (320-440)	346 (268-423)	377 (369-418)	0.87* 0.08† 0.63‡
FR, rpm	27 (24-30)	26 (22-28)	25 (22-29)	27 (26-30)	0.42* 0.14† 0.75‡
PEEP, cm H ₂ O	12 (10-14)	14 (10-16)	15 (13-16)	17 (14-19)	0.05* 0.02† <0.001‡
Resultados					
ECMO, n (%)	13 (36)	3 (12)	3 (25)	1 (10)	0.05* 0.59† 0.10‡
Días UCI, d	34 (16-47)	19 (11-23)	20 (13-25)	25 (17-35)	0.002* 0.04† 0.13‡
Días hospitalización, d	47 (26-58)	29 (18-43)	30 (24-38)	44 (24-46)	0.006* 0.09† 0.52‡
Mortalidad UCI, n (%)	13 (36)	9 (35)	2 (17)	2 (20)	0.90* 0.25† 0.27‡

	No obeso (BMI < 30) (n=36)	Obeso clase 1 (BMI 30-34,9) (n=26)	Obeso clase 2 (BMI 35-39,9) (n=12)	Obeso clase 3 (BMI >40) (n=10)	p
Datos demográficos					
Edad, años	65 (59-75)	63 (54-72)	57 (51-64)	50 (41-61)	0.40* 0.03† <0.001‡
Sexo, H n(%)	28 (78)	17 (65)	6 (50)	8 (80)	0.30* 0.14† 0.75‡
APACHE II	10.5 (7.5-12.5)	15.5 (10-18)	12 (8-16)	11 (6-11)	0.002* 0.27† 0.90‡
Parámetros ventilatorios					
VT, mL	376 (343-410)	374 (330-420)	361 (322-415)	382 (320-440)	0.87* 0.56† 0.99‡
VT 6 mL·KgPBW	384 (372-412)	382 (320-440)	346 (268-423)	377 (369-418)	0.87* 0.08† 0.63‡
FR, rpm	27 (24-30)	26 (22-28)	25 (22-29)	27 (26-30)	0.42* 0.14† 0.75‡
PEEP, cm H ₂ O	12 (10-14)	14 (10-16)	15 (13-16)	17 (14-19)	0.05* 0.02† <0.001‡
Resultados					
ECMO, n (%)	13 (36)	3 (12)	3 (25)	1 (10)	0.05* 0.59† 0.10‡
Días UCI, d	34 (16-47)	19 (11-23)	20 (13-25)	25 (17-35)	0.002* 0.04† 0.13‡
Días hospitalización, d	47 (26-58)	29 (18-43)	30 (24-38)	44 (24-46)	0.006* 0.09† 0.52‡
Mortalidad UCI, n (%)	13 (36)	9 (35)	2 (17)	2 (20)	0.90* 0.25† 0.27‡

Conclusiones: En nuestros pacientes con SDRÁ primario por SARS-CoV-2, se encontraron diferencias significativas entre pacientes obesos y no obesos en los niveles de PEEP ajustados clínicamente por Peso, en la Pplat y la AOP medidas. No se encontraron diferencias en Ccw o R/I entre los grupos.

453. DIFERENCIAS EN EL "BABY LUNG" ENTRE PACIENTES CON SDRÁ PRIMARIO POR SARS-CoV-2 BASADAS EN LA RECLUTABILIDAD PULMONAR EVALUADA POR LA RATIO DE RECLUTAMIENTO

Martos Mendizábal M, Mateo Marquina L, Flores Orellana MN, Gomila Sintés C, Cerdón Abalde A, Izura Gómez M, Morales Alarcón ME, Segarra Martínez-Sauquillo A, Rodríguez Farré N y Morán Chorro I

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: El cálculo de la ratio de reclutamiento (R/I) se ha propuesto como un método efectivo para evaluar el reclutamiento pulmonar en pacientes bajo ventilación mecánica (VM) con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Nuestro objetivo es describir las diferencias en la mecánica respiratoria entre pacientes reclutadores (R) y no reclutadores (nR) afectados de SDRÁ primario por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico realizado en un Servicio de Medicina Intensiva polivalente de un Hospital Universitario. Se incluyeron ochenta y cuatro pacientes diagnosticados de SDRÁ secundario a una neumonía por SARS-CoV-2 entre marzo de 2020 y marzo de 2023. Se recopilaron datos de VM durante las primeras 48 horas obtenidos del respirador y de monitorización con balón esofágico. Se recopilaron datos demográficos, de intercambio gaseoso y evolución clínica. Los pacientes se dividieron en dos grupos según R/I, descrito en la literatura como valor de corte $\geq 0,5$ para pacientes reclutadores. El cálculo de R/I se realizó disminuyendo la PEEP basal en 10 cmH₂O. En pacientes en los que la presión de apertura de la vía aérea (AOP) era mayor que la PEEP baja teórica la PEEP basal se redujo hasta el valor de la AOP. El registro fue aprobado por el comité ético. Se utilizó Stata v17 para el análisis estadístico. Los resultados se expresan como mediana y rango intercuartílico con un intervalo de confianza del 95% y un valor de significancia estadística de $p \leq 0,05$.

Resultados: Para valores de volumen tidal, PEEP y frecuencia respiratoria similares, el grupo R tenía una mayor *compliance* del sistema respiratorio y una menor *driving pressure* que el grupo nR, ambas con significación estadística. El volumen reclutado calculado (Vol rec) fue un 30%

mayor en el grupo R ($p < 0,001$). Si bien, en la PEEP baja “Baby Lung”, no se observaron diferencias en la *compliance* pulmonar (CL) ni en la presión transpulmonar al final de la espiración (Plee) entre grupos. No encontramos diferencias significativas demográficas ni evolutivas reseñables entre los grupos R y nR. La mortalidad porcentual fue un 13% menor en los R respecto los nR, aunque sin diferencias significativas.

	Reclutadores (R/I ≥ 0.5) N=59	No reclutadores (R/I < 0.5) N=25	p
R/I	0.87 (0.65-1.0)	0.32 (0.29-0.38)	
Demografía			
Edad, yr	60 (52-67)	66 (60-72)	0.04
Sexo, M n(%)	43 (73)	16 (64)	0.42
BMI, kg/m ²	32.5 (26.9-35.9)	30.5 (25.5-32.9)	0.29
APACHE II	12 (8-15)	13 (8-18)	0.47
Intercambio gaseoso			
pH	7.37 (7.32-7.43)	7.36 (7.33-7.43)	0.87
paCO ₂	47.9 (42-54.4)	46.5 (39-50.7)	0.58
paO ₂	100 (79-107.5)	103.6 (84-110)	0.75
FiO ₂	0.66 (0.5-0.8)	0.88 (0.55-0.80)	0.31
PaO ₂ /FIO ₂	161 (128-187)	161 (105-190)	0.99
Parámetros ventilatorios basales			
VT 6 mL/KgPBW	380 (342-423)	370 (342-396)	0.52
FR, rpm	26 (24-28)	27 (24-30)	0.48
PEEP total, cmH ₂ O	14 (12-16)	13 (10-15)	0.06
Mecánica ventilatoria			
Pplat, cmH ₂ O	25 (22-27)	25 (22-26)	0.62
DP, cmH ₂ O	11 (9-12)	13 (11-14)	0.01
Cr _s , mL/cmH ₂ O	39 (28-49)	35 (27-43)	0.05
AOP, cmH ₂ O	2.1 (1-3)	2.5 (0-4)	0.47
Ccw, mL/cmH ₂ O	129 (98-144)	104 (83-120)	0.14
PL ei, cmH ₂ O	11 (9-13)	12 (10-15)	0.29
PL ee, cmH ₂ O	3.7 (1.6-5.8)	2.4 (-0.3-4.1)	0.24
CL, mL/H ₂ O	63 (35-74)	47 (29-64)	0.17
PL ei elastance derived, cmH ₂ O	17 (15-20)	19 (16-22)	0.30
PL ee low PEEP	-3.5 [-5.6-(-1.4)]	-3.9 [-6.8-(-0.6)]	0.77
CL baby lung, mL/cmH ₂ O	43 (31-51)	41(27-51)	0.70
EELV, mL	767 (530-970)	523 (321-720)	0.001
Vol rec, mL	352 (260-621)	132 (83-198)	<0.001
Resultados			
Días en UCI	28 (13-36)	23 (15-27)	0.25
Días de hospitalización	41 (21-55)	32 (20-44)	0.14
Mortalidad intra UCI, n (%)	16 (27)	10 (40)	0.25

Conclusiones: En nuestro estudio observacional clínico, no se detectaron diferencias estadísticas en la mecánica respiratoria del Baby Lung entre pacientes con SDRA por SARS-CoV-2 reclutadores y no reclutadores.

454. COMPARACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS EN LA OXIGENACIÓN Y LAS PRESIONES TRANSPULMONARES DURANTE LAS MANIOBRAS DE PRONO Y SUPINACIÓN EN PACIENTES CON SDRA PRIMARIO POR SARS-CoV-2

Martos Mendizábal M, Mateo Marquina L, Flores Orellana MN, Gomila Sintés C, Córdón Balde A, Izura Gómez M, Morales Alarcón ME, Segarra Martínez-Sauquillo A, Rodríguez Farre N y Morán Chorro I

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Describir los cambios en la presión transpulmonar y la oxigenación durante a las maniobras de pronación y supinación en pacientes que desarrollaron síndrome de SDRA primario por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico realizado en un Servicio de Medicina Intensiva polivalente de un Hospital Universitario. Se incluyeron catorce pacientes diagnosticados de SDRA secundario a una neumonía por SARS-CoV-2 entre marzo de 2020 y marzo de 2023. Se realizó monitorización de presiones mediante balón esofágico en todos los pacientes. Se recopilaron datos demográficos y parámetros de mecánica respiratoria, intercambio gaseoso y evolución clínica. El estudio fue aprobado por el comité ético. Se utilizó Stata v17 para el análisis estadístico. Los resultados se expresan como mediana y rango intercuartílico con un intervalo de confianza del 95% y un valor de significancia estadística de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se recopilaron datos de 14 pacientes en las primeras 24 horas de ventilación mecánica invasiva tanto en PP como en SP. Todos fueron ventilados de manera protectora, independientemente de la posición, con un volumen tidal (VT) de 6 mL/KgPBW, frecuencia respiratoria (FR) < 35 rpm, PEEP para presión *plateau* (Pplat) < 28 cmH₂O y *driving*

pressure (DP) < 15 cmH₂O. Los parámetros ventilatorios se mantuvieron invariados durante las mediciones. Los datos demográficos y los resultados se resumen en la tabla 1. La tabla 2 muestra la mecánica respiratoria en SP y PP. En PP observamos una disminución significativa en la Pplat y en la *compliance* de la pared torácica (Ccw) respecto a SP. Las presiones transpulmonares [inspiratorias (PLei) y espiratorias (Plee)], aumentaron, al igual que la PaO₂ y el índice de oxigenación arterial/FiO₂ (PAFI) en PP. Sin embargo, no apreciamos cambios significativos en la DP, en la ratio de reclutamiento, en el volumen reclutado (VolRec) ni en la PaCO₂.

Demografía y resultados			
Edad, yr	60 (56-67)		
Sexo, M n(%)	11 (78)		
Body mass index, kg/m ²	31.3 (25-37)		
APACHE II al ingreso	14.1 (11-18)		
Estancia en UCI	33 (16-43)		
Días de hospitalización	48 (27-66)		
Mortalidad intra UCI, n (%)	2 (14%)		
Parámetros ventilatorios			
VT 6 mL/KgPBW	384 (357-434)		
FR, rpm	26 (24-30)		
PEEP total, cmH ₂ O	14 (11-16)		
	Supino	Prono	p
Intercambio gaseoso			
pH	7.37 (7.34-7.40)	7.35 (7.30-7.41)	0.34
paCO ₂ , mmHg	45.4 (40-51)	47.4 (45.5-51)	0.17
paO ₂ , mmHg	83 (65-91)	107.8 (75.6-135)	0.03
FiO ₂	0.69 (0.6-0.82)	0.67 (0.5-0.8)	0.23
PaO ₂ /FIO ₂	126 (95-148)	166 (131-188)	0.01
Mecánica respiratoria			
Pplat, cmH ₂ O	26 (24-27)	23 (22-25)	0.03
Driving pressure, cmH ₂ O	11.3 (8-15)	11.4 (9-13)	0.49
Cr _s , mL/cmH ₂ O	39 (24-54)	36 (26-43)	0.30
AOP, cmH ₂ O	1.8 (0-3.5)	1.63 (0-3)	0.25
Ccw, mL/cmH ₂ O	150 (111-163)	125 (102-140)	0.03
PL ei, cmH ₂ O	10.3 (8.7-11.4)	12.1 (9.8-14.6)	0.04
PL ee, cmH ₂ O	1.7 (-0.9-4.5)	4 (2.5-6)	0.01
CL, mL/H ₂ O	60 (32-79)	61 (33-80)	0.64
EELV	715 (498 -1024)	658 (470-820)	0.33
Vol rec	316 (154-473)	278 (144-431)	0.38
R/I	0.79 (0.54-1.16)	0.68 (0.47-0.85)	0.55

Conclusiones: En este estudio observacional realizado en pacientes con SDRA moderado-grave por SARS-CoV-2, observamos que en PP, tanto la Pplat como la Ccw disminuyeron; en cambio las presiones transpulmonares se incrementaron. Estos cambios en la mecánica respiratoria se acompañan de un aumento de la PaO₂ en nuestros pacientes.

455. COMPARACIÓN ENTRE ÉXITO Y FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN DOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA EN PACIENTES AGUDA HIPOXÉMICA POR COVID-19: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Belenguer Muncharaz A¹, Hermosilla Semikina I², Bernal Julián F², Hernández Garces H¹, Granero Gasamans E², Camañez Fortanet J², Viana Marco C² y Tormo Rodríguez L²

¹Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia. ²Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

Objetivos: Análisis comparativo entre el grupo de con éxito vs. fracaso de la VNI en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica por neumonía COVID-19 en cuanto a: parámetros de oxigenación, evolución y los factores relacionados con la necesidad de intubación.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en dos UCI médico-quirúrgicas durante 2020-2021. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, ingresados por neumonía COVID-19 y que precisaron VNI. Se emplearon como modo ventilatorio: CPAP en la BiPAP V60 o presión de soporte (PSV) sobre PEEP en los respiradores de críticos. Variables categóricas expresadas en porcentajes, y numéricas en medianas (con rango intercuartil 25-75) o medias \pm DE. Se realizó análisis multivariante de ANOVA de una vía de Kruskal-Wallis para la influencia del fracaso de la VNI en la oxigenación y en la FR entre grupos, un test de Friedman para la evolución en cada grupo. Para establecer los factores pronósticos de intubación se realizó análisis multivariante de Cox con introducción por método *enter* de variables que resultaron significativas en el análisis univariante (edad, TAD, pH, PaO₂/FiO₂), siendo representada mediante curva de Kaplan-Meier (con *log-rank* test). $p < 0,05$. SPSS 22.0.

Resultados: Los pacientes del grupo fracaso ($n = 133$) eran más mayores, por el contrario, tenían menor TAD, menor pH, y menor PaO₂/FiO₂, comparado con el grupo de éxito de la VNI ($n = 295$). En cuanto a la PaO₂/FiO₂, se pudo observar un mayor grado de oxigenación en el grupo de éxito frente al de fracaso (al inicio, a la hora y a las 24 horas de inicio de VNI). Igualmente, en el grupo de éxito de la VNI se observó aumento del PaO₂/FiO₂ a la hora de inicio de la ventilación, cambio que no se produjo a las 24 horas. En el grupo de fracaso de VNI se observó una mejoría significativa del PaO₂/FiO₂ a las 24 horas. En cambio, no se observó diferencia en la FR entre ambos grupos, pero si una reducción significativa de la FR en cada grupo a lo largo del soporte respiratorio. La duración de la VNI fue superior en el grupo de éxito de la VNI; En cambio, la estancia tanto en UCI como en el hospital, y la mortalidad tanto en UCI como en el hospital fueron inferiores en grupo de éxito versus el grupo de fracaso de VNI. En cuanto a los factores relacionados con la intubación, según el análisis de Cox y la curva de Kaplan-Meier solamente la edad > 65 años (HR 1,88 [IC95% 1,26-2,89], $p = 0,001$), y el cociente PaO₂/FiO₂ ≤ 150 (HR 2,57 [IC95% 1,73-3,85], $p = 0,0001$), mostraron significación estadística.

Conclusiones: El éxito de la VNI mostró mejores resultados y, tanto la edad como la PaO₂/FiO₂ ≤ 150 se relacionarían con la intubación.

456. ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES SOPORTES RESPIRATORIOS EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Martínez Barnhard A¹, Courgeon García C¹, Soriano Ruiz L¹, Cremades Navalón I¹, Carrasco González E¹, Rico Lledó MJ², Serrano Navarro JM¹, Blanco Molina MT¹, Palazón Sánchez C¹ y Pardo Talavera JC¹

¹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ²Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

Objetivos: Analizar los distintos soportes respiratorios, oxígeno de alto flujo (OAF), ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y ventilación mecánica invasiva (VMI) aplicados en la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) durante un periodo de seis meses en una UCI polivalente, días de estancia y mortalidad.

Métodos: Se realiza un estudio observacional, retrospectivo seleccionando a los pacientes que ingresan en una UCI polivalente desde el 1 de enero del 2023 hasta el 30 de junio del 2023. Se analizan los pacientes que requieren soporte respiratorio, OAF, VMNI y VMI, porcentaje de aplicación, días de estancia según soporte y mortalidad relacionada.

Resultados: Se analizan 410 pacientes ingresados durante un periodo de seis meses. El total de pacientes sometidos a soporte respiratorio fue para OAF de 59 pacientes, 76 para VMNI y 76 para VMI siendo la causa más frecuente de necesidad de soporte respiratorio la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) secundaria a neumonía. Dentro de la IRA el 44,7% requirieron OAF, 66% VMNI y El 27,7% VMI, solapándose en algunos de los casos a causa de la necesidad de escalar en la necesidad de soporte ventilatorio. Los días de estancia fue de 8,72 días para aquellos sometidos a OAF, 7,35 para los que requirieron VMNI y 10,84 días para la VMI. De ellos fallecieron el 6,8% de los que precisaron OAF, 14,5% en VMNI y el 31,6% de los pacientes intubados y en VMI. La mortalidad global de los pacientes con soporte respiratorio en IRA fue del 4,3% siendo el 95,7% dados de alta tras ser destetados del soporte respiratorio.

Conclusiones: La causa más frecuente de necesidad de soporte respiratorio es la IRA y dentro de ella la neumonía. En la mayoría de los casos precisaron VMNI y OAF y en mucho menor porcentaje la VMI que era responsable de mayores días de estancia y por consecuencia mayor mortalidad. Aun así, el porcentaje de pacientes que fallecieron en su conjunto fue bajo (4,3%) lo que demuestra que los nuevos soportes respiratorios, OAF y VMNI, influyen de forma notable en la supervivencia.

457. CÓMO VENTILAMOS A LOS PACIENTES OBESOS CON SDRA GRAVE. EL VALOR PRONÓSTICO DE LA POTENCIA MECÁNICA

García Gígorro R, Rodríguez Ruiz C, Martínez de la Gándara A, Escuela Gericó M, Andrade Vivero G, Macaya Redín L, Morala Vega P, Bueno Vidales N y Palencia Herrejón E

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

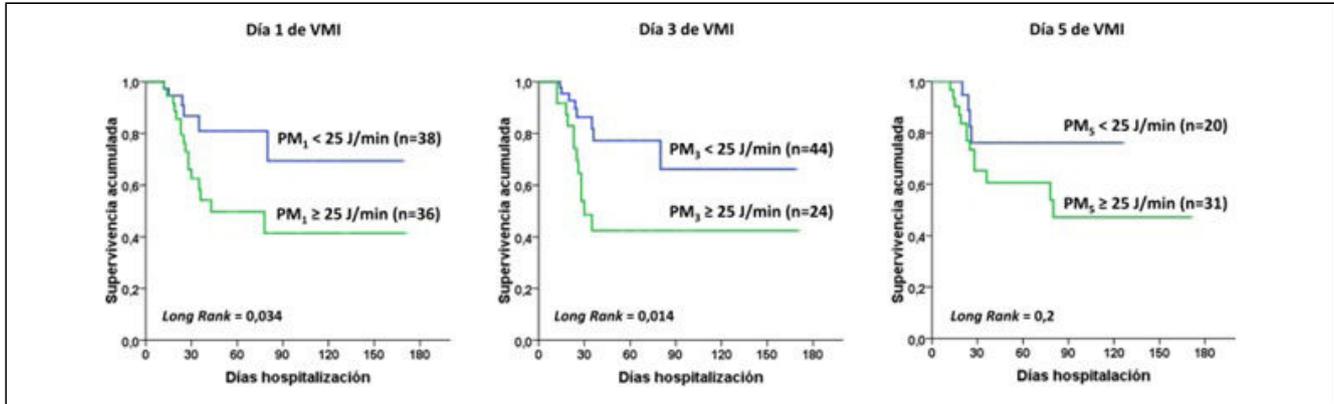
Objetivos: La necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) de los pacientes obesos con SDRA supone un punto de inflexión en la evolución de estos enfermos. Estudiamos la mortalidad de los pacientes obesos con SDRA por neumonía SARS-CoV-2 y su asociación a variables de mecánica pulmonar precoz.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que analiza, durante 18 meses, la VMI en todos los pacientes con índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m² y SDRA por neumonía por SARS-CoV-2. Se recogen variables demográficas, mecánica pulmonar y mortalidad. Los resultados se expresan como % o mediana (RIC). Comparamos variables cualitativas con chi-cuadrado y cuantitativas con U-Mann Whitney, supervivencia con curvas de Kaplan-Meier. Significación aceptada del 5%.

Variable	Todos (n=74)	Vivos (n=52)	Muertos (n=22)	P
CARACTERÍSTICAS				
Hombres	48 (64,9%)	31 (59,6%)	17 (77,3%)	0,2
Edad	62 (55-68)	59 (52-70)	64 (61-67)	0,1
IMC	34,6 (32,5-38,8)	34,5 (32-38,9)	36 (32,5-41,5)	0,5
Obesidad I	40 (54,1%)	29 (55,8%)	11 (50%)	
Obesidad II	18 (24,3%)	11 (21,2%)	7 (31,8%)	0,6
Obesidad III	16 (21,6%)	12 (23,1%)	4 (18,2%)	
APACHE II	10 (8-13)	10 (7-12)	14 (9-16)	0,005
SAPS II	34 (29-39)	33 (28-37)	36 (33-39)	0,08
COMORBILIDAD				
HTA	49 (66,2%)	33 (63,5%)	16 (72,7%)	0,6
DM	20 (27%)	12 (23,1%)	8 (36,4%)	0,3
SAOS	21 (28,4%)	14 (26,9%)	7 (31,8%)	0,8
EPOC	9 (12,2%)	4 (7,7%)	5 (22,7%)	0,1
Cardiopatía	9 (12,2%)	5 (9,6%)	4 (18,2%)	0,4
DESENLACES				
Nº Pronos	2 (1-5)	2 (0-3)	5 (3-9)	<0,001
Días de BNM	8 (4-16)	5 (3-10)	15 (11-21)	<0,001
Días VMI	16 (8-29)	12 (8-34)	19 (14-28)	0,2
Traqueostomía	24 (32,9%)	19 (37,3%)	5 (22,7%)	0,3
Días UCI	17 (11-32)	15 (10-42)	19 (14-29)	0,4
Días Hospital	28 (20-58)	32 (22-72)	25 (19-35)	0,03
SOPORTE VENTILATORIO				
VMI Día 1				
FR	22 (20-24)	20 (20-24)	22 (20-24)	0,06
Vol (ml/kg)	7,6 (7-8,3)	7,6 (7,1-8,3)	7,6 (6,9-8,4)	0,9
PEEP	12 (10-14)	12 (10-14)	13 (10-14)	0,7
VMI Día 3				
FR	22 (20-24)	22 (20-24)	24 (22-26)	0,06
Vol (ml/kg)	7,6 (7,2-8,3)	7,7 (7,1-8,6)	7,6 (7,3-8)	0,9
PEEP	12 (12-13)	12 (11-13)	12 (12-14)	0,3
VMI Día 5				
FR	24 (21-25)	22 (20-25)	26 (20-28)	0,06
Vol (ml/kg)	7,6 (7,1-8,6)	7,6 (7,8-8,6)	7,6 (7,3-8,3)	0,5
PEEP	12 (10-14)	12 (10-13)	12 (12-14)	0,2
OXIGENACIÓN Y MECÁNICA PULMONAR				
PAFI				
Día 1	90 (72-135)	96 (73-140)	83 (68-124)	0,1
Día 3	178 (138-224)	190 (155-227)	140 (114-199)	0,04
Día 5	172 (130-201)	179 (147-205)	123 (96-139)	0,01
pCO2				
Día 1	42 (37-48)	41 (37-47)	42 (36-51)	0,4
Día 3	44 (40-49)	44 (39-47)	49 (43-55)	0,004
Día 5	47 (42-54)	46 (41-50)	47 (42-55)	0,02
P. MESETA				
Día 1	26 (24-28)	26 (24-28)	27 (25-30)	0,03
Día 3	24 (23-26)	24 (23-26)	24 (24-28)	0,051
Día 5	25 (24-27)	25 (24-26)	27 (25-28)	0,06
DRIVING P				
Día 1	13 (12-16)	13 (11-15)	14 (12-17)	0,2
Día 3	12 (11-14)	12 (11-14)	12 (11-15)	0,2
Día 5	13 (11-15)	13 (11-15)	14 (12-17)	0,2
COMPLIANCE				
Día 1	34 (28-40)	36 (29-40)	31 (25-41)	0,3
Día 3	36 (31-44)	37 (33-44)	35 (28-44)	0,3
Día 5	33 (28-41)	33 (29-41)	30 (28-42)	0,2
Poder mecánico				
Día 1	24,5 (20,5-27,9)	22,3 (19,8-27,1)	26,7 (23,1-30,6)	0,02
Día 2	23 (20,7-27,1)	22,3 (20,3-24,9)	26,4 (22,9-34,7)	0,003
Día 5	25,9 (20,7-30,4)	25,3 (19,9-27,7)	27,7 (24,7-33,9)	0,02

Resultados: Ingresamos 199 pacientes SARS-CoV-2, 74 (37,2%) con obesidad (21,6% obesidad mórbida). La tabla recoge las características de todos los pacientes y en función de su evolución hospitalaria. Veintidós pacientes (29,7%) fallecieron durante el ingreso hospitalario. No hubo

Figura 2 Póster 457



diferencias en las características basales, grado de obesidad ni en la ventilación entre grupos. Sin embargo, los pacientes que fallecieron tenían, de manera persistente, una potencia mecánica (PM) más elevada en los primeros 5 días de ingreso (26,7 vs. 22,3 J/min; 26,4 vs. 22,3 y 27,7 vs. 25,3 J/min en los días 1, 3 y 5 de VMI, respectivamente, $p < 0,05$, tabla), sin diferencias en el resto de parámetros de mecánica. Además, a partir del tercer día, también tenían mayor hipoxemia y aumento de pCO₂ mantenido. Con una mediana de ingreso de 28 (20-58) días, la supervivencia a los 30 días fue menor en los pacientes con mayor PM el día 1 (86,7 vs. 62,6% si PM₁ < 25 o PM₁ ≥ 25 J/min, respectivamente [$\log\text{-rank} = 0,034$]); el día 3 (86,3 vs. 48,4% si PM₃ < 25 o PM₃ ≥ 25 J/min, respectivamente [$\log\text{-rank} = 0,01$]); y no alcanzada el día 5 (76,1 vs. 65,3% si PM₅ < 25 o PM₅ ≥ 25 J/min, respectivamente [$\log\text{-rank} = 0,2$]) (fig.).

Conclusiones: Más allá de la hipoxemia, la potencia mecánica persistentemente más elevada durante los primeros días de ventilación ha sido el único parámetro de mecánica pulmonar precoz relacionado con una peor evolución clínica, y podría ser un predictor estratificado de mala evolución en los pacientes obesos con distrés grave.

458. UTILIDAD DE LA MECÁNICA PULMONAR PARA PREDECIR VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN PACIENTES OBESOS CON SDRA GRAVE

Rodríguez Ruiz C, García Gígorro R, Martínez de la Gándara A, Gonzalo Somoza G, de Sousa I, Díaz Díaz D, Bueno B, Villanova M, López L y Palencia Herrejón E

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

Objetivos: Los pacientes obesos se caracterizan por una mayor restricción torácica, disminución de la capacidad pulmonar total y un aumento de las resistencias elásticas. Todo ello, complica y prolonga la ventilación mecánica invasiva (VMI) en los pacientes obesos. Estudiamos la VMI prolongada en pacientes obesos con SDRA grave secundario a neumonía SARS-CoV-2 y su asociación a variables de mecánica pulmonar precoz.

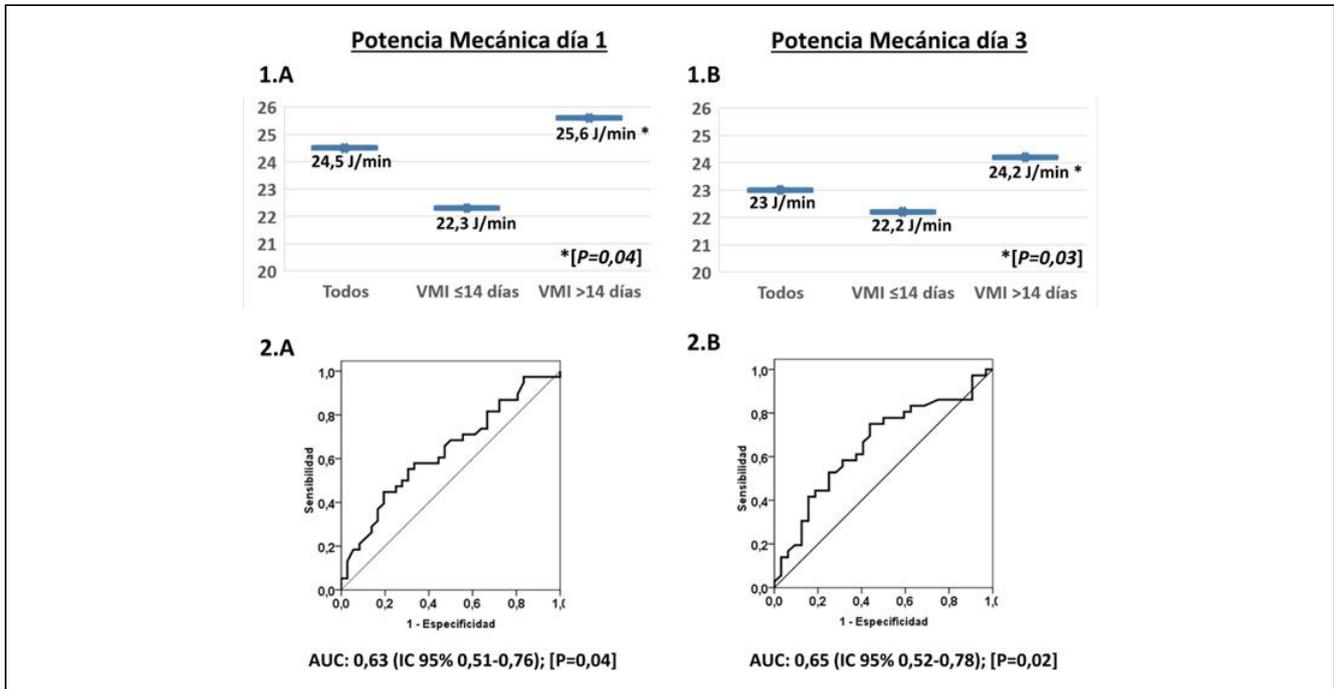
Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que analiza, durante 18 meses, la VMI en todos los pacientes con índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m² y SDRA por neumonía por SARS-CoV-2. Consideramos VMI prolongada > 14 días. Se recogen variables demográficas, mecánica pulmonar y evolución. Los resultados se expresan como % o mediana (RIC). Comparamos variables más cualitativas con chi-cuadrado y cuantitativas con U-Mann Whitney. Significación aceptada del 5%.

Resultados: Ingresamos 199 pacientes SARS-CoV-2, 74 (37,2%) con obesidad (21,6% obesidad mórbida). La tabla recoge las características de todos los pacientes y en función del tiempo de VMI. No hubo diferencias en las características basales, grado de obesidad, ni en la forma de ventilar entre grupos. Los pacientes con necesidad de VMI prolongada tuvieron peor evolución clínica: 24 pacientes (63,2%) precisaron traqueostomía, con estancias más prolongadas y mayor mortalidad hospitalaria (44,7 vs. 13,9%, $p < 0,001$). Respecto a la mecánica pulmonar precoz, aquellos pacientes con VMI muy prolongada, tuvieron una potencia mecánica (PM) más elevada durante las primeras 72 horas de ventilación (26,2 vs. 22,3 J/min y 24,2 vs. 22,2 J/min en los días 1 y 3 de VM, respectivamente, $p < 0,05$, fig. 1A/B), sin diferencias en el resto de parámetros de mecánica. A partir del 3^{er} día, solo encontramos diferencias en la peor oxigenación y mayor pCO₂ en los pacientes con VMI

prolongada. El área bajo la curva ROC expresó una capacidad predictiva de VM prolongada para la PM el día 1 de 0,63 (IC95% 0,51-0,76; $p = 0,04$) y el día 3 de 0,65 (IC95% 0,52-0,78; $p = 0,02$) (fig. 2A/B).

Variable	Todos (n=74)	VMI ≤ 14 (n=36)	VMI > 14 (n=38)	P
CARACTERÍSTICAS				
Hombres	48 (64,9%)	22 (61,1%)	26 (68,4%)	0,6
Edad	62 (55-68)	59 (50-67)	62 (59-71)	0,07
IMC	34,6 (32,5-38,8)	32,6 (31,2-33,7)	35 (32,5-38,8)	0,8
Obesidad I	40 (54,1%)	19 (52,8%)	21 (55,3%)	
Obesidad II	18 (24,3)	9 (25%)	9 (23,7%)	0,8
Obesidad III	16 (21,6%)	8 (22,2%)	8 (21,1%)	
APACHE II	10 (8-13)	10 (8-12)	11 (9-14)	0,04
SAPS II	34 (29-39)	32 (27-38)	35 (31-42)	0,06
COMORBILIDAD				
HTA	49 (66,2%)	22 (61,1%)	27 (71,1%)	0,5
DM	40 (54,1%)	16 (44,4%)	24 (63,2%)	0,2
SAOS	20 (27%)	7 (19,4%)	13 (34,2%)	0,2
EPOC	21 (28,4%)	10 (27,8%)	11 (28,9%)	0,9
Cardiopatía	9 (12,2%)	3 (8,3%)	6 (15,8%)	0,5
DESENLACES				
Nº Pronos	2 (1-5)	1 (0-2)	5 (3-8)	<0,001
Días de BNM	8 (4-16)	4 (2-5)	16 (9-21)	<0,001
Días VMI	16 (8-29)	8 (5-11)	29 (19-45)	<0,001
Días UCI	17 (11-32)	11 (7-14)	31 (22-53)	<0,001
Días Hospital	28 (20-58)	24 (16-31)	49 (27-84)	<0,001
Éxito hospital	22 (29,7%)	5 (13,9%)	17 (44,7%)	0,005
SOPORTE VENTILATORIO				
VMI Día 1				
FR	22 (20-24)	20 (20-22)	22 (20-24)	0,08
Vol (ml/kg)	7,6 (7-8,3)	7,6 (7-8,3)	7,6 (7-8,3)	0,8
PEEP	12 (10-14)	12 (10-14)	12 (10-14)	0,2
VMI Día 3				
FR	22 (20-24)	22 (20-24)	22 (22-25)	0,2
Vol (ml/kg)	7,6 (7,2-8,3)	7,6 (7,2-8,3)	7,6 (7,2-8,3)	0,9
PEEP	12 (12-13)	12 (10-12)	12 (12-14)	0,1
VMI Día 5				
FR	24 (21-25)	22 (20-25)	24 (20-26)	0,6
Vol (ml/kg)	7,6 (7,1-8,6)	7,6 (7,1-8,7)	7,6 (7-8,5)	0,2
PEEP	12 (10-14)	11 (8-12)	12 (10-14)	0,03
OXIGENACIÓN Y MECÁNICA PULMONAR				
PAFI				
Día 1	90 (72-135)	96 (81-144)	82 (68-121)	0,04
Día 3	178 (138-224)	206 (160-236)	164 (125-196)	0,01
Día 5	172 (130-201)	172 (140-191)	143 (119-180)	0,001
pCO₂				
Día 1	42 (37-48)	42 (39-49)	42 (36-47)	0,9
Día 3	44 (40-49)	44 (39-46)	46 (41-51)	0,1
Día 5	47 (42-54)	46 (41-54)	52 (46-57)	0,001
P. MESETA				
Día 1	26 (24-28)	26 (22-28)	27 (25-29)	0,2
Día 3	24 (23-26)	24 (23-26)	25 (24-27)	0,053
Día 5	25 (24-27)	25 (23-27)	26 (24-28)	0,2
DRIVING P				
Día 1	13 (12-16)	13 (11-16)	13 (12-16)	0,6
Día 3	12 (11-14)	12 (11-14)	12 (11-14)	0,3
Día 5	13 (11-15)	14 (11-15)	13 (11-16)	0,7
COMPLIANCE				
Día 1	34 (28-40)	34 (28-44)	34 (29-39)	0,7
Día 3	36 (31-44)	37 (31-44)	36 (30-44)	0,6
Día 5	33 (28-41)	33 (27-44)	33 (29-41)	0,8
Poder mecánico				
Día 1	24,5 (20,5-27,9)	22,3 (19,4-26,3)	25,6 (20,7-28,9)	0,04
Día 2	23 (20,7-27,1)	22,2 (20,2-24,7)	24,2 (22,2-29,4)	0,03
Día 5	25,9 (20,7-30,4)	22,8 (19,5-29,4)	30,5 (22,7-30,5)	0,3

Figura 2 Póster 458



Conclusiones: La evolución de la potencia mecánica durante las primeras 72 horas de ventilación, por encima del resto de parámetros convencionales de mecánica pulmonar, puede ser un buen predictor precoz de necesidad de ventilación mecánica muy prolongada en pacientes obesos que desarrollan SDRA.

Conclusiones: Con el inicio del protocolo DDS se objetiva una disminución de la incidencia de NAVM hasta 14,2 casos/1.000 días de VM. El sexo-hombre, la procedencia de otra UCI y los días de VM se comportaron como predictores independientes de NAVM.

459. IMPACTO DEL INICIO DE LA DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA EN LA UCI DE UN HOSPITAL COMARCAL: NUNCA ES TARDE

Alonso Iglesias A, Cózar Benjumea M, Sánchez Ruiz P y Úbeda Iglesias A
Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar el impacto del uso de la descontaminación digestiva selectiva (DDS) en la incidencia de las NAVM en la UCI de un hospital comarcal con pobre cumplimiento de las medidas de Neumonía Zero, así como los factores relacionados con el desarrollo de NAVM.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva en una UCI de un hospital comarcal. Se incluyeron pacientes sometidos a ventilación mecánica entre junio de 2019 y octubre de 2023. Se analizaron variables demográficas, escalas de gravedad al ingreso, factores de riesgo (catéter venoso central (CVC), ventilación mecánica (VM), sonda urinaria (SU)), complicaciones infecciosas (bacteriemias secundarias o asociadas a catéter o NAVM), antibioterapia usada, estancia y mortalidad. Se realizó un análisis estadístico habitual, considerándose significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 745 pacientes. Se compararon pacientes con DDS ($n = 30$) vs. No DDS ($n = 715$). Sexo: hombre 76,7 vs. 62,4%, $p = 0,163$. APACHE II al ingreso (16 [11; 21] vs. 11 [8; 18,5], $p = 0,025$). Origen ($p < .001$): comunidad 66,7 vs. 42,9%, otra UCI 20 vs. 3,2%, planta 13,3 vs. 53,7%. Tipo de ingreso ($p = .014$): cirugía programada 3,3 vs. 7,5%, cirugía urgente 10 vs. 17,1%, coronario 3,3 vs. 7,5%, médico no coronario 73,3 vs. 66,9%, trauma 10% vs. 0,8%. ATB 48h previas 16,7 vs. 42,1%, $p = 0,009$. Primera infección intra-UCI ($p = .155$): bacteriemia secundaria 6,7 vs. 6,6%, NAVM 3,3 vs. 5,6%. Segunda infección intra-UCI ($p = .127$): bacteriemia secundaria 0 vs. 1,1%, NAVM 6,7 vs. 5,7%. Días VM (6,5 [3; 13,5] vs. 3 [1; 8], $p < .001$). Días CVC total (10 [6; 18,5] vs. 5 [2; 12], $p = .001$). Días SU (10 [6; 20,5] vs. 6 [2; 12], $p = .001$). Días catéter arterial (5 [3; 10,7] vs. 2 [0; 7], $p < .001$). Estancia UCI (10 [6; 18,5] vs. 6 [2; 13], $p = .002$). Incidencia NAVM (14,2 casos/1.000 días VM vs. 21,05 casos/1.000 días VM). Regresión logística multivariante (NAVM): Sexo (hombre) (OR 2,08, IC95% [1,14-4,17], $p = 0,023$), origen otra UCI (OR 4,17, IC95% [1,51-10,73], $p = .004$), días VM (OR 1,16, IC95% [1,13-1,19], $p < .001$).

460. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL USO DE VENTILACIÓN MULTINIVEL PROGRAMADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Caballo Manuel AA, Lesmes González-Aledo A, Montalbán Sánchez A, Martín Badía I, Blanco Otaegui N y Sánchez-Izquierdo Riera JA
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Análisis descriptivo del uso de ventilación mecánica (VM) con la modalidad ventilación multinivel programada (PMLV) -Aura V®, Chirana, Kosiçe, Eslovaquia-, en 5 pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Análisis retrospectivo observacional en un hospital de tercer nivel de 5 pacientes ingresados en UCI bajo VM con la modalidad PMLV. Se recogieron variables demográficas, métodos y parámetros ventilatorios y de oxigenación, así como días de estancia en UCI, de VM y mortalidad. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. Se incluyeron pacientes con necesidad de VM por insuficiencia respiratoria grave (IR) por criterio clínico.

Resultados: Se analizaron un total de 5 pacientes con una edad mediana de 60 años (RIC 43), el 60% mujeres. Dos de ellos con neumopatía previa y 2 con inmunodepresión. Presentaron una mediana de APACHE de 30 (RIC 20) y un SOFA de 8 (RIC 5) al ingreso en UCI. El motivo de conexión a VM fue neumonía bilateral en 3 pacientes y síndrome de distrés respiratorio (SDRA) en 2 pacientes. La mediana de días en VM fue de 20,4 días (RIC) y 3 días en PMLV (RIC 20). Previo al uso de PLMV todos los pacientes precisaron bloqueo neuromuscular (BNM) en perfusión continua, el 80% precisaron maniobras de decúbito prono y el 60% requirieron terapias de depuración extrarrenal. Además, los pacientes presentaban una mediana de P/F de 130 (RIC 68), 14 de mediana de presión de distensión (RIC 10) y complianza estática de 28 (RIC 19). Se compararon los valores de P/F, vol/min y pCO2 previos y posteriores a introducir el modo PMLV mediante test de Wilcoxon. Existe una tendencia hacia la diferencia estadística en las comparaciones de P/F, vol/min y pCO2 pre y posuso de PMLV ($p = 0,068$, $p = 0,066$ y $p = 0,068$ respectivamente). No se registraron complicaciones mecánicas como barotrauma y el 80% pre-

cisó traqueostomía según criterio clínico. Por último, presentaron una estancia en UCI mediana de 25 días (RIC 43), una estancia hospitalaria de 56 días (RIC 78) y una mortalidad en UCI del 40%, sin objetivarse mortalidad en los 6 meses posteriores.

Conclusiones: El uso de PLMV puede ser una alternativa útil como estrategia ventilatoria en pacientes con IR grave, bien tolerado en esta muestra sin presentar complicaciones asociadas a buenos resultados teniendo en cuenta la gravedad de los pacientes. Sin embargo, los resultados obtenidos no son estadísticamente significativos y se necesitan más estudios que permitan evaluar la efectividad y seguridad de la técnica.

461. MECHANICAL POWER ABSOLUTA VS. MECHANICAL POWER NORMALIZADA POR PESO IDEAL. ¿CUÁL PREDICE MEJOR EL OUTCOME DE LOS PACIENTES CRÍTICOS VENTILADOS?

Murillo N, Andrade L, Claverias L, Samper M, Plans O, Rodríguez A, Magret M, Bodí M y Manrique S

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Analizar si la mediana de *mechanical power* normalizada por el peso ideal (norMP) es mejor predictor de mortalidad que la *mechanical power* absoluta (MPA) en pacientes críticos ventilados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en una UCI polivalente de 28 camas. Se incluyeron adultos ingresados en UCI desde 2015 hasta 2022 que requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI) > 24 h. Se excluyeron los pacientes ventilados en algún momento con presión control (PC). Se recogieron las variables demográficas, comorbilidades y scores de gravedad. Las variables respiratorias se registraron cada 2 minutos durante todo el tiempo de VMI y se calculó la mediana de todos los valores de MPA. La norMP se calculó dividiendo la MPA por el peso ideal (PI). Se dividieron a los pacientes en 4 grupos según los cuartiles tanto de la MPA como de la norMP. Se realizó un análisis univariado de mortalidad y aquellas variables significativas se incluyeron en dos análisis multivariados: uno para la MPA y otro para la norMP. Análisis realizado con *software* R. Valores $p < 0,05$ como significativos.

Resultados: Se incluyeron 2.068 pacientes. Las características generales de la población se observan en la tabla. La mediana de MPA fue de 15 J/min (12-19) y de NorMP de 0,24 (J/min/kgPI) (0,19-0,29). En el análisis univariado ambas variables mostraron valores más elevados entre los fallecidos. En los análisis multivariados se evidencia que los valores más altos tanto de MPA como de norMP se asocian a mayor mortalidad con OR muy similares. Respecto a la MPA baja (< 12,5 J/min), la MPA media-baja (12,5-15 J/min) tiene un OR 1,12 (0,78-1,61, $p = 0,5$), la MPA media-alta (15-18,5J/min) un OR de 1,8 (1,2-2,5, $p = 0,002$) y la MP alta (> 18,5 J/min) un OR 2,8 (1,9- 4). Respecto a la norMP baja

Figura 1 Póster 461

Tabla 1: Características de la población general

Variable	Población general (N=2068)	Fallecidos en UCI (N=588)	Sobrevivientes en UCI (N=1480)	P valor
Características generales y severidad de la enfermedad				
Hombre, N (%)	1428 (69)	416 (71)	1012 (68)	0.3
Edad (años), mediana (p25-75)	63 (52-72)	67 (58-74)	61 (49-71)	<0,001
IMC, mediana (p25-75)	26 (24-29)	27 (24-29)	26 (24-29)	0.2
SOFA, median (p25-75)	5 (4-7)	6 (5-8)	5 (3-6)	<0,001
APACHE II, mediana (p25-75)	21 (16-26)	24 (19-29)	20 (14-25)	<0,001
Motivo de admisión, N (%)	Médico 1444 (70) Quirúrgico 624 (30)	Médico 458 (78) Quirúrgico 130 (22)	Médico 986 (67) Quirúrgico 494 (33)	<0,001
Tipo de admisión, N (%)	Urgente 1976 (96) Programado 92 (4)	Urgente 573 (97) Programado 15 (3)	Urgente 1403 (95) Programado 77 (5)	0,01
SpO2/FiO2 1h post intubación, mediana (p25-75)	235 (164-284)	207 (152-274)	240 (167-286)	<0,001
Comorbilidades				
Hipertensión, N (%)	588 (28)	213 (36)	375 (25)	<0,001
Diabetes, N (%)	292 (14)	113 (19)	179 (12)	<0,001
Insuficiencia cardiaca crónica, N (%)	87 (4)	34 (6)	53 (4)	0,03
Enfermedad pulmonar crónica, N (%)	123 (6)	57 (10)	66 (4)	<0,001
Asma, N (%)	30 (1)	6 (1)	24 (2)	0.4
Enfermedad renal crónica, N (%)	96 (5)	58 (10)	38 (3)	<0,001
Complicaciones y resultados				
ICU LOS (días), mediana (p25-75)	11 (6-22)*	7 (3-16)	11 (6-22)	<0,001
ICU mortalidad, N (%)	588 (28)			
VMI días, median (p25-75)	6 (3-14)*	6 (3-14)	6 (3-14)	0.9
Traqueostomizados, N (%)	406 (20)	66 (11)	340 (23)	<0,001
Reintubación, N (%)	170 (8)	44 (7)	126 (8)	0.5
Variables ventilatorias				
MP (J/min), mediana (p25-75)	15 (12-19)	17 (14-21)	15 (12-18)	<0,001
norMP (J/min/Kg), mediana (p25-p75)	0.24 (0.19-0.29)	0.27 (0.22-0.32)	0.23 (0.19-0.27)	<0,001

*valores calculados en los supervivientes.

Gráfico 1: Multivariado mortalidad con MPA

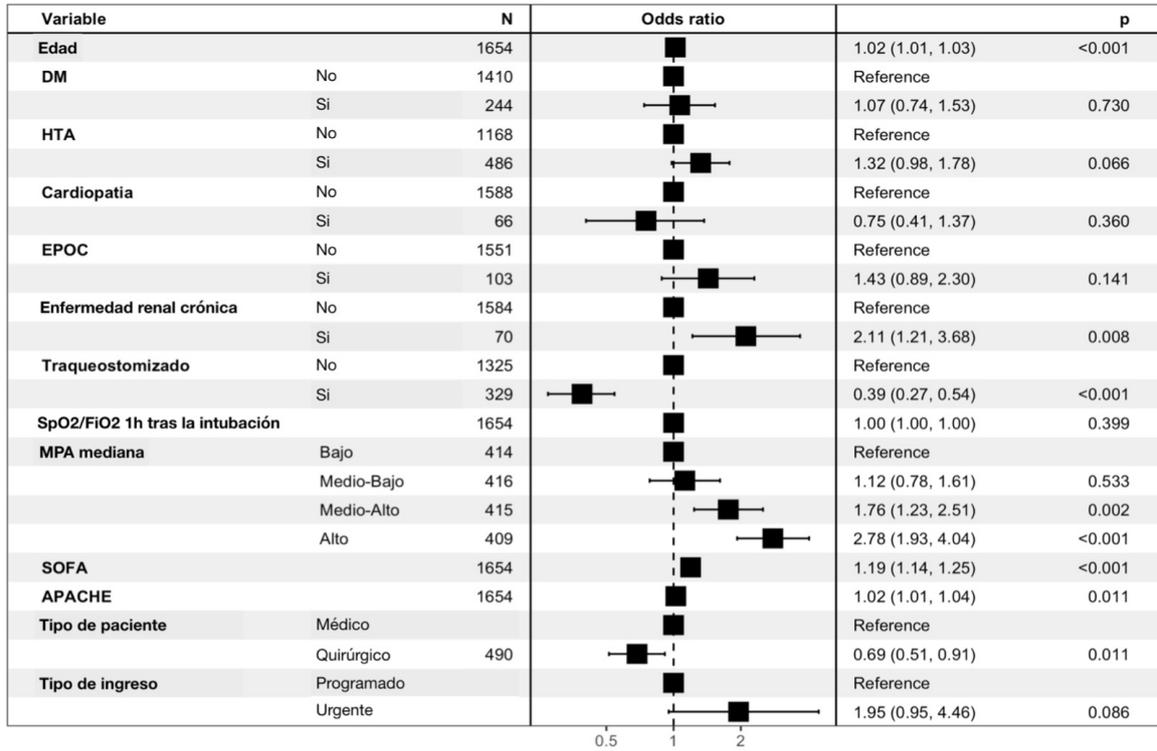
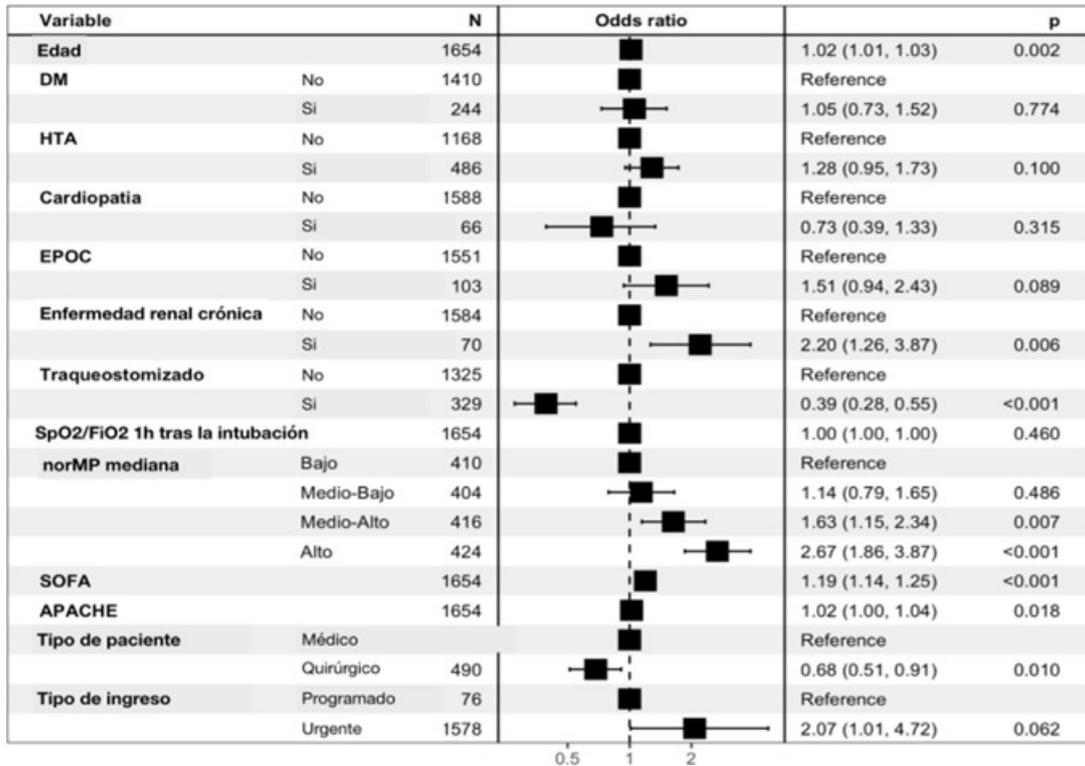


Gráfico 2: Multivariado de mortalidad con norMP



(< 0,2 J/min/KgPI), la norMP media-baja (0,2-0,23 J/min/KgPI) tiene un OR de 1,14 (0,79-1,65, p = 0,5), la norMP media-alta (0,24-0,28 J/min/KgPI) un OR de 1,6 (1,1-2,3, p = 0,007) y la norMP alta (> 0,29 J/min/KgPI) un OR de 2,7 (1,9-3,9 J/min/KgPI) (tabla 2). El AUC de la curva para ambos modelos es muy similar, AUC MPA = 0,73 (0,68-0,78) y AUC norMP = 0,74 (0,68-0,78).

Conclusiones: Los valores elevados tanto de la MPA como de la norMP suponen un aumento de la mortalidad con OR y AUC similares. Ambas maneras de medir la MP serían igualmente útiles.

Financiado por: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) a través del proyecto "FIS PI20/01674".

462. VALOR DE LA POTENCIA MECÁNICA Y LA RATIO ETCO2/PACO2 COMO MARCADORES PRONÓSTICOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA

Serra Sánchez C, Tejero Pedregosa A, Sanmartino González C, Berenguer Rodríguez M, Jerez Sánchez R, Márquez García A, Ochoa Sangrador C, Parra Morais L, López Pérez AB y Beltrán Martínez L

Hospital Virgen de la Concha (C. A. de Zamora), Zamora.

Objetivos: Recientemente se ha propuesto el cociente de CO2 espirado-arterial como parámetro a pie de cama para valorar la función pulmonar, siendo su valor ideal 1 en pacientes sin espacio muerto alveolar ni *shunt*, y se ha comprobado su correlación con imágenes de TAC, variables fisiológicas y clínicas en el SDRA. Nuestro objetivo es valorar la eficacia del intercambio gaseoso durante la ventilación mecánica mediante la ratio $P_{et}CO_2/PaCO_2$ y la energía transmitida al sistema respiratorio mediante la potencia mecánica y la utilidad de ambos como marcadores pronósticos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, se incluyeron pacientes ingresados en UCI que requirieron ventilación mecánica invasiva por cualquier causa y en los que se realizó monitorización de capnografía. Recogida de datos clínicos, escalas de gravedad, parámetros de ventilación mecánica y capnografía del programa de gestión clínica (ICCA®). Cálculo de la potencia mecánica aplicando las fórmulas simplificadas de Gattinoni y Becher según proceda. Análisis estadístico descriptivo e inferencial.

Resultados: Se estudiaron 54 pacientes con las características recogidas en la tabla. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la potencia mecánica a las 48 horas del inicio de la monitorización entre los supervivientes (14,5 ± 5,4 J/min) y los fallecidos (25,5 ± 10,4 J/min), así como en la ratio $P_{et}CO_2/PaCO_2$ (0,9 ± 0,2 VS 0,7 ± 0,2). Se realizó un análisis de regresión logística de $P_{et}CO_2/PaCO_2$ frente a mortalidad, ajustado a APACHE, PaO_2/FiO_2 y Vt. Hallándose que un valor > 0,8 actuó como factor protector: OR 0,28 IC95% (0,01-0,671) p = 0,027.

Edad (años)	70 (59,6-80,1)
Sexo	Hombre 77,8%
APACHE	18,3 (11,8-24,9)
Potencia mecánica (J/min)	22,1 (12,1-32)
$P_{et}CO_2/PaCO_2$	0,8 (0,6-1)
PaO_2/FiO_2	200,7 (104,2-297,2)
Vt ajustado a peso (ml/kg)	7,2 (5,7-8,8)
Duración de VM (días)	20,2 (3,6-36,8)
Estancia en UCI (días)	23,5 (5,1-42)
Mortalidad	44,4%

Conclusiones: El cociente $P_{et}CO_2/PaCO_2$ puede ser útil como marcador pronóstico en pacientes con ventilación mecánica invasiva. La estimación de la potencia mecánica transmitida durante la ventilación mecánica puede ayudar a optimizar la programación de esta.

463. COMPARACIÓN DEL WEANING RESPIRATORIO ENTRE PACIENTES NEUROCRÍTICOS Y NO NEUROCRÍTICOS CON EL USO DE UN MISMO PROTOCOLO

Álvarez Andrea A, Ángeles Sistac D, Castro Gallardo P, Rodríguez Farre N y Mas Serra N

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Comparar el resultado de aplicar un mismo protocolo de desconexión de la ventilación mecánica en pacientes con y sin patología neurocrítica.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico, realizado en un servicio de medicina intensiva de alta complejidad. Se incluyeron 409 pacientes intubados > 48 horas, en un periodo de 13 meses consecutivos. Se dividieron en dos grupos según la patología que motivó su ingreso: neurocríticos y no neurocríticos. Se excluyeron pacientes neuromusculares, con anoxia cerebral o con infecciones del sistema nervioso central. De todos los pacientes se recopilaron datos demográficos, de evolución clínica y los relacionados con el *weaning* respiratorio. Se utilizó Stata 12 para el análisis estadístico, con pruebas t-Student y chi-cuadrado. Los resultados están expresados como mediana, rangos intercuartílicos, números y porcentajes. Todas las pruebas se evaluaron con una p < 0,05.

Resultados: Los resultados se describen en la tabla. En los datos demográficos resalta menor edad en el grupo neurocrítico; no siendo significativo el sexo, la gravedad, la mortalidad ni los días en UCI. Se observaron diferencias en la duración de la VM y en los días desde el primer tubo en T hasta la primera extubación, siendo ambos periodos más largos en el grupo neurocrítico. La puntuación en la escala de coma de Glasgow al momento del tubo en T y la extubación fue significativamente menor en el grupo neurocrítico, siendo de forma significativa el principal motivo de demora para la extubación. Los motivos de reintubación fueron el mal manejo de secreciones en el grupo neurocrítico y el trabajo respiratorio en el no neurocrítico. La realización de traqueostomía no varió entre los grupos.

	Neurocrítico	No neurocrítico	p
Edad M, IQ	61 (45-72)	67 (56-74)	< 0,001
Mujer n, %	61 (41,22)	86 (32)	0,09
SAPS 3 M, IQ	64 (53-74)	66 (54-80)	0,12
Días desde TT a primera ExIOT media (DE)	1,16 (2,77)	0,55 (1,42)	0,01
ReIOT n, %	18 (12,16)	22 (8,43)	0,22
Traqueostomía n, %	21 (18,6)	24 (12,1)	0,13
Días VMI M, IQ	9 (4,5-16)	7 (5-13)	0,04
Días de UCI M, IQ	11 (5-19,5)	10 (6-16)	0,46
Exitus n, %	36 (24,32)	64 (24,52)	0,97

Conclusiones: En nuestra muestra observamos que la aplicación de un mismo protocolo de *weaning* conlleva a una mayor duración de la VM en los neurocríticos, sin diferencias en el número de reintubaciones ni traqueostomías.

Martes, 14 de mayo de 2024

Pósteres orales

HEMATOLOGÍA II

17:30-19:00 - Sala 133

Moderadoras: Zaira Molina Collado/
Milagros Sancho González

464. NUEVOS HORIZONTES PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (UMI): UNIDAD EXTENDIDA (SEMI). UN RETO EN AQUELLOS PACIENTES HEMATOONCOLÓGICOS

Peinado Rueda E, Belmonte Ripollés F, García Rodríguez D, López Fajardo P y Ayala Durán R

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C. H. U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Evaluar la implementación y eficacia del Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI) en la mortalidad de los pacientes hematoológicos.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo donde se describen las variables demográficas, Escalas de gravedad y mortalidad de todos aquellos pacientes hematoológicos que han ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva UMI del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) antes y después de la creación de SEMI en 2014.

Resultados: Se han analizado un total de 70 pacientes hematooncológicos que ingresan en UMI, 17 pacientes en un periodo de 8 años (desde el 2006 al 2013) y 53 pacientes en tan solo el año 2023, con plena SEMI en auge. Se observa un aumento significativo de ingresos en UMI de hasta un 6,41% del total de ingresos en el 2023 frente al 0,2% correspondiente al periodo previo a la incorporación de SEMI a la cartera de servicios de UMI. Asimismo, y respecto a la mortalidad obtenemos una reducción significativa de hasta el 1,81% del total de pacientes ingresados, correspondiendo el 28% del total de pacientes hematooncológicos. En el periodo previo a SEMI, la mortalidad llegaba a suponer el 100% de los pacientes hematooncológicos. Si bien cabe destacar que en cuanto a las escalas de gravedad, en este caso el APACHE II es menor en los pacientes del segundo periodo (16,25 vs. 22,33 - con una desviación estándar del 6,8 vs. 7,8, respectivamente).

Conclusiones: En los últimos años hemos vivido un cambio en la perspectiva de los pacientes hematooncológicos de cara a su ingreso en nuestra Unidad de Medicina Intensiva, destacando un incremento en la supervivencia, probablemente en relación a la precocidad de su ingreso en UMI, siendo el Servicio de Medicina Intensiva un gran aliado para estos pacientes.

465. TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS EN LA QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL BASADA EN CISPLATINO. UNA DÉCADA DE APRENDIZAJE

Beltrán Hernández DR, Pintado MC, Oñoro A, Rubio V, Jiménez M, Molina D, Acha A, Carretero M, Alcázar L y Nevado E

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

Objetivos: Determinar si hay diferencias en las hematológicas en la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) basada en cisplatino con respecto a las otras terapias en pacientes a los que se ingresaron en UCI tras realización de citorreducción e HIPEC.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en una UCI polivalente de los pacientes que ingresaron tras realización de citorreducción e HIPEC desde enero del 2013 hasta diciembre del 2023. Se recogieron datos demográficos, APACHE, comorbilidades, tipo de cáncer, índice de carcinomatosis peritoneal, necesidad de hemoderivados, balance de fluidos, días de estancia y mortalidad. Las variables cuantitativas se describen con media y desviación típica o con mediana y rango intercuartílico utilizando el test U-Mann-Whitney para su análisis. Para las variables categóricas se han calculado porcentajes y se compararon mediante el test exacto de Fisher. En todos los casos se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 124 pacientes. 61 (49,2%) eran varones. La edad media era de $59,32 \pm 910,54$ años. 104 (83,9%) tenían un cáncer digestivo y 20 ginecológico. Las puntuaciones medias APACHE II y SOFA al ingreso en la UCI fueron de $8,89 \pm 2$ (1-3), respectivamente, con un índice de Charlson de 6. 112 pacientes presentaron algún tipo de complicación hematológica.

Alteraciones hematológicas y sangrado intraoperatorio	Todos		No cisplatino (mitomicina)		p
	Todos	Cisplatino			
Leucopenia	115 (95,8%)	6 (100,0%)	109 (95,6%)	1,000	
Leucocitosis	27 (22,1%)	2 (33,3%)	1 (0,9%)	0,613	
Anemia	4 (3,3%)	3 (16,7%)	3 (2,6%)	0,183	
Trombocitopenia	50 (40,7%)	5 (83,3%)	45 (38,5%)	0,440	
Trombocitosis	3 (2,4%)	1 (16,7%)	2 (1,7%)	0,140	
Coagulopatía (INR > 1,4)	31 (25,2%)	2 (33,3%)	29 (24,8%)	0,641	
Hipofibrinogenemia	10 (8,1%)	1 (16,7%)	9 (7,7%)	0,405	
Sangrado	29 (23,6%)	1 (16,7%)	28 (23,9%)	1,000	

Conclusiones: La terapia con cisplatino no se mostró más mielotóxica que la mitomicina en la muestra de pacientes.

466. ESCALAS FUNCIONALES Y PRONÓSTICO VITAL EN EL PACIENTE CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Burgui Gualda E, Montalbán Sánchez A, Lesmes González-Aledo A, Martín Badía I, Orejón García L, Molina Collado Z, González Fernández M y Sánchez-Izquierdo Riera JA

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir las características y el pronóstico a los 6 meses de los pacientes con enfermedad oncológica clasificados según su situación funcional.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con una base de datos prospectiva, incluyendo los pacientes con enfermedad oncológica valorados por una UCI polivalente durante el periodo enero-mayo 2023, siendo aprobado este estudio por el CEIm. Se realizaron dos clasificaciones según la fragilidad de los pacientes, definida como ECOG *performance status scale* ≥ 3 (ECOG) o Clinical Frailty Index ≥ 5 (FRAIL). Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, localización del tumor y tratamiento y respuesta al mismo, decisión y motivo de ingreso y de desestimación, ECOG y fallecimiento a los 6 meses. Se calcularon mediana y rango intercuartílico y se compararon mediante test de U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes. Según ECOG, 31 pacientes se clasificaron en el grupo "no fragilidad" y 7 en el grupo "fragilidad". No se observaron diferencias en sexo, localización del tumor primario, tratamiento recibido ni respuesta al mismo. Sí hubo diferencias en edad (61 vs. 79 años, $p 0,15$), presencia de comorbilidad (54,8 vs. 100%, $p 0,06$) y albuminemia (3,45 vs. 2,7 g/dL, $p 0,03$). Se observó mayor tendencia al no ingreso en el grupo "fragilidad" (57,1 vs. 16,1%, $p 0,09$), siendo el motivo principal la situación basal (4/7). A los 6 meses presentaron peor ECOG (3,5 vs. 2, $p 0,02$) con tendencia a una mayor mortalidad (71,4 vs. 35,5%, $p 0,1$). El ECOG ≥ 3 como predictor de la mortalidad a los 6 meses en nuestra muestra presentó una sensibilidad del 31,2% y especificidad del 90,1%. Según FRAIL, 30 pacientes se clasificaron en el grupo "no fragilidad" y 8 en el grupo "fragilidad". No hubo diferencias en sexo, localización del tumor primario, tratamiento recibido ni respuesta al mismo. Sí hubo diferencias en edad (61 vs. 77 años, $p 0,11$), presencia de comorbilidad (46,6 vs. 100%, $p 0,04$), albuminemia (3,4 vs. 2,85 g/dL, $p 0,03$), así como en la decisión de no ingreso (62,5 vs. 13,3%, $p 0,03$), siendo el motivo principal la situación basal (5/8). A los 6 meses presentaron peor ECOG (3,5 vs. 2, $p 0,02$) y mayor mortalidad (75 vs. 33,3%, $p 0,04$). El FRAIL ≥ 5 como predictor de la mortalidad a los 6 meses en nuestra muestra presentó una sensibilidad del 37,5% y especificidad del 90,1%.

Conclusiones: En nuestro estudio, una puntuación ECOG ≥ 3 o FRAIL ≥ 5 en los pacientes con patología oncológica supuso una mayor mortalidad a los 6 meses. El FRAIL presentó una sensibilidad ligeramente superior al ECOG y misma especificidad como predictor de mortalidad.

467. EVOLUCIÓN Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI

Martínez Ordás S, Sánchez-Bayton Griffith M, Iriondo Irigoras I, Lencero Parra E, Corera Cia C y Molinuevo Picón J

Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

Objetivos: Comparar morbilidad y mortalidad de hematológicos frente a pacientes sin antecedentes oncohematológicos en ingresados UCI con diagnóstico de sepsis.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de enero 2022 a octubre 2023 sobre 58 pacientes. Se ha realizado un emparejamiento de ingresados en UCI por sepsis hematológicos (HM, $n = 29$) con controles (NHM, $n = 29$) por edad (± 7 años) y APACHE II (± 3 unidades). Se recogieron variables demográficas, escalas de gravedad y datos de evolución. Se calcularon frecuencias, media, desviación típica y se analizaron las diferencias mediante χ^2 y test exacto de Fisher con grado de significación $p < 0,05$. Para el análisis se ha empleado SAS System.

Resultados: La media de edad del grupo de casos (HM) fue de 65 años (DT 8,0) vs. 66 años (DT 8,5) en el grupo control (NHM). Dentro de los HM el 55% ($n = 16$) eran hombres y en los NHM el 62% ($n = 18$), sin diferencia significativa. Media de APACHE II de 22 (DT 5,4). El foco infeccioso más frecuente en ambos fue respiratorio con un 34,48% ($n = 10$) en los HM y 65,51% ($n = 19$) en NHM. El foco infeccioso digestivo estuvo más relacionado con ser caso HM ($n = 8$ HM y $n = 3$ NHM) y también la sepsis de causa desconocida se presentó más entre los HM ($n = 6$) que los NHM ($n = 1$). Los NHM fueron intubados con mayor frecuencia ($n = 13$ HM, $n = 22$ NHM, $p = 0,0118$) mientras que los HM recibieron mayor soporte con VMNI u oxigenoterapia de alto flujo. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a incidencia de colonización por organismo multirresistentes, necesidad de fármacos vasoactivos, días de ventilación mecánica, fracaso renal agudo o terapias de reemplazo renal. En cuanto a las complicaciones estudiadas; no encontramos diferencias en la incidencia de NAVM ($n = 2$ HM de los 13 conectados a VM y $n = 3$ NHM 3 de 22 pacientes en VM) ni en la infección asociada a catéter con 7 entre

los HM y 1 en NHM. Sobre la evolución, los pacientes NHM mostraron una estancia en UCI más prolongada (HM: media 7 y DT 7, NHM: media 14 días DT 20; p = 0,0145). Sin embargo, no hay diferencias significativas en lo que respecta a reingresos (5 HM y 0 NHM) ni a mortalidad (9 entre los HM y 5 NHM). Referente a ONR: se establece en un 34,4% (10 de HM en UCI y en 27,6% (8) de NHM.

Conclusiones: El estudio es congruente con la literatura actual, pese a tener un tamaño muestral pequeño, la morbimortalidad y evolución de los pacientes HM en UCI es similar a otros. El foco digestivo en HM se asocia probablemente a una mayor incidencia de enteritis neutropénica. Posiblemente los NHM tengan una estancia más larga y sean intubados con mayor frecuencia por un sesgo de selección de los HM al no haber emparejado por comorbilidad.

468. ¿ES EL INGRESO EN UCI UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO DURANTE EL TRATAMIENTO CON CÉLULAS CAR-T?: NUESTRA EXPERIENCIA APLICANDO UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Galiano Carrilero C, Molina Collado Z, Chacón Alves S, Risco Torres P, Sáez de la Fuente I, Blanco Carrasco L, Ginestal Calvo J, Sánchez Pina J y Sánchez-Izquierdo Riera JÁ

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Las células CAR-T (receptor de antígeno quimérico de células T) se asocian a complicaciones que pueden requerir ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) como el síndrome de liberación de citoquinas (CRS) o el síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras (ICANS). El objetivo es conocer las características de estos pacientes y su manejo siguiendo un protocolo multidisciplinar; se evaluará si el ingreso en UCI condiciona un factor de mal pronóstico 6 meses tras la infusión.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes que recibieron CAR-T entre enero 2019 y julio 2023. La población se dividió en dos grupos: con ingreso en UCI debido a CRS o ICANS y los que no lo precisan. Se registraron datos demográficos, del ingreso y su situación a los 6 meses; que se representan como media (desviación estándar, DE) variables cuantitativas normales y mediana (rango intercuartílico, RIC)

las asimétricas; porcentajes se utilizaron en variables cualitativas. Con el test exacto de Fisher se analizaron diferencias en mortalidad a los 6 meses entre grupos.

Resultados: Del total de 52 pacientes, 12 (22,2%) precisaron ingreso en UCI. El 63% eran hombres y la edad mediana 46 años (RIC 25); sin diferencias entre grupos. De los pacientes con ingreso en UCI, presentaron diagnóstico de linfoma folicular 5 (41,7%), mieloma múltiple 3 (25%), leucemia linfoblástica aguda 2 (16,7%) y linfoma B difuso de célula grande 2 (16,7%). Todos presentaron CRS, y un 66,7% ICANS en algún grado. El APACHE II medio fue de 18,3 (DE 3) y SAPS II mediano 44 (RIC 11). Con respecto a su manejo, 9 (75%) de ellos requirieron vasopresores, 1 (8,3%) ventilación mecánica y 2 (16,67%) terapia de depuración extrarrenal por fracaso renal. Tocilizumab se utilizó en 9 (75%) pacientes, corticoides en 10 (83,3%); así como otras terapias: 3 (25%) anakinra, 3 (25%) siltuximab y 6 (50%) tratamiento hemoadsortivo. La estancia media fue de 6,9 días (DE 5,9). La mortalidad a los 6 meses en los pacientes con ingreso en UCI fue del 8,3% mientras que aquellos sin él del 4,7%; no se revelaron diferencias significativas entre grupos (p = 0,54). Un paciente falleció en UCI en el seno de un reingreso por una complicación infecciosa. Del total de la población, el 68,5% tras 6 meses se encuentra en remisión completa, 13% en progresión y 13% en recaída.

Conclusiones: Aunque las complicaciones asociadas al tratamiento con CAR-T son graves, después de 6 meses, el ingreso en UCI no parece tener un impacto negativo en la mortalidad. El manejo en UCI de estos pacientes es variable y necesario, siendo importante basarse en protocolos multidisciplinarios.

469. EXPERIENCIA INICIAL DE LA TERAPIA CON CÉLULAS T EFECTORAS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Marco Mula D, Angela Calvet L, Mandrygina E, Gilabert M, Peña M y Moreno González GJ

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: La terapia de células T con receptor quimérico de antígenos (CAR-T) es un tratamiento innovador para neoplasias hematológicas

Figura Póster 469

	Participantes (n=30)
Edad	61 [IQR= 48-73]
Sexo	
- Hombres	18 [60%]
- Mujeres	12 [40%]
Días de hospitalización	20 [IQR=19-22]
Ingreso en UCI	7 [23,3%]
Días de ingreso en UCI	6 [IQR=2-9]
Enfermedad de base	
- LBDCG *	20 [66,7%]
- LF **	4 [13,3%]
- MM ***	4 [13,3%]
CRS †	24 [80%]
- G I	14 [46,7%]
- G II	8 [26,7%]
- G III	1 [3,3%]
- G IV	1 [3,3%]
ICANS ††	8 [26,7%]
- G I	4 [13,3%]
- G II	1 [3,3%]
- G III	1 [3,3%]
- G IV	2 [6,7%]
SAM †††	2 [6,7%]
Sepsis	9 [30%]
- Shock séptico	2 [22,2%]
Fracaso renal	6 [20%]
- TRC‡	3 [50%]
Supervivencia a los 30 días	30 [100%]
Supervivencia a los 90 días	27 [90%]

* LBDCG: linfoma B de células grandes. ** LF: Linfoma folicular. *** MM: Mieloma múltiple. † CRS: Síndrome de liberación de citoquinas. †† ICANS: síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras. ††† SAM: Síndrome de activación macrofágica. ‡ TRC: Terapia renal continua.

que puede tener efectos secundarios potencialmente graves como el síndrome de liberación de citocinas (CRS) y el síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras (ICANS), que requieran de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo de este estudio es realizar una revisión de la casuística de efectos adversos a la terapia CART en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los pacientes con linfoma B de células grandes (LBDCG), mieloma múltiple (MM) y linfoma folicular (LF), que recibieron terapia CART en el Institut Català d'Oncologia de abril 2019 a diciembre 2023. Utilizamos la clasificación de la ASTCT para clasificar el CRS y el ICANS. Las variables cuantitativas se expresaron utilizando la mediana y el rango intercuartílico, y las cualitativas con el número y porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, el 40% eran mujeres, con edad mediana de 61 años [IQR = 48-73]. El 73,4% padecían LBDCG (n = 22), el 13,3% MM (n = 4) y el 13,3% LF (n = 4). Recibieron una media de 2 líneas de tratamiento previas a la infusión del CAR-T. Los pacientes con LBDCG recibieron tisagenlecleucel en 45,5% (n = 10), axicabtagene ciloleucel en 40,9% (n = 9) y zamtocabtagene autoleucel en 13,6% (n = 3). En MM el 100% recibieron ciltacabtagene autoleucel (n = 4) y en LF el 75% axicabtagene ciloleucel (n = 3). Como complicaciones, el 80% (n = 24) presentaron CRS (46,7% (n = 14) grado I, 26,7% (n = 8) grado II, 3,3% (n = 1) grado III y 3,3% (n = 1) grado IV). El 61% recibieron tocilizumab (n = 8) y al 23% corticoides (n = 3). El 26,7% (n = 8) presentaron ICANS (13,3% grado I (n = 4), 3,3% (n = 1) grado II, 3,3% (n = 1) grado III y 6,7% (n = 2) grado IV). El 6,7% (n = 2) requirió intubación orotraqueal. El 100% de los casos de ICANS se asociaron a CRS. El 20% (n = 6) ingresó en UCI con una mediana de ingreso de 7 días (IQR = 2-9), 1 paciente (3,3%) requirió reingreso en UCI. La supervivencia a los 30 días fue del 100% y a los 90 días del 90%.

Conclusiones: Las complicaciones secundarias a terapia CAR-T puede requerir de ingreso en UCI. En nuestra experiencia, el porcentaje de ingreso así como la mortalidad en UCI es menor a lo reportado en la literatura.

470. EXPERIENCIA DE MEDICINA INTENSIVA COMO SOPORTE A PACIENTES QUE RECIBIERON TERAPIA CAR-T CELL

de Abreu Ramírez AA, Marín Raez R, González Fernández OA, Panduro Meza MM, Martínez Martínez C, Muñoz Mingarro-Molina D, López Vergara L, Soriano Cuesta C, Saenz Noguero S y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La terapia CAR-T es una de las más avanzadas formas de inmunoterapia, sin embargo, se asocia a complicaciones como el síndrome de liberación de citocinas (CRS) y el edema cerebral inducido (ICANS) potencialmente grave que requieren un enfoque multidisciplinar, por lo que nuestro objetivo fue el análisis de complicaciones asociadas a la terapia CAR-T y la necesidad de ingreso en UCI en el primer año de inicio de terapia en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional. Incluimos a pacientes con linfoma refractario que recibieron terapia CAR-T entre septiembre-2022 hasta septiembre- 2023. El protocolo de Ingreso en UCI fue CRS > 1 o ICANS. Se recogieron variables demográficas, clínicas, desarrollo, tratamiento y grados de ICANS y CRS según criterios ASBMT. Mortalidad UCI y a los 90 días. Los resultados se expresan en medias \pm DE, mediana (IQR).

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes con linfoma refractario. El promedio de edad fue de 63 años (DE 13,3), el 81,8% hombres. El 100% presentó CRS y 5/11 (71,4%) desarrolló ICANS. Ingresaron en UCI por complicaciones asociadas a CAR-T el 63,6% (7/11): 6 pacientes por CRS grado II y 1 por CRS grado III. Todos los pacientes que desarrollaron ICANS iniciaron síntomas durante su estancia UCI. La gravedad de ICANS fue: 3 grado I, 1 grado II, 1 grado IV. EL intervalo de infusión hasta el inicio de síntomas para el CRS; 4 (2,5-5) días y de 8 (7-11) a síntomas para ICANS. 2 pacientes presentaron en UCI sepsis documentada microbiológicamente asociada a CRS. El 100% de los pacientes precisaron al menos 1 dosis tocilizumab. El 100% ICANS I-IV recibieron corticoides, además 1 paciente con ICANS IV recibió siltuximab por refractariedad. La mediana de días de estancia en UCI fue de 2 (1,5 - 10) días. Mortalidad UCI 0%. Mortalidad 3 meses 27,3%. Mortalidad 3m 14% en pacientes que precisaron UCI. Pacientes sin ingreso UCI Mortalidad 3 meses 25%.

Conclusiones: En nuestra serie observamos un elevado porcentaje de pacientes que requirieron ingreso en UCI por complicaciones CRS o ICANS tras terapia CAR-T. El ingreso precoz en Medicina Intensiva y el manejo multidisciplinar se asoció a una baja mortalidad en nuestra serie.

471. PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS CON TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS QUE PRECISAN DE INGRESO EN LA UCI: CAUSAS Y COMPLICACIONES

Muñoz-Mingarro Molina D, Marín Raez R, de Abreu AA, González Fernández OA, Martínez Martínez C, Panduro Meza MM, Soriano C y de Pablo R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Análisis de las características de los pacientes con TPH que requieren ingreso en UCI, complicaciones durante su ingreso y evolución clínica.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes que se han sometido a trasplante de progenitores hematopoyéticos que han ingresado en la UCI durante el periodo 01/01/2022 al 01/09/2023. Se recogen datos monográficos, motivo de ingreso, scores de gravedad, soportes orgánicos requeridos, complicaciones y evolución clínica. Los resultados se expresan en forma de medias y porcentajes.

Resultados: Muestra de 20 pacientes con una edad media de 56 \pm 11 años, siendo hombres el 75%. Los scores de mortalidad al ingreso fueron el APACHE II (20 \pm 5), el SAPS II (45 \pm 18) y el SoFA (8 \pm 3). La principal causa por la que se realizó el trasplante en la muestra fue el síndrome mielodisplásico (25%). Dentro del tipo de trasplante un 30% fueron autólogos y un 70% fueron alogénicos. La causa más frecuente de ingreso fue la infecciosa (65%), seguida de causa no infecciosa (21%) y hemorrágica (13%). La infección más frecuente fue la de origen abdominal (45%), seguido de respiratoria (34%). En cuanto a las medidas de soporte: vasopresores (70%), ventilación mecánica (60%), hemofiltración (20%). El 45% de los pacientes presentaron complicaciones durante el ingreso siendo la sobreinfección la más frecuente (42%), seguido de las hemorrágicas (28%). Estas fueron más frecuentes en el grupo del primer mes postrasplante (78%) frente a los grupos de 1 a 6 meses (7%) y de más de 6 meses (14%) postrasplante. En cuanto a mortalidad, en la muestra fue de un 40% en la UCI ascendiendo al 50% a los 6 meses. Siendo esta más alta en el grupo de trasplante alogénico (50%) que en los autólogos (16%). En cuanto a las medidas de soporte el 50% que preciso hemofiltro falleció, y dentro de la ventilación mecánica aquellos que precisaban más de 20 días presentaban una mortalidad del 75%, por solo del 16% en aquellos que precisaban menos de 20 días. El 66% de los pacientes que presentaron complicaciones durante el ingreso falleció, siendo solo el 18% de mortalidad en el grupo sin complicaciones.

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes TPH que requieren ingreso en UCI son cifras aceptables tanto en UCI como a los 6 meses que apoyan el ingreso de este tipo de pacientes en UCI. La mortalidad está asociada al tipo de TPH, a tener complicaciones durante su ingreso y al tiempo de VM que solo se asocia a mortalidad elevada si supera los 20 días.

472. IMPACTO DEL INGRESO EN UCI NO PROGRAMADO DE LOS PACIENTES AFECTOS DE NEOPLASIA DE ÓRGANO SÓLIDO

Mayor Vázquez E, Fernández S, García de Herreros M, Laguna JC, Téllez A, Almorín L, Millán S, Nicolás JM, Marco Hernández J y Castro P

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: Evaluar el impacto del ingreso en UCI de los pacientes con neoplasia de órgano sólido en términos de cambio en el estado funcional basal, cese en el tratamiento activo oncoespecífico y mortalidad tras el ingreso (al mes, a los 3 meses y a los 6 meses).

Métodos: Análisis retrospectivo unicéntrico de una cohorte de pacientes con neoplasia de órgano sólido activa que requirieron ingreso no programado en UCI durante el año 2019. Se recogieron datos clínicos y de laboratorio.

Resultados: Se incluyeron 97 ingresos. La edad media fue 63,8 (11,7) años y el 54% fueron hombres. El tumor más frecuente fue el pulmonar

(22,6%). El 75% de los pacientes estaba recibiendo tratamiento oncoespecífico activo, siendo la quimioterapia la modalidad más frecuente (51%). Un 74% presentaba un estado funcional (medido mediante el Performance Status Score (PSS)) de 0-1. El motivo de ingreso más frecuente fue la insuficiencia respiratoria (38%) y el *shock séptico* (36%). El APACHE II y SOFA fueron 13 (10-18) y 4 (2-7). Un 13% requirió ventilación mecánica invasiva. La mediana de estancia (P25-75) en UCI y hospitalaria fue de 4 (2-6) y 25 (11-34) días, respectivamente. En un 31% de los casos se tomaron decisiones sobre adecuación del esfuerzo terapéutico durante la hospitalización. La mortalidad en UCI y hospitalaria fue del 9,4% y 24%, respectivamente. Entre los supervivientes, la mortalidad al mes, 3 y 6 meses fue del 15,5%, 37,5% y 56,7% respectivamente. Al alta hospitalaria, el estado funcional de los pacientes fue menor que al ingreso, con un PS de 2 o superior en el 79% de los casos ($p < 0,05$). El 40% de los pacientes precisaron de reingreso hospitalario en los siguientes 6 meses al alta (11,3% en UCI). Respecto al tratamiento oncoespecífico, se suspendió en el 37% y se modificó en el 56,7%.

Conclusiones: Los pacientes afectos de tumor de órgano sólido que requieren ingreso no programado en UCI presentan un deterioro de su estado funcional basal respecto al ingreso, así como una tasa de reingresos elevadas. Ello provoca un porcentaje elevado en el cambio de tratamiento oncoespecífico que puede condicionar su pronóstico a largo plazo.

473. IMPLICACIONES DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE INGRESAN EN UCI

González Fernández OA, García Godes M, de Abreu Ramírez AA, Martínez Martínez C, López Vergara L, Sainz Cabrejas J, Márquez Alonso JA, Pozuelo Echegaray I, Soriano Cuesta MC y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: El ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) requiere valorar los beneficios para cada paciente, siendo el segundo factor más frecuente de desestimación el cáncer metastásico, pero los avances en Oncología han mejorado el pronóstico, aumentando así la demanda de UCI. Esto lleva a preguntarnos si nuestros criterios de ingreso deberían cambiar en estos pacientes. Para eso, analizaremos la mortalidad de pacientes oncológicos que ingresan en UCI, qué factores influyen, y si al alta retoman su tratamiento oncológico.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo observacional de pacientes oncológicos ingresados en UCI desde mayo 2021 a octubre 2023 en Hospital Ramón y Cajal. Incluimos todos los pacientes con cáncer activo al ingreso en UCI, con primario no hematológico, cerebral o hepatocarcinoma, no quirúrgicos. Se recogieron datos demográficos, historia oncológica, estancias, mortalidad, soporte recibido y tratamiento oncológico al alta. Para los objetivos secundarios se utilizó un test chi-cuadrado.

Resultados: 71 pacientes, media 67 años, 49,3% mujeres. APACHE II medio 22. Tumor primario pulmón 25%, digestivo 20%, mama 17%, próstata 13%, ginecológico. 8%, biliar 8%, vejiga 6%, melanoma 3%. Estadio metastásico 63%, localmente avanzado 30%, localizado 7%. Estancia UCI media 6 días, hospitalaria 18. Mortalidad UCI 22,5%, hospitalaria 38%, al mes de ingreso UCI 32,4%, 43,6% 6 meses, y 56,3% 1 año. Motivo de ingreso médico en 63% pacientes, complicación oncológica 37%. 41% requirieron intubación orotraqueal (IOT), 26% ventilación mecánica no invasiva (VMNI), 77% vasopresores (SVA), 4% terapia reemplazo renal (TRR). Influencia del ingreso por causa médica u oncológica con respecto a mortalidad en UCI no fue significativa, $p = 0,5$, tampoco la VMNI $p = 0,4$, SVA $p = 0,07$, TRR $p = 0,9$, o estadio del tumor $p = 0,59$. Sí demostró influencia en mortalidad en UCI la IOT, $p = 0,0003$. Retomaron tratamiento oncológico al alta hospitalaria 34 pacientes (61,8%).

Conclusiones: La mortalidad de pacientes oncológicos en UCI fue 22,5%, por lo que parece que existe en beneficio en ingresarlos en UCI. Sin embargo, la mortalidad al año fue mucho mayor, lo que podría estar en parte en relación a la progresión de su enfermedad oncológica, a pesar de que la mayoría pudieron continuar con su tratamiento oncológico al alta. La IOT ha demostrado influencia en esta mortalidad, no la TRR, VMNI, SVA, ingreso secundario a complicación oncológica o estadio del tumor. Habría que investigar acerca de otros factores que influyeran en la mortalidad y así definir mejor que pacientes oncológicos se beneficiarían de ingreso en UCI.

474. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES TROMBÓTICAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR NEUMONÍA GRAVE A CAUSA DE COVID-19. IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN PREVIA

Blancas Gómez-Casero R¹, Bledig C², Alonso Fernández MÁ¹, Bartolomé Martín P³, Manso Álvarez M¹, Gómez Guardiola R⁴, Blancas García M¹, Martínez González Ó¹, Quintana Díaz M⁵ y Campillo S⁵

¹Hospital del Tajo, Madrid. ²Ospedale Michele E Pietro Ferrero, Verduno, Italia. ³Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ⁴Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ⁵Hospital Universitario La Paz (C. H. La Paz), Madrid.

Objetivos: La infección grave por SARS-CoV-2 produce una insuficiencia respiratoria aguda, una de cuyas complicaciones son los eventos trombóticos. Los factores asociados a estas complicaciones trombóticas no están claramente establecidos. El objetivo de nuestro estudio fue encontrar características clínicas relacionadas asociadas a las complicaciones trombóticas en pacientes ingresados en UCI por neumonía grave a causa de COVID-19.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, multicéntrico. Se incluyeron para análisis pacientes ingresados en UCI con neumonía grave por SARS-CoV-2, confirmada mediante técnica RT-PCR en exudado faríngeo o en aspirado traqueal desde la fecha en que se ingresó el primer paciente vacunado en cualquiera de las UCI participantes en el registro TROMCCO, hasta marzo de 2022.

Resultados: Se incluyó un total de 255 pacientes, con una mediana de edad de 63,8 (RIQ, 54,6-70,8). Los eventos trombóticos se produjeron en un 21,17% de los pacientes. El 18,8% de los pacientes estaba vacunado al ingreso (22,9% entre los que no sufrieron trombosis, 3,7% entre los que si tuvieron esta complicación). En el análisis univariante se encontró relación con la probabilidad de aparición de trombosis con el índice de masa corporal (IMC) > 40 (OR 10,947; IC95%: 1,288-93,038; $p = 0,028$), los días de clínica previos al ingreso (OR 1,096; IC95%: 1,005-1,195; $p = 0,039$), los días de ingreso en UCI (OR 1,033; IC95%: 1,018-1,049; $p < 0,001$), no recibir oxigenoterapia de alto flujo (OR 2,705; IC95%: 1,460-5,011; $p = 0,002$), la ausencia de vacunación (OR 7,716; IC95%: 1,810-32,899; $p = 0,006$), no recibir HBPM a dosis profiláctica (OR 9,775; IC95%: 2,616-36,524; $p = 0,001$). No recibir ventilación mecánica disminuyó la probabilidad de trombosis (OR 0,342; IC95%: 0,146-0,799; $p = 0,013$), así como la ausencia de sepsis (OR 0,256; IC95%: 0,129-0,508; $p < 0,001$). En el análisis multivariante se encontró asociación del evento trombosis con los días de ingreso en UCI (OR 1,034; IC95%: 1,013-1,055; $p < 0,001$), no recibir OAF (OR 3,680; IC95%: 1,544-8,770; $p = 0,003$) y la ausencia de vacunación (OR 5,634; IC95%: 1,204-26,367; $p = 0,028$). La mortalidad hospitalaria no se asoció a la aparición de complicaciones trombóticas.

Conclusiones: Algunas características de gravedad se asocian a la aparición de eventos trombóticos en pacientes con COVID-19 ingresados en UCI. La vacunación disminuye la frecuencia de esta complicación. En nuestro conocimiento, esta es el primer estudio confirmando el efecto de la vacunación sobre la aparición de eventos trombóticos en pacientes con COVID-19 grave.

475. EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EN LA UCI

Godoy Tundidor V, Núñez Gómez A, Martín Cuenca T, Ruiz de Luna R, Salas Alcántara O, López Jiménez AI, Alfonso Rivero D, Roviroa Bigot S, Huerta Palacios V y Yagüe Huertas M

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivos: Analizar los factores que influyen en la mortalidad de los pacientes oncohematológicos que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye pacientes ingresados en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel entre enero de 2021 y diciembre de 2023. Se analizaron factores demográficos, patología al ingreso, tipo de neoplasia y su tratamiento y se estudió su influencia en la mortalidad. El estudio analítico se realizó con el *software* estadístico SPSS v.17 (IBM corp., Armonk, EE. UU.).

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, 37 (68,5%) hombres con una media de edad de $67,96 \pm 12,57$ años. El motivo de ingreso más frecuente fue la insuficiencia respiratoria (51%) permaneciendo ingresados una media de $14,57 \pm 19,4$ días. De los 54 pacientes, 31 (57%)

presentó neoplasia sólida. La mayoría (41 pacientes, 75,9%) había recibido algún tipo de tratamiento oncológico al ingreso. Diecinueve (35,2%) había recibido quimioterapia en los 30 días previos al ingreso y 3 (5,6%) pacientes la recibieron durante su estancia en UCI. Fue preciso el empleo de HDFVVC en 6(11,1%) pacientes, DVA en 17 (31,5%) y 23 (42,6%) pacientes precisaron intubación orotraqueal (IOT). La mortalidad total a los 6 meses fue del 44,2% (26 pacientes), de los cuales la mitad falleció durante el ingreso en UCI y del resto, la mayoría (53,8%) en los primeros 30 días tras el alta. Los pacientes hematológicos presentaron mayor mortalidad que aquellos con neoplasia sólida (50 vs. 39%, $p = 0,039$). Los pacientes que no recibieron tratamiento oncológico tuvieron una tasa de mortalidad significativamente mayor que los que lo recibieron (69,2 vs. 26%, respectivamente; $p = 0,009$). También se observó un aumento de la mortalidad en los pacientes que precisaron HDFVVC (100 vs. 29,2%, $p = 0,002$) y en los que fue necesario realizar IOT (56,5 vs. 22,6%, $p = 0,021$). Además la mayor puntuación en el NUTRIC SCORE y el APACHE se correlacionaron significativamente con mayor riesgo de mortalidad ($p = 0,18$ y $p = 0,035$ respectivamente).

Conclusiones: Los factores que se relacionaron con una mayor mortalidad en los pacientes oncohematológicos ingresados en UCI fueron la mayor puntuación en NUTRIC SCORE y el APACHE, la necesidad de IOT y HDFVVC y la ausencia de tratamiento oncológico previo. Asimismo, los pacientes con neoplasia hematológica presentaron mayor mortalidad que aquellos con neoplasia sólida.

476. PERFIL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Díaz de Antoñana Sáenz V, Zabalza Goya A, Llorente Sánchez A, Egiús Lugea A, Martínez San José N, Lasa Berasain P, Vázquez Yoldi A, Artaza Beltrán de Heredia A, Yeregui Baztán L y Ruiz Lucea J

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Evaluar las características y resultados de los pacientes con enfermedad hematológica que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) e identificar los factores que predicen su mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con enfermedad hematológica que precisan ingreso en UCI en un hospital terciario entre 1/1/2022-30/11/2023. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, variables clínicas relacionadas con la enfermedad de base, motivo de ingreso y procedencia y manejo durante la estancia en la UCI. El resultado del paciente se expresa en términos de mortalidad/supervivencia. Análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 25. Las variables continuas se presentan como medias \pm desviación estándar y las variables categóricas, como porcentajes. Para el análisis de mortalidad, se ha utilizado un modelo de regresión logística para identificar los predictores de mortalidad introduciendo las variables con $p < 0,05$ en el análisis univariado.

Resultados: Muestra de 61 pacientes (63,9% hombres). Edad media de 62,8 años (rango 18-82 años). Enfermedades hematológicas más frecuentes: leucemia mieloide aguda (LMA 27,9%) y linfomas no Hodgkin (LNH 27,9%). El 63,9% estaban recibiendo tratamiento activo con intención curativa en el momento del ingreso a la UCI, 13 pacientes (21,3%) estaban en fase de diagnóstico, 4 pacientes (6,6%) con enfermedad en recaída y 5 pacientes (8,2%) en tratamiento activo en fase estable de la enfermedad. El 80,3% de los casos ingresaron desde planta. Motivos principales de ingreso: Insuficiencia respiratoria aguda (52,5%) y shock séptico (41%). Mediana de SOFA al ingreso 8 (51,7% ≥ 7). El 32,8% precisó ventilación mecánica invasiva (VMI), el 16,4% VMNI, el 75,4% vasopresores, el 65,6% hemoderivados y el 14,8% técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR). En 21 pacientes (34,4%) se adecuó el tratamiento de soporte vital. La mortalidad intrahospitalaria fue del 42,6%, 20 fallecieron en la UCI y 6 en planta. Estancia media en UCI de 11,64 días (DE 15,52). La escala SOFA al ingreso y la necesidad de VMI se identificaron como factores de riesgo independientes de mortalidad.

Conclusiones: Las cifras de mortalidad hospitalaria de nuestra serie, son discretamente inferiores a los estudios revisados. Los factores clínicos asociados a la mortalidad hospitalaria fueron la puntuación SOFA al ingreso en UCI y la ventilación mecánica invasiva. Los principales motivos de ingreso en UCI fueron insuficiencia respiratoria aguda y shock séptico.

477. INFECCIONES EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Díaz de Antoñana Sáenz V, Llorente Sánchez A, Zabalza Goya A, Martínez San José N, Vázquez Yoldi A, Egiús Lugea A, Artaza Beltrán de Heredia A, Yeregui Baztán L, Lasa Berasain P y Candau Rodríguez C

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Evaluar la patología infecciosa en pacientes con enfermedad hematológica que ingresan en UCI.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de pacientes con enfermedad hematológica que ingresan en la UCI de un hospital terciario entre el 01/01/2022 y el 30/11/2023. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, variables clínicas relacionadas con la enfermedad de base, motivo de ingreso y manejo en UCI. Resultado expresado en términos de mortalidad/supervivencia. Análisis estadístico: mediante el programa SPSS versión 25. Las variables continuas se presentan como medias \pm desviación estándar y las variables categóricas como porcentajes.

Resultados: Muestra de 61 pacientes (63,9% hombres) con edad media de 62,8 años (rango 18-82). Enfermedades hematológicas más frecuentes: leucemia mieloide aguda (LMA, 27,9%) y linfomas no Hodgkin (LNH, 27,9%). Principales motivos de ingreso en UCI: shock séptico (41%, $n = 25$) e insuficiencia respiratoria aguda (52,5%). SOFA ≥ 7 en el 51,7% de los pacientes. Neutropenia grado IV en el 45,9%. El 93,4% ingresa con sospecha de patología infecciosa, confirmada microbiológicamente en el 34,4%, siendo mayoritariamente de origen respiratorio (42,8%) y bacteriemias (33,4%). Se registró una tasa de infección intra-UCI del 11,5%, y en un 1,6% no hubo aislamiento microbiológico confirmado a pesar de la sospecha. Distribución intra-UCI: BCR ($n = 3$), neumonía asociada a ventilación mecánica ($n = 3$) e infección Intraabdominal ($n = 2$). Gérmenes: bacilos gram negativos (BGN, 42,8%, 66,7% multirresistentes), cocos gram positivos (CG+, 42,8%), *Clostridioides difficile* (14,3%). El 98,4% de los pacientes recibió antibioterapia de amplio espectro (duración media 5,64 días, rango 1-30), y el 77% durante toda su estancia en UCI. La mortalidad intrahospitalaria fue del 42,6%. (20 fallecieron en UCI y 6 en planta), con infección microbiológicamente confirmada en el 19,2%.

Conclusiones: Existe una alta sospecha de patología infecciosa de los pacientes hematológicos que ingresan en UCI (93,4%), aunque la tasa de infección microbiológicamente confirmada es baja (34,4% al ingreso en UCI). Ello induce a tratamientos con antibióticos de amplio espectro durante tiempos prolongados. Es necesario plantearse el diagnóstico diferencial con otras patologías para poder optimizar el uso de antibióticos en UCI.

Martes, 14 de mayo de 2024

Pósteres orales

METABOLISMO Y NUTRICIÓN

17:30-19:00 - Sala 128

Moderadores: Carmen Sánchez Álvarez/
Carlos González Iglesias

478. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CRÍTICOS QUE RECIBIERON NUTRICIÓN ARTIFICIAL EN UNA UCI

Rico Oller CE, Santana Padilla YG, Ramos Díaz M, Oller Carbonell GE, Rico Rodríguez J, Blanco López JJ y Santana Cabrera L

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Comparar la diferencia en las características de los pacientes críticos que recibieron soporte nutricional en una UCI.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo de una población de pacientes ingresados durante un periodo de 6 meses en una UCI polivalente. Los criterios de inclusión fueron: ≥ 18 años, tiempo de ingreso en UCI ≥ 7 días y recibir soporte nutricional ≥ 2 días durante el

Figura Póster 478

Tabla I. Diferencias entre los grupos analizados en función de las variables descriptivas.

	Total de la población reclutada		No supervivientes (n=42)		Supervivientes (n=55)		t	p
	Media global	DE	Media	DE	Media	DE		
Edad (años)	60.60	11.01	63.45	8.76	58.42	12.04	2.285	0.025
Peso (kg)	84.59	26.75	88.52	31.03	81.58	22.88	1.268	0.208
Estatura (cm)	168.87	8.95	167.67	9.45	169.80	8.51	1.178	0.242
IMC (kg/m ²)	29.59	8.78	31.61	10.80	28.05	6.56	2.006	0.048
APACHE II	15.31	7.19	18.12	6.88	13.16	6.71	3.562	0.001
SOFA	4.39	2.63	4.93	2.69	3.98	2.53	1.775	0.079
SOFA 7º día	4.74	3.12	6.07	2.84	3.73	2.95	3.993	0.000
Índice de comorbilidad de Charlson	3.02	2.01	3.52	2.06	2.64	1.89	2.197	0.030
NUTRIC score	3.81	1.55	4.38	1.54	3.38	1.42	3.304	0.001
Duración del soporte nutricional (días)	15.04	12.13	19.83	14.06	11.38	8.95	3.606	0.000
Duración de la VMI (días)	14.96	12.34	20.21	14.23	10.95	8.89	3.930	0.000
Estancia hospitalaria previa (días)	1.40	3.63	1.86	4.35	4.05	2.98	1.077	0.284
Estancia en UCI (días)	18.53	11.95	22.24	14.78	15.69	8.32	2.764	0.007
Estancia hospitalaria total (días)	29.33	18.08	26.45	17.59	31.53	18.31	1.376	0.172

Nota: Prueba T de Student (p<0,05). IMC: índice de masa corporal; **APACHE II:** Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II; **SOFA:** Sequential Organ Failure Assessment; **NUTRIC score:** Nutrition risk in the critically ill; **VMI:** Ventilación mecánica invasiva. La variable "estancia previa" hace referencia a los días de ingreso previos al ingreso en UCI.

ingreso en UCI. Se excluyeron los pacientes reingresados, los pacientes procedentes de otras UCI y los trasladados antes del alta hospitalaria a otro centro sanitario. Se analizaron las variables continuas recogidas en media y desviación típica. El análisis bivariante se realizó con la prueba de la t de Student. Se considero significativa una p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron N = 97 pacientes críticos. El 59,8% eran hombres (n = 58). La media de edad era de 60,60 ± 11,01. Los criterios de gravedad al ingreso fueron a través de sus valores medios: APACHE II (15,31 ± 7,19), SOFA (4,39 ± 2,63) y Charlson (3,02 ± 2,01). El análisis bivariante se realizó con la creación de los grupos de supervivientes y no supervivientes (tabla). Cuando se compara la población, según la supervivencia al alta hospitalaria, los que fallecieron (n = 42) eran de mayor edad (p = 0,025), un mayor IMC (0,048), una mayor gravedad según APACHE II (p = 0,01) y SOFA al 7º día (p = 0,000), una mayor comorbilidad (p = 0,030), un mayor NUTRIC score (p = 0,001), una mayor duración del soporte nutricional (p = 0,000) y una mayor estancia en UCI (p = 0,07).

Conclusiones: La cohorte de pacientes no supervivientes tenía un mayor riesgo nutricional al ingreso. La malnutrición del paciente crítico

al ingreso en las unidades de críticos está estrechamente relacionada con su supervivencia.

479. ESTUDIO DE LA SUPERVIVENCIA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CRÍTICOS QUE RECIBIERON NUTRICIÓN ARTIFICIAL EN UNA UCI EN RELACIÓN CON EL BALANCE HÍDRICO

Rico Oller CE, Santana Padilla YG, Ramos Díaz M, Oller Carbonell GE, Rico Rodríguez J, Blanco López JJ y Santana Cabrera L

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Comparar la supervivencia de una cohorte de pacientes en relación con el balance hídrico de los primeros 7 días de ingreso en UCI.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo del balance hídrico diario de una población de pacientes ingresados durante un periodo de 6 meses en una UCI polivalente. Los criterios de inclusión fueron: ≥ 18 años, tiempo de ingreso en UCI ≥ 7 días y recibir soporte nutricional ≥ 2 días durante el ingreso en UCI. Se analizaron las variables continuas

Tabla Póster 479

Diferencias entre el balance hídrico entre el grupo de supervivientes y no supervivientes

	No supervivientes (N = 42)		Supervivientes (N = 55)		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Balance 1 día	797,10	1.794,77	912,02	1.821,71	0,310	0,757
Balance 2 día	1.059,57	2.162,92	980,65	1.771,56	0,197	0,844
Balance 3 día	756,45	1.411,56	263,84	1.405,26	1,707	0,091
Balance 4 día	366,76	1.103,97	-118,87	1.404,38	1,847	0,068
Balance 5 día	287,19	1.717,20	-355,13	1.354,43	2,060	0,042
Balance 6 día	-269,79	1.116,57	-736,45	1.385,16	1,784	0,078
Balance 7 día	-339,22	1.361,36	-657,84	1.517,74	1,071	0,287
Balance1_3	2.613,12	3.945,55	2.156,51	3.182,61	0,631	0,530
Balance4_7	44,95	3.238,95	-1.868,18	3.832,48	2,602	0,011

Prueba t de Student (p < 0,05). Balance 1_3: Balance de los primeros tres días de ingreso. Balance 4_7: Balance del cuarto al séptimo día de ingreso en UCI.

recogidas en media y desviación típica. El análisis bivalente se realizó con la prueba de la t de Student. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: El balance de fluidos comienza siendo más positivo durante los dos primeros días en ambos grupos, siendo superior en el grupo de no supervivientes. Es a partir del tercer día cuando se denota una disminución progresiva a balances negativos, más significativa entre los supervivientes. Existiendo diferencias significativas entre ambos grupos en el quinto día de ingreso ($p = 0,042$). En los no supervivientes, en cambio, esta disminución es menos pronunciada y presenta un estancamiento en torno a los días 6-7. El balance acumulado en los días 1-3 no tiene una asociación significativa con la supervivencia, mientras que el balance en los días 4-7 sí se asoció de forma significativa a un incremento de la mortalidad ($p = 0,011$). (tabla).

Conclusiones: En nuestra población poseer un balance negativo al quinto día y en el balance del cuarto al séptimo día es un factor que puede influir en la supervivencia en la UCI.

480. FACTORES DE RIESGO PARA LA SUPERVIVENCIA DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS

Rico Oller CE, Santana Padilla YG, Ramos Díaz M, Oller Carbonell GE, Rico Rodríguez J, Blanco López JJ y Santana Cabrera L

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo para la supervivencia de una cohorte de pacientes críticos.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo de una población de pacientes ingresados en una UCI polivalente durante 6 meses. Los criterios de inclusión fueron: ≥ 18 años, tiempo de ingreso en UCI ≥ 7 días y recibir soporte nutricional ≥ 2 días durante el ingreso en UCI. Se excluyeron los pacientes reingresados, los pacientes procedentes de otras UCI y los trasladados antes del alta hospitalaria a otro centro sanitario. Se analizó las variables cualitativas en frecuencia y porcentaje. El análisis bivalente se realizó con la prueba de chi-cuadrado y el *odds ratio*. Se considero significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron $N = 97$ pacientes con una edad de $60,60 \pm 11,01$. La estancia en UCI fue de $18,53 \pm 11,95$ días. El 68% ($n = 66$) recibió soporte nutricional en las primeras 48 horas. Precizaron ventilación mecánica el 97,9% con una duración media de 14,96 días. El 50,5% ($n = 49$) desarrolló algún grado de fracaso renal agudo y el 25,8% ($n = 25$) precisó de terapias sustitutivas. El 90,7% ($n = 88$) de la muestra precisó de vasopresores más de un día, y el 62,9% ($n = 61$) tuvo unos niveles en sangre de ácido láctico superior a 2 mmol/L. Los factores de riesgo se muestran en la tabla.

Análisis bivalente entre variables cualitativas y en función de la supervivencia de UCI			
Variable	OR	IC95%	p
Sexo (Hombre)	1,722	0,757-3,918	0,137
Necesidad de VMI (SI)	0,759	0,046-12,503	0,681
Diagnóstico de FRA durante el ingreso (SI)	4,737	1,984-11,307	0,000
Necesidad de TRS (SI)	6,746	2,377-19,144	0,000
Vasopresores > 1 día (SI)	6,979	0,837-58,177	0,040
Ácido láctico (> 2 mmol/L) (SI)	4,407	1,732-11,217	0,001
Nutrición enteral en las primeras < 48 horas (SI)	0,609	0,258-1,440	0,181

Prueba de chi-cuadrado ($p < 0,05$). VMI: ventilación mecánica invasiva; FRA: fracaso renal agudo; TRS: terapia renal sustitutiva; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

Conclusiones: En nuestra muestra, fueron factores de riesgo para fallecer el diagnóstico de fracaso renal durante el ingreso, la necesidad de terapias sustitutivas renales y la presencia de vasopresores durante más de un día.

481. EXPERIENCIA INICIAL CON SENSORES DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES CRÍTICOS

González López S¹, Lafuente Carrasco JL², Avilés Álvarez E², Bernal González IL¹, Sandoval Gómez MDC¹, Benito Fernández A¹, Oñoro Cañaverl JJ¹, Beunza Nuin JJ², de la Casa Monge RM¹ y Sánchez Jiménez G¹

¹Hospital HLA Universitario Moncloa, Madrid. ²Universidad Europea de Madrid, Madrid.

Objetivos: Principal: describir la experiencia inicial con la monitorización continua de glucosa subcutánea (MCG) en pacientes críticos durante los primeros 14 meses de utilización, incluyendo número de pacientes monitorizados, tiempos de monitorización, tiempos en rango y valores de glucosa obtenidos. Secundarios: detallar las características de las hipoglucemias potenciales encontradas. Determinar las principales dificultades durante la utilización de los dispositivos.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el que se incluyen los datos de glucosa los pacientes a los que se les colocó un sensor de MCG desde el 1 de octubre de 2022 hasta el 30 de noviembre de 2023 en el Hospital Universitario HLA Moncloa. Se utilizaron sensores FreeStyle Libre 2 de Abbot que recogen un valor de glucosa subcutánea cada 15 minutos. Las variables cualitativas se resumirán a partir de la frecuencia absoluta y relativa (n y %), mientras que para resumir las variables de tipo cuantitativo se evaluará la normalidad de estas (mediante pruebas de Shapiro-Wilk) y se calcularán la media \pm desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico [Q1, Q3].

Resultados: Se monitorizaron un total de 23 pacientes durante el tiempo de estudio, de los cuales en 3 casos (13,0%) se determinó fallo del dispositivo y en 6 no se pudieron obtener datos (26,1%), de forma que únicamente en 14 se extrajo información (60,9%). Se encontró una media de 10,3 días de monitorización (DE 6,7) que correspondían a un total de 12.005 registros y a un tiempo de monitorización de 3.001,25 horas. Los pacientes permanecieron un 70,2% del tiempo en rango (glucosa entre 70 y 180 mg/dL), con un 0,7% del tiempo con valores de hipoglucemia subcutánea. El 57,1% de los pacientes presentó algún registro compatible con hipoglucemia. El menor valor de glucosa medido fue de 53 mg/dL. En 2 de las 3 (66,0%) ocasiones en las que fallo el dispositivo se identificó hipoperfusión tisular como posible causa del fallo del dispositivo. En al menos 4 ocasiones las alarmas de hipoglucemia no fueron advertidas.

Conclusiones: Los pacientes críticos pueden ser monitorizados con sensores de MCG presentando de forma frecuente alteraciones de la glucosa subcutánea. Las hipoglucemias potenciales son poco frecuentes pero dada su peligrosidad deberían ser evitadas por lo que es preciso mejorar la gestión de las alarmas para que no pasen desapercibidas. Los dispositivos de MCG pueden disfuncionar en pacientes con hipoperfusión tisular abriendo la posibilidad a su utilización como marcador durante la reanimación de pacientes en *shock*.

482. ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE DISFAGIA EN LOS PACIENTES QUE HAN SIDO SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL DURANTE LOS AÑOS 2022 Y 2023

Rivas Gómez-Plana F, Sánchez del Río A, Marcote Denis B, García Arjona R y Palomares Nova G

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Valorar la presencia de disfagia en los pacientes sometidos a ventilación mecánica > 48 horas. Analizar los factores de riesgo para su desarrollo. Estudiar la relación entre los diferentes factores para su aparición.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre el cribado de disfagia en los pacientes con ventilación mecánica. Se incluyen a los pacientes que han recibido durante 48 horas o más y que pueden destetarse de la misma en la UCI del Hospital Universitario de Puerto Real durante los años 2022 y 2023. En segundo tiempo, mediante contraste de hipótesis con estadística no paramétrica se analiza la relación de la disfagia con posibles desencadenantes de la misma.

Resultados: Analizamos 155 pacientes siendo el 72,3% hombres con una media de edad de 59,54 años todos ellos sometidos a ventilación mecánica durante una media de 10,3 días. El 100% recibió sedación y el 9,7% relajantes neuromusculares. En el 100% se monitoriza la profundidad de sedación mediante escala RASS y en el 44,5% mediante BIS. Se realizó traqueostomía percutánea al 23,9% y traqueostomía quirúrgica al 4,5%. Portaron SNG el 97,4% y yeyunostomía de alimentación el 3,9%. Recibieron nutrición enteral el 91,6% y nutrición parenteral el 30,3%. Se realizó test de disfagia al 57,4% de los pacientes detectando presencia de disfagia al 29,2%. En cuanto a la etiología por la que ingresan destacamos: 23,9% *shock* séptico, 14,2% insuficiencia respiratoria, 13,9% cuadros neurológicos, 10,3% posquirúrgicos, 9,7% cardiológicos, seguidos de otros cuadros en menor porcentaje como neumonía COVID, parada car-

diorrespiratoria, trauma grave, *shock* hemorrágico, etc. La mayoría 94,8% se trasladan de alta a planta. En cuanto al porcentaje de *exitus* en UCI es del 1,9% y de *exitus* en planta del 4,5%. Se realizó limitación del esfuerzo terapéutico en 6,5%. En el contraste de hipótesis solamente se demuestra relación con resultados estadísticamente significativos la realización de traqueostomía percutánea (chi-cuadrado $p = 0,002$) y traqueostomía quirúrgica (chi-cuadrado $p = 0,023$).

Conclusiones: En los últimos años existen múltiples estudios que revelan la presencia de disfagia como secuela tras recibir ventilación mecánica. Esto conlleva un aumento del número de neumonías, reintubaciones y mortalidad. Confirmamos la presencia de disfagia en nuestros pacientes, por tanto, consideramos la importancia de protocolizar la realización de test de cribado en UCI. Aún nos queda mucho por mejorar. En el contraste de hipótesis únicamente podemos demostrar una relación estadísticamente significativa en los pacientes a los que se ha realizado traqueostomía.

483. ERRORES FRECUENTES EN EL MANEJO DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA

Labrador Romero L, López Sánchez M, Ortiz Lasa M, Berrazueta Sánchez de Vega A y Silva García C

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Revisar los casos de cetoacidosis diabética (CAD) más graves que ingresaron en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en los 2 últimos años, poniendo de manifiesto las diferencias en el tratamiento recibido y los errores más frecuentemente repetidos. Posteriormente valoraremos los cambios en los próximos años tras la instauración de un protocolo para el manejo de la CAD.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo y descriptivo de los pacientes que ingresaron en UCI con diagnóstico de CAD entre el 1 de enero 2021 al 31 de diciembre del 2022. Realizamos un análisis simple de las variables y las expresamos en porcentaje y media.

Resultados: Tuvimos 45 ingresos por CAD de 38 pacientes diferentes, con un 16% de reingresos por el mismo motivo durante esos 2 años. 53% mujeres y 47% hombres, siendo un 11% niños < 16 años (todos ellos con debut diabético). De los 34 pacientes adultos encontramos una edad media de 38 años, ingresando el 21% como debut diabético, mientras que el resto de los pacientes tienen como motivo más frecuente de la descompensación las infecciones intercurrentes en el 44% de los casos, seguido de la omisión del tratamiento con insulina en el 26%, cambios en el tratamiento antidiabético 6% o la trasgresión dietética 6%. El 86% de los pacientes ingresan como diagnóstico principal por la CAD con una estancia media de 3,56 días, encontrando un 13% de pacientes diabéticos que ingresan por otra causa y desarrollan CAD durante el ingreso. El error más frecuente en cuanto al manejo de esta patología fue la suspensión de la perfusión de insulina sin haber iniciado la insulina basal, error que se repitió hasta en un 78% de los casos, con recidiva de la cetosis en el 57,7% y necesidad de reinicio de la perfusión de insulina en el 51%. También se observó con frecuencia la administración de bicarbonato fuera de indicación hasta en el 41,3% de los casos (dosis media de 2,3 mEq/kg, aunque llegando incluso a 8 mEq/kg), así como una suplementación insuficiente de potasio al inicio del tratamiento en los casos con hipopotasemia en el 88% de los casos. No hubo grandes complicaciones ni *exitus* en relación con esta patología.

Conclusiones: La CAD es una patología grave que suele conllevar ingreso en UCI para su manejo y control, aunque con una tasa de mortalidad baja. Se da con mayor frecuencia en pacientes jóvenes con independencia del sexo, siendo las causas más frecuentes de la descompensación en los diabéticos ya conocidos las infecciones, seguido de la omisión del tratamiento con insulina. Todavía tenemos margen de mejora en el tratamiento de esta entidad en nuestro centro.

484. LIPASA SÉRICA Y REALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

González Contreras JJ, Razak Soriano M, Delgado Mesa P, Macías Clemente J y Gómez Prieto MG

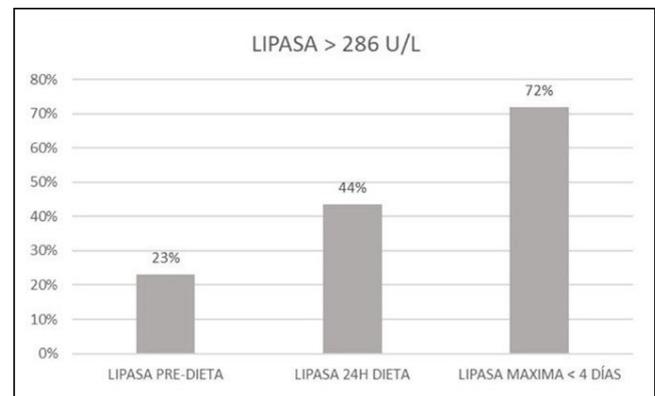
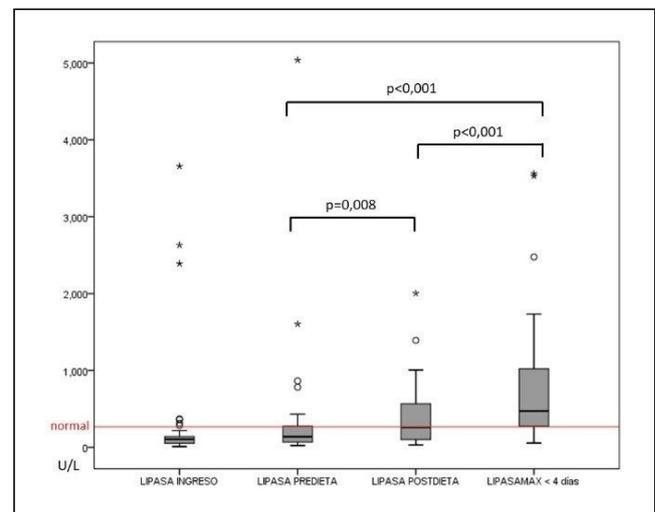
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Objetivos: La lipasa sérica es una enzima producida en páncreas y que se eleva en las pancreatitis, enfermedades biliares y otros procesos.

El objetivo es evaluar el comportamiento de la lipasa en pacientes críticos en los que se inicia dieta tras ≥ 2 días de ayuno en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo de enero a agosto de 2023 sobre una base de datos anonimizada de pacientes críticos ingresados en UCI de un hospital comarcal, en los que se hubiera iniciado dieta oral o enteral tras 2 o más días de ayuno desde el ingreso y con estancia ≥ 6 días. Se evaluaron variables demográficas y escalas de gravedad, motivo de ingreso, días de ayuno, y se evaluó la lipasa al ingreso, el día del inicio de la dieta, a las 24 h y la lipasa máxima en los 4 días posteriores. Se valoró la presencia de síntomas de intolerancia a la dieta y la suspensión de la misma. Las variables continuas se expresan como medianas (percentil 25-75) y las categóricas como porcentajes. Las variables cuantitativas se analizaron con el test de Friedman o Wilcoxon para muestras emparejadas. Nivel de significación $p \leq 0,05$.

Resultados: De los 164 pacientes evaluados, 39 cumplieron criterios y fueron analizados. Los diagnósticos más frecuentes fueron insuficiencia respiratoria (11), cirugía abdominal (6), y sepsis/*shock* séptico (5). La edad fue de 63 (55-76) años, sexo masculino el 74,4%, APACHE II 19 (15-22), SAPS III 59 (45-88), SOFA al ingreso 6 (3-8) y Nutric score al ingreso 4 (2-6). Se inició dieta a los 3 (2-4) días y la estancia en UCI fue de 9 (6-13) días. La lipasa al ingreso fue 105 (50-142) U/L, al día de inicio de dieta fue 138 (66-285) U/L, a las 24 h del inicio de dieta 259 (90-684), y la lipasa máxima en los siguientes 4 días 471 (267-1.036) U/L. No hubo diferencias entre la lipasa al ingreso y predieta, pero sí entre la lipasa predieta y la de las 24 h ($p = 0,008$) y la máxima de los 4 días posteriores ($p \leq 0,001$) y entre la de las 24 h y la máxima de los 4 días posteriores ($p \leq 0,001$). En promedio, la lipasa máxima fue 6,7 veces mayor que la predieta. En 8 (21%) pacientes hubo clínica de intolerancia y se suspendió la dieta en 6 (15,4%). No se detectaron diferencias significativas entre los valores de lipasa de los pacientes con intolerancia.



Conclusiones: La lipasa sérica se eleva de manera significativa de manera precoz tras la reintroducción de dieta en el paciente crítico tras

un periodo de ayuno. Ello podría indicar algún grado de inflamación pancreática en el contexto de la realimentación, si bien su impacto clínico debe dilucidarse.

485. CETOACIDOSIS CON EUGLUCEMIA ¿UNA PATOLOGÍA DESCONOCIDA?

Ávila Ariza M, Vilchez Anguita A, Ben Abdellatif I, Fernández Villalba A y Nuevo Ortega P

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: La cetoacidosis diabética es una emergencia endocrina. Un subconjunto de pacientes diabéticos puede presentar euglucemia relativa con acidosis; conocida como cetoacidosis diabética euglucémica (EDKA), que a menudo se diagnostica erróneamente. Nuestro objetivo es analizar los pacientes que ingresaron por cetoacidosis con el juicio clínico final de EDKA.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de seguimiento retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI del HUVV con diagnóstico de cetoacidosis diabética desde el 1 de enero 2022 al 04 de diciembre 2023. Nos guiamos por la definición de las guías de cetoacidosis diabética euglucémica (EDKA) como aquella con euglucemia relativa (glucosa sérica < 250 mg/dL), acidosis metabólica (bicarbonato sérico < 18 mEq/L y pH < 7,3) y cetosis. Se analizaron variables demográficas, analíticas, manejo terapéutico, así como supervivencia al alta y días de estancia. El análisis se ha realizado con el método estadístico SPSS.

Resultados: Tuvimos 22 pacientes con diagnóstico de ingreso de cetoacidosis diabética, el 18,18%, EDKA. Analizando este subgrupo, el 75% fueron varones; la edad media fue de 71,2 años. En cuanto al tratamiento, el 50% tomaban previamente iSGLT2. De los pacientes con EDKA, el 75% ingresó durante el año 2023. La cetonemia que presentaban al ingreso osciló entre 1,5 y 6,6, IC95 (2,882-7,268). El 100% de los pacientes con EDKA precisaron TDR en modalidad HDFVVC. La mediana de ingreso fue de 4 días. La supervivencia ha sido del 100%.

Conclusiones: El perfil de nuestro paciente ingresado con EDKA ha sido un varón de 71,2 años, que precisó terapia de depuración renal, con una mediana de 4 días de estancia en UCI. La EDKA ha aumentado en los últimos años con el uso de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2), y seguirá aumentando con las nuevas indicaciones en las patologías cardiovasculares. El conocimiento clínico de esta afección nos haría pensar en él; lo que optimizaría el manejo terapéutico dirigido desde el primer momento, mejorando la evolución y pronóstico de estos pacientes.

486. INFLUENCIA DEL USO DE LA CALORIMETRÍA INDIRECTA EN EL PACIENTE CRÍTICO QUEMADO

Reina Martínez FJ, Álvarez-Ossorio Cisneros S, Palacios García I, Delgado Barroso A, Ferrández Millón C y Amaya Villar R

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

Objetivos: Describir el efecto del uso de la calorimetría indirecta sobre el tratamiento nutricional de los pacientes grandes quemados de una Unidad de Cuidados Intensivos de primer nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo, en el que se incluyen todos los pacientes ingresados en UCI por traumatismo térmico por llama durante los meses de mayo a noviembre 2023, sometidos a determinación de gasto energético en reposo (GER) mediante calorimetría indirecta. Se recogen variables epidemiológicas, antropométricas y clínicas, y el tratamiento nutricional previo y posterior a la realización de la calorimetría indirecta. Se calculan además el GER mediante Harris-Benedict, la ecuación de Toronto y la regla de 25 kcal/kg/día, corrigiendo a peso ideal ajustado a IMC por la fórmula de Devine en los pacientes con IMC > 30. Se presentan medias, medianas y desviación estándar de las variables cuantitativas así como frecuencias de las cualitativas. Para el contraste de hipótesis se emplea la prueba de t de Student para datos apareados. Para el análisis estadístico emplea R (versión 4.3.2).

Resultados: Se recogen un total de 11 pacientes, 73% varones con una edad media de 44 años (DE 13,86). La superficie corporal total quemada (SQT) media correspondió a un 51% (DE 16) y tuvieron una estancia mediana en UCI prolongada (32 días, RI 20). Durante su ingreso hospitalario, fallecieron 4 pacientes. La prevalencia de sobrepeso (55%) y

obesidad (36%) fue elevada entre los pacientes estudiados. Los requerimientos calóricos se estiman mediante la ecuación de Harris Benedict ajustado a superficie corporal quemada según protocolo; observándose una diferencia significativa entre el aporte calórico administrado y prescrito con respecto los requerimientos calculados mediante calorimetría indirecta siendo esta inferior a la esperada y estimada por protocolo (diferencia media 816 kcal/día, p < 0,05). El GER medio medido fue de 2.100 kcal/d (DE 386). En relación al efecto de la calorimetría indirecta, se observó que tras su empleo se realizó un ajuste nutricional significativo en las 24 horas posteriores en los pacientes (diferencia media 711 kcal/d, p < 0,01), ajustándose a la determinación realizada.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el empleo de la calorimetría indirecta en el paciente gran quemado ha permitido detectar un sobreaporte inadecuado calórico justificado en ecuaciones predictivas y dirigir con mayor precisión e individualizar los objetivos calóricos y nutricionales de estos pacientes.

487. CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. PRIMERAS 72 HORAS

Díaz González C, Ballarín Audina T, Recena Pérez P, Antuña Braña MT, Vaca Guzmán Montero K, Fernández Ruiz D, Álvarez Antoñán C y Tuya de Manuel P

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: La CAD euglucémica se ha descrito en pacientes diabéticos que reciben tratamiento con inhibidores selectivos del cotransportador sodio-glucosa 2 (iSGLT2) responsables de > 70% de la reabsorción de la glucosa a nivel renal produciendo un importante efecto glucosúrico. Dichos fármacos cada vez son más usados en múltiples escenarios destacando un manejo terapéutico que difiere del tradicional. Nuestro objetivo es describir los casos registrados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Cabueñes.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye los pacientes ingresados en UCI con cetoacidosis euglucémica desde noviembre de 2022 hasta diciembre de 2023. Se recogen datos demográficos, comorbilidades y datos analíticos. Se constata la normalidad de las variables con la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables se expresan como media (DE) o mediana (mínimo-máximo). Las variables cualitativas se expresan como porcentajes.

Resultados: Varones 62%, edad media 59 (15). Antecedentes de obesidad 25%, hipertensión 37%, dislipemia 37%. Diabéticos tipo I 12 vs. tipo II 87%. Tratamiento con metformina 75%. Estancia UCI mediana 1,5 (7-1). Estancia hospitalaria media 6 ± 3. Recibían empagliflocina 50%, dapagliflocina 37,5% y canagliflocina 12,5%. Causas desencadenantes: disminución de la ingesta oral 12,5%, mala tolerancia al fármaco 25%, infecciones 50% y posquirúrgicos 12,5%. *Exitus* 12,5%. Necesidad de intubación y ventilación mecánica 12,5%. Niveles de glucemia al ingreso mediana 220 (740-160). Glucemia máxima media de 407 ± 173 y cetonemia ingreso mediana de 5,9 (6-4). Valores recogidos a las 24 horas: glucemia media de 169 (60,6), cetonemia 2,27 (1,6) y pH 7,2 (0,1). A las 48 horas: glucemia media de 158 (28,7), cetonemia media de 1,68 (1,45) y pH mediana de 7,39 (7,30-7,42). A las 72 horas: glucemia media 187 (33), cetonemia media 1,7 (1,2) y pH media de 7,33 (0,05). La necesidad de insulina en las primeras 48 horas: media de 8 UI (5 UI).

Conclusiones: Se trata de una patología cada vez más frecuente que puede pasar desapercibida y cuyo retraso puede conllevar a un pronóstico desfavorable. El fármaco responsable más prevalente en nuestra unidad fue con la toma de empagliflocina. Destacar causa principal desencadenante infecciones asociadas. Cetonemias persisten elevadas en primeras 48-72 h.

488. DESPLAZAMIENTO DEL VECTOR DE BIOIMPEDANCIA 24 HORAS DESPUÉS DE UNA GUARDIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Pons López T, Nescolarde Selva L, Pintado Abad S, Mota Montane D, Bauçà Socías M, Selva Armadans I, Mor Marco E, Martínez Vega S, Ricart Martí P y Bordeje Laguna ML

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivos: Observar si una guardia de 24 h en UCI refleja cambios en los parámetros de bioimpedancias como consecuencias de cambios en la composición corporal.

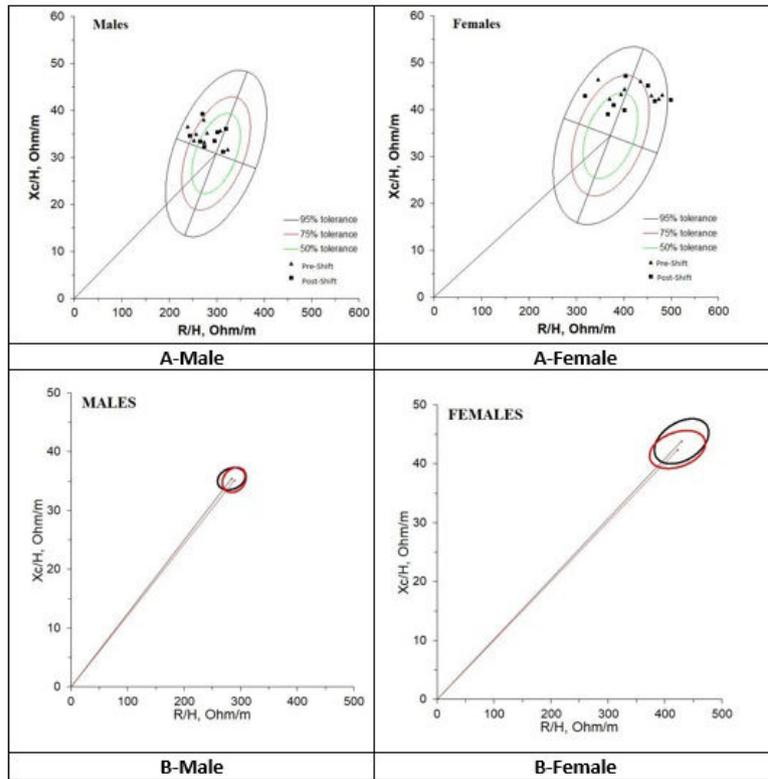


Figure 1 – A: Individual BIA vector on tolerance ellipses of reference population post and pre 24 h shift; **B:** 95% Confidence ellipses (black: pre-shift, red: post-shift)

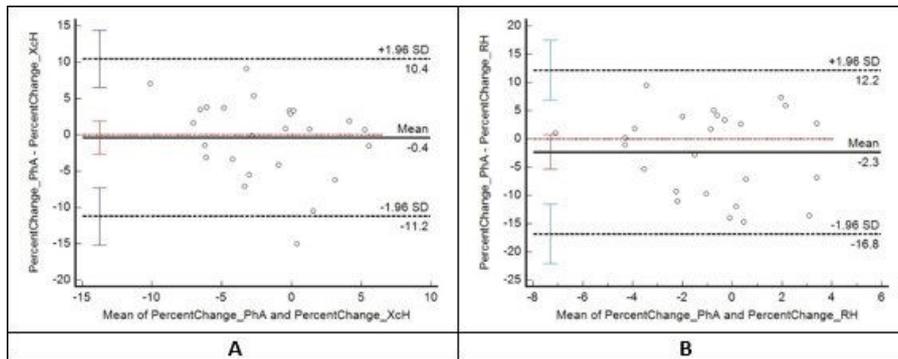


Figure 2 – Bland and Altman plot: A) Percentage of change of PhA vs. Percentage of change Xc/H; B) Percentage of change of PhA vs. Percentage of change R/H.

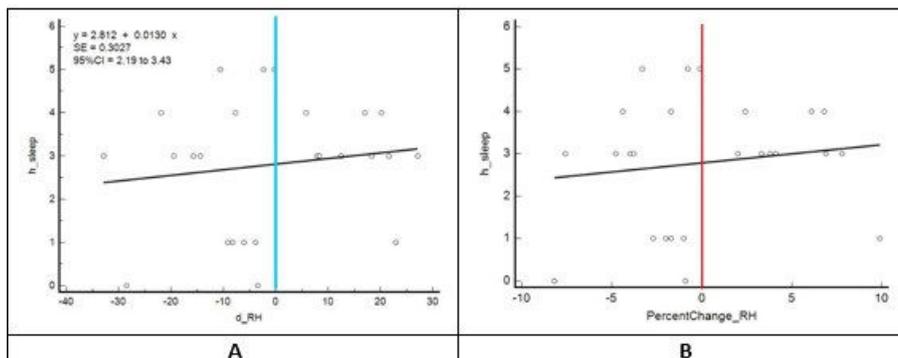


Figure 3 - Deming Regression: A) h-sleep vs. d-RH; B) h-sleep vs. Percent of Change R/H

Métodos: En un periodo de 15 días, se realizó bioimpedancia pre y posguardia de 24 h sobre una muestra de 25 guardias en 16 residentes. Las medidas de resistencia (R), reactancia (Xc) y ángulo de fase (PhA) se obtuvieron con un equipo de fase sensible (Quantum IV, RJL systems, Clinton Twp, MI 48035, USA) en configuración "whole-body" con electrodos Ag/AgCl de baja impedancia intrínseca ($X_{c\text{intrin}} < 2,5W$). Los valores medidos de R y Xc se normalizaron por la altura (H) del residente. Se realizó un análisis multivariante de Hotelling's T2, como método de concordancia se realizaron Bland-Altman conjuntamente con una *Deming regression*. La significancia estadística se fijó en $p < 0,005$. Para el análisis se utilizaron los paquetes estadístico IBM SPSS 29 y MedCalc.

Resultados: Los vectores individuales (fig. 1A) para ambos géneros no mostraron desplazamientos significativos con solapamiento en el 95% CI elipses de confianza (fig. 1B). El análisis de concordancia de Bland and Altman confirmó que los cambios posguardia no estuvieron reflejados por cambios estructurales (fig. 2A, concordancia entre el PhA y la Xc/H); sí se observó una ligera concordancia entre PhA y R/H (fig. 2B). La *Deming-regression* (fig. 3) confirmó un espacio específico para las guardias de pocas horas de descanso y alta retención de líquidos tanto por cambios relativos como absolutos de R/H.

Conclusiones: Después de una guardia en UCI de 24 h no se reflejan cambios en el ángulo de fase como consecuencia de cambios estructurales, pero sí cambios en el ángulo de fase como consecuencia de cambios hidricos.

489. LA CALORIMETRÍA INDIRECTA PODRÍA CONTRIBUIR A EVITAR EL NUTRITRAUMA EN UCI

Pons López T, Bauçà Socías M, Mota Montané D, Marcos Neira P, Mor Marco E, Bordejé Laguna ML y Ricart Martí P

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivos: Comparar el requerimiento energético basal cuantificado mediante calorimetría indirecta (CI) con el obtenido mediante la práctica clínica habitual (PCH).

Métodos: Estudio observacional transversal (enero y noviembre 2023). Criterios inclusión: pacientes ingresados en UCI en ventilación mecánica invasiva. NUTRITRAUMA (kcal): Nutrición correcta: aporte calórico real (ACR)/prescrito (ACP) = 80-100%; infranutrición: ACR/ACP < 80%; sobrenutrición: ACR/ACP > 100%. Cuantificación del ACR según PCH y CI. Medida de CI: dispositivo Q-NRG, COSMED. Situación clínica al realizar CI: aguda (por PCH se prescriben ≤ 20 Kcal/Kg/d); Estable (21-25 kcal/kg/d); Recuperación (> 25 kcal/kg/d). Análisis descriptivo: medias o medianas (IC95%), según normalidad (test Shapiro-Wilk) y % (IC95%). Análisis univariante: test F-Fisher (variables cualitativas). Análisis concordancia NUTRITRAUMA según PCH vs. CI: índice de Kappa.

Resultados: n = 32 pacientes. Varones 53,1% (IC95%: 35,2-70,2). Edad mediana: 60 años (IC95%: 52-65). IMC > 30 kg/m²: 22,9% (IC95%: 12,9-37,4). Motivos de ingreso: neurológico (53,1%; IC95%: 35,2-70,2), respiratorio (25%; IC95%: 12,5-43,7). Modalidad ventilatoria: A/C (71,9%; IC95%: 53,1-85,2). Tipo de nutrición: 95,8% (IC95%: 84,1-99) enteral. n = 48 determinaciones (D). En fase aguda se realizaron 13 D (27,1%; IC95%: 16,1-41,8); en fase estable 27 D (56,2%; IC95%: 41,6-70) y en fase de Recuperación 8 D (16,7%; IC95%: 8,3-30,5). Concordancia NUTRITRAUMA según PCH vs. CI: 18,75%; Índice de Kappa -0,13; (p = 0,9). Fase aguda (p = 0,4): PCH correcta en 7,7% respecto CI. ACR correcto en 30,8% respecto ACP. Infranutrición según PCH en 76,9% respecto CI. ACR infranutrición respecto ACP 46,1%. Sobrenutrición según PCH 15,4% respecto CI. ACR sobrenutrición respecto ACP 23,1% Fase Estable (p = 0,8): PCH correcta en 25,9% respecto CI. ACR correcto en 44,4% respecto ACP. Infranutrición según PCH en 14,8% respecto CI. ACR infranutrición respecto ACP 37,1%. Sobrenutrición según PCH 59,3% respecto CI. ACR sobrenutrición respecto ACP 18,5%. Fase Recuperación (p = 0,4): PCH correcta en 12,5% respecto CI. ACR correcto en 62,5% respecto ACP. Infranutrición según PCH en 0% respecto CI. ACR infranutrición respecto ACP 37,5%. Sobrenutrición según PCH 87,5% respecto CI. ACR sobrenutrición respecto ACP 0%.

Conclusiones: Pobre concordancia entre el aporte calórico calculado según PCH vs. CI. En la fase aguda de la enfermedad, se tiende a infranutrir según PCH respecto CI. En la fase de recuperación de la enfermedad, se tiende a sobrenutrir según PCH, debido a que el cálculo calórico por CI es basal.

490. VALOR DE LA ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN PACIENTES AL INGRESO EN UCI

Núñez Gómez A, Godoy Tundidor V, Martín Cuenca T, López Guillén MI, Yagüe Huertas M, de la Calle Pedrosa N, Gabán Díez Á, Temprano Gómez I, Campos Moreno C y Salas Alcántara O

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivos: Utilidad de la ecografía nutricional para la evaluación de pacientes al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes ingresados en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel. Se recogieron datos clínicos, analíticos y se realizó una ecografía de recto anterior de cuádriceps y grasa abdominal durante las primeras 48h de ingreso. Se compararon las medidas ecográficas según el estado nutricional de los pacientes basándonos en criterios analíticos y clínicos (Criterios Glim).

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes con una media \pm desviación estándar de edad de $66 \pm 16,4$ años. 15 (78%) eran varones. La mediana (rango) del IMC fue de $26,1$ (17-45) kg/m². Nueve (47%) pacientes presentaban desnutrición previa según los criterios Glim. De estos pacientes, 4 (44%) de ellos ingresaron por sepsis/shock séptico. Diez (53%) pacientes no presentaron desnutrición por criterios de Glim. Entre ellos, la causa más frecuente de ingreso fue el infarto agudo de miocardio, que se observó en 3 (30%) pacientes. El valor mediano del perímetro de pantorrilla en el grupo de pacientes con desnutrición comparado con los no desnutridos fue de 33 vs. 36 cm, respectivamente; $p = 0,08$. La mediana del área ecográfica del recto anterior del cuádriceps fue de $2,59$ cm² en los pacientes desnutridos vs. $4,25$ cm² en los no desnutridos ($p = 0,22$). El eje y presentó una mediana en desnutridos de $0,96$ cm en no desnutridos de $1,36$ cm (0,17). La mediana de la medición de la grasa preperitoneal fue de $0,34$ cm en desnutridos vs. $0,71$ cm en no desnutridos ($p = 0,07$). Se encontraron diferencias significativas en la mediana del tejido adiposo superficial y total al comparar pacientes desnutridos vs. no desnutridos ($0,44$ vs. $0,77$ cm; $p = 0,005$ y $0,75$ vs. $1,55$ cm; $p = 0,027$, respectivamente).

Conclusiones: La ecografía como herramienta para valoración del estado nutricional en pacientes ingresados en UCI puede resultar útil, sobre todo en las medidas del tejido adiposo superficial y total. Sin embargo, harían falta más datos para establecer el significado del eje y de la grasa preperitoneal.

491. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Mateu Campos ML¹, Pérez Robles A², Sánchez Morán F¹, Boscá Martínez B¹, Camañez Fortanet J¹, Tormo Rodríguez L¹, Albella Campesino A¹ y Medrano Encinas J¹

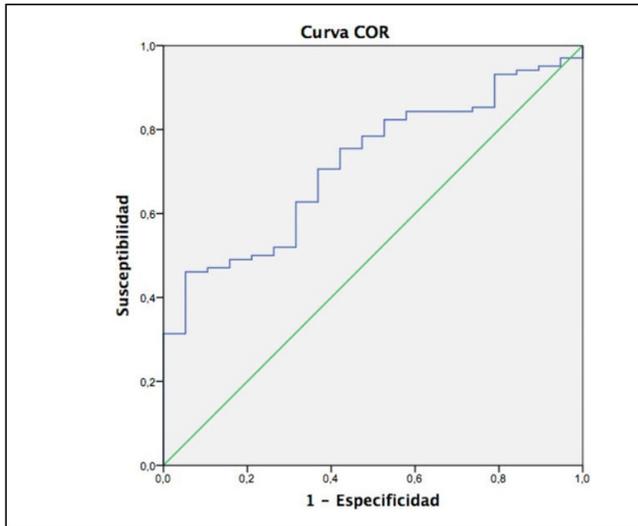
¹Hospital General Universitario de Castellón, Castellón. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivos: Valorar el estado nutricional de los pacientes con infección por covid-19 con indicación de soporte nutricional oral durante su estancia en UCI y al alta. Evaluar si existen diferencias entre los grupos de pacientes que recibieron el soporte nutricional respecto a los que no lo recibieron, y describir la adherencia al protocolo de manejo nutricional del servicio.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico en una UCI polivalente con 31 camas durante la pandemia en un hospital de tercer nivel, entre octubre de 2020 y octubre de 2021. Se analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas y escalas de gravedad y de valoración del estado nutricional durante la estancia en UCI. Para el análisis estadístico se utilizó el *software* SPSS Statistics 20.0.0. La comparación de variables categóricas entre los grupos se realizó mediante chi-cuadrado o test exacto de Fisher, entre una variable cuantitativa normal con una variable cualitativa nominal, mediante la t de Student y entre una variable cuantitativa no normal y una variable cualitativa ordinal, la U de Mann-Whitney. Para todas ellas se estableció un nivel de significación < 0,05. Para el IPN se elaboró un modelo predictivo de supervivencia mediante regresión logística binaria.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes con indicación de suplementación oral nutricional (SON). El 69,7% recibieron el soporte nutricional pautado. La mediana de la prealbúmina al ingreso fue de $10,75$ mg/dL (8,1-14,33) y al alta fue de $21,1$ mg/dl (15,83-26,38) ($p = 0,00$). No se encontraron diferencias significativas para este parámetro entre ambos grupos al alta ($p = 0,83$). El colesterol fue el único

que presento diferencias significativas al alta entre el grupo SON y no SON [166 mg/dl (137-196) vs. 136 (126-258); $p < 0,003$]. Una puntuación inferior a 34,0032 en el IPN mostró una sensibilidad de (67,6%) y especificidad de (63,2%) para predecir la probabilidad de supervivencia (OR 3,849; IC95% 1,623-9,124; $p = 0,001$) (fig.). El total de los pacientes con SON alcanzaron el 70% del objetivo calórico al tercer día de ingreso. En el 81,2% de los casos el soporte nutricional se ajustó al protocolo del servicio.



Conclusiones: Basándonos en parámetros bioquímicos, los pacientes ingresados en UCI por covid-19 presentaban diferentes estados de desnutrición, con mejoría significativa del colesterol total y no significativa en el resto de los parámetros entre ambos grupos. El IPN presenta una correlación negativa débil con las escalas de gravedad. Pese a las restricciones de contacto durante la pandemia, la adherencia al protocolo fue elevada.

492. ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Martín Muñoz M, López Cuenca S, Jiménez Álvarez G, Fernández Muñoz I, Fernández Martín-Caro I, Maqueda Lluva D, Muñoz Varea M, Garrido Callen A, Bardal Ruiz A y Martín Pellicer A

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir la prevalencia y los factores asociados al desarrollo de DAUCI en pacientes COVID-19.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, retrospectivo y analítico que incluyó pacientes COVID-19 ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) entre noviembre 2019 y noviembre 2022. Las variables a estudio fueron las características sociodemográficas, terapias aplicadas, complicaciones y mortalidad. Se realizó un estudio univariante (mediante las pruebas χ^2 y t de Student) y un análisis multivariante mediante regresión logística binaria. Para el análisis estadístico se empleó SPSS 25.

Resultados: La muestra fue de 136 pacientes, de los cuales 69 (50,7%) desarrollaron DAUCI. Los pacientes que desarrollaron DAUCI presentaron mayor puntuación en las escalas de gravedad, más días de ventilación mecánica invasiva (VMI) y de estancia en UCI y en hospital, mayor frecuencia de uso de catecolaminas y sedorrelajación y mayor frecuencia de complicaciones médicas, respecto a los pacientes que no desarrollaron DAUCI ($p < 0,05$). El 100% de los pacientes recibieron corticoides. La obesidad (OR 3,11 (1,14-8,5), $p = 0,03$) junto con los días de ventilación mecánica (OR 1,08 (1,03-1,14), $p = 0,002$) son factores de riesgo asociado al desarrollo de DAUCI.

Conclusiones: La DAUCI es frecuente en los pacientes con COVID-19, lo que supone una peor evolución clínica. La obesidad junto con los días de ventilación mecánica son factores de riesgo asociados al desarrollo de DAUCI.

Martes, 14 de mayo de 2024

Pósteres orales

ÉTICA

17:30-19:00 - Sala 127

Moderadoras: Bárbara Vidal Tegedor /
María Luisa Blasco Cortés

493. PACIENTES ONCOLÓGICOS VALORADOS POR LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD A 3 MESES

Cuenca Fito E¹, Manglano Clavero M¹, Simón Miguel L¹, Dopazo López B¹, Sánchez de la Iglesia M¹, González Castro A² y Mourelo Fariña M¹

¹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Conocer el perfil clínico-epidemiológico de pacientes con tumores de órgano sólido que son evaluados por médicos intensivistas para determinar su ingreso o no en la UCI.

Métodos: Es un estudio de cohortes prospectivo. Se reclutaron de forma consecutiva a todos los pacientes adultos valorados para el ingreso en UCI por el servicio de medicina intensiva con tumor de órgano sólido, tanto sin ingresaron en la UCI como si se denegaron el ingreso en la misma como medida de LTSV desde el 24 de agosto de 2018 hasta 19 de noviembre de 2021. En total se reclutaron 215 pacientes. Se registraron aquellos pacientes mayores de 18 años con tumor de órgano sólido, de los cuales se solicitaba valoración por el equipo de medicina intensiva para su ingreso en UCI.

Resultados: De los 215 pacientes que conforman nuestra muestra, 173 fueron admitidos en la UCI, con una media de edad de 68,68 años (DE 9,72) ($p = 0,095$). En cuanto al sexo, se evidenció una asociación significativa, el 68,21% ($n = 118$) de los que ingresaron en UCI fueron hombres ($p = 0,027$). En relación al estado del tumor, una elevada proporción de pacientes en estado I ingresaron en UCI (73,41%, $n = 127$) y el 56,07% ($n = 97$) con una extensión metastásica también lo hizo. Los pacientes con un estado funcional de 0-1 según ECOG y una puntuación de 100-80 según Karnofsky tuvieron una proporción mayor de ingreso a la UCI (73,41%, $n = 127$) en comparación con los desestimados (9,52%, $n = 4$). Sin embargo, no ingresó en UCI el 71,43% ($n = 30$) de los pacientes con un ECOG de 2 o Karnofsky de 70-50. Se realizó un seguimiento a tres meses: en relación a la existencia de otra neoplasia, se observó una tendencia a una mayor proporción de muerte a los 3 meses en el grupo de pacientes con neoplasia que ingresaron a la UCI (16,90%, $n = 12$) en comparación con los que no ingresaron (9,09%, $n = 3$). En relación al tipo de tumor, se encontraron diferencias significativas en el resultado de muerte a los 3 meses tanto en el global de la cohorte, en los pacientes que ingresaron y en los que no. En cuanto a la escala ECOG y Karnofsky al ingreso, encontramos mayor mortalidad en aquellos pacientes con una puntuación ECOG 0-1 o una puntuación de 100-80 en Karnofsky en aquellos que ingresaron en UCI (67,61%, $n = 48$) ($p = 0,125$).

Conclusiones: En el periodo analizado un alto porcentaje (de los pacientes valorados ingresaron en UCI, de ellos más de la mitad fallecieron. Los principales factores asociados a la mortalidad a los 3 meses de ser valorados por UCI fueron el tipo de tumor, el estado del tumor, la puntuación en la escala Knaus al alta.

494. ANÁLISIS DE CAUSAS DE RECHAZO DE INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Manglano Clavero M, Sánchez de la Iglesia M, Simón Miguel L, Dopazo López B, Rey Abalo M, Fernández Hernández AFA, Bello Villaverde B, Ruibal Couso M, del Río D y Mourelo Fariña M

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue analizar las causas de rechazo de ingreso en UCI de pacientes con tumor de órgano sólido en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con diagnóstico de tumor de órgano sólido valorados por el Servicio de Medicina Intensiva al sufrir un evento agudo. Se reclutaron 215 pacientes, de los cuales 73 ingresaron en UCI y en 42 de ellos se desestimó el ingreso. En dichos pacientes se analizaron las diferentes causas de rechazo de ingreso en UCI.

Resultados: El motivo más frecuente de desestimar el ingreso en UCI fue la pobre calidad de vida estimada (90,48%, n = 38), seguido de considerar el tratamiento en UCI fútil (73,81%, n = 31), seguido de una limitación funcional previa en el paciente 61,90% (n = 26) y de tener una enfermedad crónica previa 42,86% (n = 18). En cuanto a la edad, en 6 pacientes (14,29%) se desestimó el ingreso por dicha causa. Únicamente en el 2,38% (n = 1) se descartó el ingreso por el testamento vital previo del paciente. En cuanto a la comunicación de la decisión, se observó que en el 95,24% (n = 40) de las ocasiones los pacientes y en el 78,57% (n = 33) las familias fueron informados sobre la decisión de no ingresar a la UCI. En el 90,48% (n = 38) de los casos se registró la decisión de no ingreso a la UCI, mientras que en el 9,52% (n = 4) no se hizo el registro. En el 78,57% (n = 33) de las ocasiones no se encontró desacuerdo con el médico consultor de la decisión tomada por el equipo de UCI.

Variable	Categoría	No ingreso UCI
Motivo de no ingreso en UCI, n (%)	Edad	No 36 (85,71) Sí 6 (14,29)
	Enfermedad crónica grave	No 24 (57,14) Sí 18 (42,86)
	Limitación funcional previa	No 16 (38,10) Sí 26 (61,90)
	Pobre calidad de vida estimada	No 4 (9,52) Sí 38 (90,48)
	Futilidad del tratamiento	No 11 (26,19) Sí 31 (73,81)
	Testamento vital	No 41 (97,62) Sí 1 (2,38)
	Negativa del paciente	No 40 (95,24) Sí 2 (4,76)
		Se informa al paciente, n (%)
	Se informa a la familia, n (%)	No 2 (4,76) Sí 33 (78,57) Se desconoce 7 (16,67)
		Se registra en la historia clínica, n (%)
Desacuerdo con el médico consultor, n (%)	No 33 (78,57) Sí 7 (16,67) Se desconoce 2 (4,76)	

Conclusiones: La causa más frecuente de rechazo en UCI en nuestra serie de pacientes oncológicos ha sido la pobre calidad de vida estimada. La edad por sí misma no ha sido un motivo frecuente de desestimar a dichos pacientes.

495. VALOR PREDICTIVO DE LAS ESCALAS APACHE II Y SOFA EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Cuenca Fito E¹, Sánchez de la Iglesia M¹, González Castro A², Gómez Acebo I², Simón Miguel L¹, Dopazo López B¹, Novo Carral A¹, Mourelo Fariña M¹ y Rey Abalo M¹

¹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Evaluar la utilidad de las escalas APACHE II y SOFA en la predicción del pronóstico en pacientes críticos con cáncer de órganos sólidos ingresados en la UCI.

Métodos: Se valoraron un total de 224 pacientes, de los cuales 177 ingresaron en la UCI y en 47 se desestimó el ingreso en la UCI. El análisis de los datos se realizó sobre los 224 pacientes, los cuales se dividieron en dos grupos: *exitus* y *no exitus*.

Resultados: Según el tipo de tumor, dentro del grupo de pacientes que fallecieron, los más frecuentes fueron los del tracto digestivo (35,14%), seguidos de los de origen respiratorio (26,35%) y los genitourinarios (20,95%). Dentro del grupo de pacientes que fallecieron, el 24,32% no habían recibido tratamiento oncológico en el momento de

la valoración por la UCI y el 23,65% habían recibido únicamente tratamiento quirúrgico. Sin embargo, en el grupo de pacientes que no fallecieron, el 40,79% habían recibido tratamiento quirúrgico, seguido de tratamiento quirúrgico más adyuvancia en el 25% de los pacientes (p = 0,948). En el estado de la enfermedad oncológica se encontraron diferencias significativas en ambos grupos; en el grupo de no fallecidos el 57,89% se encontraban en inducción, seguido de progresión el 19,74% y en remisión el 17,11%. En el grupo de fallecidos, el 44,59% se encontraban en inducción, el 39,86% en fase de progresión y el 12,16% en remisión (p = 0,036). En el momento de la valoración se encontraban en un ECOG-1 o Karnofsky 100-80 el 51,35% de los pacientes que fallecieron y el 76,32% pacientes que no fallecieron (p ≤ 0,001). El APACHE medio de los pacientes que fallecieron fue de 18,12 (DE: 0,66), y el de los que no fallecieron fue de 17,76 (DE: 0,80). No se encontraron diferencias significativas (p = 0,727). El SOFA medio de los pacientes que fallecieron fue de 9,61 (DE: 0,34), y el de los pacientes que no fallecieron fue de 9,03 (DE: 0,42); tampoco se encontraron diferencias significativas (p = 0,282). No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad entre la puntuación de ambas escalas y la mortalidad a los 3 meses y a los 6 meses. Aunque APACHE II y SOFA son escalas ampliamente utilizadas en la UCI para predecir la mortalidad y la gravedad del paciente, existen limitaciones en su aplicabilidad en la población oncológica.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren: 1) que APACHE II y SOFA pueden no ser suficientes para predecir la mortalidad en pacientes oncológicos ingresados en la UCI, y 2) que otras escalas más específicas para esta población, como el ECOG o el Karnofsky, podrían ser más adecuadas para identificar a los pacientes con mayor riesgo de mortalidad.

496. PACIENTES CON TUMOR DE ÓRGANO SÓLIDO INGRESADOS EN UCI. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA Y FACTORES PREDICTIVOS DE INGRESO

Cuenca Fito E¹, Dopazo López B¹, Simón Miguel L¹, Sánchez de la Iglesia M¹, Vidal Vides N¹, Gómez Estanga S¹, González Castro A² y Gómez Acebo I²

¹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Pacientes con tumor de órgano sólido ingresados en UCI. Análisis descriptivo de la muestra y factores predictivos de ingreso.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo. Se reclutaron de forma consecutiva a todos los pacientes adultos valorados para el ingreso en UCI por el servicio de medicina intensiva con tumor de órgano sólido, tanto sin ingresaron en la UCI como si se denegaron el ingreso en la misma como medida de LTSV desde el 24 de agosto de 2018 hasta 19 de noviembre de 2021. En total se reclutaron 215 pacientes. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de Investigación (CEI) de Cantabria.

Resultados: Ingresaron en UCI 173 de los pacientes valorados, la mayoría de ellos hombres con tumores digestivos o genitourinarios en estado I y que habían recibido previamente tratamiento quirúrgico. Los factores que se asociaron con mayor riesgo de ingreso en UCI fueron ser varón (OR = 2,62, [IC95% = 1,10-6,23]), haber sido sometido a un tratamiento quirúrgico como tratamiento del cáncer (OR = 5,94, [IC95% = 1,59-22,15]) y tener un pronóstico vital superior al año (OR = 10,22, [IC95% = 3,14-33,29]). El modelo completo es el que mejor área bajo la curva presenta en la predicción de ingreso en UCI (AUC 0,9276).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes ingresados en UCI fueron varones, con tumores digestivos o genitourinarios en estados tempranos de su enfermedad. La combinación de las variables: estado del tumor, ECOG, pronóstico vital y estado de la enfermedad oncológica, es el modelo que mejor predice la probabilidad de ingreso en UCI de pacientes con tumor de órgano sólido que sufren un evento agudo.

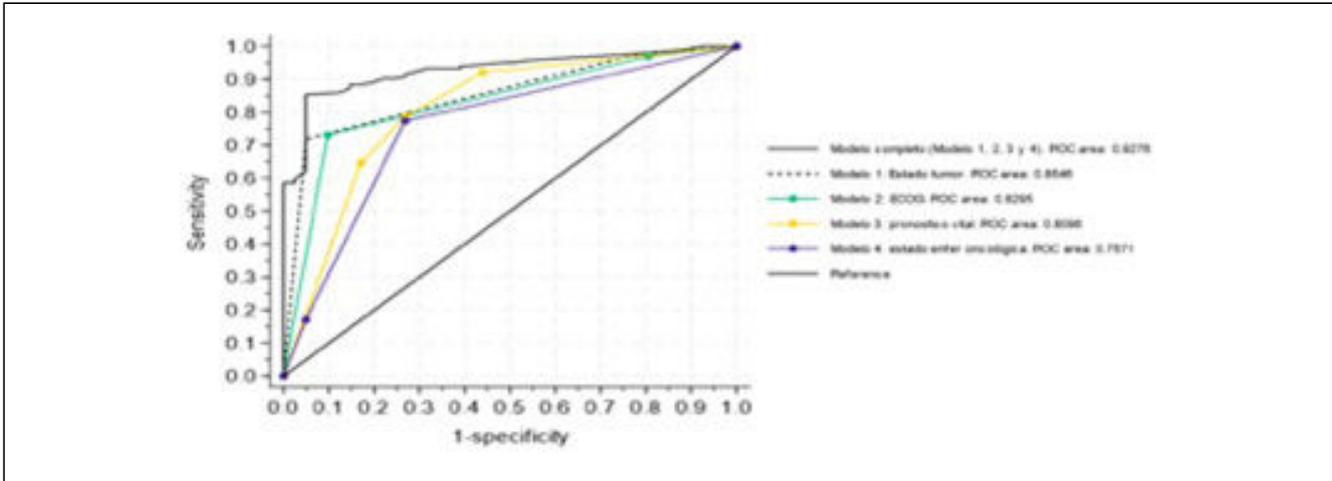
497. ¿CÓMO VALORAN LOS PROFESIONALES LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN UCI? PROYECTO CUIDA-UCI

Pons López T, Mota Montané D, Bauçà Socías M, Pewton Ferrer G, Roig R, Marcos Neira P, Misis del Campo M, Ricart Martí P y Mançiu JM

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivos: La mortalidad en UCI es del 16-19% y, más del 50% de los casos precisan algún tipo de adecuación del soporte vital (ASV). Conocer

Figura Póster 496



la percepción de los profesionales sanitarios respecto a los cuidados ofrecidos al final de vida en la UCI.

Métodos: Se realizaron dos encuestas idénticas transversales, exploratorias (pre y pospandemia), evaluando sentimientos y opiniones de los profesionales. Análisis descriptivo de las dos encuestas. Variables cualitativas: proporciones-IC95%. Cuantitativas: medianas-IC95%.

Resultados: n = 256 encuestas: 57,8% (IC95%:51,6-63,7) DI, 21,5%(IC95%:16,9-27) TCAI, 20,7% (IC95%:16,1-26,1) médicos. Edad: 31 años (IC95%: 30-33). Experiencia en UCI: 5 años (IC95%: 4-6). Formación en paliativos: 18,7%; (IC95%: 14,2-24,1). En una escala Likert del 1 al 10, destacaríamos: poca dificultad (4) para la prestación de cuidados y regular (5) en cuanto a la formación para cuidar a un paciente en final de vida. Buena comunicación entre el equipo asistencial y la familia (7), así como el control de las medidas de confort (7). Se considera muy importante la existencia de un protocolo de cuidados en final de vida (10), así como el soporte psicológico y espiritual a la familia (9 y 10 respectivamente). Importante, la existencia de barreras arquitectónicas (7) y la valoración global del cuidado prestado (7). Sentimientos de los profesionales hacia el paciente y la familia: tranquilidad (68,8% y 49,6%), tristeza (78,9% y 79,7%) y acompañamiento (81,6% y 86,3%). El 80,1% (IC95%:74,7-84,6) consideran que la decisión de ASV debería de tomarse entre médico, enfermera, paciente (si posible) y familia.

Conclusiones: La gestión emocional de los cuidados al final de vida generó moderados problemas a los profesionales, siendo los sentimientos más frecuentes la tranquilidad, tristeza y acompañamiento. El cuidado global prestado se consideró adecuado a pesar de una escasa formación. En la decisión de ASV debería involucrarse médico/enfermera, paciente/familia. La existencia de un protocolo para el cuidado de final de vida con soporte psicológico y espiritual es esencial.

498. ¿CÓMO VALORAN LOS PROFESIONALES LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN UCI? ANÁLISIS PRE VS. POSPANDEMIA. PROYECTO CUIDA-UCI

Pons López T, Mota Montané D, Bauçà Socías M, Pewton Ferrer G, Roig Pineda R, Marcos Neira P, Mancño J, Misis del Campo M y Ricart Martí P
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivos: Los cuidados al final de la vida en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tienen como objetivo asegurar el confort al paciente y a la familia. Conocer si la pandemia ha supuesto un cambio en el acompañamiento de los profesionales en los cuidados al final de la vida.

Métodos: Se realizan dos encuestas idénticas transversales, exploratorias (pre y pospandemia), evaluando sentimientos y opiniones de los profesionales. Análisis descriptivo. Variables cualitativas: proporciones-IC95%. Cuantitativas: medianas-IC95%. Análisis bivariante. Variables cualitativas: chi-cuadrado o F-Fisher. Variables cuantitativas: U de Mann-Whitney o Kruskal Wallis.

Resultados: N = 256 encuestas: 123 prepandemia y 133 pospandemia. La mayoría fueron mujeres (77,2 vs. 84,1%). Edad: 34 vs. 30 años. Categoría profesional: médico 17,1 vs. 24,1%; DI 60,2 vs. 55,6% y TCAI 22,7 vs. 20,3%. Años experiencia profesional: 10 (IC95%: 8-12) vs. 7 (IC95%:

6-9) (p = 0,04). Similar formación en paliativos (18,7 vs. 18,8%). Diferencias pospandemia en la escala de Likert (1-10): mejoraron las barreras arquitectónicas: 8 (IC95%: 7-7) vs. 6 (IC95%: 5-7) (p = 0,00) y, mejoró el confort del paciente: 7 (IC95%: 6-8) vs. 8 (IC95%: 7-8) (p = 0,01). Los profesionales se sintieron más incómodos en la relación con el paciente [6 (IC95%: 5-7) vs. 7 (IC95%: 6-8) (p = 0,04)] y la familia [6 (IC95%: 5-7) vs. 7 (IC95%: 6-7) (p = 0,03)]. Se consideró más importante el soporte espiritual: 8 (IC95%: 8-9) vs. 10 (IC95%: 9-10) (p = 0,04) y, la valoración de los cuidados mejoró: 7 (IC95%: 7-7) vs. 8 (IC95%: 7-8) (p = 0,01). Los profesionales tendieron a sentir más estrés [5 (IC95%: 4-7) vs. 6 (IC95%: 5-7) (p = 0,06)].

Conclusiones: En la época pospandemia la experiencia laboral de los profesionales fue menor y la formación en paliativos siguió siendo muy baja. Mejoró el espacio arquitectónico en nuestra UCI, así como las medidas de confort al paciente-familia. Los profesionales se sintieron más incómodos en el cuidado de final de vida y dieron más valor al soporte espiritual. La valoración global pospandemia, de los cuidados al final de la vida, mejoró en nuestra UCI.

499. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL PERSONAL DE UCI

Czapka Mital JD, Cubells Romeral M y Segura Valverde M
Hospital Universitario General de Villalba, Madrid.

Objetivos: Analizar el impacto psicológico que supuso la pandemia por COVID-19 en el personal sanitario a cargo del paciente crítico.

Métodos: Estudio observacional de encuestas con muestras sucesivas independientes. Se administraron dos encuestas anónimas y voluntarias a los trabajadores de una Unidad de Cuidados Intensivos, el primero en el periodo previo a la pandemia (enero 2020) y el segundo en el periodo tardío (octubre 2021). Se incluyeron las respuestas de médicos intensivistas, enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Las encuestas incluían el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario Professional Quality of Life (ProQOL), con respuestas en escala de Likert de 0 a 6 y de 0 a 5, respectivamente. El análisis estadístico se realizó mediante la comparación de medias con la prueba t de Student previa comprobación de normalidad y homogeneidad de varianzas con el paquete StataIC versión 15.

Resultados: Se han recogido las respuestas de 23 encuestas en el periodo previo a la pandemia, y de otras 23 en el periodo tardío de la misma. En la escala MBI se obtuvo un aumento de la media de cansancio emocional de 7,5 puntos, de 20,7 (DE 13,5) a 28,2 (DE 11,6), con un IC95% de 0,1-14,9 (p = 0,025), y de la despersonalización en 4,5 puntos, de 9,5 (DE 6,3) a 14,0 (DE 5,5), con un IC95% de 1,0-8,0 (p = 0,006). La realización personal disminuyó en 7,1 puntos, de 36,0 (DE 8,7) a 28,9 (DE 7,9), con un IC95% de 2,2-12,1 (p = 0,003). Estas puntuaciones indican la presencia de síndrome de burnout y un incremento de su grado desde moderado hasta grave. Respecto a la escala ProQol, el burnout aumentó en 5,0 puntos, de 15,5 (DE 5,2) a 20,5 (DE 5,6), con un IC95% de 1,8-8,3 (p = 0,001), y la fatiga por compasión en 8,3 puntos, de 13,8 (DE 7,2) a 22,1 (DE 11,6), con un IC95% de 2,5-14,0 (p = 0,003). La satis-

facción por compasión se mantuvo sin diferencias significativas, con una puntuación inicial de 37,2 (DE 7,4) y posterior de 36,0 (DE 8,5), IC95% de -3,5-5,9 ($p = 0,309$). Esto denota niveles moderados de *burnout* y de fatiga por compasión, y valores altos de satisfacción por compasión.

Conclusiones: Los resultados indican que la pandemia por COVID-19 supuso un impacto psicológico importante en el personal sanitario a cargo del paciente crítico, con un aumento significativo de las puntuaciones definitorias del síndrome de *burnout* hasta alcanzar un grado grave. A pesar de ello, la satisfacción por compasión se mantuvo en niveles elevados.

500. LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Molina Domínguez E¹, Segovia García de Marina L¹, Díaz Álvarez JM², Marín Marín CM¹, Hernández Gonzalves G¹ y Yuste Domínguez L¹

¹Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, ²Facultad de Filosofía UNED, Madrid.

Objetivos: La limitación del tratamiento médico (LTM) es una práctica habitual en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) en donde se objetiva un aumento ascendente en los distintos tipos de técnicas utilizadas para el tratamiento. El estudio tiene el objetivo de mostrar los resultados obtenidos en el año 2022.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de todos los pacientes ingresados en el SMI desde enero a diciembre del año 2022. Analizamos entre otras variables, pacientes a los que se le realiza algún tipo de limitación de tratamiento médico, estancia media, criterios de gravedad mediante puntuación SOFA, edad, sexo, patología de ingreso médico o quirúrgico, sedación en la agonía, confesión religiosa y escala de Maslow.

Resultados: Hubo un total de 1.054 ingresos con 111 *exitus*. Del total de fallecidos, hubo LTM en el 35% de los pacientes, de los cuales el 90% estaban en relación con la retirada o no intervención de la ventilación mecánica invasiva. El número de fallo de órganos medida por escala SOFA fue más o igual a 3 órganos, la disfunción orgánica sin mejoría estuvo presente durante más de 3 días consecutivos; la diálisis estuvo limitada en el 15% y el soporte hemodinámico en el 25%. Edad media de 68 años, 55 varones, estancia media de 6 días. Más del 90% eran enfermos pluripatológicos. Se realizó sedación en la agonía en el 100% de los pacientes a los que se realizó LTM y se atendieron las necesidades espirituales en función de la confesión religiosa. Según la escala de Maslow, las necesidades básicas estaban cubiertas en el 100%, la seguridad en el 100%, la autoestima y la religión no fueron vulnerables estando truncadas por la enfermedad. Las necesidades espirituales estuvieron cubiertas en el 100% de todos los casos.

Conclusiones: La LTM es una práctica habitual en el SMI para evitar la obstinación terapéutica. La sedación en la agonía es un tratamiento del final de la vida. Se aplicó la bioética principalista: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La microjusticia en reparto de camas a pacientes que requerían UCI estuvo respetada.

501. EFECTO DE LAS MEDIDAS DE HUMANIZACIÓN EN ENFERMOS CRÍTICOS CRÓNICOS

Lozano Sutil L, Fernández Ramos A, Casquet Gómez AB, Cestero Ramírez L, Méndez Hernández I, Peña Naranjo JA y García Ruiz J

Hospital San Pedro de Alcántara (C. H. de Cáceres), Cáceres.

Objetivos: Evaluar el impacto emocional del ingreso y las principales medidas de humanización aplicadas en enfermos críticos crónicos durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cáceres.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre las actuaciones realizadas para mejorar el impacto emocional de los pacientes críticos crónicos (definido como un ingreso superior a tres semanas) de nuestra unidad durante tres meses.

Resultados: En el estudio se incluyeron a 21 pacientes cuyo tiempo de ingreso medio fue 33 ± 9 días en la unidad, de ellos el 58% fueron mujeres y la edad media de los pacientes 63,9 años. Se observó que el 57,1% de los enfermos seleccionados sintieron soledad durante su ingreso y el 47,6% expresaron cierto grado de insatisfacción con el número y la duración de las visitas. Con el objetivo de mejorar estos datos, se ampliaron el número de visitas de dos a tres diarias de mayor duración y la solicitud por parte del personal sanitario de fotos o dibujos de familiares para co-

locarlos en los boxes, colaborando cinco familias en estas actividades. Por otro lado, el 61,8% de los encuestados expresaron sentirse aburridos durante su estancia hospitalaria. Para favorecer su entretenimiento, se permitió el uso de medios audiovisuales a todos los pacientes; sin embargo, tan solo el 19% de ellos solicitaron el uso de una radio. Dentro de los enfermos con ingresos más prolongados, uno de nuestros pacientes se benefició de la salida al exterior y otro con la visita de su mascota.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en la UCI son enfermos especialmente vulnerables debido a su patología, que pueden percibir la unidad como un entorno hostil, angustiante e incluso, deshumanizado. Dentro de los sentimientos y emociones más frecuentemente reflejados por ellos son la soledad y el aburrimiento. Respecto a una de las actuaciones que han generado mayor impacto positivo son las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas con horarios de visitas más amplios, beneficiándose especialmente los pacientes geriátricos debido a que presentan mayores tasas de síndrome confusional agudo y agitación. Otras medidas son la incorporación de los familiares en el cuidado e higiene diarias, la presencia de elementos familiares en las habitaciones como fotos o dibujos familiares o el uso de aparatos audiovisuales o pasatiempos. Todas estas medidas están siendo valoradas para comenzar a implementarlas en nuestra unidad.

502. ¿QUÉ SIENTEN NUESTROS PACIENTES?

Fernández Ramos A, Lozano Sutil L, Peña Naranjo JA, Cestero Ramírez L, Casquet Gómez AB, Méndez Hernández I, Burdalo Jobato M, Iglesias Porras M, García Mateos G y García Ruiz J

Hospital San Pedro de Alcántara (C. H. de Cáceres), Cáceres.

Objetivos: Analizar las alteraciones conductuales y emocionales y el impacto de medidas de humanización tomadas en enfermos críticos durante su estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo sobre las medidas de humanización tomadas para mejorar la percepción y las vivencias experimentadas por los pacientes durante el ingreso en UCI en pacientes crónicos (definido como ingreso mayor o igual a 21 días) durante un periodo de 3 meses. Realizamos una encuesta con variables dicotómicas una vez fueron dados de alta a planta de hospitalización convencional.

Resultados: El estudio incluyó un total de 21 pacientes, de los cuales el 57% fueron mujeres con una edad media de 64 años durante una estancia media de 34 días. El motivo principal de ingreso fue cardiológico (42,9%), seguido de sepsis (23,8%) respiratorio (19%) y neurológico (14,3%); alrededor del 50% requirieron intubación orotraqueal. El 100% de los pacientes refirió un adecuado trato por el personal. El 60% refirió ansiedad, el 43% miedo y un 33% sensación de muerte inminente, precisando medicación ansiolítica el 60% del total. Tan solo un tercio de los pacientes presentó un adecuado descanso, a pesar de que se pautó medicación hasta en tres cuartas partes de los mismos. Para el control de estas emociones y el control del sueño se permitió hasta un total de tres visitas diarias, una de ellas en la noche; se intentó respetar el horario de sueño, así como el ritmo circadiano de los pacientes y se llevaron a cabo actividades tales como musicoterapia o fomentar la lectura.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en UCI se encuentran en una situación vulnerable de presentar alteraciones psicoemocionales, dado que se encuentran en un ambiente hostil, donde pasan la mayor parte del tiempo lejos de sus familiares y es difícil mantener el ciclo vigilia-sueño. Algunas de las medidas tomadas para intentar reducir las alteraciones del estado del ánimo fueron ampliar el número y duración de visitas, así como actividades como la lectura y la musicoterapia; mejorando de esta forma la estancia de los pacientes y reduciendo el uso de medicación.

503. LA REALIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mamolar Herrera N, Artola Blanco M, Pérez Gutiérrez J, Curieses Andrés C, Velasco Villagarcía A, Medina Díez S, Portugal Rodríguez E, Francisco Amador A, Aray del Pino Z y De La Torre Vélez P

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Analizar la opinión y los conocimientos que presenta el personal sanitario que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

de un hospital terciario acerca de la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) en los pacientes críticos en su lugar de trabajo.

Métodos: Se realiza una encuesta anónima de 16 preguntas de respuesta múltiple al personal que trabaja en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. La participación fue voluntaria. Se incluyen variables demográficas, preguntas acerca de los conocimientos que tienen sobre la AET y, por último, preguntas sobre la opinión que tienen de la misma acerca de cómo se ejerce en su lugar de trabajo.

Resultados: Participaron un total de 29 personas, las cuales el 93,1% fueron médicos adjuntos, residentes y personal de enfermería. Un 58,6% eran mujeres y un 41,4% hombres. El 75,9% de los participantes comprendían edades entre 20-40 años, y el resto eran mayores. Todos los encuestados conocen y están a favor de la AET y ninguno la considera como una eutanasia activa. La mayoría (86,2%) piensa que se debería tener en cuenta la opinión de la familia del paciente a la hora de poner en práctica la AET y el 69% que la decisión debería ser tomada por parte del equipo multidisciplinar y no solo del equipo médico. El 69% de los encuestados opina que es más difícil aplicar la AET en pacientes jóvenes y de forma unánime, que a veces se cae en la obstinación terapéutica, aunque sea con las mejores intenciones. En cuanto al papel del personal de enfermería, el 65,5% considera que deberían estar presentes en la información médica a la familia y un 55,2% que debería tener parte más activa en la misma. Llama la atención que un 37,9% de los participantes cree que no se informa al paciente y/o familia de forma clara y precisa sobre su situación y también el 34,5% opina que cuando un paciente crítico puede decidir, no se respeta su voluntad. Todos los participantes están de acuerdo en que debería incluirse la Bioética en la formación de los sanitarios.

Conclusiones: La AET es una realidad a la que el personal de las UCI debe enfrentarse a diario. Con nuestra encuesta, pudimos ver que la mayoría de los participantes están a favor de la misma, y opinan que debería llevarse a cabo por el parte del equipo multidisciplinar. No todos los participantes están de acuerdo en cómo la AET se lleva a cabo en su lugar de trabajo. La mayoría considera que la enfermería debería tener un papel más activo. Con estos resultados, deberíamos plantearnos cuál es la mejor forma de llevar a cabo la AET en nuestras unidades para ofrecer la mejor asistencia sanitaria posible a nuestros pacientes y sus familias.

Martes, 14 de mayo de 2024

Pósteres orales

CARDIOVASCULAR III

17:30-19:00 - Sala 125

Moderadoras: *Celina Llanos Jorge /
María Dolores Carrasco González*

504. TERAPIAS DIRIGIDAS POR CATÉTER EN PACIENTES CON TEP AGUDO SINTOMÁTICO DE ALTO RIESGO O DE RIESGO INTERMEDIO ALTO CON HEMORRAGIA RECIENTE O ALTO RIESGO DE HEMORRAGIA. ANÁLISIS DE LA INSTAURACIÓN DE UN CÓDIGO TEP EN UN CENTRO

Ferrándiz Millón C, Charris L, Fernández García E, Román García P, Jara Palomares L y Aldabó Pallás MT

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

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una condición potencialmente mortal y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. El manejo óptimo del TEP requiere a menudo un abordaje multidisciplinar en determinados pacientes. Analizar las características de los pacientes con TEP agudo sintomático consultados a un equipo multidisciplinar (Código TEP), así como analizar la mortalidad de dicha cohorte.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos con TEP agudo sintomático valorados por un equipo multidisciplinar. Para ello, solicitamos un volcado al servicio de Documentación Clínica de todos los

pacientes con TEP hospitalizados en el mismo periodo de estudio mediante el código CIE-10 (I26,99). Revisamos las características de los pacientes en los que se indicó valoración, así como la decisión tomada. Analizamos la mortalidad a 7 días y la intrahospitalaria.

Resultados: Desde enero 2021 a julio 2023 hubo ingresados en nuestro centro 1,122 pacientes con TEP. La mediana de edad fue 68 años (p25-75: 58-78), con un ligero predominio de hombres (50,4%). Las unidades de ingreso más frecuentes fueron: neumología (37,7%) y medicina interna (24,3%). El 8,9% (n = 100) ingresaron directamente en la Unidad de Cuidados Intensivos. De forma global, durante la hospitalización fallecieron el 16,9%. Durante el periodo de estudio se evaluaron un total de 23 pacientes (2%). En 18 de ellos (78%) se indicó la realización de una terapia dirigida por catéter. Tres de los pacientes presentaron TEP de alto riesgo, y el resto TEP de riesgo intermedio alto con signos de deterioro clínico. En un tercio de los pacientes el motivo para aplicar esta terapia fue la hemorragia grave reciente, y en el resto se indicó por presentar alto riesgo de sangrado. La mortalidad a 7 días fue del 6,7%, y la mortalidad intrahospitalaria fue del 33%.

Conclusiones: La creación de un Código TEP multidisciplinar nos ha permitido homogeneizar las decisiones clínicas en situaciones complejas y diversas. Las terapias dirigidas por catéter fueron un tratamiento seguro con una mortalidad baja a 7 días.

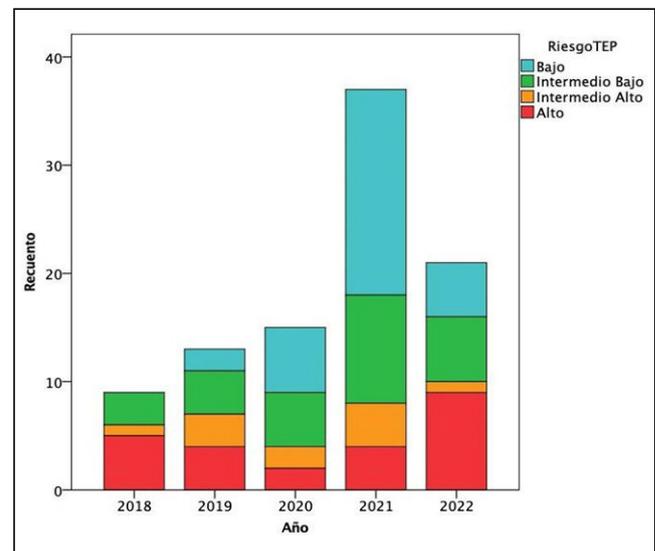
505. REGISTRO DE LA INCIDENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DURANTE 5 AÑOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Flores Orella MN, Torrens Sonet M, Martos Mendizábal M, Mateo Marquina L y Zapata Fenor L

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una causa importante de mortalidad hospitalaria y los datos a nivel mundial parecen indicar un aumento de su incidencia. El objetivo del estudio fue analizar el cambio en esta incidencia, así como el tipo de presentación en función del riesgo, los factores independientes asociados a su diagnóstico y los resultados de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un hospital terciario.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes ingresados en el SMI entre los años 2018 y 2022. El diagnóstico de TEP se realizó mediante angioTC. Para establecer el riesgo (alto, intermedio-alto, intermedio-bajo, bajo) se utilizaron los criterios de las guías clínicas de 2019. La disfunción del ventrículo derecho se diagnosticó mediante ecocardiografía. Las variables continuas se presentan como media (intervalo de confianza 95%) y se compararon mediante test de t de Student. Las variables categóricas se presentan como número (porcentaje) y se compararon mediante el chi-cuadrado o test exacto de Fisher.



Resultados: En el periodo estudiado ingresaron 2.958 pacientes, 41% mujeres, con una edad media de 62 años (61-63) y SAPS III 63 (61-63). De estos, 95 pacientes fueron diagnosticados de TEP, con una incidencia

global del 3,2% (3-4%). Hubo una diferencia significativa entre los distintos años 2018 (1,7%), 2019 (2,6%), 2020 (2,1%), 2021 (5,9%) y 2022 (3,5%), si bien la diferencia significativa se produjo por un aumento de los diagnósticos de TEP de riesgo bajo e intermedio-bajo (fig.). Comparado con el resto de los pacientes, los diagnosticados de TEP tuvieron una edad mayor (67 [64-62] vs. 62 [61-62]; $p = 0,002$), una gravedad menor en términos de SAPS III (58 [54-61] vs. 63 [62-64]; 0,04) y mayor incidencia de COVID-19 (7 vs. 3,7%; $p = 0,001$). En términos de resultados, comparados con el resto de pacientes, los diagnosticados de TEP precisaron más días de estancia en SMI (13 [10-17] vs. 9 [9-10]; $p < 0,001$), de ventilación mecánica invasiva (VMI) (13 [10-17] vs. 8 [8-9]; $p < 0,001$), con mortalidad intra-SMI similar (28 vs. 25%; $p = 0,047$). En el análisis por subgrupo de riesgo (tabla), en los de riesgo bajo hubo un mayor porcentaje de pacientes con COVID19 que en el resto de los grupos, y fueron los que precisaron más días de VMI y estancia en SMI. No existieron diferencias significativas en la mortalidad.

	Clasificación de Riesgo			
	Bajo n = 32	Inter-Bajo n = 28	Inter-Alto n = 11	Alto n = 24
Edad	66 (62-69)	70 (67-73)	67 (59-75)	64 (56-71)
SAPS III	51 (47-55)	59 (53-66)	58 (45-71)	65 (53-77)*
Mujer, n (%)	7 (22)	14 (50)	4 (36)	10 (41)
COVID-19, n (%)	28 (87)	16 (57)*	4 (8)*	1 (2)*
Días VM	19 (15-24)	14 (4-23)	8 (1-16)	6 (2-9)*
Estancia SMI	21 (17-26)	12 (6-18)*	8 (2-14)*	6 (3-9)*
Mortalidad SMI, n (%)	7 (22)	8 (29)	4 (36)	8 (33)

* $p < 0,05$ comparado con el grupo de riesgo bajo. VM: Ventilación mecánica; SMI: Servicio de medicina intensiva.

Conclusiones: En la cohorte estudiada, existe un aumento en la incidencia de TEP, si bien es a expensas de un aumento del diagnóstico de TEP de riesgo bajo en pacientes ingresados en el contexto de COVID-19.

506. RESULTADOS DE LA VALVULOPLASTIA PERCUTÁNEA CON BALÓN EN ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS)

Mata Martínez M¹, Requesens Solera M¹, Royo Álvarez M¹, García Escarda ML¹, Isern de Val I², Sampedro Calavia E¹, Ventura Prado L¹, Blanco Santoro M¹, García Fuertes P¹ y Carrillo López A¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Análisis descriptivo y de supervivencia de los pacientes ingresados por valvuloplastia aórtica percutánea (VAP) en contexto de estenosis aórtica grave (EAO) en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

Métodos: Se recogieron todos los pacientes ingresados en contexto de VAP entre los años 2014 y 2022 en nuestra UCI, clasificados según indicación (puente a implante valvular aórtico transcatheter -TAVI-, puente a cirugía o tratamiento paliativo). Se realizó un análisis de supervivencia global, así como estratificado por subgrupos.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes ingresados en la UCI del HUMS en contexto de VAP. La edad media al ingreso fue de 87,15 años, con un predominio del sexo masculino (60%). La causa principal de ingreso fue la descompensación cardiaca. En un 90% de los casos, existía un diagnóstico previo de EAO. La indicación fue como puente a TAVI en 8 pacientes (40%), puente a cirugía en 3 pacientes (15%) y tratamiento paliativo en 9 pacientes (45%). El valor promedio de la escala APACHE II a las 24 horas del ingreso fue de 12 en el grupo puente a TAVI (DE 3,15), 12 en el grupo puente a cirugía (DE 4) y 14 en el grupo de tratamiento paliativo (DE 3,9). La supervivencia en el seguimiento fue del 37,5%, 25% y 12,5% respectivamente, con una mediana de supervivencia (p50) global a los 26 meses desde el ingreso. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la mediana de supervivencia entre los 3 grupos (p50 47 meses en el grupo puente a TAVI, 13 meses en el grupo puente a IQ, 19 meses en el grupo paliativo). Se documentaron complicaciones asociadas al procedimiento en 6 pacientes (30%): bloqueo auriculoventricular en 4 pacientes (20%) y disección arterial en el punto de acceso en 2 pacientes (10%). La estancia media hospitalaria global fue de 21,5 días, 22,6 días en el grupo puente a TAVI, 40 días en el grupo puente a cirugía y 14,3 días en el grupo paliativo.

Conclusiones: La VAP es una opción terapéutica en pacientes con estenosis aórtica severa que permite una rápida estabilización clínica en pacientes en insuficiencia cardiaca y/o shock cardiogénico. En pacientes añosos con inestabilidad clínica, la VAP supone un aumento de la supervivencia, y ayuda en la toma de decisiones en pacientes con EAO grave, comorbilidad importante y/o mal pronóstico a corto plazo. La VAP es un procedimiento seguro en el tratamiento de la EAO grave con inestabilidad clínica.

507. USO DE CLEVIDIPINO PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

Cui Liu J, Álvarez Calonge C, Castañeda Alvarado G, García Olivares P, Cedeño Mora J, Blanco Álvarez A, Artabe García M, Ruiz Cacho R y Rodríguez Pérez A

Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C. H. Gregorio Marañón), Madrid.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia con el uso de clevidipino en perfusión continua en el paciente crítico para el control de la hipertensión arterial.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, realizado en los pacientes ingresados en unidades de críticos del Hospital Gregorio Marañón entre el año 2023. Se recogieron variables epidemiológicas, comorbilidades, escalas de gravedad, características clínicas, complicaciones. Se realiza análisis descriptivo de la muestra. Las variables cuantitativas fueron expresadas como media (DE), si su distribución se ajustaba a la normalidad o mediana (RIC), en caso contrario. Las variables cualitativas fueron expresadas en porcentajes.

Resultados: Un total de 26 pacientes, 9 mujeres (34,6%) y 17 varones (65,4%), media de edad de 57 ± 15 años. Al ingreso, índice de comorbilidad de Charlson 1 (± 2), SOFA (Sepsis Organ Failure Assessment) de 4 (± 3), APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II) de 13 (± 7). Previo a clevidipino, se mantuvieron hipertensos durante 4,5 horas (1,25-15,25). Ingreso por causa neurológica, 57,7%. 88,5% de los pacientes médicos y solo un 11,5% quirúrgicos. 65,4% tenían hipertensión arterial ya diagnosticada, 41% tomaba 2 fármacos antihipertensivos como tratamiento habitual, 29% tomaba 1 fármaco, 17% 3 fármacos y un 5% 4 fármacos. Un 15,4% presentaba enfermedad renal crónica diagnosticada. Se usó en un 38% en pacientes neurológicos; en un 15,4% crisis hipertensiva con daño de órgano diana; primera opción en pacientes no quirúrgicos 7,7% y en un 38,5% como rescate tras fracaso con otros fármacos. En 7 pacientes se utilizó como primera opción, siendo esto un 27% del total. Sin embargo, se probaron 2 fármacos en un 34,6% (fuera en bolo o perfusión) y hasta 4 fármacos en 2 pacientes (7,7%). Tiempo hasta conseguir el objetivo tensional 120 minutos (37-270), la dosis objetivo fue de 10 (6-21), tiempo de administración de clevidipino de 20 horas (640). Arritmias 11,5%, siendo fibrilación auricular un 3,8%. Hipotensión tras iniciar clevidipino 31%, hipertensión tras suspenderlo 30%. 65% no presentó hipertensión en las 6 horas tras suspender clevidipino. 46% estaban sedados. 19 pacientes con ventilación mecánica, días de ventilación mecánica 1 (0-16). Estancia en UCI 10 días (4-22). La mortalidad fue del 23%, siendo todos los *exitus* en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones: Este estudio es una primera aproximación al uso de clevidipino en nuestra unidad, mostrando nuestra experiencia desde sus inicios. Un uso más protocolizado permitirá en el futuro un mejor control de la tensión arterial.

508. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES CON EL IMPLANTE DEL SISTEMA DE ASISTENCIA VENTRICULAR HEARTMATE3

Serrats López P, Huguet Embun L, Rodríguez Salgado A, Rodríguez Pilar J, Sánchez Martín J y Belzunce Capo JF

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Descripción de las características demográficas, factores de riesgo y situación clínica preimplante. Análisis de complicaciones posimplante.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo, con una cohorte de 9 pacientes, recogidos desde el año 2020. Excluido un paciente en el estudio de complicaciones y resultados posteriores al alta por encontrarse ingresado en la actualidad. Las variables numéricas se

describen mediante media y las variables categóricas se expresan como porcentaje.

Resultados: El estudio demográfico revela predominio del sexo masculino (78%), media de edad de 63 años. En cuanto a los factores de riesgo, el 67% tienen hipertensión arterial, 56% diabetes mellitus, obesidad en un 22%, sobrepeso 44% e insuficiencia renal 78%. La etiología de la disfunción cardíaca es isquémica en un 45%, dilatada en un 22% e hipertrófica en un 33%. En un 11% se implantó como puente a trasplante y 89% como terapia de destino. El nivel INTERMACS era de 4 y 5 en un 56%. Situación funcional previa con NYHA 3-4 en el 78%. Ninguno en situación de *shock* cardiogénico, aunque en un 67% se inició en las 24 horas previas tratamiento con milrinona como precondicionamiento para el ventrículo derecho (VD). El 67% fue tratado con levosimendán en los meses previos. El 67% recibió óxido nítrico tras la cirugía, y milrinona en el 56%, no documentándose fallo de VD en ninguno en el posoperatorio inmediato. Sí se documentó fallo tardío en un paciente secundario a taponamiento cardíaco, siendo el único que ha requerido reintervención. La estancia media en UCI fue 9 días y 16 días de estancia hospitalaria. En el registro de complicaciones destacó sobreinfección respiratoria en el 33% de los pacientes. Reingreso hospitalario en un 62% de los casos, solo 1 requirió ingreso en UCI por hemorragia digestiva baja. Hasta la fecha solo un paciente ha fallecido durante el seguimiento.

Conclusiones: El implante de HM3 en nuestro centro presenta cifras adecuadas respecto a las escasas complicaciones, días de estancia en UCI y baja tasa de reingreso grave por descompensación, aportando tras el alta una clara mejoría de la situación funcional.

509. EXPERIENCIA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON ECMO PERCUTÁNEA

Mariño Guerreiro S

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: Presentar el programa de reanimación cardiopulmonar con ECMO (RCPe) en un hospital de segundo nivel con experiencia en intervención coronaria primaria y trombectomía y describir resultados.

Métodos: Se registran 8 pacientes (2 en el año 2021, 3 en el año 2022 y 3 en los primeros 6 meses del año 2023). Criterios de activación: parada cardíaca hospitalaria presenciada y de etiología conocida en paciente con edad igual o inferior a 60 años tras 3 desfibrilaciones que no responde o tras 10 minutos de RCP avanzada. Si es candidato a RCPe, se traslada a Sala de Hemodinámica continuando con las maniobras de RCP avanzada (cardiocompresor mecánico Lucas 3). Los pacientes se canulan y se conectan a la máquina de ECMO (Novalung ECMO System, Fresenius®) que se encuentra cebada en sala de hemodinámica. Canulación venoarterial femoral percutánea guiada por ecografía y fluoroscopia. Cánulas de Medtronic Biomedicus Nextgen, drenaje venoso de 21 F-55 cm y de retorno arterial de 17 F-18 cm. Cánula de perfusión distal (6F) en arteria femoral superficial. El flujo de sangre se inicia en 3 lpm. Una vez conectado a ECMO, se realiza intervencionismo ya sea coronariografía o trombectomía. Posteriormente se traslada a Sala Cardiológica de UCI. Si precisa más de 48 horas de soporte mecánico.



Resultados: Se recogen 8 paradas cardíacas hospitalarias, Edad media de 55 años. 62% eran varones. Etiología de la parada: en 6 pacien-

tes: IAM, ritmo desfibrilable y en 2 pacientes: TEPA, disociación electro-mecánica. Lugar de la parada: 4 en sala de hemodinámica, 2 en urgencias, 1 en sala y 1 en UCI. La media del tiempo de bajo flujo fue de 34 minutos (mínimo 10, máximo 75). Tiempo de canulación entre 15 y 45 minutos 47 horas de supervivencia media. 3 pacientes presentaron problemas de flujo debido a la pérdida de pulsatilidad. 3 pacientes (37,5%) se trasladan a centro de referencia. Resultados neurológicos favorables (categoría cerebral 1-2) en 4 pacientes. Tasa de supervivencia hospitalaria del 37,5% (n = 3). Uno de los pacientes recuperados sufrió muerte súbita a las 72 horas de retirar ventilación mecánica. La complicación más frecuente fue la hemorragia. 2 hemorragia grave por canulación vascular. 6 pacientes precisan transfusión.



Conclusiones: La ratio de supervivencia en nuestro centro es similar al de las series que hay publicadas en centros que disponen de cirugía cardíaca. La RCPe puede ser implantada en centros que dispongan de un programa de intervencionismo primario y personal formado en ECMO. Los criterios de selección deben ser estrictos.

510. TROMBOEMBOLIA PULMONAR (TEP) EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

de Frutos Hernando EM¹, Álvarez Narros L¹, Hernández Benito MJ¹, Hidalgo Valverde V¹, Márquez Fernández C¹, El Askar Palacios GC¹, Cateura Martínez D¹, Gracia Gutiérrez B¹, Obando Martínez C² y Martín C¹

¹Hospital General de Segovia (C. A. de Segovia), Segovia. ²Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca.

Objetivos: Analizar las variables demográficas y clínicas de los pacientes ingresados en 2022 y 2023 en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Complejo Asistencial de Segovia con TEP de riesgo alto e intermedio-alto, según la clasificación de las últimas guías europeas de 2019.

Métodos: Estudio retrospectivo para el que se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que ingresaron en SMI por TEP. Se analizaron las características demográficas y variables clínicas al ingreso, determinando la presencia de taquicardia (FC > 100), hipotensión arterial (TAS < 90 mmHg), taquipnea (> 30), índice de *shock* (IS) (> 0,7), desaturación (< 94% spO₂), GCS y temperatura. Se determinó igualmente la necesidad de fibrinólisis.

Resultados: En nuestro Servicio ingresaron 38 pacientes con TEP de riesgo alto e intermedio-alto. Un 55% eran hombres; del total, 4 padecían enfermedad oncológica activa, 1 estaba diagnosticado de insuficiencia cardíaca, 7 de enfermedad pulmonar crónica, 19 presentaban IMC > 30. El rango de edad estaba comprendido entre 31 y 87 años, la media de TAS de 134,10 mmHg, la de FC de 94,63 lpm (taquicárdicos 14, entre 100 y 139 lpm). El IS de 18 pacientes fue > 0,7 (entre 0,7 y 1,87), la FR de 10 de ellos fue superior a 30 rpm. La SpO₂ de 27 fue < de 94% (86-93%), 1 de ellos presentó disminución de nivel de consciencia al ingreso, correspondiendo a situación de PCR y otro de ellos estaba febril. Todos se anticoagularon con HBPM. Del total, 7 fueron de riesgo alto y 31 de riesgo intermedio-alto. Los pacientes de riesgo alto presentaron taquicardia (100-139), IS > 0,7 (0,75-1,87) y recibieron fibrinólisis con alteplasa (rtPA), uno de ellos en situación de PCR de la que se recuperó.

No hubo complicaciones hemorrágicas. De los 31 pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto, 21 tenían $\text{spO}_2 < 94\%$ (86-92%), 7 estaban taquicárdicos (101-134 lpm) y 11 presentaban $\text{IS} > 0,7$ (0,75-1,01). Ninguno de ellos sufrió desestabilización hemodinámica durante las 24-48 horas de ingreso, por lo que no se fibrinolizaron.

Conclusiones: Los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto están expuestos a sufrir deterioro hemodinámico. Por este motivo, estos pacientes son ingresados en nuestro SMI. Ninguno de los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto ingresados en nuestro SMI precisó fibrinolisis. Según algunos estudios, el IS parece tener una capacidad deficiente para discriminar a los pacientes que pueden beneficiarse de la terapia de reperfusión temprana. En nuestro caso, no podemos establecer ninguna conclusión al respecto, dado que ninguno de dichos pacientes precisó de reperfusión.

511. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SHOCK POSCARDIOTOMÍA CON NECESIDAD DE ASISTENCIA MECÁNICA VENTRICULAR

Espinosa Rueda I, Palomo López N, El Haddad Espinosa Rueda H, Quirós Aguirre C, Martín Villén L y Mendoza Prieto M

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

Objetivos: Describir las características clínicas y evolutivas de los pacientes en shock cardiogénico poscardiotomía con necesidad de soporte circulatorio mecánico de corta duración.

Métodos: Estudio analítico, retrospectivo de 2011 a 2023 en una UCI de tercer nivel. Se incluyen pacientes en shock cardiogénico poscardiotomía con implante de asistencia ventricular. Se recogen variables demográficas, pronósticas y evolutivas. Variables cualitativas descritas mediante frecuencia y cuantitativas mediante mediana y RI. Análisis estadístico mediante test de χ^2 para variables cualitativas y U Mann-Whitney para cuantitativas.

Resultados: Se incluyen un total de 47 pacientes, donde el 68% fueron canulaciones periféricas. Se recogen las variables en la tabla.

Características clínicas y significación estadística mediante test χ^2 y U Mann-Whitney			
Variables (N = 47)	Canulación periférica (N = 32) (68%)	Canulación central (N = 15) (32%)	p
Edad mediana RI	57 (6-34)	38 (6-28)	0,59
Sexo varón n (%)	21 (65,6)	7 (46,6)	0,2
Hábito tabáquico n (%)	20 (62,5)	5 (33,3)	0,15
Hipertensión arterial n (%)	18 (56,25)	7 (46,6)	0,54
Diabetes mellitus n (%)	6 (18,75)	2 (13,3)	0,64
Dislipemia n (%)	14 (43,75)	5 (33,3)	0,49
Cardiopatía previa n (%)	19 (59,37)	12 (80)	0,164
APACHE mediana (RI)	21 (11-22)	17 (6-21)	0,59
SAVE mediana (RI)	-4 (-3-8)	-4 (-4,-13)	0,764
Días UCI mediana (RI)	21 (13-62)	10 (4-49)	0,317
Duración asistencia mediana (RI)	3 (1-6)	5 (1-21)	0,916
Desenlace asistencia n (%)			
Trasplante	1 (3,12)	1 (6,6)	0,1
MCS2	5 (15,62)	4 (26,6)	0,5
Exitus	12 (34,4%)	7 (63,3%)	0,08
FRA agudo	25 (78,12)	8 (53,3)	0,08
TRRC	12 (37,5)	5 (33,3)	0,7
Traqueostomía	9 (28,12)	2 (13,2)	0,24
Polineuropatía	21 (65,62)	9 (60)	0,009*
Sangrado pericánula	5 (15,62)	1 (6,6)	0,39
Trombosis sistema	2 (6,25)	1 (6,6)	0,9
Bacteriemia	6 (18,75)	2 (13,2)	0,64
NAVM	14 (43,75)	5 (33,3)	0,49
Arlequin	1 (3,12)	0	0,48

RI: rango intercuartílico; MCS2: segunda asistencia circulatoria mecánica; FRA: fracaso renal agudo; NAVM: neumonía asociada a ventilación mecánica.

Conclusiones: Se observa una tendencia a mejores resultados de supervivencia, duración de asistencia en la configuración periférica, aunque con mayores tasas de fracaso renal agudo (FRA), mayores tasas de infecciones, necesidad de traqueostomía y polineuropatía, en probable relación con mayor estancia en UCI en las canulaciones periféricas.

512. RESULTADOS DE UNA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN LAS PRIMERAS 24 HORAS AL INGRESO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS

Moreno Romero O, Giménez Gutiérrez JM, Fernández Morales P y Cruces Moreno MT

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: En primer lugar, describir las características de los pacientes agudos ingresados en nuestra unidad cardiológica de cuidados intensivos en un estudio de 24 meses. En segundo lugar, describir si el diagnóstico y/o tratamiento al ingreso fue modificado tras la realización de la ecografía de cribado a pie de cama en las primeras 24 h por parte de nuestros médicos intensivistas.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes agudos ingresados en nuestra unidad cardiológica de cuidados intensivos en un periodo de 24 meses (enero de 2021 a enero de 2023) a los que se les realizó ecografía en las primeras 24 horas (incluyendo ecocardiografía transtorácica, VCI ± ecografía pulmonar). Variables analizadas: media de edad, sexo; diagnóstico al ingreso (porcentaje): SCASEST, NSCASEST, peri/miocarditis, insuficiencia cardíaca clínica/shock cardiogénico, paro cardiorrespiratorio, endocarditis sospechosa, embolia pulmonar (EP) aguda de riesgo intermedio-alto o alto y otros. Porcentaje de cambio en el diagnóstico y/o tratamiento después de realizar la ecografía.

Resultados: Ingresaron 1.255 pacientes agudos, una mediana de 1,8 ingresos/día. Edad media 57 años (14-93), 72% hombres. Diagnóstico al ingreso: IAMCEST 329 (26,2%); IAMSEST 465 (37%); peri/miocarditis 108 (8,6%); insuficiencia cardíaca/shock cardiogénico 92(7,3%); paro cardiorrespiratorio 58 (4,6%); endocarditis infecciosa 43 (3,4%); TEP de riesgo intermedio-alto o alto 24 (1,9%) y 31 (2,5%) pacientes con otro diagnóstico. En el 31% de los estudios realizados el tratamiento se modificó significativamente en las primeras 24h: 68 (5,4%) cateterismo emergente pero no ICP primaria; 8 (0,6%) cirugía cardíaca urgente; 4 (0,3%) TAVI/valvuloplastia urgente; 255 (20%) elección/inicio de fármaco vasoactivo; 165 (13%) orientación de tratamiento líquido/diurético; 15 (1,19%) drenaje pleural/pericárdico emergente; 32 (2,5%) suspensión de la doble antiagregación; 7 (0,55%) trombolisis sistémica o trombec-tomía mecánica.

Conclusiones: En nuestro estudio el tratamiento se guio o cambió significativamente tras las primeras 24 horas de ecografía en el 31% de los pacientes, pero para cambiar el diagnóstico es necesario realizar otras pruebas complementarias para valorar el diagnóstico final (tropoina, ecocardiografía transeofágica, cateterismo...).

513. IMPELLA. EXPERIENCIA DE USO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Noblejas Drouot S, Giménez Lecina J, Sampredo Calavia E, Mata Martínez M, Royo Álvarez M, García Escarda M, Barrera Sánchez M, Barros López L, Blanco Santoro M y Ventura Prado L

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Analizar las características clínicas y epidemiológicas así como la mortalidad de los pacientes en los que se ha implantado Impella en nuestra UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes que han precisado asistencia con Impella en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet desde el 2022, año a partir del cual se inició la implantación en nuestro centro. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, FRCV, motivo de colocación de Impella, estadio de las escalas SCAI e INTERMACS, datos ecocardiográficos previo a implantación, objetivo de puente, tipo y duración del Impella, complicaciones asociadas y mortalidad.

Resultados: Desde el año 2022 se han implantado 9 Impellas en la UCI de nuestro centro. El 88,9% fueron hombres, con una edad media de 69,2 años (DE 8,89). Los FRCV principalmente presentes fueron DM tipo 2 e HTA. El principal motivo de indicación del Impella fue el shock cardiogénico pos-IAM (77,8%), seguido de implantación electiva por ACTP de alto riesgo (22,2%). La implantación como puente a la recuperación fue el objetivo principal en el 55,6%, seguido de puente a trasplante en el 22,2% (llegando 1 caso a trasplante efectivo). La mediana de días de asistencia fue de 5 (IQR 3), siendo el tipo más empleado el Impella CP (55,6%). La estancia media en UCI fue de 18,9 días (DE 19,3), precisando el 33,3% algún otro tipo de asistencia (BCIAo y/o ECMO) durante dicha estancia. El 66,7% se encontraban en un estadio

D o E de la escala SCAL, y el 77,8% en INTERMACS 1 o 2 en el momento previo a la implantación. Además, el 66,7% presentaban a nivel ecocardiográfico una FEVI gravemente deprimida (< 30%), siendo en 5 casos muy severamente deprimida (< 15%). La principal complicación detectada relacionada con el Impella fue la hemorragia secundaria a la anticoagulación (3 casos), seguido de isquemia de miembros inferiores (1 caso) y fallo de bomba (1 caso), precisando en ambos casos retirada del dispositivo. La mortalidad fue del 55,6%, produciéndose el *exitus* en UCI en todos los casos. A los 3 meses, todos los pacientes dados de alta seguían vivos.

Conclusiones: La implantación del Impella se realizó mayoritariamente en estadios avanzados de *shock* cardiogénico con datos ecocardiográficos de disfunción muy severa de VI, siendo por tanto la mortalidad detectada muy elevada. Sería preciso seleccionar a los pacientes en riesgo de desarrollar *shock* cardiogénico que puedan beneficiarse de una implantación precoz para así mejorar el rendimiento y disminuir la mortalidad asociada al Impella.

514. ANÁLISIS DEL SOPORTE MULTIORGÁNICO EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO

Aguirre Martínez S¹, Quesada Díaz MDM¹, Catalán Muñoz V¹, Rodríguez Vásquez PE¹ y Moreno Franco E²

¹Hospital Universitario Torrecárdenas (C. H. U. Torrecárdenas), Almería.
²Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid.

Objetivos: Analizar los diferentes soportes orgánicos (SO) que han recibido los pacientes con *shock* cardiogénico (SC) de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de tercer nivel.

Métodos: Estudio ambispectivo, unicéntrico y descriptivo de los diferentes SO utilizados en pacientes (P) con SC ingresados en una UCI de 28 camas [enero 2019 septiembre 2023]. Se incluyeron a P entre 18 y 90 años diagnosticados de SC (tensión arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg durante más de 30 minutos, necesidad de catecolaminas para mantener dicha TAS, signos de congestión pulmonar o de bajo gasto cardiaco (alteración del estado mental, piel fría y sudorosa, láctico arterial > 2 mmol/L, IC < 2,2 L/min/m² o FEVI < 40%). Se excluyeron a los pacientes con *shock* mixto, reanimación cardiopulmonar durante más de 30 minutos o comorbilidades de mal pronóstico. 62 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Las variables cuantitativas (VC) se expresan como medias (± desviación estándar). Las cualitativas (VCL) se muestran mediante porcentajes. Las VC se analizaron con t-Student o U-Mann Whitney (según si cumplían criterios de normalidad o no) y las VCL con chi-cuadrado y Fisher.

Resultados: El 32% precisaron de implantación de soporte ventricular (SV): 19,35% Impella, 14,5% ECMO y 14,5% balón de contrapulsación. El 55% fue implantado tras la angioplastia primaria y el 45% durante la misma. En cuanto a la duración: 55% menos de 5 días, 35% entre 5-10 días y el 10% más de 10 días. El 45% presentaron complicaciones del SV: 45% sangrado, 15% isquemia, 10% trombopenia y 5% anemia hemolítica. El total de los pacientes recibieron soporte respiratorio: ventilación mecánica (66,13%), oxigenoterapia convencional (15,15%), ventilación mecánica no invasiva (12,9%) y oxigenoterapia de alto flujo (6,45%). La media de duración fue de 5,4 días (± 7,5). El 54,84% de los pacientes recibieron soporte renal, de los cuales el 82,3% mediante perfusión de furosemida y el 17,65% a través de hemodiafiltración veno-venosa continua.

Conclusiones: el *shock* cardiogénico precisa de diferentes soportes orgánicos, en nuestra muestra destaca el Impella como soporte ventricular, la ventilación mecánica en el respiratorio y la perfusión de furosemida como soporte renal.

515. COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO Y SOPORTE MECÁNICO CON ECMO VA

El Haddad Hiloua H, Mendoza Prieto M, Escobresca Ortega A, Espinosa Rueda I, Palomo López N, Quirós Aguirre C y Martín Villén L

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

Objetivos: Describir las complicaciones infecciosas en pacientes con *shock* cardiogénico y soporte mecánico con ECMO VA.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de 2011 a 2022. Se incluyen todos los pacientes ingresados en UCI con *shock* cardiogénico y soporte con ECMO VA. Se recogen antecedentes personales,

escalas de gravedad, complicaciones infecciosas y evolución en UCI. Variables cualitativas descritas con frecuencias, cuantitativas con mediana y rango intercuartílico (RI).

Resultados: Se incluyen 140 pacientes, 91 varones (65%) con mediana de 55 (43; 63) años. Presentaban inmunosupresión previa al implante 9 pacientes (6,5%). Las infecciones más prevalentes fueron la NAVM desarrollada por 78 pacientes (56,5%), bacteriemia en 27 (19,6%) y la infección de herida quirúrgica del ECMO en 8 casos (5,8%). Las bacterias multirresistentes (MR) provocaron el 17,94% de las NAVM y el 25% de las infecciones del punto de acceso del ECMO. Resto de antecedentes personales, motivo implante ECMO, complicaciones y evolución en UCI en la tabla.

Variables N (%) / Mediana RI	Total (n = 140)
Antecedentes	
Varón	91 (65)
Edad	55 (43; 63)
Fumador	45 (32,1)
Hipertensión arterial	64 (46)
Diabetes	26 (18,7)
Enfermedad renal crónica	11 (7,9)
Cardiopatía previa	68 (48,9)
Trasplante	3 (2,2)
Quimioterapia	1 (0,7)
Corticoides	5 (3,6)
Escalas	
APACHE II	17 (12,22)
SOFA	10 (8,12)
Motivo implante ECMO	
Shock posinfarto	48 (34,5)
Shock poscardiotomía	36 (25,9)
Miocarditis aguda	15 (10,8)
Fallo primario del injerto	12 (8,6)
Disfunción ventrículo derecho	8 (5,8)
Otros	18 (12,9)
Acceso ECMO	
Periférico	119 (85,6)
Central	20 (14,4)
Infecciones	
Infección HQ ECMO	8 (5,8)
NAVM	78 (56,5)
Bacteriemia	27 (19,6)
BRC	10 (7,2)
Intraabdominal	3 (2,2)
Mediastinitis	2 (1,4)
Etiología MR	20 (14,29)
Infección HQ ECMO	2 (25)
NAVM	14 (17,94)
Bacteriemia	3 (11,11)
BRC	1 (10,0)
Evolución UCI	
Fracaso renal agudo	101 (73,7)
Ventilación mecánica invasiva	137 (99,3)
Estancia UCI (días)	17 (8;36)
Mortalidad	70 (50)

MR: multirresistente; BRC: bacteriemia relacionada con catéter; NAVM: neumonía asociada a ventilación mecánica; HQ: herida quirúrgica.

Conclusiones: Las complicaciones infecciosas son frecuentes en los pacientes de nuestra cohorte, siendo la NAVM y la bacteriemia las más frecuentes. La presencia de gérmenes MR es una posibilidad a tener en cuenta.

516. PAPEL DEL SOPORTE MECÁNICO EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Espinosa Rueda I, Martín Villén L, El Haddad Espinosa Rueda H, Quirós Aguirre C, Palomo López N y Mendoza Prieto M

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

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes adultos con cardiopatías congénitas y asistencia ventricular y las diferencias respecto a pacientes con asistencia ventricular por otro motivo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en UCI de tercer nivel de 2011 a 2023. Se incluyen pacientes con cardiopatía congénita y necesidad de asistencia ventricular (VAD) por cualquier motivo. Se recogen características, pronóstico y evolución. Análisis estadístico mediante

frecuencias de variables cualitativas y cuantitativas con mediana y rango intercuartílico. Test estadístico χ^2 .

Resultados: Se analizaron 16 (8,7%) pacientes con cardiopatía congénita y VAD de un total de 191 pacientes con necesidad de (VAD). De esta cohorte de cardiopatía congénita un 62,5% fueron mujeres con una mediana de 30 años (24,5-52,7). Ingresan en UCI principalmente en el posoperatorio de cirugía cardíaca, siendo el síndrome poscardiotomía (31,2%) y el fallo primario del injerto (25%) las causas más frecuentes de necesidad de VAD. Variables en tabla 1. En el análisis estadístico (tabla 2) observamos diferencias en variables sexo y motivo de VAD.

Variable	N = 16
Edad mediana (RI)	30,5 (24,5;52,7)
Sexo mujer n (%)	10 (62,5)
APACHE II mediana (RI)	17 (8,2;26)
SAVE score mediana (RI)	-0,5 (-7,7;2)
MOTIVO VAD n (%)	
Shock poscardiotomía	5 (31,2)
Fallo primario de injerto	4 (25)
Miocardopatía dilatada	2 (12,5)
TIPO VAD n (%)	
ECMO VA	14 (87,5)
Levitronix izquierdo	1 (6,2)
Evolución	
TRRC n (%)	3 (18,7)
Traqueostomía n (%)	6 (37,5)
Segunda asistencia mecánica n (%)	3 (18,7)
Trasplante pos-VAD n (%)	3 (18,7)
Polineuropatía n (%)	9 (56,3)
Días en VAD mediana (RI)	7,50 (4,2;13)
Estancia UCI mediana (RI)	12 (8; 40,5)
Exitus UCI n (%)	7 (43,7%)

Variable n (%)	Grupo general VAD N = 191 (%)	Congénitas N = 16 (%)	p
Sexo varón	120 (62)	6 (37,5)	0,01
Exitus	81 (42)	7 (43,7)	0,8
Motivo VAD n (%)			0,003
Shock pos-IAM	61 (32)	0	
Shock poscardiotomía	47 (24,6)	5 (31,2)	
Trasplante pos-VAD	46 (24)	3 (18,7)	0,4
Implante MCS2	34 (17,8)	5 (31,2)	0,2

Conclusiones: Pacientes con cardiopatía congénita son infrecuentes y de alta complejidad, con mayor tasa de shock poscardiotomía y necesidad de implante de segunda asistencia. A pesar de ello, las tasas de mortalidad son similares.

517. PERFIL GENÉTICO DE PACIENTES CON SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA) INGRESADOS EN UCI

Delgado Barroso A, Bravo Gil N, Méndez Vidal C, Borrego López S y Puppo Moreno AM

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

Objetivos: El papel de la genética en el diagnóstico y la personalización del tratamiento de los pacientes con síndrome aórtico es cada vez mayor. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de variantes genéticas en pacientes con síndrome aórtico agudo que ingresan en UCI.

Métodos: Mediante secuenciación masiva, se analizaron 42 genes asociados a aortopatías en 141 pacientes que ingresaron en la UCI por SAA no sindrómico. Edad media. 58,85 ± 13,04 años [16-81] de ellos 101 (71,6%) hombres. Tipo A 96 (64,5%). Tipo B 51 (34,7%). Agudos 108 (76,6%), subagudo 12 (8,5%), crónico 21 (14,9%). Se analizaron las relaciones entre los resultados genéticos y las características clínicas mediante la aplicación de los test exactos de Fisher y de Fisher-Halton.

Resultados: El 64,5% de los pacientes presentaron SAA tipo A (Stanford) y el 35,4% tipo B. En el SAA-A el 42,8% encontramos mutaciones y 42,8% de los pacientes con Tipo B. El análisis de los datos genómicos dio como resultado la identificación de 56 variantes candidatas heterocigotas en un total de 54 pacientes, incluidas 43 (78,2%) de cambio de sen-

tido, 4 (7,3%) desplazamiento del marco lectura, 2 (3,6%) sin cambio de lectura, 5 (9,1) corte y empalme y 1 (1,8%) duplicación global. Estas variantes se hallaron en 22 genes diferentes, siendo el MYLK, MYH11, FBN1, COL5A1 y el ACTA2 los que mostraron mayor prevalencia. Aunque estos genes intervienen en un amplio espectro de vías moleculares, la mayoría de ellos se asociaron con disección de aorta que mostró una mayor prevalencia. Una edad menor de 55 años ($p = 0,014$), la ausencia de historia de HTA ($p < 0,05$) y, falta de dolor ($p < 0,05$) y la existencia de antecedentes familiares ($p = 0,002$), se asocian con una elevada probabilidad con la existencia mutaciones,

Conclusiones: Nuestros hallazgos confirman la importancia de la patología genética en el SAA que sin dudas tiene trascendencia en el diagnóstico como en la estrategia terapéutica a corto y largo plazo.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Comunicaciones orales

NEUROINTENSIVISMO/TRAUMATISMOS/SEDACIÓN/ANALGESIA/SIMULACIÓN

08:30-09:30 - Sala 113

Moderadores: Francisca Pino Sánchez/
Iker García Sáez

518. EFECTO DE LA PEEP SOBRE LA PRESIÓN INTRACRANEAL EN PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL AGUDA: ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, OBSERVACIONAL Y MULTICÉNTRICO

Barea Mendoza JA¹, Ballesteros Sanz MÁ², Corral Ansa L³, Misis del Campo M⁴, Pardo Rey C⁵, Tihista Jiménez JA⁶, Corcobado Márquez C⁷, Llompard Pou JA⁸, Marcos Prieto LA⁹ y Olazabal Martínez A¹⁰

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ³Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ⁵Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ⁶Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ⁷Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. ⁸Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears. ⁹Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca. ¹⁰Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.

Objetivos: Los efectos de la PEEP sobre la presión intracraneal (PIC) son variables. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de los cambios en la PEEP sobre la PIC en pacientes con lesión cerebral aguda.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico (17 UCI españolas) incluyendo pacientes neurocríticos que recibieron monitorización invasiva de la PIC desde noviembre 2017 hasta junio 2018 (estudio PEEP-PIC). El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de referencia (Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid: CEI: 17/221). Se obtuvo consentimiento informado del familiar más cercano. Se recogieron los parámetros ventilatorios, hemodinámicos y variables de neuromonitorización inmediatamente antes de las modificaciones de la PEEP y durante los 30 minutos posteriores. Variables de interés principales: PEEP, PIC y presión de perfusión cerebral (PPC). Variables cuantitativas como media ± desviación estándar (DE) o como mediana y rango intercuartil (RIC). Variables cualitativas como número (porcentaje). Las variables categóricas se analizaron mediante la prueba de χ^2 o la prueba exacta de Fisher. Los datos continuos se analizaron mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon. La relación entre la PIC y las variables respiratorias se examinó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Un valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes. Edad media 52,68 (15,34) años, hombres 71 (65,13%). La causa de lesión cerebral fue traumática en 54 pacientes (49,54%). La estancia media fue de 16,52 (9,23) días. La mortalidad hospitalaria fue del 21,1%. Los aumentos moderados de PEEP (media 6,24 a 9,10 cmH₂O) resultaron en un aumento de la PIC de 10,4 a 11,39 mmHg, $p \leq 0,001$, sin cambios en la PPC ($p = 0,548$). Los descensos moderados de la PEEP (media 8,96 a 6,53 cmH₂O) resultaron en un des-